МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.В. ЛОМОНОСОВА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

для педагогических работников, родителей и руководителей образовательных организаций по педагогическому, психологическому и родительскому попечению и сопровождению групп риска вовлечения обучающихся в потребление наркотических средств и психотропных веществ

МОСКВА, 2016 г.

Оглавление

ЧАСТЬ 1. ПАГУБНЫЕ ЗАВИСИМОСТИ И ЛИЧНОСТЬ ПОДРОСТКА 4

О каком «молодом возрасте» идет речь при обсуждении проблемы подротсковой наркомании? 4

Каковы особенности курения табака как аддикции? 5

В чем специфика пристрастия к злоупотреблению алкоголем? 6

Как можно описать наркотическую зависимомть? 6

Какие выделяются причины возможного попадания в группу риска у подростков? 8

О внешних причинах 10

О зависимости от окружения 10

О проблемах у родителей 10

О личности подростка 11

О предрасположенностях и физиологии 12

Как связаны склонность к зависимостям и риску? 12

Как можно распознать, что школьник начал употреблять наркотики? 13

На какие первоочередные цели может быть направлена профилактика? 15

О первичной профилактике 16

О вторичной профилактике 17

О третичной профилактике 18

Какими методами можно добиваться профилактики? 19

Какие типы семей выделяют специалисты? 20

Как плохая ситуация в семье может влиять на подростка? 21

О гипопротекции и недостатке заботы 22

О гиперпротекции и избытке заботы 22

О противоречиях в воспитании 23

Как можно помочь семьям, в которых есть подростки-наркоманы? 24

Как изменяются отношения в семье, когда у ребенка появляется наркотическая зависимость? 26

О первых эмоциональных реакциях 26
О последующем гиперконтроле 26
О противостоянии со своим ребенком 27
Об отчуждении отношений в семье 27
Когда таким семьям необходимо оказывать помощь? 28
Что необходимо делать школе, если в ней учится подросток-наркоман? 29
Что должен сделать учитель, если школьник находится
в измененном состоянии сознания в классе? 30
Что необходимо помнить в такой ситуации? 30
Как школа может объединиться с родителями для борьбы с наркотиками? 32
Как повышать ответственность родителей? 32
Как избегать неадекватного отношения со стороны родителей
к детям, попробовавшим наркотики? 33
Как сформировать оптимальную позицию семьи в такой ситуации? 34
Как поддержать семью, где ребенок прошел лечение от наркомании? 35
Как добиваться профилактики наркомании именно в образовательной среде? 37
Об образовательных программах 37
О превентивных программах 39
О тренингах для подростков 40
О тренингах для специалистов 40
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА 42

Министерство России
г. Москва, Тверская ул., 11
15.01.2016 10:47
Прием почты

ЧАСТЬ 1. ПАГУБНЫЕ ЗАВИСИМОСТИ И ЛИЧНОСТЬ ПОДРОСТКА

О каком «молодом возрасте» идет речь при обсуждении проблемы подротсковой наркомании?

При выборе молодого возраста как критерия выделения группы преимущественного наркопотребления для анализа рекомендуется выделять периоды подростковости и ранней взрослости, вместе «перекрывающие» обычный возраст обучения на дневном отделении в высшем учебном заведении. В отечественной психологии нет однозначного понимания границ подросткового и юношеского возраста. Б. Г. Ананьев приводит обзор различных подходов к определению возрастных границ в период ранней взрослости. Некоторые отечественные ученые называют начало зрелости юностью. Так, В. В. Гинзбург считает, что этот период имеет различные возрастные границы для мужчин и женщин и составляет для мужчин время от 16–18 до 22–24 лет, а для женщин — от 15–16 до 18–20 лет. В. В. Бунак выделяет периоды ранней (17–20 лет) и поздней (20–25 лет) юности. Д. Б. Бромлей использует понятие «ранняя взрослость», под которой понимает возраст от 21 года до 25 лет, Д. Биррен выделяет период от 17 до 25 лет (по: Ананьев, 2001). В качестве верхней границы подросткового возраста нами приняты 19 лет, что соответствует западноевропейской возрастной классификации и тем самым обеспечивает возможность сопоставительного анализа (Наркоситуация… 2005).

Проблема *социализации* личности рассматривалась в трудах многих отечественных ученых. Так, Б. Г. Ананьев использовал понятие «социальное формирование человека», под которым понимал формирование личности, образование человека как субъекта познания и деятельности (Ананьев, 2001. С. 186). Формирование личности он тесно связывал с развитием человека как индивида (физическая зрелость), субъекта познания (умственная зрелость), деятельности (трудовая зрелость) и личности (гражданская зрелость). Свойства человека как индивида, субъекта деятельности и личности интегрируются, образуя индивидуальность. Большое внимание социализации личности уделяли и другие ученые (см. напр.: Андреенкова, 1970; Гилинский, 1971; Андреева, 1999; Реан, Бордовская, Розум, 2002; Смелзер, 2003). В качестве основных институтов социализации они выделяли семью, школу, референтную группу. Ниже будет рассматриваться воздействие этих институтов социализации на употребление наркотиков подростками

* * *

В широком смысле химическая зависимость представляет собой зависимость от употребления любых психоактивных веществ (далее ПАВ), которые в связи с этим подразделяются на легальные (табак, алкоголь и лекарства) и нелегальные наркотики (кокаин, производные конопли, опиаты и т.д.) (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003).

Каковы особенности курения табака как аддикции?

Табакокурение приносит безусловный вред как самому курильщику, так и его окружению, и является привычкой, от которой нелегко избавиться даже с помощью специалистов. Вследствие курения снижается сопротивляемость организма, ухудшается течение уже имеющихся болезней, ускоряется или даже вызывается развитие таких заболеваний, как злокачественные опухоли. особый вред наносится растущему организму ребенка, подростка и здоровью женщин. (Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х., 1987, Клещева Р.П., 1991).

Начало курения, как правило, связано с неприятными ощущениями, но, несмотря на это, многие продолжают курить. Постепенно неприятные ощущения проходят, и вырабатывается привычка к курению (никотиновый синдром).

Стадии никотинового синдрома развиваются индивидуально и зависят от многих причин: времени начала употребления, возраста, пола, физического состояния и др. (Шабанов П.Д., 2003). Известно, что чем раньше человек начинает курить, тем больше вероятность того, что он станет регулярным курильщиком.

Большинство курильщиков начинает курить в детстве или юности и курение – одна из причин развития нервных расстройств у подростков. они становятся раздражительными, вспыльчивыми, плохо спят, появляется рассеянность, ослабевает внимание, нарушается память, умственная деятельность (Александров А.А., Александрова В.Ю., 1996).

Среди факторов, обладающих наибольшей прогностической ценностью в отношении начала курения в детском и подростковом возрасте обладают следующие факторы: низкий социально-экономический статус и образование родителей, неполнота семьи, снисходительное отношение к курению в обществе, курение родителей, братьев и сестер, сверстников, низкая успеваемость в школе, наличие других вредных привычек, наличие симптомов депрессии, тревожности, раздражительность, низкая самооценка, низкий статус в группе и т.п. (Бандура А. 2000; Александров А.А., Александрова В.Ю., 1996)

В чем специфика пристрастия к злоупотреблению алкоголем?

Злоупотребление алкоголем - следующий по распространенности вид химической зависимости. В подростковом возрасте сформировавшийся алкоголизм встречается редко, а наиболее актуальной проблемой является ранняя алкоголизация. К ранней алкоголизации относится употребление опьяняющих доз алкоголя до 16 лет и более или менее регулярное его употребление в старшем подростковом возрасте (Братусь Б.С., Сидоров П.И., 1984).

Первоначально мотивами употребления спиртного являются нежелание отстать от товарищей, любопытство, по-своему понимаемый путь к взрослости (Петракова Т.И., Лимонова Д.Л., Меньшикова Е.С., 1999). Если же при повторных употреблениях алкогольных напитков появляется новый мотив - желание испытать весёлое настроение, чувство расторможенности, комфорта, то алкоголизация становится одной из форм токсикоманического поведения (Карвасарский Б.Д., 2002).

