

**Управление образования города Твери**

**ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер»**

**ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России**

**Честнова В.И., Кочегуров В.В.,  
Комисаров М.Г., Капранова А.Л.**

**Профилактика употребления психоактивных веществ  
в образовательных организациях**

*(методические рекомендации для педагогов  
психологов медицинских работников)*

**Тверь, 2022**

**Составители:** В.И.Честнова – главный внештатный специалист психиатр-нарколог Министерства здравоохранения Тверской области, главный врач ГБУЗ «ТОКНД»; В.В.Кочегуров – канд. мед. наук, зам. главного врача по экспертной работе ГБУЗ «ТОКНД», доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии с курсом психиатрии и психотерапии ФПДО, интернатуры и ординатуры ГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; М.Г.Комисаров – заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «ТОКНД»; А.Л.Капранова – клинический психолог отделения медико-психологической помощи детям и подросткам ГБУЗ «ТОКНД»

**Профилактика употребления психоактивных веществ в образовательных организациях** [Текст]: метод. рекомендации / сост. В.И.Честнова, В.В.Кочегуров, М.Г.Комисаров, А.Л.Капранова. – Тверь, 2022. – 36 с.

Методические рекомендации освещают организационно-правовые, психолого-педагогические и медицинские аспекты первичной и вторичной профилактики употребления психоактивных веществ в образовательных организациях общего, среднего и высшего профессионального образования, предназначены для специалистов органов управления образования, администраторов образовательных учреждений, педагогов, школьных психологов, медицинских работников.

Воспроизведение настоящего издания или части его (кроме краткого цитирования в рецензиях и отзывах) любым способом противоречит положениям российского и международного авторского права.

- © ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер», 2022
- © Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии с курсом психиатрии и психотерапии ФПДО, интернатуры и ординатуры ГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

Актуальность проблемы употребления психоактивных веществ.....	4
Правовые основы профилактики употребления психоактивных веществ. Значение и функции образовательных организаций в данной деятельности.....	6
Причины вовлечения детей и подростков в употребление психоактивных веществ. Факторы риска (уязвимости) и защитные факторы.....	9
Психолого-педагогические аспекты универсальной профилактики употребления психоактивных веществ.....	14
Вторичная профилактика употребления психоактивных веществ:.....	21
1. Признаки употребления психоактивных веществ.....	21
2. Раннее выявление потребителей наркотических средств и психотропных веществ: социально-психологическое тестирование и медицинские профилактические осмотры обучающихся.....	24
3. Мотивационное интервью лиц, замеченных в употреблении психоактивных веществ.....	26
Межведомственное взаимодействие в сфере профилактики. Оказание наркологической помощи.....	29
Приложения:	
Приложение 1. Полезные источники информации по теме профилактики употребления психоактивных веществ.....	33
Приложение 2. Мифы о наркотиках.....	33
Приложение 3. Мифы об алкоголе.....	35

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Распространение среди населения употребления спиртных напитков, суррогатов алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, табачных изделий и электронных сигарет, использование продуктов бытовой химии с целью одурманивания – проблема мирового и российского общества, не теряющая своей актуальности на протяжении последних десятилетий.

В результате поэтапного внедрения ограничительных и запретительных мер и применения других инструментов государственной антиалкогольной, антинаркотической и антитабачной политики в течение последних 10-15 лет, а также модернизации здравоохранения, были достигнуты значительные успехи в сфере профилактики алкоголизма и наркомании. Так, ежегодно регистрируется снижение заболеваемости наркологической патологией среди взрослого и детско-подросткового населения, снижение смертности от внешних причин и от отравлений алкоголем и наркотиками, снижение уровня потребления алкоголя и табака на душу населения. Тем не менее, перед современным обществом остаются и появляются новые вызовы, такие как расширение употребления новых психоактивных веществ – дизайнерских синтетических наркотиков, вовлечение в распространение наркотиков несовершеннолетних лиц с применением бесконтактных технологий (так называемые «закладки»), использование интернета и социальных сетей для распространения наркотиков и размещения нежелательной и недостоверной информации о них, высокая популярность среди детей и подростков вейпинга (курения электронных сигарет) и снюффинга (вдыхание газов для заправки зажигалок, для ароматизации воздуха и других продуктов бытовой химии). Для решения имеющихся проблем требуется дальнейшее совершенствование системы профилактики употребления психоактивных веществ (ПАВ) на межведомственном и межпрофессиональном уровне, разработка более эффективных превентивных технологий, учитывающих специфику субъекта профилактики (в частности, образовательных организаций) и объекта профилактики (дети и подростки, их родители), расширение практики привлечения волонтеров из числа самих обучающихся.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2019 г. наркологические расстройства были зарегистрированы у 1898395 чел. (1293,35 на 100 тыс. чел. или 1,3% населения). Несмотря на наблюдаемую положительную динамику уровня потребления алкоголя на душу населения (в 2008 г. данный показатель составлял 16,2 л, в 2017 г. – 11,5 л, в 2018 г. – 13,5 л), потребление алкоголя в России остается достаточно высоким и превышает генетически опасный для здоровья населения уровень, составляющий по данным Всемирной организацией здравоохранения 8 л. Особую озабоченность вызывает высокая в сравнении с другими странами распространенность эпизодов употребления алкоголя в больших количествах.

Болезненность алкоголизмом в 2019 году по Тверской области составила 16412 чел. или 1292,65 на 100 тыс. населения, что на 48,0% выше, чем в Российской Федерации в целом (873,28 на 100 тыс.). Следует отметить, что приведенные выше показатели охватывают только тех, кто добровольно обратился за медицинской помощью. Реальное количество больных в популяции превышает данные официальной статистики в разы. Этому способствует анозогнозия (отрицание болезни) пациентов как клиническое проявление зависимости, их нежелание негативных социальных последствий наблюдения у психиатра-нарколога и стигматизация больных.

С учетом значительного вклада алкоголя в этиологию многих соматических заболеваний большую тревогу вызывает лидирующее положение Тверской области в Центральном Федеральном округе в 2019 г. по показателям смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Согласно опросам Росстата, наибольшие изменения по показателю потребления алкоголя в

последние 30 дней в 2018 г. в сравнении с 2013 г. наблюдались в наиболее молодых возрастных группах: среди 15-19-летних данный показатель снизился с 21,3% до 12,4 %, среди 20-24-летних – с 52,2% до 47,0%. Однако, требует внимания тот факт, что доля девочек 15-17 лет, госпитализированных в связи с злоупотреблением алкоголем, за тот же период выросла с 18,7% до 25,9%.

Согласно отчету Управления по наркотикам и преступности ООН, в мире в 2019 г. в возрасте от 15 до 64 лет потребляют наркотики около 274 млн. человек, что составляет около 5,3% населения в этом возрасте (для сравнения, в 2010 г. - 226 млн. чел.). Рост численности людей, употребляющих наркотики, происходит на фоне появления сотен синтетических наркотиков на рынке. Причем некоторые наркотики имеют более высокое содержание активных веществ, чем десять лет назад. Необходимо подчеркнуть, что, по мнению экспертов ООН, в настоящее время для мирового сообщества «врагом номер один» среди нелегально используемых наркотиков являются стимуляторы амфетаминового ряда и катиноны, производство которых не ограничивается климатическими и географическими факторами, а происходит синтетическим путем повсеместно и потребление которых растет по всему миру. Не меньшую проблему составляют каннабиноиды (наркотические вещества из конопли), так как, несмотря на увеличение содержания активных веществ в сырье, они все меньше воспринимаются молодежью как вредный наркотик. Так, за последние два десятилетия содержание активных веществ в продуктах каннабиса увеличилось почти в четыре раза в Соединенных Штатах Америки и в два раза в Европе. Однако согласно проведенным опросам, доля подростков, считающих каннабис вредным, в течение того же периода сократилась на 40%. Именно каннабиноиды естественного и синтетического происхождения остаются самыми распространенными наркотическими средствами в мире и России.

Наибольшие риски для здоровья несет инъекционное употребление наркотиков. Число людей, употребляющих наркотики в мире в 2019 году составило более 11 миллионов человек. Из них более половины являются носителями гепатита С (5,6 млн.), а почти каждый восьмой — ВИЧ-инфицирован (1,4 млн.). Почти 1,2 млн. человек живут с обеими инфекциями. Смертность вследствие осложнений гепатита С у людей, употребляющих наркотики инъекционно, является ведущей и составляет 55%. Обнадеживает, что в России в 2019 году по сравнению с 2015 годом число лиц, потребляющих наркотики инъекционным способом, снизилось на 38,4% и составило 207,5 тыс. человек.

По данным доклада УМВД о наркоситуации в Российской Федерации, в 2018 г. имели опыт употребления наркотиков 8,1 млн. чел. (5,5% населения), что на 1,3% меньше, чем в 2015 г. (9,9 млн. чел. или 6,8%). По тем же данным, средний возраст первой пробы наркотика колеблется в пределах 16-16,5 лет: до 12 лет попробовали наркотики 2,9%, с 12 до 15 лет – 15,9%, с 16 до 18 лет – 39,2%, с 19 до 25 лет - 33,1% опрошенных. Текущая наркоситуация характеризуется тем, что с 2010 года наблюдается рост более чем в 2,5 раза числа лиц с зависимостью от новых психоактивных веществ и с полинаркоманией (в 2010 году - 26,4 тыс. человек, в 2019 году - 66,7 тыс. человек) и более чем в три раза - с зависимостью от лекарственных препаратов с психоактивным действием (в 2010 году - 7,8 тыс. человек, в 2019 году - 26,4 тыс. человек). В Тверской области под наблюдением психиатра-нарколога в 2019 г. находилось 1255 больных наркоманией (98,85 на 100 тыс.), что на 38,5% ниже, чем в Российской Федерации в целом (160,93 на 100 тыс.). Синдром зависимости от наркотиков среди несовершеннолетних в настоящее время отмечается в единичных случаях не только в Тверской области, но и в других регионах России. Подавляющее большинство подростков, замеченных в наркотизации, страдают пагубным употреблением наркотиков. При этом вызывает беспокойство нивелирование гендерных различий: с 2013 по 2019 г. доля девочек 15-17 лет, госпитализированных в связи с употреблением наркотиков, выросла более чем в 2 раза (с 12,8% до 26,2%).

Постоянное появление новых ПАВ, прежде всего, связано с желанием преступных групп обойти существующие международные и национальные законодательные меры. Важно заметить, что новые ПАВ отличаются рядом особенностей от существовавших ранее наркотиков и психотропных веществ: медицинские последствия их употребления (как близкие, так и отдаленные) не изучены и зачастую неизвестны даже их производителям; нередко они представляют сложность для обнаружения и химической идентификации. По сведениям европейских исследователей, в то время как уровень смертельных случаев от передозировок героина, кокаина, амфетамина и других традиционных наркотиков оставался довольно постоянным, за период с 1999 по 2010 гг. уровень смертности от передозировок неустановленным веществом утроился.

По данным Всемирной организации здравоохранения, употребление табака является одной из самых значительных угроз для здоровья человека, когда-либо возникавших в мире. Потребление табака ежегодно приводит почти к 7 млн. случаев смерти, из которых более 6 млн. случаев происходит среди потребителей табака и более 890 тыс. случаев – среди некурящих людей, подвергающихся пассивному курению. Распространенность употребления табака в Российской Федерации в 2016 г. составила 30,9% (в 2009 г. – 39,4%). Несмотря на существенное снижение данного показателя он остается значительно выше, чем в странах Евросоюза (по данным Всемирной организации здравоохранения в среднем 24%). Количество курящих среди подростков 13-15 лет уменьшилось в 2 раза по сравнению с 2004 г. Распространение жевательного и нюхательного табака создает и поддерживает никотиновую зависимость. В 2018 г. доля лиц, потребляющих некурительный табак, составила 0,9% от всех курильщиков. Распространенность потребления никотинсодержащей продукции с помощью электронных систем доставки никотина (электронных сигарет или вейпов) наибольшая в возрастной группе 18-24 г. и составляет 19,1%, что более чем в 10 раз выше, чем во всех остальных возрастных группах.

К неблагоприятным явлениям в подростковой среде следует отнести увеличение распространенности снюффинга, что потребовало принятия региональных законов в ряде субъектов Российской Федерации, запрещающих продажу некоторых продуктов бытовой химии несовершеннолетним лицам (например, баллоны для заправки зажигалок, газовых баллонов). По данным Следственного комитета России, наблюдается ежегодное увеличение количества летальных исходов от вдыхания токсических веществ среди подростков: в 2016 г. зарегистрировано 65 смертей, в 2017 г. – 142, в 2018 г. – 154.

