Содержание

Введение

1. Характеристика наркозависимого поведения подростка

1.1 Распространение наркотиков как латентный социальный процесс

1.2 Наркомания подростка: современное состояние проблемы

1.3 Особенности внутрисемейных отношений в семьях с созависимостью

2. Современное состояние проблемы наркозависимости

2.1 Исследование распространения наркотиков в подростковой среде г. Новосибирска

2.2 Политика в области профилактики аддиктивного поведения

2.3Основные направления деятельности и специфика работы социального педагога по предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних

Заключение

Список литературы

Приложение

## Введение

История потребления человеком различных наркотических веществ насчитывает не одно тысячелетие. Анализ исторических источников свидетельствует о том, что в течение всего развития человеческой цивилизации в разные исторические периоды и у различных народов всевозможные наркотические средства находили применение в религиозных обрядах, медицине и повседневном быту.

Испокон веков наркотики потреблялись только традиционные для местности проживания конкретного народа, наркотики не угрожали гибели народов вследствие наркозависимости, так как их потребление носило прикладной характер, то есть потребление наркотиков исходило из обычаев, традиций, культуры. Это было до того, как наркотики стали товаром, и вышли на международный рынок.

Наркотики знакомы людям уже несколько тысяч лет. Их потребляли люди разных культур, в разных целях: во время религиозных обрядов, для восстановления сил, изменения сознания, снятия боли и неприятных ощущений.

Еще в дописьменный период мы имеем свидетельства того, что люди знали и использовали психоактивные химические вещества: алкоголь и растения, потребление которых влияет на сознание. Археологические исследования показали, что уже в 6400 г. до н.э. люди знали пиво и некоторые другие алкогольные напитки. Около 2700 г. до н.э. в Древнем Китае уже использовали коноплю в виде настоя, как чай: император Шен Нунг предписывал своим подданным принимать ее в качестве лекарства от подагры и рассеянности. Люди каменного века знали опиум, гашиш и кокаин и использовали эти наркотики для изменения сознания в ходе религиозных обрядов и при подготовке к сражению.

На протяжении всей истории контакты между далекими культурами происходили благодаря торговле и войнам. Например, в результате Крестовых походов и путешествий Марко Поло европейцы узнали опиум и гашиш, широко распространенные на Востоке. Позднее путешествия европейцев в Америку принесли новые открытия. Оттуда пришли кокаин (из Южной Америки) и табак (из Северной Америки). Между культурами происходил двусторонний обмен. Родина кофейного дерева - Эфиопия. Европейцы познакомились с кофейным напитком в XVII веке, моряки завезли кофейные зерна в Южную Америку, которая теперь является главным мировым производителем кофе. Добавим, что из Европы в Америку пришел алкоголь, а в Чили в 1545 году появилась конопля.

До начала XX века практически не существовало ограничений на производство и потребление наркотиков. Иногда делались попытки сократить или вообще запретить использование определенных веществ, но они были непродолжительными и, как правило, неудачными. Например, табак, кофе и чай были поначалу встречены Европой в штыки. Первого европейца, закурившего табак, - спутника Колумба Родриго де Хереса - по прибытии в Испанию заключили в тюрьму, так как власти решили, что в него вселился дьявол. Было несколько попыток объявить вне закона кофе и чай.

Известны случаи, когда государство не запрещало наркотики, а, наоборот, содействовало процветанию торговли ими. Лучший пример - вооруженные конфликты между Великобританией и - Китаем в середине XIX века. Их называли опиумными войнами, потому что английские торговцы ввозили в Китай опиум. В результате несколько миллионов китайцев пристрастились к опиуму. В то время Китай вышел на первое место в мире по потреблению опиума, большая часть которого выращивалась в Индии и переправлялась в страну англичанами.

В XX веке в Европе и Америке употреблялись практически одни и те же наркотики. Интересно, что много новых или хорошо забытых старых наркотиков было освоено сначала в США, а затем они распространились в других странах, так что Америка как бы задавала тон в их международном потреблении.

Актуальность проблемы. Актуальность исследования определяется расширением злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и усугублением социальных и медицинских последствий, а также необходимостью междисциплинарного взаимодействия врачей, психологов, педагогов, сотрудников социальной службы и правоохранительных органов.

Наркологическая ситуация в Новосибирске и состояние дел с профилактикой злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних представляет собой достаточно типичную картину. В целом в профилактике превалирует медико-центрический подход, при котором основная часть работы ложится на плечи врачей-наркологов (с преобладанием информационного подхода). Профилактические мероприятия не входят в круг непосредственных обязанностей специалистов, имеющих отношение к физическому и психическому здоровью несовершеннолетних (школьные врачи и психологи, социальные работники). Для проведения такой работы большинству из них не хватает опыта и знаний.