В алкогольной аддикции, так же, как и в других, необходимо выделять психологическую зависимость от алкоголя. Психологическая зависимость от алкоголя строится на фиксации ощущения, что алкоголь вызывает желаемый эффект. Эффекты употребления алкоголя многосторонни, а их выделение носит упрощенный и условный характер. Наряду с универсальностью каждого эффекта люди отличаются друг от друга изначально разным стремлением к достижению определенного эффекта, например, к более дифференцированному, «утонченному» эффекту. Но чем более дифференцирован эффект, тем в большей степени он связан с употреблением сравнительно небольших доз. Человек может быть первично ориентирован на использование недифференцированных эффектов алкоголя, эффектов подавления психических функций за счет развития оглушения. Разная первичная ориентированность приводит и к разному развитию аддикции, которая может быть менее или более злокачественной (Личко А.Е., 1999).

Выделяют основные дифференцированные эффекты алкоголя: эйфоризирующий эффект, который вызывает повышенное настроение; транквилизирующий (атарактический); способность алкоголя вызывать расслабление; состояния, сопровождающиеся стимуляцией воображения, уходом в сферу мечтаний, отрывом от реальности, отрешенностью. Психологическая зависимость от алкоголя чаще развивается у тех, у кого эти эффекты достаточно представлены. Человек, который помнит эффект от первой встречи с алкоголем, с большей вероятностью попадает в сферу алкогольных проблем (Гофман А.Г., 2003).

Как можно описать наркотическую зависимомть?

Наркотическая зависимость. Не подлежит сомнению тот факт, что наркотическая зависимость является одной из наиболее опасных форм аддиктивного поведения. отмечено, что злоупотребление нелегальными наркотиками редко встречается в возрасте до 14 лет. Чаще всего возрастной пик приходится на юношеский возраст (20-23 года) (Кошкина Е.А., 2006; Максимова Н.Ю., 1996).

Специфической особенностью химической зависимости является наличие тесной связи между двумя её аспектами - клиническим и психосоциальным. Это означает, что употребление наркотиков необходимо одновременно рассматривать и как комплекс социально-психологических проблем, и как следствие прогрессирующих изменений в организме. На определённом этапе формирования зависимости (на этапе физической зависимости) химические процессы в организме начинают играть ведущую роль в поддержании аддиктивного поведения (Короленко Ц.П., 1991).

Влечение к наркотикам носит чрезвычайно сильный характер, оно быстро разрушает личность и жизнь человека. одним из указаний на злоупотребление наркотиками является социальная деградация, проявляющаяся, прежде всего в быстро нарастающей социальной дезадаптации. При этом наблюдается снижение успеваемости, отказ от учебы и профессиональной деятельности, конфликты с социальным окружением, проблемы с законом, отход от семьи и друзей, сужение общения до наркоманического круга, изоляция (Максимова Н.Ю., 1996).

Наряду с социальной деградацией происходит выраженное изменение характера. На фоне озабоченности наркотиком нарастает общая необязательность, формируется амотивационный синдром, утрачиваются прежние интересы и увлечения. отрицание становится стилем поведения. Наркозависимый отрицает буквально всё: факты употребления, свои поступки и ответственность, наличие проблемы, а также саму зависимость и необходимость её лечения. Попытки окружающих помочь зависимому зачастую обесцениваются или вызывают агрессию. Реальность у наркоманов полностью заменяется фантазиями в форме бесплодных мечтаний, невыполняемых обещаний, лжи и иллюзий (Менделевич В.Д., 2001).

Если первоначально аддиктивная личность старается уйти от решения проблем, то постепенно она вообще теряет способность к действиям. Депрессия, изоляция, ощущение беспомощности и проблемы с законом - всё это, наконец, приводит к осознанию серьёзности положения.

одним из наиболее важных в рассматриваемой проблеме является вопрос о мотивации наркозависимого поведения (Петракова Т.И., Лимонова Д.Л., Меньшикова Е.С., 1999). Среди мотивов первичного употребления выделяют: атарактические (достижение психологического комфорта и релаксации), стремление к принадлежности и одобрению группы, гедонистические (получение специфического физического удовольствия), гиперактивации (для повышения тонуса

и самооценки), псевдокультурные (демонстрация какого–либо качества) и познавательно–исследовательские мотивы (любопытство и стремление к новым впечатлениям) (Кон И.С., 1989).

Здесь следует иметь в виду, что очень часто молодые люди рассматривают наркотики как часть своей среды и нередко не умеют противостоять соблазну однократного употребления или давлению распространителей.

Формирование зависимости от наркотиков и алкоголя, также, как и другие психосоциальные расстройства, связаны с мультифакторным риском и факторами устойчивости, которые включают индивидуальные, генетические, личностные и средовые факторы, а также индивидуальные варианты взаимодействия между ними.

Какие выделяются причины возможного попадания в группу риска у подростков?

Н.А.Сирота (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003) разработала классификацию факторов риска формировании наркомании в подростковом возрасте.

А. Факторы пре-, пери- и постнатальной отягощенности. К ним отнесены:

- патологически протекавшая беременность у матери;
- хронические острые и тяжелые заболевания матери в период беременности;
- хронические и острые тяжелые психические травмы, действующие на мать в период беременности;
- патологически протекавшие роды у матерей;
- задержки в раннем нервно-психическом развитии;
- нервно-психические отклонения в раннем детстве.

В. Факторы наследственной отягощенности:

- наследственная отягощенность психическими заболеваниями;
- наследственная отягощенность алкоголизмом;
- наследственная отягощенность наркоманией.

С. Факторы нарушенного онтогенеза:

- черепно-мозговые травмы,
- психотравмы,
- тяжелые соматические заболевания в процесса развития ребенка.

D. Различные нарушения семейного воспитания:

- Неполные, распавшиеся семьи, отсутствие семьи, деструктивные семьи, воспитание по типу явной или скрытой гипопротекции, в том числе воспитание в семьях, где родители и старшие дети злоупотребляют алкоголем и наркотиками;

- психопатологические личностные или акцентуированные характерологические особенности родителей.

E. Нарушения психосоциальной адаптации в процессе развития подростка:

- формирующаяся отчужденность, противоречивость и нарастающая неудовлетворенность в отношениях с родителями;
- избегающий, поверхностный, формальный стиль общения в семье;
- формальное отношение к внутрисемейным проблемам, игнорирование их;
- снижение успеваемости;
- нарушение школьной дисциплины;
- неполноценность коммуникативных контактов (поверхностное, недифференцированное межличностное общение);
- конфликтность в отношениях со сверстниками – представителями формально детерминированного коллектива или избегание общения с ними;
- конфликтность с учителями и администрацией школ;
- нарушение принципа социальной обусловленности коммуникативных связей, построение общения со сверстниками преимущественно по «территориальному» принципу;
- уменьшение интенсивности и неустойчивость общения с противоположным полом, выраженные проблемы общения с противоположным полом;
- коммуникативная форма проведения досуга, отсутствие устойчивых увлечений;
- склонность к асоциальным формам поведения.

F. Психологические факторы:

- зависимость от влияния референтной группы сверстников особенностей личностного реагирования, социальной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции;
- тенденция реализовать эмоциональное напряжение в непосредственное поведение, минуя процесс когнитивного осознания, принятия решения, игнорирование системы социальных установок и ролей;
- нарушения в сфере социальной перцепции (несоответствующая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированная в соответствие с возрастом самооценка, прогноз оценки своего поведения в глазах окружающих);
- несформированная в соответствии с возрастом способность адекватно оценивать и вербализовать взаимоотношения с окружающими;
- отсутствие стремления к конструктивному разрешению проблемных и конфликтных ситуаций;
- отсутствие сформированного представления о жизненных целях и будущем;

- отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и в связи с этим отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;
- неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в поведении «призыв к помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

Таким образом, современное состояние науки определяет зависимое поведение как многофакторное явление (Сирота Н.А., 2003; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003, 2005; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Должанская Н.А., Бузина Т.С., Волкова Т.В., 2004).