Лучшим первоочередным методом сокращения потребления алкоголя, наркотиков, никотина и связанной с ними заболеваемости была и остается **профилактика**. К наиболее эффективным методам профилактики относятся те, которые помогают молодому поколению выстраивать позитивные взаимоотношения с родными, учителями и сверстниками в школе и другими членами общества и способствуют созданию инклюзивного и безопасного жизненного пространства.

## **ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. ЗНАЧЕНИЕ И ФУНКЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ДАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Предупреждение злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) среди детей и молодежи – одно из приоритетных направлений в организации здоровьесберегающих технологий в системе образования.

Согласно ч. 2 статьи 41 Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" организация **охраны здоровья обучающихся** (за исключением оказания первичной медико-санитарной

помощи, прохождения медицинских осмотров и диспансеризации) в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, осуществляется этими организациями и включает в себя в т.ч.: пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни (1.4), профилактику и запрещение курения табака или потребления никотинсодержащей продукции, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств и психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов и других одурманивающих веществ (1.7).

С точки зрения ст. 1 Федерального закона от 08.01.1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» профилактика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании - совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании. Данный Федеральный закон дает определение таким понятиям как наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (ст. 1). Так, **наркотические средства** - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года. **Психотропные вещества** - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года. **Прекурсоры** наркотических средств и психотропных веществ - вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

Кроме наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров опасность для здоровья и социального функционирования человека представляют и другие вещества растительного или синтетического происхождения, способные влиять на психику и поведение субъективно приятным образом, что в конечном итоге приводит к закреплению их употребления и формированию зависимости от них. К этим веществам можно отнести алкоголь и его суррогаты, никотин в табачных и бестабачных изделиях, многие лекарственные препараты, продукты бытовой химии, вызывающие токсическое опьянение или состояние одурманивания. Все перечисленные вещества, включая наркотические средства и психотропные вещества, объединяются под названием **психоактивные**.

Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 года №733, в числе приоритетных направлений профилактики незаконного потребления наркотиков (п. 14) указывает следующие: а) развитие инфраструктуры, форм и методов первичной профилактики незаконного потребления наркотиков, в том числе совершенствование педагогических программ и методик профилактики противоправного поведения несовершеннолетних и включение таких программ и методик в электронные образовательные ресурсы, расширение практики использования универсальных педагогических методик (тренинг, проектная деятельность и другие методики); б) включение профилактических мероприятий в образовательные программы, внеурочную и воспитательную работу, федеральные и региональные

программы, проекты, практики гражданско-патриотического, духовно-нравственного воспитания граждан, в особенности детей и молодежи; в) уделение особого внимания духовно-нравственному воспитанию в образовательных организациях, формирующему у обучающихся устойчивое неприятие незаконного потребления наркотиков.

Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде на период до 2025 года, утвержденная 15 июня 2021 г. статс-секретарем – заместителем Министра просвещения Российской Федерации А.А. Корнеевым, под профилактикой употребления ПАВ подразумевает комплекс социальных, образовательных, психологических и медицинских воздействий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению ПАВ, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий употребления ПАВ. В соответствии с указанной Концепцией, профилактическая деятельность образовательной организации представляет собой комплексную систему организации процесса обучения и воспитания детей и молодежи, обеспечивающую снижение риска вовлечения в употребление ПАВ за счет расширения социальных компетенций, формирования личностных свойств и качеств обучающихся, направленных на принятие ценностей здорового и безопасного образа жизни, повышение правового самосознания и устойчивости к негативным влияниям среды.

Эффективность профилактической работы напрямую связана с возможностями образовательной организации, которые во многом превосходят другие социальные институты, включая возможности профилактики в семье. Значение образовательных организаций как субъектов профилактической деятельности трудно переоценить, ведь они являются важнейшим фактором социализации человека вне семьи. Среди функций образовательных организаций, непосредственно имеющих отношение к профилактике употребления ПАВ, следует назвать: формирование отношения к ответственному поведению в целом и к употреблению ПАВ в частности; обучение соответствующим просоциальным ролям и поведению и укрепление позитивного поведения, которому дети учатся дома и в обществе; предоставление детям возможности практиковать эти роли и поведение под присмотром взрослых.

Система образования имеет профессиональный и организационный ресурс, сфера ее социального влияния позволяет обеспечивать комплексное, системное воздействие на несовершеннолетних и молодежь, а, следовательно, вносить существенный вклад в формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у подрастающего поколения. При этом важно сформировать компетентную психолого-педагогическую позицию у каждого педагогического работника, междисциплинарной команды по анализу устройства самого образовательного процесса, уклада образовательной организации как пространства, имеющего собственное профилактирующее содержание, способности к его изменению и выстраиванию взаимодействия с разными партнерами исходя из специфики социокультурной ситуации конкретной образовательной организации.

Включение в превентивную деятельность педагогических работников образовательных организаций обуславливают необходимость систематического повышения ими своей квалификации на основе использования современных информационных, интерактивных и проектных подходов в профилактике.

Традиционно профилактику употребления ПАВ в зависимости от субъектов, объектов, методов и технологий делят на первичную, вторичную и третичную. **Первичная (или универсальная) профилактика** – система социальных, психологических и воспитательных мер, направленных на предупреждение вовлечения в употребление и распространение ПАВ. Реализуется в работе со всеми обучающимися, как не вовлеченными в наркопотребление, так и относящимися к группе риска вовлечения в употребление ПАВ. Ее основная цель - формирование у целевой группы профилактической деятельности отношения нетерпимости к обороту и потреблению ПАВ,



стремления к сохранению и укреплению собственного здоровья, приверженности законопослушному поведению.

**Вторичная (или селективная) профилактика** употребления ПАВ относится к избирательной превентивной работе с теми, кто уязвим или имеет высокий риск. Она представляет собой систему социальных, психологических и медицинских мер в отношении обучающихся, склонных к употреблению и/или имеющих опыт потребления алкоголя, табака, наркотиков и других ПАВ.

**Третичная (или модификационная) профилактика** наркологических заболеваний направлена на лиц, имеющих зависимость от ПАВ и находящихся в стадии ремиссии, и осуществляется в медицинских организациях с целью закрепления воздержания от ПАВ и восстановления утраченного здоровья и социальных связей.

Даже небольшое воздействие, направленное на снижение употребления ПАВ в обществе в целом, оказывается более эффективным, чем более массивное воздействие только на больных с зависимостью от ПАВ. Следовательно, при всей важности и необходимости вторичной и третичной профилактики злоупотребления ПАВ **приоритетной** должна быть **первичная профилактика**. Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде на период до 2025 года также строится на утверждении приоритета задач первичной профилактики, основанной, главным образом, на развитии культуры здорового образа жизни и других социально значимых ценностей — созидания, творчества, духовного и нравственного совершенствования человека.

## **ПРИЧИНЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. ФАКТОРЫ РИСКА (УЯЗВИМОСТИ) И ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ**

Синдром зависимости от ПАВ как закономерный итог употребления ПАВ – мультифакториальное заболевание, в формировании которого значимую роль играют биологические, генетические, личностные, семейные и средовые факторы (необходимо понимать, что разделение в определенной мере является условным).

Начало злоупотребления алкоголем, употребления наркотических средств, табака и других ПАВ имеет сходные причины. Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем ПАВ, называются **факторами риска**. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем ПАВ, называются факторами защиты – **протективными факторами**.

Экспертами ВОЗ разработана следующая классификация факторов риска в зависимости от уровня их проявления:

**Биофизиологические факторы риска:** генетическая предрасположенность, отягощенная наследственность, отклонения в развитии, органические поражения головного мозга, хронические соматические заболевания, степень изначальной толерантности (переносимости ПАВ), природа употребляемого вещества.

**Макросоциальные факторы риска:** доступность табака, алкоголя, наркотиков и других ПАВ, ухудшение социально-экономической ситуации в регионе, ценностный плюрализм, мода на употребление психотропных веществ, степень правовой и моральной ответственности за их потребление, традиции общества.

**Микросоциальные факторы риска:** семейные – злоупотребление членами семьи психотропными веществами, несоблюдение социальных норм и правил, конфликты, неправильные стили воспитания по типу гипоопеки или гиперопеки, безнадзорность, воспитание в неполной семье; в образовательном учреждении – примеры употребления психотропных веществ, раннее асоциальное поведение, академическая неуспеваемость,

конфликтные отношения со сверстниками и педагогами; в среде сверстников – отчуждение или конфликты, наличие в ближайшем окружении лиц с девиантным поведением и/или употребляющих алкоголь, табак, наркотики, одобрение употребления различных ПАВ.

Начальный этап употребления ПАВ, наблюдающийся преимущественно в подростковом возрасте, связан со следующими мотивациями:

- демонстрация взрослого поведения
- отчуждение от родительской опеки.
- выражение социального протеста и вызовом по отношению к ценностям среды,
- экспериментирование,
- стремление получить новый опыт,
- поиск удовольствия или расслабления,
- средство стать участником субкультурного жизненного стиля,
- способ разрешения конфликта или снижения напряжения,
- акт отчаяния и пр.

ВОЗ в противоположность факторам риска выделяет и **факторы защиты**, располагая их по тем же уровням: биофизиологические, индивидуально-психологические, макросоциальные, микросоциальные. Наиболее значимыми факторами защиты от аддикций, на которые направлено профилактическое вмешательство, являются:

- благополучное социальное окружение;
- наличие семьи, семейная стабильность и сплоченность, воспитание и теплые, близкие, уважительные отношения с членами семьи;
- достаточный уровень жизни, доступность служб социальной помощи;
- мотивация на ЗОЖ;
- наличие защитных факторов здорового и социально-эффективного поведения: устойчивость к стрессу, физическое и психическое благополучие;
- адекватная самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение;
- вовлеченность в общественную жизнь;
- участие и организация программ досуга, альтернативных потреблению ПАВ.

В различные периоды жизни факторы риска и защиты действуют неоднозначно. Это определяет методы профилактического вмешательства, направленные на возрастные и социальные особенности индивида или группы лиц.

#### ***Дети младшего школьного возраста 6-9 лет***

Младший школьный возраст называют вершиной детства. В этом возрасте происходит смена образа и стиля жизни: новые требования, новая социальная роль ученика. Меняется восприятие своего места в системе отношений. Меняются интересы, ценности ребенка, весь уклад его жизни. Интенсивно развивается самосознание. Ведущая деятельность в младшем школьном возрасте – учебная. Ее характеристики: результативность, обязательность, произвольность. Становление самооценки младшего школьника зависит от успеваемости и особенностей общения учителя с классом. Большое значение имеют стиль семейного воспитания, принятые в семье ценности. Несмотря на то, что семья по-прежнему занимает важное место в жизни ребенка, однако роль школы, групп сверстников начинает возрастать. В связи с этим такие факторы, как общественные нормы, школьная культура и качество образования, получают большое значение для безопасного и здорового эмоционального, когнитивного и социального развития.

Практическая направленность профилактических действий с детьми в возрасте от 6 до 9 лет должна учитывать **факторы риска развития наркологических заболеваний** в данной возрастной группе:

- **Генетические:** Генетическая предрасположенность ребенка к возникновению наркологических заболеваний, начиная с дошкольного возраста, проявляется в

патологическом поведении «трудного ребенка» с преобладанием признаков психического инфантилизма и в раннем курении ребенка.

• **Психологические:**

- школьная дезадаптация, неполноценность навыков обучения, дети могут нуждаться в школах коррекционного типа и педагогах коррекционных школ;
- отставание детей в когнитивном и эмоциональном развитии;
- неполноценность у детей коммуникативных навыков (недифференцированное межличностное общение, конфликты со сверстниками и значимыми взрослыми);
- у ребенка частые проявления агрессии, обиды, состояния эмоциональной амбивалентности, эмоциональная лабильность;
- импульсивность (ребенок отвечает спонтанно, не дослушав вопросы, в играх и в других ситуациях не может дождаться своей очереди при общении, участии в игре, постоянно во время беседы, занятий или игр пристает к окружающим);
- у ребенка и у членов семьи неадекватная самооценка, проявление паттернов аморального, асоциального поведения;
- нарушение детско-родительских отношений, неудовлетворенность ребенка в отношениях с родителями (доминирующие или попустительские стили воспитания, нереалистические ожидания родителей в отношении развития ребенка, деструктивная семья, развод родителей, адаптация к повторному браку родителя);
- гедонистическая направленность личности ребенка и членов семьи;
- низкая академическая успеваемость ребенка;
- отсутствие у ребенка устойчивых увлечений.