Достаточно противоречивы взгляды на задачи и методы профилактики, а также на распределение зоны ответственности специалистов. Их совместная работа ограничивается контактами в период критических ситуаций, создающих угрозу здоровью или общественному порядку. Отмена участкового принципа в подростковой наркологии повлекла за собой снижение активности диспансерного наблюдения. Подростки с донозологическими формами (т.е. этапами психопатологических нарушений) злоупотребления психоактивными веществами практически выпали из-под наблюдения наркологов. Хотя диспансеризация этого контингента и не дает полной гарантии предотвращения перехода злоупотребления в зависимость, но отказ от нее существенно затрудняет организацию системы профилактики, в которой врач играет роль "дирижера", принимающего сквозное участие на всех ее этапах - первичной, вторичной и третичной. Работа правоохранительных органов ведется "вдогонку" за совершенными деликтами.

Многофакторность развития аддиктивного поведения и патогенеза наркологических заболеваний позволяет говорить о необходимости мультидисциплинарного подхода в изучении этой проблемы. Он должен включать в себя не только традиционные методы, такие как психопатологический, патопсихологический, но и социально-психологический, юридический и др.

На протяжении многих лет внимание исследователей было заострено на медицинских профилактических мероприятиях (вторичной профилактике), однако в последние годы первичная профилактика является одним из приоритетных направлений противодействия распространению психоактивных веществ среди молодежи.

Вместе с тем, до последнего времени отсутствуют работы, комплексно рассматривающие проблему профилактики в разных группах несовершеннолетних, как интактных (не вовлеченных в какой-либо процесс) в отношении психоактивных веществ, так и вовлеченных в разной степени в их употребление.

В работе впервые разработаны критерии диагностики аддиктивного поведения с учетом возрастных особенностей. Выявлены клинические, психологические и социальные факторы, определяющие неблагоприятное течение аддиктивного поведения и переход его в состояние зависимости.

Потребление психотропных активных веществ (ПАВ) при транзиторном течении (т.е. неустойчивость симптоматики и наличие спонтанных ремиссий) играет роль копинг-поведения, осознанно используется при решении конкретных проблем несовершеннолетнего. Ведущим критерием его определяющим является социальный критерий частоты употребления. Прогредиентное (продолжающееся) течение определяется совокупностью всех нарастающих по тяжести критериев. Основными факторами, определяющими прогредиентное течение являются прежде всего различные формы "патологической почвы", а именно, развитие аномально-личностных свойств, особенно неустойчивого типа у юношей и истерического у девушек, алекситимия, эгоцентрическая антиципационная несостоятельность, проявления дисгармоничного пубертатного криза, неблагополучие в семье, неправильное воспитание, наличие стрессовых ситуаций,

Комплексная система профилактики (психолого-педагогическая, медицинская, социально-профилактическая) позволяет с минимальным привлечением дополнительных средств оказать влияние на личность несовершеннолетних, что способствует оптимальной профилактике аддиктивного поведения.

Объект исследования - социально-педагогическая работа с наркозависимыми подростками.

Предмет исследования - профилактика.

Основная гипотеза нашего исследования заключается в том, что главными факторами защиты подростков от наркотиков являются высокий уровень критичности к тем, кто их употребляет, и сформированная мотивация к общественно полезному труду, а не информированность о вреде наркопотребления. В целом ближайшее социальное окружение таит в себе много опасностей, не давая особых возможностей подросткам, ищущим новые способы самоутверждения, найти их в общественно одобряемых формах досуга.

Цель работы - изучить особенности социально-педагогической работы по профилактике наркозависимого поведения подростков.

Задачи работы:

Представить общую характеристику наркозависимого поведения подростка;

Обозначить роль социально-педагогической работы в профилактике наркозависимого поведения подростка;

Рассмотреть направление социально-педагогической работы на решение проблем, связанных с наркозависимым поведением подростка.

База исследования - школы Ленинского района г. Новосибирска. В опросе приняли участие 368 учащихся 9 - 11 классов.

Методы исследования: теоретический анализ литературы по теме, эмпирические методы (тестирования), методы статистической обработки.

Этапы исследования: исследование проводилось в три этапа - сбор информации и статистических данных; анализ данных; написание дипломной работы.