О внешних причинах

Прежде всего, необходимо отметить *внешние социальные факторы,* способствующие формированию зависимого поведения. К этой группе факторов относится, в частности, деятельность наркоторговцев, активно вовлекающих молодежь в потребление химических веществ. Кроме того, по мере урбанизации мы наблюдаем, как ослабевают межличностные связи между людьми. Стремясь к независимости, человек утрачивает необходимые ему поддержку и ощущение безопасности.

О зависимости от окружения

Для некоторых социальных групп зависимое поведение является *проявлением групповой динамики.* Например, на фоне выраженной тенденции группирования подростков, ПАВ выступают в роли своеобразного «пропуска» в подростковую субкультуру. В данном случае наркотики выполняют жизненно важные для подростка функции: поддерживают ощущение взрослости и освобождения от родителей, формируют чувство принадлежности к группе, помогают регулировать эмоциональное состояние и многие другие функции. Влияние субкультуры на личность, идентифицирующую себя с другими членами, чрезвычайно велико. очевидно, что в подростковом и юношеском возрасте влияние субкультуры максимально (Змановская Е.В., 2004).

О проблемах у родителей

В ходе многочисленных исследований была выявлена *связь между поведением родителей и последующим зависимым поведением детей.*

Серьёзной проблемой семей зависимых личностей могут быть эмоциональные расстройства у самих родителей, которые, как правило, сопровождаются алекситимией -

неспособностью родителей выражать в словах свои чувства, понимать их, обозначать и проговаривать.

Семья играет существенную роль не только в происхождении, но и в поддержании зависимого поведения. При длительном сохранении аддиктивного поведения у кого-либо из членов семьи у родственников аддикта, в свою очередь, может развиться состояние созависимости. Это негативные изменения в личности и поведении родственников вследствие зависимого поведения кого-либо из членов семьи (Кондрашенко В.Т., 1998).

О личности подростка

Не менее важную роль играют индивидуальные особенности личности. Традиционно выделяются следующие личностные особенности, характерные для подростков, употребляющих различные ПАВ:

- повышенные толерантность к отклоняющемуся поведению, критицизм по отношению к социальным институтам общества, восприимчивость к новым идеям и впечатлениям, интерес к творчеству, импульсивность;
- пониженные ценность достижений, ожидание академических успехов, религиозность, конформизм, чувство психологического благополучия, уважение к общепринятым нормам поведения;
- экстернальный локус контроля и заниженная самооценка (Менделевич В.Д., 2001).

- Другим важным индивидуальным фактором, влияющим на поведение личности, может выступать стрессоустойчивость. Аддиктивное поведение может быть следствием сниженной способности личности справляться со стрессом.

Многие исследователи в этой области предполагают, что аддиктивное поведение возникает при нарушении копинг-функции - механизмов совладания со стрессом. Были выявлены различия в копинг - поведении здоровых и зависимых людей. Например, наркозависимые подростки демонстрируют такие характерные реакции на стресс, как уход от решения проблем, отрицание и изоляцию (Сирота Н.А., Ялтонский В.М.,2003). *Бездуховность, отсутствие смысла жизни, неспособность нести ответственность за свою жизнь* - эти и другие характеристики человека, несомненно, также способствуют формированию зависимого поведения и его сохранению (Змановская Е.В., 2004).

В зарубежных исследованиях методы психологической оценки и диагностики наиболее активно разрабатываются при решении проблем, связанных с выявлением случаев употребления ПАВ, с диагностикой расстройств, связанных с приемом ПАВ, а также с оценкой результатов терапии. В то же время относительно меньше специальных работ, посвященных психологической оценке рисков развития расстройств в контексте профилактики злоупотребления ПАВ. В этой связи, несмотря на большое количество известных инструментов, рекомендуемых к использованию при работе с лицами, у которых предполагаются проблемы, связанные с приемом ПАВ, они лишь отчасти могут быть использованы при оценке факторов риска и эффективности превентивных программ.

Существует определённая *зависимость между типами характера и некоторыми формами зависимого поведения*. Так, алкоголизм и наркомания чаще встречаются при эксплозивной и неустойчивой акцентуации характера и достаточно часто - при эпилептоидной и гипертимной (Личко, Битенский, 1992).

О предрасположенностях и физиологии

Психофизиологические особенности человека выступают в роли фактора, определяющего индивидуальное своеобразие аддиктивного поведения. они могут существенно влиять на выбор объекта зависимости, на темпы её формирования, степень выраженности и возможности преодоления (Кондрашенко В.Т., 1998).

Предметом многих исследований является *проблема наследственной предрасположенности* к некоторым формам зависимости. Наиболее распространена точка зрения, что дети алкоголиков с большей вероятностью наследуют эту зависимость.

Как связаны склонность к зависимостям и риску?

Психологические исследования показывают, что рискованное поведение связано со склонностью к риску и может проявляться как особая мотивация в виде потребности в острых ощущениях и необычных переживаниях (sensation seeking или поиск ощущений), она сочетается с определенными личностными чертами, такими как импульсивность, агрессивность, независимость, внешний локус контроля. Эта потребность чаще всего проявляется в импульсивных формах поведения. Имеется наиболее критический возраст для проявления и реализации этой склонности, соотвествующий периоду от четырнадцати до двадцати-двадцати двух лет. Также высокие показатели поиска ощущений выявляются среди лиц, страдающих

различными формами зависимости от ПАВ. При этом у них отмечаются недостаточность волевой и эмоциональной регуляции, снижение показателей мотивации достижение и общей осмысленности жизни.

В то же время имеются социальные формы рискованного поведения (risk-taking – принятие риска), где риск чаще всего оправдан ситуацией, опосредуется когнитивными механизмами принятия решения и регулируется волевыми механизмами и мотивацией достижения. Имеются данные о том, что среди специалистов рискованных групп профессий имеется большое количество людей с высокими показателями поиска ощущений. Но с увеличением возраста в этих группах начинают преобладать люди с высокими показателями принятия риска, а показатели поиска ощущений находятся при этом на среднем уровне.

Таким образом, поиск ощущений можно рассматривать как фактор формирования рискованного поведения в отношении определенного круга заболеваний, в частности зависимости от ПАВ и сочетанных с ними инфекций, например, ВИЧ-инфекции.

В качестве меры профилактики можно рассматривать усиление и формирование определенных личностных ресурсов, которые позволили бы реализовать эту потребность в социализированных видах деятельности. Это прежде всего мотивация достижения, волевая и эмоциональная регуляция.

особое внимание следует уделять сочетанности высоких показателей таких видов поиска ощущений, как «социальная расторможенность», «поиск новых впечатлений», «чувствительность к скуке» при сниженных показателях «потребности в интеллектуальной стимуляции» с низкими показателями волевого самоконтроля и мотивации достижения.

Как можно распознать, что школьник начал употреблять наркотики?

общие признаки начала потребления психоактивных веществ подростками, которые могут быть полезны родителям и педагогам, выделенные профессором Н.В. Вострокнутовым:

* *Снижение интереса к учебе, обычным увлечениям.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

** "Беспричинное" сужение или расширение зрачков.*

ЧАСТЬ 2. ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ

На какие первоочередные цели может быть направлена профилактика?

Востроknутов Н.В., Харитонова Н.К., Пережогин Л.О. и Девятова О.Е. (2004) приводят следующие цели профилактики:

1.Создание условий для появления мотивации грамотного психологического и физиологического развития. Выявлено, что создание у человека благоприятного отношения к окружающей действительности, потребности поддерживать здоровый образ жизни более правильно, чем страх последствий злоупотребления различными пагубными веществами.

2.Создание условий для появления мотивации социально-поддерживающеего поведения. У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалями или радостями, ощутить поддержку "значимого другого". Такая возможность есть не у всех. Поэтому важно научить людей социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Люди, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы без употребления наркотиков.

3.Развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения. Люди, эффективно использующие поведенческие стратегии, имеющие развитые физические, психические, личностные ресурсы и социально-поддерживающее окружение, оказываются более защищенными перед лицом стрессовых факторов. У них уменьшается вероятность формирования зависимости от наркотиков.