• **Социальные:**

- жестокое обращение взрослых с детьми и женщинами в семье;
- сексуальное, физическое, психическое, экономическое, социальное, религиозное насилие взрослых над ребенком (в семье и ближайшем окружении, в образовательном учреждении, на улице) или над другим членом семьи;
- унижение и оскорбление взрослыми человеческого достоинства ребенка (в семье и ближайшем окружении, в образовательном учреждении, на улице) или другого члена семьи;
- психотравма: утрата близких родственников или близких людей;
- низкий социально-экономический статус семьи ребенка и/или аморальный асоциальный образ жизни семьи, изоляция семьи;
- доступность психотропных веществ в семье, на улице, в образовательном учреждении, в учреждениях досуга и спорта;
- наличие у ребенка и семьи друзей, употребляющих ПАВ;
- недоступность для семьи и ребенка адекватной социальной поддержки;
- социальная некомпетентность, нарушения социальной перцепции, проявление паттернов аморального, асоциального поведения у ребенка и членов его семьи;
- в семье высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, к асоциальному, аморальному поведению;
- в окружении семьи или ребенка мода на потребление ПАВ и асоциальное, аморальное поведение;
- в семье и/или у ребенка проблемы с правоохранительными органами.

***Дети подросткового возраста от 10 до 17 лет***

Подростковый возраст – это период самоопределения и осознания своей индивидуальности. Главная задача, решаемая в этом возрасте, – формирование чувства личной идентичности и социально-сексуальной роли. Физиологические и психологические метаморфозы, происходящие в этот период жизни человека, обуславливают такие особенности поведения подростков, как:

- ориентация на мнение референтной группы;
- колебания настроения;

- высокая поведенческая активность;
- неустойчивая самооценка;
- безапелляционность суждений, максимализм;
- нарочитая грубость и демонстративная развязность;
- озабоченность сексуальной сферой отношений;
- некритичное восприятие лидера (кумира).

Практическая направленность профилактических действий с детьми в возрасте от 10 до 17 лет должна **учитывать факторы риска развития наркологических заболеваний** этого возраста.

• **Генетические:** Генетическая предрасположенность к возникновению наркологических заболеваний в пубертатном периоде проявляется в патологическом поведении «трудного подростка» с преобладанием признаков психического инфантилизма. В целом подростки характеризуются более высоким уровнем напряженности и возбужденности. Они постоянно испытывают чувство неудовлетворенности. Снятие внутренней напряженности является одним из побудительных мотивов обращения к ПАВ. Также генетическая предрасположенность в подростковом возрасте выражается в раннем курении и употреблении алкоголя.

• **Психологические:**

- акцентуации характера, инфантилизм у подростка;
- частые проявления у подростка и членов семьи агрессии, жестокости, обиды, эмоциональная лабильность;
- импульсивность (совершение необдуманных действий, торопливо, наспех, перебивая и прерывая других, трудности с удержанием продолжительных или постоянных интересов в учебе и досуге);
- гедонистическая направленность личности подростка и членов семьи;
- у подростка плохая успеваемость, низкая самодисциплина и самоорганизованность, проблемы с выполнением самостоятельной работы в учебной и внеучебной деятельности;
- социальная некомпетентность, нарушения социальной перцепции, проявление паттернов аморального, асоциального поведения у подростков и членов родительской семьи;
- нарушение детско-родительских отношений (стили воспитания, нереалистические ожидания в отношении развития ребенка, развод родителей, адаптация к повторному браку родителя);
- конфликт смыслов жизни.

• **Социальные и культурные:**

- жестокое обращение с детьми и женщинами в семье, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на улице;
- сексуальное, физическое, психическое, экономическое, социальное, правовое, религиозное насилие над подростком (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на улице) или над другим членом семьи;
- унижение и оскорбление человеческого достоинства подростка (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на улице) или другого члена семьи,
- психотравма: утрата близких родственников или близких людей, друзей, любимых, а также разрыв любовных отношений, неразделенная любовь (особенно первая);
- ранние сексуальные отношения, гомосексуальные отношения, сексуальные извращения, участие в сексиндустрии и производстве порнопродукции;
- ранние браки и разводы у подростков;
- низкий социально-экономический статус семьи подростка и/или аморальный асоциальный образ жизни, изоляция семьи;

- у подростка высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, аморальному и асоциальному поведению;
- наличие у подростка друзей, употребляющих ПАВ, с аморальным и асоциальным поведением;
- мода среди сверстников-подростков на потребление ПАВ, аморальное, асоциальное поведение;
- окончание школы и поступление в учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования;
- ранние вынужденные, особенно нелегальные трудовые отношения у подростков;
- попадание подростка под влияние представителей субкультур, религиозных сект, ультрарелигиозных и ультранациональных движений, преступных группировок;
- религиозная неопределенность членов семьи и подростка.

***Молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет.***

Ранняя молодость – период социальной и полоролевой идентификации. Главными задачами этого возраста являются психологическая и социальная адаптация к новым социальным ролям, упрочение идентичности и установление близости. Те, кто не способен сформировать близкие отношения в течение этого критического периода, могут испытывать немалые трудности в социальной адаптации и страдать от чувства одиночества, подавленности, подозрительности. В период ранней молодости люди стремятся доказать себе и другим, что они уже способны к самостоятельным решениям и взрослой жизни. Равновесие внутреннего мира в эти годы нарушается необходимостью самоопределения в моменты окончания обучения, начала профессиональной карьеры, выбора брачного партнера и вступления в брак, рождения детей, иногда – первых потерь значимых близких и родных. Удлинение срока обучения и продолжительное использование благ, предоставляемых родителями, а не заработанных самостоятельно, может привести к формированию иждивенчества и инфантилизма.

Практическая направленность профилактических действий с молодежью, лицами в возрасте от 18 до 24 лет, должна учитывать **факторы риска развития наркологических заболеваний.**

**• Психологические:**

- акцентуации характера, инфантилизм;
- агрессия, жестокость, желание постоянно доминировать, безапелляционность;
- эмоциональная лабильность, импульсивность в принятии решений и деятельности (ориентация на интуицию в принятии решений, быстрое немотивированное переключение с одного вида деятельности на другой, частое отсутствие результата деятельности);
- гедонистическая направленность личности, постоянное стремление к риску, к перемене мест;
- социальная некомпетентность, проявление паттернов аморального, асоциального поведения;
- несформированность реального представления о будущем, о жизненных целях;
- низкая устойчивость к стрессам, низкая работоспособность, сниженная приспособляемость к новым сложным ситуациям, плохая переносимость конфликтов;
- частые или глубокие конфликты в образовательном учреждении и на работе;
- отсутствие устойчивых увлечений и интересов;
- депрессия, психологические нормативные кризисы, потеря смыслов жизни и стремлений в деятельности.

**• Социальные и культурные:**

- участник или жертва акта сексуального, физического, психологического, экономического, социального, правового, религиозного насилия (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на работе);
- жертва унижения и оскорбления человеческого достоинства;

- психотравма: утрата близких родственников или близких людей, друзей, любимых, также разрыв любовных отношений, неразделенная любовь (особенно первая), жертва нападений, разбоев, ранений, инвалидность, утрата трудоспособности;
- гомосексуальные отношения, сексуальные извращения, участие в секс-индустрии и производстве порнопродукции;
- вынужденные браки, неустроенный быт молодой семьи, быстрые разводы;
- высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, аморальному и асоциальному поведению;
- наличие друзей, употребляющих ПАВ, с аморальным и асоциальным поведением;
- мода среди сверстников на потребление ПАВ, проявление аморального, асоциального поведения;
- недоступность желаемого профессионального образования, низкий уровень образования;
- попадание молодого человека под влияние представителей субкультур, религиозных сект, ультрарелигиозных и ультранациональных движений, преступных группировок;
- длительное отсутствие (более 0,5 года) возможности трудоустроиться после окончания обучения и получения диплома о профессиональном образовании;
- непосильное бремя финансовых и материальных кредитов;
- бедность, безработица, тяжелый труд, низкая заработная плата;
- неподготовленность (физическая, психическая, морально-нравственная) к призыву и прохождению срочной службы в вооруженных силах и участию в боевых действиях;
- нахождение под следствием, в местах лишения свободы, в плену, в заложниках;
- религиозная неопределенность молодого человека и его окружения;
- традиции и политика организации (предприятия), образовательного учреждения и общечеловеческие в отношении употребления ПАВ.

Каждый этап развития человека связан с ростом интеллектуального и языкового развития, когнитивных, эмоциональных функций и навыков социальной компетенции. Нарушение этого роста может сделать человека более уязвимым для употребления ПАВ. Раннее вмешательство может предотвратить начало употребления ПАВ. Профилактические программы должны обеспечивать вмешательство на ранних стадиях развития ребенка, чтобы сформировать и укрепить защитные факторы и снизить факторы риска задолго до появления проблемного поведения.

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Организация профилактической деятельности в образовательной среде должна основываться на общих принципах, обеспечивающих безопасность и эффективность проводимых мероприятий.

### **1. Принцип комплексности** предполагает согласованное взаимодействие:

- на межведомственном уровне – органов и учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты населения, правоохранительных органов и др.;
- на профессиональном уровне – специалистов различных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты профилактики (воспитатели, педагоги, дошкольные, школьные и медицинские психологи, врачи, психиатры-наркологи, социальные педагоги и социальные работники, работники комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних).

## **2. Принцип дифференцированности** реализуемых программ и методов профилактики с **учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей детей.**

Необходимо учитывать особенности восприятия информации различными возрастными группами. По возрасту наиболее целесообразно выделение следующих групп:

- ✓ дети младшего школьного возраста (6-10 лет);
- ✓ подростки (10-15 лет);
- ✓ молодежь:
  - первый период (старший школьный возраст 15-17 лет),
  - второй период (17-21 год);

Например, в профилактических образовательных программах для подростков предпочтение должно отдаваться интерактивным способам работы (моделированию ситуаций, ролевым играм, тренингам жизненных навыков, дискуссиям, обратной связи и т.д.), а не дидактическим информационно-образовательным методам, более подходящим для взрослого контингента.

Если исходить из того, что 14-15 лет – это критический возраст приобщения детей к ПАВ, то профилактическая работа должна начинаться еще в начальной школе среди детей 10 лет. В достаточно раннем возрасте, начиная даже с детского сада, можно формировать понятие о здоровом образе жизни и его преимуществах, помогать приобрести навыки, необходимые для жизни без ПАВ. К таким навыкам следует отнести умение занять правильную позицию при мелких неудачах и при разрешении конфликтов, умение выражать свои чувства и устанавливать межличностные контакты, и главное, умение и право сказать «нет».

## **3. Принцип аксиологичности (ценностной ориентации)** предполагает формирование у детей и молодежи мировоззренческих представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, которые являются ориентирами и регуляторами их поведения.

Принятие общечеловеческих ценностей и норм поведения является одним из основных морально-этических барьеров потребления ПАВ.

## **4. Принцип многоаспектности** предполагает сочетание различных аспектов целевой профилактической деятельности.

**Социально-нравственный аспект** ориентирован на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни, отрицательного отношения к пробе и приему ПАВ.

**Психологический аспект** направлен на коррекцию определенных психологических особенностей личности, способствующих развитию зависимости от употребления наркотических и психотропных веществ, и приобретение защитных психологических свойств.

**Образовательный аспект** формирует систему представлений и знаний о социально-психологических, медицинских, правовых и морально-этических последствиях злоупотребления ПАВ. Целевая направленность образовательного аспекта профилактической деятельности – информационное обеспечение предупреждения прибегания к наркотическим веществам.

## **5. Принцип последовательности** означает, что цели и задачи профилактики не могут быть реализованы одномоментно, по типу разовой кампании, предусматривается **непрерывность длительность** проведения профилактических программ.

## **6. Принцип легитимности** предполагает необходимую правовую базу профилактических мероприятий, к которой относятся все нормативные акты о правах и обязанностях лиц, занимающихся профилактикой в пределах своей компетенции и статуса.

**Технологии профилактической работы:** могут применяться самые различные технологии, к которым можно отнести:

- Лекции учителя, специалистов;
- Социально-психологические тренинги;
- Дискуссии, семинары, круглые столы;
- Мозговые штурмы;
- Анализ конкретных историй жизни (случаев);
- Драматические представления;
- Индивидуальные и групповые исследования;
- Проектная деятельность с использованием фото- и видеоматериалов;
- Проведение конкурсов рисунков, социальной рекламы;

**Общие рекомендации при организации универсальных профилактических мероприятий:**

1. На сегодняшний день **лекционная работа** в профилактической деятельности не является самой эффективной. Предпочтение отдается индивидуальной или работе в малых группах в виде социально-психологических тренингов. Опыт работы свидетельствует, что коррекция личностной уязвимости, формирование психологической устойчивости малоэффективны без привлечения школьного или медицинского психолога, одной лишь лекционной формы работы, даже в виде лекции-дискуссии недостаточно.

2. Заниматься профилактикой употребления ПАВ могут (имеют не только моральное, но и юридическое право) лишь те лица, которые имеют по теме проводимого мероприятия специальное образование, т.е. являются компетентными (сертифицированными, дипломированными) специалистами. По вопросам данной тематики чаще других приходится выступать педагогам, психологам, философам, юристам, работникам полиции, социологам, врачам. Важнейшее требование при этом – **держаться в рамках своей профессиональной компетентности** и не затрагивать смежные вопросы, относящиеся к компетентности других специалистов.

3. При подготовке мероприятия обязательно предварительное изучение слушателей, знание их интересов. **Не рекомендуются выступления перед большой аудиторией**, что особенно относится к учащимся школ и колледжей. Лучше работать с небольшими группами, добиваясь неформального контакта и максимальной искренности, заменяя лекционный монолог беседой, дискуссией, вопросами-ответами в обозначенной теме.

4. При проведении лекций и профилактических бесед следует помнить, что информирование о вреде наркотиков, алкоголя, табакокурения не может предупредить употребление ПАВ. **Передача информации неэквивалентна обучению**. Наличие определенных знаний и даже изменение установок не может гарантировать желаемых изменений поведения.

5. Сенсационность сообщений и **тактика запугивания** обычно расходятся со взглядами обучающихся на окружающее и вызывает сомнение в достоверности источника информации. Более того, по мнению психологов, эффективность сильного страха если и может быть высокой, то всегда кратковременна. Запугивающая информация не сопровождается необходимыми рекомендациями по целесообразным практическим действиям. Не происходит учета индивидуальных психологических и возрастных характеристик слушателей. Запугивание может вызвать некоторые аффекты (тревога, неуверенность, снижение настроения), которые в свою очередь рассматриваются как факторы индивидуального риска приобщения к злоупотреблению ПАВ. С другой стороны, свойственная подросткам иллюзия «неуязвимости» и «бессмертия» часто не позволяет им всерьез относиться к отдаленным последствиям злоупотребления ПАВ, что и используется на практике представителями наркобизнеса (миф о «легких» наркотиках, безопасности однократного употребления ПАВ). С другой стороны, в аудитории могут



находиться подростки, уже употреблявшие наркотики. Поэтому лектору следует давать информацию взвешенно, не приводя подростков в чувство безысходности.

6. Если лекция, беседа, дискуссия (любая форма занятия) посвящена самим наркотикам и другим ПАВ, их действию на организм, последствиям употребления и т.д. – такие темы выступлений не могут считаться антинаркотическими, так же, как и подобного рода брошюры, статьи, книги. Причем недопустимо, если после разговоров на эти темы звучит призыв «Сделай свой выбор!». Подросток в силу возрастных психологических характеристик, еще только становясь личностью, не умеет всегда и во всем сделать адекватный и полезный для себя выбор. Особенно, если из предлагаемых вариантов **нет настоящего позитивного и полезного.**

Необходимо иметь ввиду, что неграмотная и неосторожная информация, смакование проблемы, могут возбудить повышенное любопытство, нездоровый интерес к ПАВ, жажду новых и опасных ощущений и впечатлений. Поэтому **не рекомендуется** публично называть наркотические препараты и их сленговые названия, упоминать об источниках, способах и технологии их изготовления и приобретения. Не следует также останавливаться на ощущениях и чувствах, испытываемых под влиянием наркотиков.

7. Несмотря на кажущуюся трудность выбора антинаркотической тематики, профилактическая беседа в школе может быть посвящена любой сфере жизнедеятельности людей. Педагог в любой преподаваемой дисциплине может найти профилактический аспект и уделить ему внимание, используя различные форматы профилактических мероприятий. Например, большой превентивный эффект может иметь мероприятие, посвященное вопросам:

- о ценности жизни и здоровья;
- о семье и детях;
- о любви и дружбе;
- об учебе и труде;
- о характере и личности;
- о нравственности, вере и духовности;
- о правах и законах;
- о науке и научном мировоззрении;
- о культуре и досуге;
- о спорте и физической культуре;
- о трудностях в жизни и конструктивных способах их преодоления;
- о стрессах, неприятностях и позитивных путях получения радости и удовольствия;
- о самостоятельности, компетентности и жизненной зрелости;
- об общении, коммуникативных навыках и способах противостоять давлению других;
- о риске в жизни и способности быть бдительным;
- о способах самовыражения и умении управлять своим поведением;
- о целях и смысле жизни.
- об организациях, оказывающих различного рода помощь населению и т.п.

8. Рассмотрение **специальных нарколологических тем** должно быть адресным – только для специально подобранной аудитории (педагоги, врачи, работники милиции, психологи, социальные работники, а также лица, в отношении которых установлено, что они уже приобщились к употреблению наркотиков). Занятия такого рода лучше всего проводить в форме обучения по цикловым программам.

9. При организации **конкурсов рисунков и социальной рекламы** в образовательных учреждениях **не рекомендуется** принимать к участию рисунки и плакаты с установкой на страх наркозависимости, с использованием наркоманской атрибутики.

10. Категорически запрещается для проведения мероприятий по первичной профилактике привлекать бывших и настоящих потребителей наркотиков. Этим опровергается постулат о необратимости наступающих в организме изменений после

употребления ПАВ и смертельной опасности наркотиков. Сомнительным является не только этический аспект участия потребителей ПАВ в первичной профилактике, но их юридическое право на такого рода деятельность, в частности, отсутствие специального образования по рассматриваемой тематике. Нежелательным является и эффект идентификации аудитории с выступающим перед ней потребителем, оказавшимся в центре внимания исключительно благодаря своему опыту употребления ПАВ. Безусловно, личные истории об успешном преодолении зависимости ценны, но они могут быть востребованы прежде всего в рамках третичной профилактики употребления ПАВ при работе с лицами со сформированной зависимостью, что и практикуется в наркологических и реабилитационных организациях. Поэтому для первичной профилактики не стоит привлекать представителей неизвестных вам общественных организаций и реабилитационных центров.

11. При организации профилактической деятельности в образовательных учреждениях приоритетными должны стать принципы **позитивной (конструктивной) профилактики**, которая ориентирована не на патологию, не на болезнь и ее последствия, а на защищающий от возникновения проблем психосоматический потенциал здоровья: освоение и раскрытие личностных ресурсов, поддержку молодого человека и помощь ему в реализации собственного жизненного предназначения. Позитивная профилактика наиболее эффективна при обеспечении опережающего характера воздействия: создание стойких антинаркотических установок возможно лишь до момента, когда у учащихся сформируются пронаркотические установки и формы поведения. Укрепить и развить личностные ресурсы и позитивные навыки важно до того, как учащиеся столкнутся с ситуацией выбора, окажутся под воздействием социального прессинга наркосреды.

12. Анализ отечественных и зарубежных профилактических программ показывает, что наиболее эффективны те из них, которые предусматривают активное использование:

- **технологий, привлекающих к участию родителей учащихся** в самых различных формах работы (в виде совместного выполнения специальных домашних заданий, обучающих семинаров для родителей, предоставления специальной литературы).

- **технологий с использованием психологических тренингов.** Тренинги позволяют наиболее эффективно реализовать одну из ведущих целей первичной профилактики – формирование **социальной компетентности** (умение отказываться от рискованных предложений, умение взаимодействовать со сверстниками, умение выражать чувства и управлять ими, умение строить позитивные отношения с семьей и значимыми взрослыми, навык критического мышления, навык принятия решений, навык осознания негативных влияний и давления со стороны сверстников и сопротивления им, навык постановки целей, активное включение в общественную жизнь). Целью тренингов является не столько получение учащимися определенных знаний, сколько формирование адекватного отношения к отдельным явлениям и ситуациям, проблемам, создание стойких убеждений в приемлемости или неприемлемости соответствующих способов поведения. При этом рекомендуется соблюдать определенную последовательность: сначала у учащихся создается адекватная эмоциональная заинтересованность в восприятии информации, затем формируется представление о предмете или явлении, вырабатывается соответствующее отношение к нему и, наконец, осваиваются адекватные способы поведения в данной ситуации. Подход, при котором социальные установки формируются через ролевую игру, интерактивные формы работы, а не путем простой передачи знаний, представляется более эффективным при условии правильной его организации.

- **технологий социального нормирования.** Суть социального нормирования довольно проста, но она в корне отличается от общепринятой практики запугивания подростков опасностями потребления табака, алкоголя и наркотиков. Главным является не чрезмерное описание случаев болезни, а подчеркивание того, что большинство подростков пьет мало или вообще не пьет (с объяснением, почему они так поступают), чтобы, таким образом, трезвость (личная убежденность не употреблять наркотики,

алкоголь, курить сигареты) воспринималась как норма. Такой подход вполне применим и к другим видам рискованного и экстремального поведения.

Нормировать – значит четко зафиксировать норму, развеяв мифы о том, что ПАВ употребляют большинство. Навязываемые иллюзии и мифы о ПАВ по-своему нормируют, задавая «социальную норму»: «все уже попробовали». Необходимо разрушать эти представления, освобождать от их нормирующего влияния. Вместо фразы: «Все делают это» - утверждение «Это мало кто делает». Важно создавать в понятии учащихся «модный», «стильный», эмоционально насыщенный образ трезвости.

Исходя из принципа обеспечения опережающего характера профилактического воздействия, в аудиториях **начальной и средней школы** обладают высокой эффективностью технологии, направленные на:

1. **Развитие личностных и социальных навыков.** Реализация подобных программ производится прошедшими подготовку учителями, вовлекающими детей в интерактивные мероприятия, чтобы дать им возможность учиться и на практике применять ряд личностных и социальных навыков. Эти занятия, как правило, предлагаются всем детям и представляют собой ряд структурированных занятий, которые дают возможность приобретать навыки, помогающие безопасным и здоровым образом справляться с трудными ситуациями в повседневной жизни. Они помогают вырабатывать общие социальные компетенции, а также затрагивают социальные нормы и отношения. Эти мероприятия не включают информацию по конкретным психоактивным веществам, поскольку в большинстве сообществ дети в таком раннем возрасте еще не начинают их употреблять. По данным исследований, помощь в развитии личностных и социальных навыков в классе может предупредить злоупотребление наркотиками и алкоголем в будущем. Это связано с формированием таких защитных факторов, как привязанность к школе, успеваемость, адекватная самооценка и самоуважение, психологическая устойчивость т.д. Кроме того, методики, направленные на улучшение самоконтроля, проводимые среди детей в предподростковом возрасте, способствуют сокращению случаев проблемного поведения самого различного характера.

2. **Улучшение атмосферы в школе.** Такие занятия укрепляют навыки учителей по управлению работой в классе, а также помогают детям привыкнуть к роли учащихся, сокращая при этом случаи раннего агрессивного и саморазрушающего поведения. Следует профилактировать неуважительное и несправедливое отношение со стороны учителей, навешивание ярлыков, оценочные и даже оскорбительные высказывания педагогов по поводу внешности и способностей детей. Манипулирование чувством вины и конкуренция разрушают у детей ощущение безопасности в школе, занижают их самооценку, уменьшают доверие к педагогам. Если давление обстоятельств вызывает у ребенка парализующее состояние, то можно обнаружить порой прямые параллели между этим эмоциональным состоянием и обращением к ПАВ. Рекомендации, связанные с принятием педагогами и родителями роли стороннего наблюдателя, позиции невмешательства, являются недопустимыми. Ответственность за психологическую атмосферу в учебном и педагогическом коллективе несут взрослые. Современные исследования обнаруживают прямую зависимость между успеваемостью, лояльностью к школе и сплоченностью ученического коллектива, его общим уровнем эмоционального благополучия, безопасности в отношениях с одноклассниками. Для реализации описанной задачи учителя, социальные педагоги и психологи имеют возможность организовывать ряд неучебных классных мероприятий в повседневной практике со всеми учащимися для обучения просоциальному поведению, а также для профилактики и сокращения случаев ненадлежащего поведения. Специально организованные или включенные в образовательный процесс занятия, требующие **совместного преодоления посильных трудностей**, творческой переработки помощи и социально-полезной направленности являются важным блоком первичной профилактики употребления ПАВ в

образовательных учреждениях в любых возрастных категориях. Эти мероприятия способствуют как академическому, так и социально-эмоциональному обучению.