4.Формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению наркотиков у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей, в организованных и неорганизованных группах населения. Информирование людей о действиях и последствиях злоупотребления психоактивными веществами, о формах избегания ситуаций соприкосновения с наркотиками и отказа от их применения, вариантах поиска помощи в случаях возникновения проблем, связанных с ними, в сочетании с развитием ресурсов, стратегий и навыков адаптивного поведения помогает формированию жизненного стиля, ведущего к здоровью.

5.Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения. Подобная работа проводится с представителями групп риска или лицами с уже сформированной зависимостью, а также членами их семей. Для того чтобы люди захотели изменить свое

поведение, необходимо сформировать у них активное желание, решимость и готовность - то есть мотивацию на изменение. Решать эту задачу помогают краткосрочные и длительные профилактические мотивационные акции.

6.Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Эта задача предполагает работу с лицами, употребляющими наркотики. Прежде чем стать на путь выздоровления, зависимый от наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ человек проходит длинный, тернистый путь: от осознания своих подлинных чувств, преодоления психологических защит, осмысления деструктивности своего поведения до желания изменения дезадаптивных форм поведения на более адаптивные.

7.Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых. Любой человек должен иметь возможность получить помощь социально-поддерживающего окружения. Поэтому, если он одинок и у него нет естественного социально поддерживающего окружения, необходимо создание структур, которые могут оказывать поддержку. Для этого необходима подготовка субспециалистов, волонтеров - сверстников и взрослых, имеющих навыки социально-поддерживающего и адаптивного поведения.

8. Поощрение стремления к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизация вреда от такого употребления. Это - работа с теми, кто уже употребляет наркотики. В данном случае, усилия направляются на формирование желания уменьшить и прекратить их употребление.

9. Формирование мотивации на изменение поведения у труднодоступных к контакту подростков и взрослых, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества. Решение этой задачи требует разработки различных технологий. однако главные из них - социальные. Развитие безопасной и доступной системы помощи зависимым лицам, многоуровневой системы их социальной поддержки и ресоциализации.

О первичной профилактике

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ включает комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость. Первичная профилактика является неспецифической и наиболее массовой. Ее адресатом является общая популяция детей, подростков и молодежи, а целью является формирование активного, адаптивного жизненного стиля и здорового образа жизни, уменьшение числа лиц, имеющих биологические, психологические и социальные факторы риска формирования аддикции, развитие невосприимчивости к дисфункциональным паттернам наркоманического поведения. Первичная

профилактика является наиболее эффективной формой профилактики. Усилия первичной профилактики направлены не столько на предупреждение наркопотребления, сколько на формирование здорового образа жизни и адаптивного поведения.

Первичная профилактика имеет следующие задачи:

1. Совершенствование, повышение эффективности используемых ребенком или подростком активных, конструктивных поведенческих стратегий.
2. Увеличение потенциала жизнестойкости личности (формирование позитивной, устойчивой Я-концепции, коммуникативной компетентности, развитие эмпатии, аффилиации, внутреннего контроля собственного поведения и т.д.)
3. оптимизация социальной ситуации развития детей и подростков (оптимизация типа семейного воспитания и детско-родительских отношений, отношений в образовательном учреждении, расширение сферы внешкольных и внеучебных занятий)

Выполнение задач первичной профилактики должно осуществляться специально обученными в области профилактики психологами, медицинскими и социальными психологами и педагогами. Субъектами внутри и межведомственного взаимодействия в этом случае являются органы управления образовательными учреждениями, образовательные учреждения, учреждения социального обслуживания населения (центры социальной помощи семье и детям, центры психолого-педагогической помощи населению, центры экстренной психологической помощи и т.д.), специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, социальные приюты для детей, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей), учреждения здравоохранения (наркологические диспансеры) и др. Реализуются образовательная и психосоциальная модели профилактики.

О вторичной профилактике

Вторичная профилактика злоупотребления ПАВ включает в комплексе социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнений наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, но не обнаруживающих признаков болезни. Вторичная профилактика у детей, подростков и молодежи включает в себя как социально-психологические, так и медицинские мероприятия неспецифического характера. Ее контингентом являются дети и подростки с поведением риска (аддиктивное поведение, уходы из школы и дома, безнадзорные дети, дети и подростки,

проявляющие другие формы отклоняющегося и асоциального поведения, либо находящиеся в трудной жизненной ситуации - социальной ситуации, провоцирующей наркотизацию).

По своей направленности на контингенты риска вторичная профилактика является массовой, оставаясь индивидуальной в отношении конкретного ребенка или подростка. Проводимые в рамках вторичной профилактики мероприятия ведут к уменьшению числа лиц с наркоманией в популяции путем вмешательства на ранних донозологических этапах ее развития. Целью вторичной профилактики является изменение малоадаптивного дисфункционального поведения риска на адаптивную форму.

Вторичная профилактика имеет следующие задачи:

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

Выполнение программ вторичной профилактики должно осуществляться специально обученными профессионалами — психотерапевтами, психологами, педагогами — и сетью непрофессионалов — членов групп само- и взаимопомощи, консультантами. Эффект от программ вторичной профилактики более быстрый, но менее универсальный и действенный, чем от первичной.

О третичной профилактике

Под третичной профилактикой злоупотребления ПАВ, или реабилитацией, понимают комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболеваний, то есть способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного, и возвращение в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Третичная профилактика наркоманий среди детей, подростков и молодежи является преимущественно медико-социальной, индивидуальной и направленной на предупреждение перехода сформированною заболевания в его более тяжелую форму: последствии в виде стойкой дезадаптации. Целью третичной профилактики является максимальное увеличение срока ремиссий. При проведении третичной профилактики резко возрастает роль профессионалов -

психотерапевтов, терапевтов и психологов, а также непрофессионалов — консультантов, членов социально-поддерживающих групп и сообществ.

Для реализации указанных задач необходимы:

-постоянный мониторинг факторов социально-психологического и педагогического неблагополучия подростков для определения группы риска наркотизации;

-психолого-педагогическое информирование школьников подросткового возраста о вредном воздействии наркотических средств на организм человека;

-проведение обучения педагогического коллектива школы - повышение квалификации в области противодействия наркотизации школьников;

- вовлечение подростков в социально значимую деятельность.

- взаимодействие с родителями в направлениях воспитания активной гражданской позиции и формирования культуры здорового образа жизни. Примером моет служить создание семейно-спортивного школьного клуба (для проведения спортивных соревнований между семейными командами как в рамках одной классной параллели, так и между школами района, выезда на природу, участие в туристических походах).

- повышение роли и места занятий физкультурой и спортом в образовательном процессе школы.

Какими методами можно добиваться профилактики?

1. Методы тренингового моделирование поведения в личностно значимых ситуациях;

2. Методы воспитания активной гражданской позиции учащихся: вовлечение в социально значимую деятельность, проблемные дискуссии, подготовка докладов с мультимедиапрезентаций, тематических круглых столов, формирование школьного ученического совета, антинаркотическая пропаганда, широкая просветительская деятельность с привлечением информационных технологий, создания социальных роликов, презентаций и анимационных фильмов.

3. Методы стимулирования просоциального поведения учащихся - проведение соревнований и состязаний между классами в различных видах деятельности, поощрение победителей

ЧАСТЬ 3. СЕМЬЯ И ШКОЛА В БОРЬБЕ С НАРКОМАНИЕЙ

Семья является средой жизнедеятельности и развития ребенка, предоставляет ресурс для самореализации и преодоления трудных жизненных ситуаций. Рождающаяся в семье эмоциональная связь становится тем образцом, ориентируясь на который человек выстраивает отношения с социальным окружением, обретает оптимизм и базовое доверие к миру. В этом смысле благополучная семья – это жизненная необходимость, как для ребенка, так и для общества в целом.

Какие типы семей выделяют специалисты?

Типология семьи в соответствии с критерием функциональности включает такие типы как здоровая (функциональная) семья, конфликтная (дисфункциональная) семья, асоциальная семья с наркологическими проблемами и противоправным поведением членов семьи, распавшаяся семья.