**В старших классах** подростки подвергаются воздействию новых идей и моделей поведения за счет расширения круга общения с людьми и организациями. Это время, когда можно «примерить» на себя взрослые роли и обязанности. Для данной возрастной категории на первый план выходят следующие технологии:

**1. Профилактика на основе личностных и социальных навыков и ассертивности (уверенного поведения).** Эти методики призваны укрепить способности учащихся сказать «нет» употреблению психоактивных веществ и негативному влиянию сверстников. Кроме того, они предоставляют возможность проводить соответствующие возрасту обсуждения разных социальных норм, отношений, положительных и отрицательных ожиданий, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, в т.ч. последствия такого злоупотребления. Они также направлены на изменение сложившихся убеждений о злоупотреблении психоактивными веществами в отношении распространенности и социальной приемлемости их употребления среди сверстников. Для подростков представляют большую практическую ценность мероприятия, направленные на совершенствование коммуникативных навыков и навыков уверенного поведения.

**2. Формирование школьной политики и культуры.** В соответствии со школьной политикой в отношении употребления ПАВ, вещества не должны использоваться на территории школы, как учащимися, так и преподавателями и прочим персоналом. Школьные правила должны предусматривать прозрачный механизм разбирательств в случае употребления веществ, что создает еще одну возможность для пропаганды здорового образа жизни. Положительное воздействие оказывают следующие факторы:

- поддержка положительного морального духа в школе, привязанность к школе и участие учащихся в жизни школы;
- школьные правила разработаны с участием всех заинтересованных сторон (учащихся, учителей, сотрудников, родителей);
- политика устанавливает четкий перечень запрещенных ПАВ, а также места (школьные помещения) и/или ситуации (школьные мероприятия);
- применимость правил ко всем в школе (учащиеся, учителя, персонал, посетители и т.д.);
- сокращение или ликвидация доступа к табаку, алкоголю или другим наркотическим веществам;
- применение в случае нарушений политики положительных санкций, например, предоставление или направление на консультации, лечение и иные виды медицинской помощи и психосоциальных услуг вместо наказаний.

**3. Работа с индивидуальными психологическими уязвимостями.** Некоторые черты личности, такие как поиск острых ощущений, импульсивность, тревожность, ранимость, чувство безнадежности, связаны с повышенным риском обращения к ПАВ. Специальные программы, направленные на индивидуальную психологическую уязвимость в целях профилактики помогают подросткам, относящимся к группе риска, конструктивно справляться с эмоциями, связанными с их индивидуальными чертами, вместо использования негативных стратегий преодоления трудностей, в т.ч. прием ПАВ. Для получения положительных результатов необходимо: участие подготовленных профессионалов (например, психологов, учителей); использование для выявления специфических черт личности (факторов риска, уязвимости) проверенных инструментов; обучение участников навыкам положительного преодоления переживаний, связанных с их личностью; использование серии занятий (минимум 2-5).

**4. Кратковременные интервенции в проблемных ситуациях,** которые состоят из индивидуальных консультаций. Они структурированы, обычно длятся от 15 минут и могут использовать принципы мотивационного интервьюирования, являющегося видом психосоциальной интервенции, когда обсуждается проблема употребления ПАВ и

оказывается поддержка для принятия решений и определения целей в отношении изменений поведения (технологии мотивационного консультирования рассмотрены далее).

**5. Привлечение волонтеров для реализации принципа "равный-равному".** Особое место в формировании среди детей и молодежи установки на здоровый образ жизни, отказ от ПАВ, в обучении моделям безопасного поведения отводится проектам, основанным на технологии "равный-равному". Данный подход основан на привлечении целевой группы к решению собственных проблем.

Согласно данным многочисленных социологических исследований, российские подростки ищут ответы на актуальные для них вопросы (о взаимоотношениях полов, об ИППП, ВИЧ/СПИДе, курении, наркотиках и др.) не у родителей, врачей или учителей, а у своих друзей и на страницах интернет-сайтов. При этом они зачастую признают, что циркулирующая в среде сверстников информация мало достоверна и потому не заслуживает доверия. Именно поэтому очень важно иметь возможность донести достоверную и качественную информацию по всем значимым для молодежи вопросам через наиболее привычный для них информационный канал.

На базе ГБУЗ «ТОКНД» функционирует Школа волонтеров, в которой осуществляется подготовка волонтеров среди учащихся средних общеобразовательных школ, средних специальных и высших учебных заведений. В основе предлагаемого обучения волонтеров лежит овладение необходимыми знаниями в области медицины, практической психологии, навыками пропаганды здорового образа жизни, организации общественных компаний. Подростки-волонтеры, прошедшие специальное обучение, владеющие не только знаниями по проблеме, но и навыками индивидуальной и групповой работы, имеют большой потенциал для осуществления профилактической работы среди своих сверстников. Опытный волонтер умеет создать в группе атмосферу, располагающую к доверительному обмену мнениями. Это помогает ему ненавязчиво предлагать необходимую информацию, обсуждать преимущества рационального поведения, продвигать свои нравственные ценности. Участие в волонтерской работе помогает подросткам реализовать свое потенциальное стремление к лидерству. Проходя обучение и обретая опыт общения со сверстниками, волонтеры развивают свои лучшие качества. Работа волонтером позволяет подросткам на какое-то время получить права и функции, которые традиционно принадлежат взрослым. Так, они самостоятельно планируют и реализуют свою профилактическую работу, несут ответственность за ее результаты и проводят ее оценку. Такой стиль работы формирует в молодом человеке ответственность за все происходящее вокруг, помогает им выработать гражданскую позицию в отношении к общественно значимым проблемам.

Таким образом, перед образовательной организацией и конкретным педагогом открыт широкий выбор направлений превентивной работы, профилактических технологий, тематики и форматов проводимых мероприятий.

## **ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ:**

### ***1. Признаки употребления психоактивных веществ***

Влияние ПАВ на организм человека, его жизнедеятельность и функции, проявляется в трех различных направлениях:

1) ПАВ специфически влияют на определенные системы и структуры мозга, вызывая, таким образом, развитие синдрома зависимости.

2) ПАВ обладают токсическим воздействием практически на все внутренние органы и системы организма. Несмотря на то, что токсическое поражение различных органов не связано напрямую с проявлением синдрома зависимости, в то же время

нарушение здоровья и смертность больных наркологической патологией чаще всего обусловлены именно последствиями и осложнениями токсических эффектов ПАВ.

3) сформированный синдром зависимости у родителей влияет на потомство. У детей, родившихся от больных алкоголизмом или наркоманиями, существенно повышен риск развития этих заболеваний. Кроме того, у большинства детей больных родителей наблюдаются те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенная возбудимость, агрессивность, склонность к риску, развитию депрессивных состояний и т.д. Потребление алкоголя матерью в период беременности приводит к развитию алкогольного синдрома плода, а использование ею наркотиков может стать причиной рождения ребенка с сформировавшейся наркотической зависимостью.

При первых пробах любого психоактивного вещества большинство людей не сразу испытывают положительные ощущения, возникает нормальная «защитная реакция» в виде тошноты, рвоты, головных болей, и др. В дальнейшем часть людей, испытав отрицательные эмоции, отказывается от ПАВ совсем, другие продолжают пробовать, в том числе разные ПАВ. Часть людей сразу испытывают положительные эмоции от приема первых доз ПАВ. Бывает такое, что даже однократный прием алкоголя или наркотика наносит значительный вред организму. Уже при первом употреблении может возникнуть тяжелое отравление организма вплоть до коматозного состояния.

Выделяют неспецифические поведенческие, визуальные и физиологические признаки, которые наряду с признаками непосредственно состояния опьянения могут указывать на употребление наркотических веществ. Несмотря на их косвенный характер, данные признаки должны служить основанием для консультации специалистом (психиатром-наркологом) и проведения исследования мочи на наркотические вещества.

***Поведенческие признаки употребления наркотиков:***

- нарастающая скрытность ребенка;
- сонливость или, наоборот, бессонница;
- снижение интереса к учебе, увлечениям, прогулы уроков и дополнительных занятий;
- ухудшение памяти и внимания, снижение успеваемости;
- увеличение финансовых запросов, пропадание из дома денег или ценных вещей;
- появление новых подозрительных друзей, склонных к употреблению ПАВ, криминальной деятельности;
- появление неопрятности во внешнем виде;
- изменение настроения ребенка по непонятным причинам;
- изворотливость, лживость, уход от ответов на прямые вопросы;
- появление следов инъекций (т.е. уколов) по ходу вен на руках и других участках тела, ношение одежды только с длинными рукавами независимо от погоды и обстановки;
- обнаружение у ребенка шприца, свертков, пакетиков с сушеной травой, непонятного порошка, таблеток, бумажек, а иногда и денежных купюр, свернутых в трубочки, закопченных ложек, капсул, жестяных банок, пачек лекарств снотворного или успокоительного действия.

***Визуальные и физиологические признаки употребления наркотиков:***

- бледность или покраснение кожи;
- сухость или повышенная влажность кожных покровов и слизистых;
- расширенные или суженные зрачки; покрасневшие глаза;
- потеря аппетита, похудение, а иногда - чрезмерное употребление пищи;
- хронический кашель и насморк;
- резкие скачки артериального давления;
- расстройство желудочно-кишечного тракта.

Наличие картины опьянения достоверно указывает на употребление ПАВ.

***Общие признаки наркотического опьянения:***

- напоминает алкогольное, но без характерного запаха алкоголя изо рта;

- состояние эйфории, т.е. приподнятое настроение, безмятежное блаженство в сочетании с замедлением или ускорением мышления, повышенная общительность, болтливость, назойливость;

- несвязная и нечеткая речь;

- плохая координация движений (пошатывание или спотыкание);

- психомоторное возбуждение, неусидчивость, ускоренные и повторяющиеся движения или, напротив, заторможенность движений, опаздывание при выполнении команд, оцепенелость, вплоть до полного отключения, отсутствие реагирования на обращения;

- учащение или замедление пульса, нарушение его ритмичности;

- учащение или замедления дыхательных движений;

- полная потеря сознания на длительное время при употреблении большой дозы наркотиков;

- по окончании действия препаратов – вялость, малоподвижность, безразличие к окружающему, пребывание в дремотном, заторможенном состоянии или впадение в глубокий сон.

Все ПАВ независимо от происхождения, механизма действия на центральную нервную систему при повторном приеме вызывают *психическую и физическую зависимость*. **Признаки зависимости (зависимость устанавливается при наличии 3 признаков из 6):**

1) тяга, потребность в приеме;

2) нарушение контроля поведения, приема ПАВ;

3) абстинентный синдром;

4) увеличение толерантности;

5) пренебрежение другими интересами, увеличение затрат времени на приобретение, прием и восстановление после приема;

6) настойчивость в стремлении продолжать употребление ПАВ, несмотря на его медицинские и социальные последствия.

В литературе, посвященной вопросам употребления ПАВ, часто встречаются следующие термины:

**Наркотизм (наркотизация)** – употребление наркотиков и психоактивных веществ без формирования наркомании и токсикомании (этот период может быть очень кратковременным).

**Наркомания (синдром зависимости от наркотических веществ)** – болезнь, вызванная регулярным употреблением наркотиков и проявляющаяся синдромом психической и/или физической зависимости.

**Токсикомания** – то же, что и наркомания, но вызываемая веществами, официально не отнесенными к наркотикам.

**Психическая зависимость** – это осознаваемая или неосознаваемая потребность в употреблении психоактивного вещества для снятия психического напряжения и достижения состояния психического комфорта.

**Физическая зависимость** – состояние, при котором в ответ на отмену наркотика (либо другого психоактивного вещества) развивается абстинентный синдром.

**Абстинентный синдром** – комплекс психопатологических, вегетативных, неврологических, соматических расстройств, появляющихся вслед за прекращением употребления ПАВ, при этом постоянными симптомами являются психический и физический дискомфорт и выраженное влечение к принимаемому ПАВ.

**Толерантность** – способность переносить токсические дозы ПАВ, устойчивость к наркотику. Повышение толерантности проявляется в том, что первоначальные дозы ПАВ не вызывают прежней эйфории, опьянения или иного желаемого эффекта.

Важно подчеркнуть, ввиду отсутствия специфических внешних (физикальных) и поведенческих признаков употребления ПАВ, подтверждение факта употребления ПАВ

может быть установлено только специалистом психиатром-наркологом. Заключение других медицинских специалистов, а тем более специалистов немедицинского профиля, может носить только предположительный характер. Установленные выше перечисленные клинические признаки являются сигналом для педагогов и законных представителей несовершеннолетних для направления последних к врачу психиатру-наркологу для обследования и оказания медицинской помощи в случае необходимости.

## ***2. Раннее выявление потребителей наркотических средств и психотропных веществ: социально-психологическое тестирование и медицинские профилактические осмотры обучающихся***

Раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ осуществляется согласно ст. 53.4 Федерального закона от 08.01.1998 г. №3-ФЗ и рассматривается как одна из форм профилактики наркологической патологии и преступлений, связанных с оборотом наркотиков и психотропных средств. В соответствии с указанным законом, раннее выявление потребителей наркотиков осуществляется среди обучающихся в образовательных организациях различного уровня (школы, колледжи, вузы), начиная с 13-летнего возраста, в два этапа: путем социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров.

Социально-психологическое тестирование осуществляется педагогическими работниками ежегодно в анонимной форме в добровольном порядке и по унифицированным методикам, рекомендованным Министерством просвещения и Министерством образования и науки Российской Федерации (см. приказ Минобрнауки России от 16 июня 2014 г. № 658 “Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования”, методические рекомендации ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей «Планирование и организация системной работы с обучающимися по профилактике раннего вовлечения в незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ»). Целью тестирования является определение доли обучающихся из группы риска по вовлечению в употребление психоактивных веществ в учебных коллективах (на уровне класса, параллели, образовательной организации в целом). Следует отметить, что принадлежность обучающегося к группе риска не означает однозначного потребления им наркотических средств и психотропных веществ. С помощью социально-психологического тестирования определяется склонность обучающегося к девиантному поведению, в т.ч. к употреблению ПАВ. Следовательно, результаты тестирования могут быть использованы педагогами и школьными психологами для планирования мероприятия по первичной и вторичной профилактике в тех коллективах, где доля группы риска наибольшая.

Результаты тестирования обобщаются Министерством образования Тверской области и по итогам календарного года передаются в Министерство здравоохранения Тверской области, чтобы лечь в основу второго этапа раннего выявления наркопотребителей среди обучающихся – профилактических медицинских осмотров психиатром наркологом.

Правила проведения профилактических медицинских осмотров установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. N 581н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ" (далее – Порядок) и ежегодными приказами Минздрава Тверской области.

Задачами профилактических медицинских осмотров являются:



- раннее выявление лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств, оценка распространенности употребления психоактивных веществ;
- оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи обучающимся из группы риска в случае выявления наркотических средств и психотропных веществ в моче, их родителям;
- оценка эффективности профилактической работы;
- прицельная профилактика в учебных коллективах с наибольшим количеством положительных результатов обследования или с наибольшей долей отказов/неявки на профилактические медицинские осмотры.

Важно отметить, что лечение на ранних этапах развития зависимости от наркотиков во много раз эффективнее, чем лечение развернутых случаев болезни. Именно поэтому раннее выявление потребления психоактивных веществ делает профилактические медицинские осмотры актуальными и необходимыми как для самих несовершеннолетних, так и для их родителей и иных законных представителей. Понимание подростками того факта, что потребление наркотических веществ может быть выявлено (в т.ч. в рамках профилактических осмотров), может остановить многих из них от начала экспериментирования с психоактивными веществами.

В соответствии с п. 4 Порядка профилактические медицинские осмотры проводятся психиатром-наркологом на добровольной основе: для детей младше 15 лет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывают родители или иные законные представители, дети старше 15 лет подписывают согласие самостоятельно (т.е. как и в иных случаях оказания медицинской помощи в порядке, утвержденном приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. №1177н).

На основании сведений Министерства образования Тверской области о результатах социально-психологического тестирования по выявлению учащихся группы риска, Минздравом Тверской области формируется ежегодно на следующий календарный год перечень образовательных организаций, в которых планируется провести профилактический медицинский осмотр. Как правило, в качестве критериев отбора образовательной организации в данный перечень используются следующее:

- превышение доли группы риска по употреблению психоактивных веществ более 10%, выявленное в результате социально-психологического тестирования обучающихся;
- неучастие образовательной организации в данной деятельности в течение 2-х предыдущих лет;
- наличие в образовательной организации большой доли обучающихся, состоящих на учете в полиции по данным подразделений по делам несовершеннолетних;
- наличие психиатра-нарколога и оборудования, предусмотренного Порядком проведения осмотров, в медицинской организации, обслуживающей образовательное учреждение.

Указанный перечень согласовывается Межведомственной комиссией, включающей представителей Минздрава Тверской области, Министерства образования Тверской области и Главного управления региональной безопасности Тверской области. После утверждения Минздравом Тверской области перечень образовательных организаций за месяц до конца календарного года передается в Министерство образования Тверской области и в медицинские организации области для дальнейшей работы в соответствии с приказом Минздрава РФ от 6 октября 2014 г. №581н. За 15 дней до начала календарного года медицинские организации получают поименные списки обучающихся от образовательных организаций, находящихся на территории их обслуживания, на основании чего формируют годовой план проведения профосмотров и согласовывают его с образовательными организациями.

Профилактические медицинские осмотры обучающихся проводятся в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Предварительно образовательная организация совместно с представителями медицинской организации, осуществляющей профилактический медицинский осмотр, проводит разъяснительную работу среди обучающихся и родителей (или иных законных представителей), направленную на информирование о целях и порядке проведения профилактического медицинского осмотра.

В рамках профилактического медицинского осмотра проводится опрос, осмотр обучающихся, а также отбор мочи для химико-токсикологического исследования на наркотические вещества. На предварительном этапе с помощью иммунохроматографического анализа оценивается наличие опиатов, каннабиноидов, амфетаминов, метамфетаминов, барбитуратов, бензодиазепинов, метадона, кокаина, фенциклидина, синтетических катинонов непосредственно в медицинской организации. В случае выявления психоактивных веществ на предварительном этапе или при наличии у обучающихся не менее трех указанных в Порядке клинических признаков, которые свидетельствуют о возможном потреблении психоактивных веществ, образцы мочи направляются в ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер» для подтверждающих химико-токсикологических исследований методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием.

При обнаружении наркотических средств и психотропных веществ проводится приглашение обучающегося и его законного представителя к психиатру-наркологу для разъяснения результатов проведенного профилактического медицинского осмотра, осуществления дополнительных диагностических мероприятий и оказания необходимой медико-психологической помощи. Оказание консультативной помощи психиатром-наркологом производится в добровольном порядке (организационные и правовые аспекты осуществления наркологической помощи рассмотрены далее).

Результаты профилактических медицинских осмотров являются врачебной тайной и могут быть предоставлены третьим лицам только с письменного согласия обучающегося или его законного представителя в соответствии с действующим законодательством. Образовательные организации могут получить сведения о результатах осмотров только в общем количественном виде.

Начиная с 2015 года, ежегодно в Тверской области осматривается около 10 тыс. обучающихся. Случаи выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ единичны. Невысокая выявляемость потребителей объясняется плановым и добровольным характером проведения профилактических медицинских осмотров, позволяющим недобросовестным обучающимся избегать участия в данной деятельности. Немаловажной проблемой являются отказы родителей детей 13-14 лет от их участия в осмотре, несмотря на то, что законные представители в первую очередь должны быть заинтересованы в информировании о результатах раннего выявления наркопотребителей. Из сказанного вытекает важность разъяснительной и мотивационной работы с обучающимися и их законными представителями, которая осуществляется педагогами и медицинскими специалистами.

### ***3. Мотивационное интервью лиц, замеченных в употреблении психоактивных веществ***

Перечисленные выше признаки употребления ПАВ, замеченные педагогами у обучающегося, должны стать поводом для беседы с ним и его законным представителем о наличии возможной проблемы и вариантах помощи (психологического, воспитательного, медицинского, социального характера) с предоставлением конкретных сведений о порядке ее предоставления. Одним из важных результатов такой работы является мотивация обучающегося и его законных представителей к обращению к врачу психиатру-наркологу

для проведения диагностики и получения необходимой специализированной помощи. Данная беседа должна строиться в соответствии с принципами мотивационного интервью (мотивационного консультирования).

При проведении мотивационного интервью используются специальные психологические технологии, с помощью которых формируется мотивация на изменение поведения в направлении ЗОЖ. Данная работа может проводиться не только школьным психологом, но и педагогами (далее – консультанты). В качестве адресата могут выступать как непосредственно обучающиеся, употребляющие ПАВ, так и его законные представители, изменение поведения которых напрямую влияет на проблемного члена семьи. Нередко для проведения мотивационного консультирования требуется несколько встреч и достаточный запас времени.

**Мотивационное интервью (МИ)** определяют как директивный или недирективный центрированный на консультируемом лице метод, ориентированный на повышение мотивации к изменению, который помогает прояснить и преодолеть амбивалентное (двойственное, неустойчивое) отношение к проблемам, связанным с употреблением ПАВ.

Выделяют несколько типов взаимодействия консультанта и консультируемого. **Конфронтационный тип**, к сожалению, часто встречающийся у педагогов, в основе содержит алгоритм противостояния, конфликта, когда обучающемуся демонстрируют пагубность, недопустимость его стиля жизни, включающего потребление ПАВ. В рамках конфронтационного стиля негативное отношение к наркологическим проблемам фактически переносится на личность самого обучающегося, нивелирует ее, порождая эффекты стигматизации (навешивания ярлыков) и исключая возможность сотрудничества. Отсюда очевидно, что этот тип взаимоотношений никак не может быть положен в основу МИ. **Директивный тип** отношений есть лишь немного смягченный вариант конфронтационного партнерства консультанта и обучающегося, их совместного сотрудничества. При этом подразумевается перенос ответственности за свое состояние и поведение другому, авторитетному человеку. **Недирективный тип** взаимоотношений между консультантом и консультируемым иной: поскольку обучающийся, употребляющий ПАВ, обнаруживает снижение уровня самопрятия, то консультант должен обеспечить этот недостающий уровень прятия путем позитивного внимания и эмпатического понимания его внутреннего мира. Основой такого отношения становится эмпатия по отношению к проблемному обучающемуся, способность консультанта к сочувствию, сопереживанию, пониманию и принятию. Обучение консультируемого такому типу отношений содействует его личностному росту.

**Техники, используемые при проведении мотивационного интервью:**

**1. Выражение эмпатии.** Быть эмпатичным означает передать консультируемому лицу действительное, основанное на полученной информации, понимание его проблем, переживаний, состояния, включая амбивалентность (двойственность, неустойчивость) этих переживаний. Такое понимание требует внимательного выслушивания и рефлексии, произведя которые консультант способен в сжатой форме передать обучающемуся смысл того, что тот хотел выразить. Идти по пути оценок («Это правильно», «Это глупо», «Это ненормально», «Это неразумно», «Это нехорошо» и т. д.) – значит упрощать картину и лишать себя возможности действительно услышать и понять переживания другого «его глазами». Правильное понимание сказанного обучающимся, отражение переживаемых им эмоций, интерес к его личности и переживаниям составляют необходимые условия, которые обязательны для того, чтобы произошли позитивные изменения. Принятие личности проблемного обучающегося создает зону безопасности, достаточную, чтобы мог возникнуть и закрепиться новый опыт альтернативного поведения.

**2. Установление раппорта (сотрудничества, основанного на доверии).** Для того чтобы возникло доверие, нередко необходимо время. Обучающемуся необходимо дать понять, что его не будут судить, запугивать или обманывать, чтобы добиться

необходимых изменений. Для МИ обязательно и отдельное помещение, позволяющее беседовать конфиденциально, откровенно. Степень устойчивости раппорта во многом зависит от эффективности выполнения последующих приведенных техник: выявления противоречий, поддержки и укрепления чувства самоэффективности у проблемного обучающегося, предъявления советов (информирования), предоставления обратной связи, прояснения целей и т.д.

**3. Использование открытых вопросов.** Открытые вопросы – это вид вопросов, которые предоставляют консультируемому лицу значительно больше свободы самовыражения, возможность контроля над диалогом, высокую степень активности. Открытые вопросы позволяют избежать односложных и неинформативных ответов, нащупать то, что действительно важно для обучающегося, определить индивидуальный стиль восприятия им исследуемых обстоятельств. Задавая открытые вопросы, используется тон, лишенный обвинений, заинтересованный, сотрудничающий. Открытые вопросы начинаются с «что» («Что беспокоит вас (тебя) на данный момент более всего?», «Что бы вы хотели обсудить в первую очередь?», «Что изменится в вашей жизни после прекращения употребления наркотика?»), «как» («Как происходили первые пробы наркотика?», «Как вы оцениваете свое потребление спиртного?»), «Скажите мне», «Опишите мне». В ряде случаев можно просто использовать стимулирующие консультируемого к дальнейшим высказываниям фразы, например «Продолжайте», «И что?», «Расскажите об этом подробнее» и др. Полезным вариантом опроса с использованием открытых вопросов является анализ «типичного дня».