В частности, здоровая семья - это четкая родительская позиция, предусматривающая прозрачные правила, гибкие отношения между маленькими и большими членами семьи с соответствующими прозрачными образцами отношений и поведения, эмоционально близкие связи между поколенческими группами, что составляет базис «семеной памяти»

Конфликтная (иначе дисфункциональная) семья подразумевает спутанность отношений внутри семьи (например, семья с женщиной-мачехой за пределами семейного поля или семья с конфликтами между родителями или поколенческими группами). В подобного рода семьях часто можно встретить проблемы с наркоманизацией и алкоголизацией. Фактором риска взаимодействия образовательных учреждений с такой семьей в целях профилактики вовлечения школьников в наркопотребление являются такие особенности ее функционирования, как доминирование в семейных отношениях разъединения, неприязни, взаимного перекладывания вины.

Асоциальная семья с проблемами с наркотиками и зачастую противоправным поведением ее членов провоцирует хронические конфликты с криминальной основой. На детях сказывается разъединенность и эмоциональное отторжение родителей.

Распавшаяся семья характеризуется конфликтами из прошлого со стойкой неприязнью во взаимоотношениях, причем зачастую члены такой семьи вынужденно проживают на одной территории, что естественным образом усугубляет проблемы.

Как плохая ситуация в семье может влиять на подростка?

Неблагоприятные тенденции развития семьи и ухудшение микросоциальной (семейной) среды, определяющей социальную ситуацию развития ребенка, являются значимым фактором риска уязвимости ребенка к возможному вовлечению в наркопотребление для всех возрастных групп детей и подростков. одна из таких тенденций - дистанцирование отца от проблем воспитания, низкая эмоциональная вовлеченность и неудовлетворительный уровень реализации отцом воспитательной функции. В связи с миграцией населения в связи с трудоустройством и особенностями профессиональной деятельности наблюдается рост числа функционально неполных семей. Функционально неполная семья - нуклеарная семья, полная по формальному составу, в которой один из супругов не может постоянно выполнять свои функции. Причины, препятствующие реализации супругом своих семейных ролей могут быть различны: тяжелое или хроническое заболевание, специфика профессиональной деятельности, длительное отсутствие супруга.

Дисгармоничность системы семейного воспитания является достаточно распространенным симптомом дисфункции современной российской семьи.

Тип семейного воспитания является интегративной характеристикой воспитательной системы. Критерии классификации типов семейного воспитания и типология представлены в работах А.Е. Личко, Э.Г.Эйдемиллера и В.Юстицкиса, Исаева, А.Я.Варги, А.И.Захарова и др. Дисгармоничные типы воспитания весьма разнообразны. Их отличительными чертами являются:

- недостаточный уровень эмоционального принятия ребенка, эмоциональное отвержение и амбивалентное отношение, отсутствие взаимности;
- низкий уровень сплоченности родителей и разногласия в семье в вопросах воспитания детей;
- высокий уровень противоречивости, непоследовательности в отношениях родителя с детьми;
- ограничение активности ребенка в различных сферах жизнедеятельности детей;
- завышение требований к ребенку или недостаточная требовательность, вседозволенность;
- неконструктивный характер контроля, низкий уровень родительского мониторинга, чрезмерность санкций или их полное отсутствие;
- повышенная конфликтность, характеризующая повседневное общение с ребенком;
- недостаточность или чрезмерность удовлетворения потребностей ребенка.

Наиболее частыми вариантами дисгармоничного типа воспитания в семье являются следующие нарушения по типу гипопротекции, гиперпротекции и противоречивого воспитания.

О гипопротекции и недостатке заботы

Гипопротекция характеризуется недостаточностью заботы, внимания, опеки и контроля, интереса к ребенку и удовлетворения потребностей ребенка, граничащее с безнадзорностью. Нередко недостаток интереса, заботы, ответственности и контроля родителя за поведением ребенка обусловлен его эмоциональным отвержением и приписыванием ему негативных черт личности. *Скрытая гипопротекция* определяется низким уровнем протекции при формальной заботе о ребенке. Родитель казалось бы заинтересован в ребенке, но обычно удовлетворяются лишь витальные потребности. Нет сотрудничества, совместной деятельности, общения, подлинной заинтересованности и заботы о ребенке. Требования предъявляются, но контроль их выполнения не обеспечивается. *Потворствующая гипопротекция* характеризуется низким уровнем принятия ребенка на фоне потворствования и вседозволенности. Родитель стремится удовлетворить любые желания ребенка; дети, как правило, избалованные, но в отличие от с гиперпротекции, лишенные родительской любви. Родитель стремится всячески избегать общения с ребенком, откупаясь материальными благами и подарками, проявляет холодность и отстраненность по отношению к ребенку. Родитель стремится оградить ребенка от установления близких связей с другими людьми, изолировать. В основе потворствующей гипопротекции лежит чувство вины родителя из-за отсутствия подлинной любви к ребенку. Часто это переходит в другую крайность, и ребенок становится объектом агрессии, что приводит к трансформации потворствующей гипопротекции в жестокое обращение.

Таким образом, все варианты гипопротекции характеризуются недостатком контроля и родительского попечения, переживанием ребенком отвержения со стороны родителей, что создает риски возможного вовлечения ребенка в наркопотребление.

О гиперпротекции и избытке заботы

Гиперпротекция характеризуется чрезмерной родительской заботой и завышенным уровнем протекции. основой гиперпротекции может стать как любовь к ребенку, так и амбивалентное отношение. В некоторых случаях гиперпротекция может сочетаться с эмоциональным отвержением ребенка. *Потворствующая гиперпротекция* характеризуется тем, что ребенок является центром семьи, его интересы приоритетны, удовлетворение любых потребностей ребенка чрезмерно, требования, запреты, контроль и санкции отсутствуют. Здесь

присутствуют только поощрения, но так как они не связаны с реальными достижениями ребенка, они теряют свое развивающее продуктивное значение. *Доминирующая гиперпротекция* может иметь в основе как эмоциональное принятие ребенка, так и его отвержение или амбивалентное отношение. Авторитаризм родителей при данном типе воспитания обуславливает чрезмерность требований, стремление контролировать и чувства, и мысли ребенка. Вариант доминирующей гиперпротекции достаточно распространен в нашей культуре. Доминирующая гиперпротекция характерна для воспитания детей дошкольного и младшего школьного возраста. Например, маленького ребенка воспитывают по типу потворствования, когда он подрастает, гиперопека становится доминирующей и в подростковом возрасте сменяется гипоопекой. *Компенсаторная гиперопека* по сути может быть приравнена к гипоопеке с точки зрения удовлетворения потребностей ребенка в любви, принятии, содержательном сотрудничестве и кооперации. Вместе с тем родитель оберегает ребенка от воспитательных воздействий со стороны социального окружения, стремится компенсировать недостаток любви излишком подарков и материальных ценностей, вседозволенностью. *Нематеринская гиперпротекция* (со стороны бабушки) обычно носит потворствующий характер, но иногда может принимать и доминирующую форму.

Гиперпротекция ограничивает развитие самостоятельности и ответственности ребенка, делая его легко уязвимым и податливым для внешнего воздействия и манипулирования, а потворствование способствует формированию гедонистических установок и направленности на неограниченное удовлетворение, что и становится нередко причиной вовлечения ребенка в наркопотребление. Доминирующая гиперпротекция может спровоцировать протестные реакции ребенка, в том числе в виде проб ПАВ, особенно в подростковом возрасте.

О противоречиях в воспитании

Противоречивое воспитание может быть обусловлено реализацией разными членами семьи одновременно различных типов воспитания; сменой образцов воспитания; возникнуть в связи с взрослением ребенка и воспитательной неуверенностью родителя, а также в связи с кризисами семьи. Например, в связи с рождением в семье еще одного ребенка; разводом. обращение к пробам ПАВ может стать компенсаторной реакцией в ответ на депривацию потребности в любви и заботе и отсутствие четких норм и правил поведения.