**4. Рефлексивное слушание.** Рефлексия – как способность точно отображать сказанное (а иногда и не сказанное) консультируемым лицом – возможна в разных формах. На начальном этапе взаимодействия в ходе активного расспроса уточняются ведущие чувства, размышления, сомнения и убеждения проблемного обучающегося. Все сказанное используется не только консультантом, но должно стать предметом рефлексии самого консультируемого. Поэтому уже здесь требуются приемы повтора (ключевых пунктов), перефразирования, акцентирования, подведения итогов или суммирования. Для более проникательного понимания важно эмпатически чувствовать обучающегося, воспринимать слабые сигналы, свидетельствующие о его эмоциональном состоянии (мимику, парамимику, интонирование), расшифровывать запинки, задержки в речи, отклонения от темы, неточности, дублирования высказываний и слов. Что касается «возвращения» смысла сказанного, так называемой «обратной связи», то она результат выбора консультанта. В рамках МИ главное – обнаружить и сделать предметом обсуждения те проявления (чувства, мысли, переживания), которые имеют отношение к будущим или происходящим изменениям.

**5. Формирование программы изменений.** Одной из наиболее распространенных ошибок людей, планирующих достичь изменений, является стремление сделать очень много и за весьма короткий период времени. На самом деле подобные революционные преобразования маловероятны и слабо соответствуют принципу реальности. Поэтому, консультируемый нередко нуждается в обратной связи, корректирующей нереалистичные (и потому обреченные на провал) действия. Обратная связь позволяет определить приоритеты желаемых изменений, обозначить те трудности, которые возникают на пути изменений и которые, как правило, недооцениваются на этапе планирования. Для обеспечения будущих достижений важно соотнести поставленные цели с реально имеющимися ресурсами, возможностями. В то же время специалисту нельзя навязывать свое видение ситуации и собственный план изменений. Навязанные план или программа будут с высокой вероятностью отвергнуты, поэтому не оправданы; при этом собственный план консультируемого лица периодически необходимо подвергать ревизии, объективной оценке. В фокусе такой ревизии – определение приоритетов, учет обстоятельств, затрудняющих или замедляющих темп изменений.

**6. Содействие готовности к изменениям.** Определение желания изменений, способности (возможности) и готовности к изменениям – важнейшая, ключевая часть МИ. При этом указанные компоненты могут варьировать и не быть синхронными. Так, можно обнаружить высокое желание при отсутствии возможностей либо возможности выше, чем собственно желание изменений. Раскрытие причин, по которым были заданы те или другие вопросы, позволяет фактически осуществлять обучение самого консультируемого навыкам рефлексии собственных неявных установок, барьеров.

**7. Извлечение самомотивирующих формулировок.** В процессе МИ необходимо использовать любую возможность применения тех работающих на изменение формулировок, которые есть у самого консультируемого. Они не вызывают сопротивления, и поощрение таких формулировок повышает вероятность успеха.

**8. Информирование.** Несмотря на доступность информации об алкоголе и наркотиках, у многих подростков и молодых людей представления об их действии, отдаленных последствиях приема и особенно о методах лечения и прогнозе искажены. Это тем более верно, что на этапе формирования наркологических проблем пациенты невосприимчивы к информации, способной воспрепятствовать приему ПАВ, и складывающиеся у них впечатления, по меньшей мере, тенденциозны и нереалистичны.

**9. Планирование изменений.** Данная техника логично следует из проведенного анализа состояния, «за» и «против» обращения к врачу и лечения, оценки опасностей и сложностей пути. Это может быть дискуссия по поводу плана изменений.

**10. Вычленение приоритетов.** Нереалистично полагать, что можно изменить все в одночасье, и поставить задачу глобального изменения поведения означает обречь работу на неуспех. Разделение проблемного поведения на части поможет консультируемому как сфокусироваться на основных моментах, четко определяя приоритеты, так и сделать планируемые цели ясными, а изменения достижимыми. Кроме того, цели, должны быть его собственными, не навязанными.

**11. Поддерживать самоэффективность.** Самоэффективность отражает внутреннюю уверенность человека в своих возможностях и способностях выполнения действий и является важнейшим условием успешности в деятельности. Для любого человека повышение уверенности в себе, в своих возможностях является важным условием сохранения психического здоровья. Вера в то, что человек может измениться, является фундаментальной основой для потенциальных изменений, их обязательным условием. И потому вселение такой веры – тоже часть программы позитивных изменений и важный аспект МИ. Важно помогать консультируемым находить источники постоянных поощрений, вознаграждений за достигнутые, пусть и небольшие, результаты.

Применяя техники МИ при работе обучающимися, замеченными в употреблении ПАВ, и их родителями, можно добиться больших успехов на пути осознания ими и изменения их проблемного поведения.

## **МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ. ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Эффективное решение задач профилактики употребления ПАВ возможно только в рамках межведомственного и полипрофессионального подхода. Образовательные организации в профилактической работе вступают во взаимодействие с медицинскими организациями, полицией (в т. ч. подразделениями по делам несовершеннолетних), комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, органами опеки и попечительства, органами социальной защиты населения, прокуратурой, уголовно-исправительными инспекциями и т.д. Данные учреждения относятся к системе профилактики правонарушений несовершеннолетних, деятельность которой регламентирована **Федеральным законом от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ "Об основах**

**системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних".** В Тверской области в дополнение к данному закону действуют **Порядок межведомственного взаимодействия органов и учреждений, осуществляющих профилактику безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних**, утвержденный постановлением Межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Тверской области 15.03.2013 г. (в ред. от 22.10.2020), и **Порядок взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних Тверской области при выявлении несовершеннолетних, употребляющих алкогольную или иную спиртосодержащую продукцию, потребляющих наркотические средства, психотропные или одурманивающие психоактивные вещества**, утвержденный постановлением межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Тверской области от 30.07.2014 г. (в ред. от 22.10.2020).

Согласно Порядку межведомственного взаимодействия органов и учреждений, осуществляющих профилактику безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, образовательные организации:

- незамедлительно информируют органы внутренних дел о всех случаях противоправного поведения учащихся, о безнадзорных несовершеннолетних, о семьях, находящихся в социально опасном положении и о неблагополучных семьях, о жестоком обращении с детьми, о лицах, вовлекающих подростков в совершение правонарушений и преступлений;

- информируют:

- органы опеки и попечительства о детях, оставшихся без попечения родителей;

- органы социальной защиты - о детях и семьях, нуждающихся в материальной поддержке, об организации летнего отдыха для детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- органы здравоохранения - о нуждающихся в лечении в связи с употреблением спиртных напитков, наркотических, токсических средств и психотропных веществ;

- органы по делам молодежи – об организации досуга и отдыха;

- муниципальные комиссии – для принятия мер в отношении несовершеннолетних и родителей, когда исчерпаны меры педагогического воздействия;

- органы службы занятости – для организации летней занятости несовершеннолетних;

- органы внутренних дел – о несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении и не посещающих образовательное учреждение;

- проводят совместные рейды с органами внутренних дел, принимают участие в мероприятиях органов внутренних дел с несовершеннолетними, организуют систематические сверки учетов несовершеннолетних, состоящих на учете в органах внутренних дел и учащихся, находящихся на внутришкольном контроле;

- информируют органы внутренних дел по фактам получения травм в учреждениях, самовольных уходах воспитанников, учащихся;

- проводят индивидуальную первичную профилактическую работу с несовершеннолетними, состоящими на внутреннем контроле школы с целью недопущения несовершеннолетними правонарушений, с семьями, в которых только родители состоят на профилактическом учете в подразделениях по делам несовершеннолетних органов внутренних дел;

- проводят индивидуальную профилактическую работу с несовершеннолетними на постреабилитационном этапе (готовят среду для возврата несовершеннолетних из учреждений закрытого или открытого типа);

- осуществляют контроль за посещением учебных, досуговых учреждений, трудоустройства совместно с профильными учреждениями, принимают меры по недопущению ухода из учебных, досуговых учреждений, предприятий или организаций,

куда несовершеннолетний был трудоустроен.

В соответствии с Порядком взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних Тверской области при выявлении несовершеннолетних, употребляющих алкогольную или иную спиртосодержащую продукцию, потребляющих наркотические средства, психотропные или одурманивающие психоактивные вещества, образовательные организации осуществляют в установленном порядке выявление несовершеннолетних, употребляющих ПАВ, постановку их на внутришкольный учет, на учет в образовательной организации. В случаях появления учащихся в образовательных учреждениях и организациях в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения вызывают сотрудников органов внутренних дел для направления данных учащихся на освидетельствование в наркологические учреждения.

При выявлении обучающихся, замеченных в употреблении ПАВ, таким лицам и их законным представителям необходимо рекомендовать обратиться к специалистам психиатрам-наркологам. При этом важно предоставить четкую контактную информацию о том, где и когда можно получить консультативную помощь. В связи с этим педагоги должны иметь представления о правовых и организационных особенностях оказания наркологической помощи.

Наркологическая помощь населению Тверской области, в т.ч. несовершеннолетним, оказывается в наркологических кабинетах на базе центральных районных больниц, а также в ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ «ТОКНД») в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», утвержденным приказом Минздрава России №1034н от 30 декабря 2015 г. (приложение №1 к приказу). Прием пациентов осуществляется как по направлению специалистов различных медицинских организаций, органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, так и при самостоятельном обращении. В рамках оказания наркологической помощи происходит обследование (диагностика), лечение и медицинская реабилитация лиц с наркологическими расстройствами, осуществляются мероприятия по первичной, вторичной и третичной профилактике употребления психоактивных веществ. Медицинские вмешательства проводятся на добровольной основе (при наличии информированного добровольного согласия, заполненного в соответствии со ст. 20, 54 ФЗ-323 от 21.11.2011 г., ст. 54 ФЗ-3 от 8.01.1998 г. в порядке, утвержденным приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. №1177н).

Согласно п. 9, 11 порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» первичная врачебная медико-санитарная помощь несовершеннолетним оказывается врачом общей практики (семейным врачом) и врачом-педиатром (врачом-педиатром участковым). При проведении медицинских осмотров несовершеннолетних мероприятия по выявлению факторов риска развития наркологических расстройств осуществляет врач-педиатр (врач-педиатр участковый) и в случае их выявления направляет несовершеннолетних в кабинет врача-психиатра-нарколога. Наркологические кабинеты организованы во всех районах области (всего 38 кабинетов, без учета ГБУЗ «ТОКНД») и обслуживают население, в т.ч. детско-подростковое, проживающее в соответствующих районах. Жители районов, в которых отсутствует психиатр-нарколог, обращаются за наркологической помощью в близлежащий район, где ведется амбулаторный наркологический прием, либо непосредственно в ГБУЗ "ТОКНД" (приказ Министерства здравоохранения Тверской области №195 от 24.03.2017 г.).

Наркологическая помощь несовершеннолетним г. Твери и Калининского района, а также проживающих в других районах области, оказывается в отдельном структурном подразделении ГБУЗ «ТОКНД» - отделении медико-психологической помощи детям и подросткам по адресу г.Тверь, Перекопский пер., 13, тел. (4822) 555-195. В отделении

развернуто 2 кабинета врача-психиатра-нарколога участкового для обслуживания детского населения, в которых работают 4 врача психиатра-нарколога, 1 психотерапевт, 4 клинических психолога, 3 специалиста по социальной работе.

Для лиц с установленным диагнозом наркологического расстройства на добровольной основе организуется диспансерное наблюдение в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России №1034н от 30 декабря 2015 г. (приложение №2 к приказу). Решение о прекращении диспансерного наблюдения принимается в соответствии со ст. 13, 14 указанного порядка. К основаниям для прекращения диспансерного наблюдения и снятия диагноза наркологического расстройства относится достижение стойкой ремиссии, сроки которой зависят от конкретного заболевания. Следует отметить, что установленный диагноз наркологического расстройства является медицинским противопоказанием для многих видов деятельности (профессиональная деятельность с вредными и опасными производственными факторами, управление транспортом, владение оружием и т.д.). Единственный способ снять диагноз наркологического расстройства (а, следовательно, и медицинские противопоказания) – пройти диспансерное наблюдение у психиатра-нарколога.

Сведения об обращении к специалистам наркологической службы, о прохождении лечения и диспансерного наблюдения составляют врачебную тайну и не распространяются третьим лицам за исключением случаев, предусмотренным законодательством (см. ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

В рамках профилактики употребления ПАВ ГБУЗ «ТОКНД» приглашает к сотрудничеству образовательные организации по следующим направлениям:

- Оказание консультативно-методической помощи специалистам, работающим с детьми и молодежью, как в индивидуальном порядке, так и в форме обучающих семинаров;
- Организация и проведение тренингов с обучающимися;
- Участие специалистов диспансера в работе круглых столов, конференций в качестве экспертов и с целью информирования различных целевых групп о порядке оказания наркологической помощи и повышения медицинской грамотности;
- Подготовка волонтеров в Школе волонтеров;
- Распространение печатной продукции профилактического содержания (буклеты, брошюры, методические рекомендации, плакаты);
- Организация и проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся психиатром-наркологом.

В ГБУЗ «ТОКНД» накоплен большой опыт работы по профилактике употребления ПАВ, осуществлено много успешных профилактических проектов. Специалисты ГБУЗ «ТОКНД» всегда рады поделиться своим опытом со всеми заинтересованными лицами. По вопросам сотрудничества можно обращаться по телефону поддержки диспансера: (4822) 55-95-90.



## ПРИЛОЖЕНИЯ:

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

#### ПОЛЕЗНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ ПО ТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Социальные медиаинструменты, в том числе социальные сети, блоги, интернет-сайты, предлагают много полезных материалов по профилактике употребления ПАВ. Ниже приводятся ведущие официальные ресурсы Российской Федерации в области профилактики наркологических заболеваний:

<https://www.rosminzdrav.ru/> – Министерство здравоохранения Российской Федерации. Ресурс в Twitter, предлагает подключение для iPhone.

<http://www.takzdorovo.ru> – Takzdorovo.ru – официальный ресурс программы «Здоровая Россия», ресурс ВКонтакте, создан в 2013 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации. Материалы Takzdorovo.ru проходят проверку у ведущих специалистов российского здравоохранения и экспертов в области ЗОЖ.

<http://ligazn.ru/> – официальный ресурс Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», создан в 2003 г. при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, политических движений, представителей государственной власти, общественных организаций, деятелей науки и культуры России. Ресурс в соцсетях: ВКонтакте, Facebook, Twitter, You Tube.

<http://nncn.serbsky.ru/> – официальный ресурс Научно-исследовательского института наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России.

<http://narcologos.ru> – официальный ресурс ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

<http://tverond.ru/> - официальный сайт ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер».

<http://r-n-l.ru> – Общероссийская общественная организация «Российская наркологическая лига». Ресурс в соцсетях: ВКонтакте, Одноклассники, Twitter, Facebook, Мой Мир, LiveJournal, GooglePlus.

[https://xn--b1aew.xn--p1ai/mvd/structure1/Glavnie\\_upravlenija/gunk](https://xn--b1aew.xn--p1ai/mvd/structure1/Glavnie_upravlenija/gunk) – страница Главного управления по контролю за оборотом наркотиков на сайте МВД России.

<http://narkotiki.ru> – официальный информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам» создан в 2001 г. при поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям Правительства РФ. Ресурс в соцсетях: ВКонтакте, Одноклассники, Twitter, Facebook, Мой Мир, LiveJournal, Google Plus.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

#### МИФЫ О НАРКОТИКАХ

Употребление наркотиков сопряжено с большим количеством заблуждений. При столкновении с ними специалистам в области профилактики употребления ПАВ необходимо уметь правильно их развенчать

**Легкие наркотики безопасны.** С юридической стороны и с точки зрения профессионалов нет деления наркотиков на «легкие» и «тяжелые». В этом и заключается опасность любых наркотиков – не важно, растительного или химического происхождения. Для развития зависимости не имеет значения способ их употребления (например, курение или внутривенное введение). Тяжесть наркомании, помимо вида

наркотика, определяется генетическими факторами, личностными особенностями потребителя, его состоянием здоровья, социальным окружением.

**Можно контролировать употребление наркотиков и успешно жить. Можно употреблять наркотики без зависимости.** Это скорее «вечная мечта» наркоманов. Все, кто связан с проблемой употребления наркотиков, слышали о таких людях, кто употребляет наркотики «когда захочется» и при этом «прекрасно живет». Однако, при этом следует признать, что их никто не видел. На поверку, за «благополучным» фасадом скрывается систематическое употребление со всеми возможными проблемами и последствиями. Необходимо просто признать тот неоспоримый факт, что наркотики вызывают зависимость, что успешно доказано историей человечества.

**Наркотики помогают в решении проблем.** Наркотики при первых пробах создают иллюзорное ощущение «отодвигания проблем на второй план». Коварство этого в том, что само по себе употребление наркотиков связано с огромным количеством вызываемых ими проблем не только с психическим и физическим состоянием здоровья, но и в остальных сферах жизни.

**Однократная проба наркотиков безвредна.** Невозможно предсказать эффект наркотика на конкретного человека. В научной литературе имеется много неоспоримых данных о том, что даже разовая проба психоактивных веществ приводит к серьезным, а иногда и необратимым, изменениям в организме.

**Наркотики позволяют раскрыть таланты, измениться в лучшую сторону.** Любые наркотики ничего не приносят в человеческий организм – они заставляют работать собственные органы и системы (особенно головной мозг) по-другому, расходуя собственные ресурсы. При первых пробах существует обманчивое впечатление о «раскрытии чего-то нового», однако это впечатление весьма кратковременное. Дальнейшее систематическое употребление наркотиков отчасти связано с поиском и возобновлением первоначальных «необычных» ощущений, которые притупляются и исчезают по мере прогрессирования наркомании.

**Наркомания – не болезнь, а слабость силы воли.** Наркомания – хроническое прогрессирующее заболевание, поражающее все органы и системы, а также действующее на все остальные сферы жизни. Воля человека становится полностью подчинена наркотикам, их поиску, добыче денег, скрытию последствий употребления, самооправданиям и т.д. Причем для удовлетворения этих потребностей наркоманы имеют зачастую «несгибаемую» силу воли.

**Наркомания неизлечима.** Как и любое хроническое заболевание, наркомания лечится трудно и долго. Так как это биопсихосоциальное заболевание, то только комплексное воздействие на все сферы жизнедеятельности приводит к успешному результату. Врачи необходимы на начальном этапе лечения, но далеко не всемогущи. По мере продолжения воздержания от наркотиков все больше внимания необходимо уделять окружению наркомана, условиям его жизни, занятости и пр. К сожалению, у человека с зависимостью даже при длительном воздержании от наркотиков пожизненно остается риск возобновления наркотизации.

**«Ломка» - самое опасное состояние.** Необходимо признать, что «ломка» или синдром отмены наркотика субъективно весьма мучительна и сопровождается огромным количеством разнообразных неприятных ощущений. Однако данные статистики свидетельствуют о том, что основной причиной смерти наркомана является передозировка наркотиками (нередко это первые пробы, когда по неопытности вводится большая доза). Что касается собственно синдрома отмены («ломки»), то она редко превышает 7-10 дней даже без медицинской помощи. В течении болезни «ломка» занимает весьма незначительную часть, а ее тяжесть часто не позволяет предсказать дальнейший результат. Угрожающим жизни состоянием синдром отмены становится после многолетнего систематического употребления наркотиков, т.е. при формировании третьей, конечной стадии заболевания и присоединения необратимых изменений.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3. МИФЫ ОБ АЛКОГОЛЕ

Не меньше мифов связано со спиртными напитками. Наиболее распространенные представлены ниже.

**С помощью алкоголя можно быстро согреться.** Алкогольные напитки часто называют горячительными. Почему? Люди уверены в том, что спирт обладает согревающим эффектом. И для замерзшего человека глоток чего-нибудь крепкого — самое верное средство. В подобном утверждении содержится лишь маленькая толика истины. Употребление внутрь при охлаждении низких доз крепкого спиртного напитка способствует расширению сосудов. Последующие же дозы алкоголя, усилив кровоток в коже, приводят к ее покраснению, появлению чувства тепла. Но эти ощущения очень обманчивы — ведь в этом случае усиливается теплоотдача, и организм начинает остывать еще больше. Причем у человека сохраняется субъективное ощущение полного благополучия, которое на деле может обернуться обморожением.

**Алкоголь не влияет на фигуру.** Многие девушки и женщины подсчитывают все съеденные калории. А выпитые калории не учитывают. Между тем алкоголь обладает очень высокой энергетической ценностью, причем, чем крепче напиток, тем эта ценность больше. Наиболее высок данный показатель у водки. *Следует также отметить, что в состоянии опьянения человек, как правило, съедает больший объем пищи, чем это необходимо.* Кроме того, спиртное, употребленное непосредственно перед едой, оказывает агрессивное воздействие на слизистую голодного желудка. Также желудок будет страдать еще и от соляной кислоты, выработка которой в данном случае усиливается. В результате возможно развитие гастрита.

**Алкоголь повышает работоспособность.** Многие уверены, что под воздействием алкоголя работает легче, чем обычно. Речь идет не о средней и тем более не о тяжелой степени опьянения, когда притупляются все реакции и чувства. Имеется в виду легкая степень, при которой активизируются мыслительные процессы. Но такое ощущение абсолютно субъективно, и это было доказано учеными. С помощью опытов они пришли к следующим выводам. Оказывается, у людей в состоянии легкого опьянения скорость мыслительных и двигательных реакций действительно может возрастать. Но реакции эти часто бывают ошибочными. К тому же даже небольшие дозы алкоголя вызывают снижение концентрации внимания и ухудшение качества умозаключений. Таким образом, трудиться «под градусом» себе дороже. Может быть, работа и будет выполнена быстрее, но в ней непременно появятся различного рода ошибки. *Если же работоспособность улучшается именно в состоянии опьянения, это является тревожным сигналом, говорящим о наличии зависимости.*

**Алкоголь понижает артериальное давление.** Многие гипертоники думают, что понизить давление можно с помощью алкоголя. Якобы, он расширяет сосуды. В этом утверждении есть доля истины — небольшие дозы спиртных напитков действительно ослабляют тонус сосудистой стенки. Но наряду с этим, они усиливают частоту сердцебиения. А артериальное давление напрямую зависит от объема крови, «выталкиваемой» сердцем в кровяное русло. Чем этот объем больше, тем давление выше. Поэтому алкоголь ни в коем случае нельзя считать лекарством от гипертонии. Ситуация усугубляется еще и тем, что многие спиртные напитки содержат биологически активные вещества. Эти соединения сами по себе могут оказывать влияние на артериальное давление, причем в большинстве случаев неблагоприятное.

**Качественный алкоголь вреда не наносит.** Любой алкоголь независимо от принятой дозы оказывает на организм токсическое действие. Это обусловлено тем, что один из продуктов распада этилового спирта — уксусный альдегид — очень агрессивное химическое вещество. В случае некачественного спиртного негативный эффект усиливается. Ведь дешевые горячительные напитки не проходят должного очищения, они

содержат сивушные масла, которые во много раз усиливают токсическое действие алкоголя. То же самое можно сказать и о напитках домашнего производства.

**Алкоголь — лекарство от простуды.** Бытует мнение, что эффективным средством при простудных заболеваниях является водка. Считается, что такое средство снижает температуру, останавливает насморк, уменьшает боль в горле. Многие почему-то уверены, что это старинный русский рецепт и что все наши предки лечились подобным образом. Вполне возможно, что некогда русичи боролись с простудой с помощью спиртосодержащих напитков. Важно другое — современная медицина такого способа не признает. Во-первых, злоупотребление алкоголем наносит удар по иммунитету. Во-вторых, спирт негативно сказывается на воспаленном горле. Оно начинает болеть после такого «лечения» еще больше.

**Пиво — это не алкоголь.** Распространена точка зрения, согласно которой пиво, будучи слабоалкогольным напитком, не наносит здоровью особенного вреда. Это катастрофическое заблуждение. Действительно, в пиве по сравнению с более крепкими напитками меньше спирта. При этом не стоит забывать, что при увлечении пивом суммарная доза алкоголя может быть гораздо выше, чем при приеме крепкого алкоголя. Кроме того, пиво, являясь алкогольным напитком, как и другие виды алкогольной продукции, вызывает зависимость и поражает печень, почки, сердце, другие внутренние органы. Во внутренних органах возникают серьезные структурные изменения, и они начинают хуже функционировать. Учитывая все это, ни в коем случае нельзя относиться к пиву как к лимонаду. Такое бездумное поведение очень быстро сказывается на здоровье.

**И самое главное — производители спиртных напитков в первую очередь думают только о прибыли, а не о вашем здоровье. И это факт.** Помните, при употреблении спиртного может развиваться алкоголизм — это болезнь, при которой человек продолжает принимать алкоголь, несмотря на то, что это вызывает проблемы в его жизни. Кроме того, такой человек не способен контролировать свое поведение в отношении алкоголя, например, заранее спланировать, что он выпьет небольшое количество алкоголя и на этом остановится. Организм алкоголика изменяется настолько, что он с трудом может существовать без алкоголя. При воздержании он ощущает болезненные симптомы (сердцебиение, нарушение сна, дрожь, озноб, галлюцинации). При наличии указанных признаков необходимо как можно быстрее обратиться к психиатру-наркологу.