Воспитание в культе болезни представляет собой специфический тип дисгармоничного семейного воспитания, характеризующегося навязыванием ребенку роли «больного члена семьи», созданием особой атмосферы. отношение к ребенку как к больному, слабому, беспомощному способствует осознанию своей исключительности, развитию пассивности, слабости,

вседозволенности, трудностям волевого поведения, эгоизму и демонстративности, создавая риски зависимого поведения.

Как можно помочь семьям, в которых есть подростки-наркоманы?

Психологическое сопровождение и консультирование семьи при выявлении фактов вовлечения школьников в наркопотребление характеризуется следующими особенностями:

- значительная часть детей и подростков с наклонностью к злоупотреблению ПАВ воспитываются в дисфункциональных и асоциальных семьях, хотя данная проблема может быть выявлена в любой семье;

- родители испытывают тревогу и страх перед возможными репрессивными мерами и вмешательством в семью в силу злоупотребления ребенком ПАВ, испытывая необходимость и потребность в квалифицированной помощи, что определяет их противоречивое поведение

- в сопровождении, обсуждении и решении проблемы должны участвовать различные специалисты - социальный педагог, школьный психолог, специалист по социальной защите, психиатр-нарколог;

- работа по разрешению проблемных ситуаций должна вестись и с родителями, и с детьми одновременно;

- условием эффективного взаимодействия является установление доверительных отношений между специалистом (социальным педагогом, школьным психологом, психотерапевтом, психиатром) и родителем, обращающимся за помощью;

- обязательными компонентами консультирования должно стать разъяснение родителю возрастных и индивидуально-типологических, личностных особенностей ребенка, формирование у родителя установки принятия самоценности ребенка;

- важно подчеркнуть, что и первые пробы наркотиков, и становление зависимости от них никогда не являются только проблемой ребенка, а всегда затрагивают всю семью, глубоко меняют стиль и характер семейных отношений;

- условием успешного взаимодействия является формирование у родителя уверенности в себе, в решении проблемы, отказ от самообвинений и негативной оценки себя как родителя;

- повышение уровня коммуникативной и психолого-педагогической компетентности родителя (см. табл.1)

Семейные условия, определяющие формирование конструктивного "хорошего" поведения	**Семейные условия, определяющие формирование деструктивного "плохого" поведения**
уметь разделять самого ребенка и его проступки: "Я люблю тебя, но не принимаю того, что ты сделал»	неопределенные распоряжения без четких границ
уметь активно слушать и понимать переживания и потребности своего ребенка	отсутствие у родителей между собой содружества и четкой позиции по отношению к детям
не вмешиваться в занятия, с которыми он справляется, и заниматься вместе, помогать, когда он просит	игнорирование родителями хорошего поведения одновременно с наказанием плохого (чаще такой оказывается позиция отца)
стремиться разрешать возникающие конфликты с ребенком без угроз и наказаний, доверять его пониманию и делиться своими чувствами, которые возникли из-за конфликта, объяснять их	неполный контроль, когда родители не знают, где находятся их дети
постоянно поддерживать успехи ребенка, в повседневном общении использовать любые формы выражения своих теплых чувств и отношения	непоследовательные дисциплинарные требования и пустые угрозы; постоянное выражение недовольства ребенком
стремиться выражать свои теплые чувства и поддержку не только словами, но и лаской, голосом, прикосновением	стойкий или затяжной конфликт между родителями и остальными членами семьи; "блоки" внутри семьи, неспособность испытывать общие для всей семьи радости
	неспособность родителей понимать и сочувствовать потребностям своего ребенка

	нереальные родительские ожидания по отношению к нему, то есть те случаи, когда родители ожидают от ребенка удовлетворения своих собственных, нереализованных эмоциональных потребностей
	вера родителей в воспитательное значение физических и других наказаний

Итогом такого сравнения семейных условий становится вывод, что "хорошее" поведение – это, прежде всего, результат общей семейной любви, уважения и взаимопонимания, а не страха и давления, и, что насилие по отношению к детям - это зло.

Как изменяются отношения в семье, когда у ребенка появляется наркотическая зависимость?

Специалисты в динамике семейных отношений при формировании у ребенка зависимости от наркотика выделяют несколько фаз (Валентик Ю.В., Булаников А.Н., 1999):

О первых эмоциональных реакциях

Первая фаза - *аффективно-шоковая*. она связана с тем, что в своем большинстве родители в настоящее время достаточно осведомлены о трагичности взаимоотношений человека с наркотиком, однако, в целом для большинства родителей типична позиция, когда они понимают тяжесть последствий употребления наркотиков детьми, но убеждены, что "их ребенка эта беда никогда не коснется". Поэтому в ответ на сведения о наркотизации ребенка у родителей, как правило, развивается реакция по типу "эмоционального шока". Эта реакция обычно непродолжительна, но сразу выделяет внутрисемейные отношения "родитель-ребенок" в особые отношения.

О последующем гиперконтроле

Вторая фаза - *родительского гиперконтроля.* Для этой фазы типично стремление родителей к установлению максимального контроля за поведением ребенка, за его контактами. На короткий период времени внутрисемейный гиперконтроль оказывает сдерживающее влияние, но в целом быстро выявляется его несостоятельность. она обусловлена тем, что родители при установлении гиперконтроля ставят перед собой в действительности нереальную цель. На самом деле, так как ребенок должен, несмотря на случаи употребления наркотиков, посещать школу, иметь время для досуга, встречаться с друзьями, он не может быть изолирован от среды, в которой живет. Ставя нереалистичную цель и идя по этому пути, родители вынуждены все больше ужесточать меры контроля и ограничивать поведение. Это вызывает одно стремление - избавиться от контроля любыми средствами и путями, включая обман, пренебрежение требованиями родных.

О противостоянии со своим ребенком

Третья фаза - *оппозиционного противостояния наркотизирующегося ребенка и родителей.* В этой фазе подросток-наркоман перестает скрывать свою наркотизацию, может бравировать пренебрежением требований родных или может давать неоднократные обещания прекратить употребление наркотиков, но каждый раз у него возникают "условно объективные "причины, в силу которых наркотизация возобновляется. Такая "концепция зависимости" принимается родителями, которые начинают обвинять в наркотизации ребенка его друзей и знакомых, торговцев наркотиками, недостаточность работы со стороны правоохранительных органов. В большинстве случаев родители начинают возлагать основные надежды на меры медицинского характера, однако, при обращении за диагностической и лечебно-оздоровительной помощью стремятся избегать учреждений государственной наркологической службы, чтобы не ставить ребенка на наркологический учет.

Об отчуждении отношений в семье

Четвертая фаза - *"поляризации конфликтных отношений".* Эта фаза, как правило, развивается в связи с повторяющимися срывами после кратковременных или длительных курсов лечения. Родители в причинах повторяющихся срывов видят недостаточную компетентность наркологов, обвиняют подростка в "слабости воли", в "плохом характере" и отказываются от попыток решать проблему зависимости доступными им средствами. При этом стойкие конфликтные отношения сопровождаются тем, что и подросток-наркоман и родители продолжают существовать в своеобразных автономных условиях. Происходит своеобразная капитуляция и фактический распад семьи как единого организма. Постоянные ссоры в семье сменяются

отчуждением, которое может сопровождаться активной неприязнью друг к другу, что по типу порочного круга повторно порождает кратковременные конфликты и вспышки раздражения.

Следовательно, в своей динамике ребенок, включившийся в наркотизацию, и сами родители переживают ряд закономерных, взаимосвязанных изменений семейного функционирования и эту динамику, ее этапность необходимо всегда учитывать при работе специалиста с несовершеннолетним, который включился в наркотизацию, и с его родителями.

Когда таким семьям необходимо оказывать помощь?[1]

Анализ наркотической ситуации показывает, что активная антинаркотическая профилактическая помощь семье сегодня должна проводиться:

- в условиях различия мнений и отношений отдельных семей к самой проблеме наркотиков и к проблеме "наркотик и мой ребенок";

- в условиях дефицита компетентности по вопросам формирования у детей антинаркотических установок, ценностей здорового образа жизни;

- в условиях, трудностей установления контактов и взаимодействия со специалистами при необходимости консультативной, специализированной и социально-правовой помощи;

- в условиях, когда сами профессиональные группы лиц, работающих с детьми и подростками - учителя, школьные психологи, социальные педагоги и социальные работники детства, инспектора оППН также нуждаются в выработке нового подхода к взаимодействию со своими подопечными.

В этой ситуации профилактическая помощь семье должна быть:

1. Дифференцированной, т.е. учитывать особенности семьи, характер ее внутрисемейных взаимоотношений и проблем, отношение взрослых членов семьи к наркоситуации и к проблеме "Мой ребенок и наркотики";

2. Активной, т.е. носить превентивный характер как в плане просветительства о проблеме наркотиков в том районе, где проживает семья, так и в плане помощи семье на уровне семейных консультаций, создания групп поддержки семьи и добровольной взаимной поддержки родителей;

3. Действенной, т.е. результат должен выражаться в широком континууме изменений отношения семьи к проблеме "Мой ребенок и наркотики".

---

[1] На этот и последующие вопросы, ответы даны на основе работы Н.В. Вострокнутова «Первичная профилактика злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде»

Что необходимо делать школе, если в ней учится подросток-наркоман?

В отношении ребенка и подростка:

1. предоставить подростку достаточную информацию о негативных последствиях потребления одурманивающих веществ. Целесообразно, при первом контакте избегать репрессивной и осуждающей тактики, постараться убедить ребенка в целесообразности обращения за медицинской помощью. Указать на недопустимость появления в школе в состоянии одурманивания, вовлечения сверстников в потребление психоактивных веществ; сообщить, что в этом случае администрация учебного заведения будет действовать в установленном для такой ситуации порядке;

2. предлагать помощь подростку корректным и, если ситуация позволяет, то желательно ненавязчивым способом;

3. корректно использовать информацию о наркологических проблемах подростка, поскольку это приводит к полному прекращению продуктивного контакта и может иметь вредные последствия для несовершеннолетнего;

4. иметь информацию об учреждениях, оказывающих наркологическую помощь несовершеннолетним. особо следует знать о возможности анонимного лечения. Целесообразна информация о реально работающих с этой проблемой общественных организациях;

5. точно знать при работе с несовершеннолетним потребителем психоактивных веществ: Какова ситуация в его семье? Могут ли родители реально влиять на поведение своего ребенка? Каково его микросоциальное окружение по месту жительства?

В отношении родителей:

1. Корректно сообщить о своих подозрениях родителям или законным представителям, опекунам учащегося ребенка.

2. При подозрении на групповое потребление наркотиков провести повторные беседы с родителями всех членов наркоманической группы. В ряде случаев это целесообразно осуществить в виде собрания с приглашением врача психиатра-нарколога, работника правоохранительных органов.

3. организовать индивидуальные встречи подростков и/или их родителей с врачом районного подросткового наркологического кабинета.

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

Что должен сделать учитель, если школьник находится в измененном состоянии сознания в классе?

1. Удалить учащегося из класса, отделить его от одноклассников.

2. Немедленно поставить в известность руководителей школы.

3. Срочно вызвать медицинского работника школы.

4. В случае, когда состояние подростка может быть расценено как алкогольное или наркотическое опьянение, необходимо известить о случившемся родителей или опекунов подростка.

5. Нецелесообразно проводить немедленно разбирательство о причинах и обстоятельствах употребления алкоголя или наркотиков. Собеседование с подростком по этому случаю следует провести после встречи с родителями и медицинским работником, т.е. после получения объективной информации о возможностях и путях коррекционного вмешательства.

6. При совершении подростком в наркотической интоксикации или алкогольном опьянении хулиганских действий, целесообразно прибегнуть к помощи правоохранительных органов.

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

Что необходимо помнить в такой ситуации?

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

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

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

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

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

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

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

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

В рамках первичной профилактической работы, проводимой в образовательных учреждениях, как эксперимент, в некоторых регионах в условиях школьных медицинских кабинетов на добровольной основе проводится качественная доврачебная диагностика употребления наркотиков среди учащихся. Такая форма активной первичной антинаркотической профилактической работы несомненно является важным сдерживающим фактором употребления наркотиков детьми и подростками. Трудности широкого распространения этого профилактического подхода связаны, во первых, с некоторыми техническими особенностями

стрип-теста на наркотик (необходимость сбора мочи в емкость, что у большинства подростков, как правило, вызывает негативную реакцию) и, во вторых, неразработанность нормативной базы для повсеместного и обязательного использования в условиях образовательных учреждений приемов тестовой, доврачебной диагностики употребления наркотика.

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

Как школа может объединиться с родителями для борьбы с наркотиками?

Варианты взаимодействия образовательных учреждений и родителей в области реализации эффективной профилактики возможного вовлечения школьников в потребление наркотических средств определяются задачами семейной антинаркотической профилактической помощи.

Как повышать ответственность родителей?

Это уровень первичной антинаркотической профилактической работы. она проводится преимущественно через две основные формы взаимодействия школы и родителей:

- проведение бесед, чтение лекций специалистами в родительской аудитории (лекционно-информационная форма),

- семейное консультирование по воспитательным, психологическим проблемам развития и поведения ребенка. Последняя форма работы носит более индивидуальный, касающийся отдельных проблем семьи, характер (проблемно-ориентированная индивидуальная форма первичной профилактической помощи). Для проведения семейного консультирования в таком ключе педагог-классный руководитель, психолог или социальный педагог несомненно должны прослушать программу обучающего семинара и пройти тренинг по особенностям семейного консультирования в программе антинаркотической профилактической помощи.

обе формы описанной первичной профилактической работы реализуются преимущественно через школу, проводятся педагогами - классными руководителями, социальными педагогами и организуются зам. директора школы по воспитательной работе. Наиболее действенно такая форма активной первичной профилактики осуществляется, когда координация и руководство работой родительского университета, а также плановый характер консультаций родителей по семейным

проблемам контролирует и обеспечивает зам. директора по воспитательной работе. В соответствии с планом профилактической внутришкольной работы для проведения таких бесед и лекций могут приглашаться специалисты по проблемам профилактики наркоманий из Центров социально-психологической поддержки и реабилитации, специалисты наркологической службы.

Как избегать неадекватного отношения со стороны родителей к детям, попробовавшим наркотики?

Это задача оказания первичной профилактической помощи детям группы "риска" ранней алкоголизации и наркотизации. Данное направление предусматривает работу с конфликтными (дисфункциональными) семьями. При этом эффективность таких форм первичной профилактической деятельности как лекции на родительских собраниях, на родительском университете несомненно снижается. Большее значение принимают такие формы взаимодействия как семейное консультирование, социальное вмешательство со стороны службы социальной помощи.

организация такого направления работы с родителями несомненно относится в комплексной первичной профилактической помощи и может оказываться школьным психологом и социальным педагогом, специалистами муниципальной службы социальной помощи, районной комиссии по делам несовершеннолетних. Координация и направление такой работы у наиболее оптимальной обеспечивается зам. директора по воспитательной работе.

Наиболее оптимальными формами для реализации такой работы являются:

- родительский семинар, тематика занятий которого ориентирована на овладение родителями положений о путях преодоления внутрисемейных проблем;

- выявление родителей, готовых участвовать в оказании социальной поддержки другим семьям, создание из таких, действенно настроенных родителей групп родительской поддержки для "трудных" семей данного класса, данной школы;

- налаживание через работу групп родительской поддержки постоянных контактов с взрослыми членами дисфункциональных семей, выявление родителей с "риском" алкоголизации и наркотизации, эмоционально пренебрежительного или жестокого отношения к детям. Для них через помощь групп родительской поддержки может быть организована соответствующая социально-психологическая помощь или консультирование по специальным наркологическим проблемам у специалистов наркологической службы. Практически эта задача первичной профилактики связана с оказанием медико-консультативной и в некоторых случаях

психокоррекционной помощи родителям, которые находятся в условиях внутрисемейного дистресса, переживают тяжелые психологические проблемы, что вторично оказывает деструктивное влияние на детей, вовлеченных в эти проблемы.

Благодаря этому направлению профилактической помощи в семье, обеспечивается реальная социальная и правовая защита детей, прежде всего в семьях, где родители наркотизируются, дети лишены родительского надзора, усваивают асоциальные установки и антисоциальный образ жизни. Развитие этого направления профилактики связано также с формированием других подразделений социальной помощи детям (службы доверия, приюты, социально-реабилитационные центры). В настоящее время для развития этого направления работы этого появилась полная законодательная основа, а именно, Федеральный закон "о государственной системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних". однако, в рамках этого Закона необходимо наполнить конкретным содержанием взаимодействие специалистов различных ведомств в профилактике наркоманий.

Как сформировать оптимальную позицию семьи в такой ситуации?

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

Первичная профилактическая помощь семье, в которой ребенок "вступил на путь первых проб", должна носить уже комплексный характер с привлечением специалистов различного профиля. Первичная профилактическая работа педагога - классного руководителя, школьного психолога, социального педагога в этих случаях обязательно дополняется первичной профилактической помощью со стороны медиков, а именно, медицинской сестры и школьного врача. Это позволяет через обучающие семинары для родителей, через индивидуальное семейное консультирование информировать родителей о возможности контролировать в семье с помощью

тестов случаи с вероятным токсико-наркотическим опьянением у ребенка, который начал наркотизироваться и на стадии первых проб бывает убежден, что ему полностью удается скрыть эти случаи от родителей.

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

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

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

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

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

<u>Как поддержать семью, где ребенок прошел лечение от наркомании?</u>

По отношению к таким случаям помощь семье носит характер вторичной антинаркотической профилактической помощи и должна включать:

- семейное консультирование по проблемам взаимоотношений с ребенком, который находится на стадии реабилитации;

- информирование родителей о возможностях и о необходимости применения в семье контрольной (тестовой) диагностики случаев токсико-наркотического опьянения;

- психологическую поддержку семье.

Вторичная профилактическая помощь со стороны школы должна сочетаться также с социально-профилактической и специализированной наркологической помощью семье и ребенку. В организации этих подходов в силу их специфичности ведущую роль должен выполнять районный подростковый психиатр-нарколог, на диспансерном учете у которого находится несовершеннолетний, прошедший курс лечения.

Следует считать, что ведущим специалистом, который организует вторичную профилактическую помощь подростку-наркоману, который на стадии реабилитации вернулся к общеобразовательному или профессиональному обучению, является специалист наркологической службы. Именно он через зам. директора школы по воспитательной работе может привлечь школьного психолога, социального педагога, мед. сестру и школьного врача к оказанию социально-психологической поддержки подростку-наркоману, находящемуся на стадии реабилитации, а также его семье. При оказании вторичной профилактической помощи районный подростковый психиатр-нарколог через отделения профилактики правонарушений несовершеннолетних (УВД) и территориальную комиссию по делам несовершеннолетних может осуществлять по отношению к такому подростку и его семье и различные формы социально-профилактической помощи.

Целесообразно выделить следующие формы реализации комплексного вторично-профилактического и социально-профилактического подходов при оказании помощи семье, в которой ребенок прошел лечение по поводу зависимости от наркотических средств и вернулся к обучению:

- проведение в школьном медицинском кабинете контрольной доврачебной и врачебной (тестовой) диагностики случаев токсико-наркотического опьянения и ознакомление родителей с ее результатами;

- оказание помощи родителям в проведении в семье тестового контроля вероятных случаев токсико-наркотического опьянения;

- консультирование родителей по особенностям взаимоотношений с ребенком, который прошел лечение и находится на стадии реабилитации;

- формирование на основе добровольности групп из родителей, дети которых находятся на стадии реабилитации, для оказания им психокоррекционной помощи по программе обучающего семинара-тренинга (школьный психолог с привлечением членов группы родительской поддержки).

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

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

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

Как добиваться профилактики наркомании именно в образовательной среде?

Об образовательных программах

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

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

образовательные превентивные программы должны быть основаны на дифференцированном подходе к детям с точки зрения их возраста (младший и средний школьный возраст) и их включенности в наркотическую ситуацию. Наиболее эффективен такой подход к детям с интактным характером представлений о наркоситуации и о наркотиках, к детям, не имеющим опыта контакта с подростками, включенными в наркосреду). При создании образовательных программ, ориентированных на профилактические аспекты противодействия употреблению наркотиков, очень важным моментом является их адресность для отдельных возрастных периодов: 5-7 лет, 8-11 лет, 12-14 лет, 15-17 лет. образовательные превентивные программы должны быть многоплановыми, включать "уроки жизненных навыков" противодействия первой пробе алкоголя и наркотика; формировать у детей установки на здоровый образ жизни, на неприятие асоциальных ценностей.

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

Данное направление учебно-воспитательной работы обеспечивается в первую очередь через зам. директора по учебной работе, педагога по ОБЖ, педагога по физической культуре, а также частично лекторов - специалистов по отдельным проблемам развития и здорового образа жизни (половое воспитание). Для данных форм работы по отдельным разделам превентивных образовательных программ может привлекаться и школьный врач.

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

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

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

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

О превентивных программах

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

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

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

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

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

психологический компонент - знание о себе и путях коррекции психологических особенностей личности, способствующих развитию зависимости от употребления психоактивных

веществ, формирование устойчивой самооценки, умения сказать "нет", нести ответственность за себя и свой выбор, умения при необходимости обратиться за психологической, социальной или наркологической помощью;

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

О тренингах для подростков

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

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

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

В связи с этим разработка данного направления первичной профилактики в школе может быть решена только на основе глубоко продуманной стратегии развития антинаркотической работы со стороны руководителей учреждения - директора, зам. директора по воспитательной работе. Данное направление следует считать эффективным, но достаточно трудоемким и требующим квалифицированной подготовки школьного психолога, социального педагога, а также помощи учителей, подготовленные для активного сотрудничества с психологами в проведении активной профилактической работы в школе.

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

О тренингах для специалистов

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

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

Развитие данного направления работы в школе обеспечивается в первую очередь усилиями руководства школы, которое ставит перед педагогическим коллективом такую задачу (директор, зам. директора школы по воспитательной работе). Разрабатывают методические основы этого направления в школе такие специалисты как школьный психолог, социальный педагог, учителя, подготовленные для активного сотрудничества с психологами в проведении активной профилактической работы в школе. В ряде случаев такая работа на первом этапе может быть обеспечена специалистами наркологической службы, которые подготовлены по психотерапии и для активной профилактической работы в школе.

Данное направление первичной профилактики реализуется следующими средствами:

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

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

Следовательно, чтобы обеспечить развитие в образовательном учреждении всех направлений первичной профилактической работы, необходимо в каждой территории для методического обеспечения первичной профилактической помощи на постоянной основе организовать межшкольные обучающие семинары для учителей, школьных психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, социальных работников детства по методам и формам активной профилактической работы в образовательной среде, а также путям обмена новым опытом в этой работе. Программы семинаров должны носить практическую направленность, обучать навыкам отношения к ребенку, который начал употреблять психоактивные вещества, навыкам противодействия агрессивному поведению детей, средствам восстановления школьного статуса

ребенка, бросившего употреблять психоактивные вещества. Через такие семинары необходимо распространять новый опыт по инновационным психолого-педагогическим методам формирования у детей ценностного отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни, а также активные психологические установки противодействия приему наркотиков.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков: пути преодоления. Учебное пособие/Под ред. Э.Ф. Вагнера и Х.Б. Уолдрон – М.: Издательский центр «Академия», 2006. 476 с.
- Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде/под ред. Г.Н.Тростанецкой. – Москва, 2009
- Предупреждение подростковой и юношеской наркомании /Под. ред. С.В.Березиной, К.С.Лисецкого, И.Б. орешниковой. -М.: Издательство Института Психотерапии 2000. -256с.
- Сирота Н. А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании у подростков. от теории к практике. Изд. ЦСПА «Генезис», 2001.
- Сирота Н. А., Ялтонский В.М. Профилактика употребления наркотиков и других ПАВ среди детей и подростков. НКО Фонд «Система профилактических программ», Москва 2003