## 1. Характеристика наркозависимого поведения подростка

## 1.1 Распространение наркотиков как латентный социальный процесс

Эпидемия наркомании, распространение в обществе нелегальных наркотиков, аддиктивное поведение относятся к классу специфических латентных процессов. С гносеологической точки зрения эти процессы характерны четырьмя видами латентных ситуаций. Во-первых, это трудности получения полной информации об истории, тенденциях, социальных аспектах распространения нелегальных наркотиков до 90-х годов, связанные с цензурными и идеологическими ограничениями на исследовательскую деятельность в этот период. Во-вторых, это мифологизация явления, вызванная как идеологическими причинами, так и некомпетентными суждениями, недостаточно проверенными гипотезами, которые возводятся в ранг истин и целых теорий. В-третьих, это инструментальные трудности, связанные с тем, что процесс распространения наркотиков приобрёл массовый характер, охватил многие слои общества, является новым и не исследованным ранее феноменом, а методологическая и методическая деятельность учёных в известном смысле отстаёт от потребностей исследовательской деятельности и осложняется тем, что рассматриваемая область находится "на стыке наук". Наконец, четвёртый фактор латентности связан с тем, что распространение наркотиков в обществе оценивается как социально-негативный процесс, что накладывает неизбежный отпечаток на информационные потоки и поведение агентов, являющихся носителями нужной информации [30, 187].

Подходы к изучению этого явления должны учитывать два обстоятельства.

1. Распространение нелегальных наркотиков находится под контролем государственных институтов, в т. ч. органов правопорядка, медицинских учреждений. Контроль осуществляется разными методами, в т. ч. путём ведения специальной государственной статистики. Официально установлены юридические нормы жёсткого рамочного типа, которые по замыслу Законодателя должны регулировать указанную сферу, осуществляются профилактические мероприятия, полицейские операции и т.д.

2. У агентов процесса в силу обстоятельств и методов государственного контроля есть мотивы на сокрытие информации, которая является предметом исследований и на которую социологи, психологи и другие ученые вправе рассчитывать. Это рождает дополнительные проблемы при подготовке полевых работ. В частности, приходится учитывать "сопротивление поля" и искать "тонкие" методы сбора данных.

Латентные процессы указанного типа имеют общую информационно-социальную модель. Её полезно учитывать при разработке стратегии и тактики исследовательской деятельности. Преступность, коррупция, проституция, наркомания - это процессы, которые находятся "на свету" лишь одной и, как правило, незначительной своей частью. Условно "видимую" часть образуют факты, события, люди, отраженные в специальных учётах, статистике, прошедшие полицейские процедуры, побывавшие в судах, исправительных учреждениях, направленные на принудительное лечение и т.п. "Невидимая часть" по своему объёму намного больше. Это соотношение рождает ассоциацию с айсбергом, большая часть которого, как известно, находится под водой и недоступна для наблюдения с корабля. Информационно-социальная модель указанных процессов имеет форму пирамиды. Верхушка пирамиды - это социальная группа, размеры и содержание которой, как отмечено выше, уже зафиксированы, т.е. они известны, например, специалистам или чиновникам и могут быть в принципе доступны для ученого. Далее идут "латентные страты". Они располагаются примерно в той же последовательности, в которой обычно происходит "восхождение" субъекта по условным ступенькам пирамиды.

Постановка наркомана на учёт, отбывание наказания за торговлю наркотиками - это финальные стадии соответствующих "карьер". Начинается всё с групп риска, первых проб наркотиков или попыток заработать на незаконных операциях с наркотиками. Эти "первичные" группы, как свидетельствуют статистика, социологические измерения и наблюдения, гораздо шире, объёмнее, чем "финальные", "верхушечные" группы, что и даёт нам право пользоваться метафорой пирамиды. Пример подобной пирамиды приведён на схеме (см. Приложение 1).

При построении подобных пирамид важно чётко придерживаться выбранного критерия стратификации. В одном случае это могут быть группы, где критерием является частота или интенсивность злоупотреблений психоактивными веществами (отдельно могут быть построены пирамиды по типам таких веществ: алкоголь, опиаты, ингалянты или другое); в других случаях за основу могут быть взяты юридические критерии - участие в незаконном обороте наркотиков или совершение преступления в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения [8, 133].

Сегодня официальная статистика более или менее доступна для исследователя. Правда, рассекречивание информации не изменило механизм регистрации и соотношение "светлой" и "тёмных" страт пирамиды. Как и ранее на учёт берутся наркоманы не по собственному желанию, а в большинстве случаев через органы милиции. При таком подходе не приходится ожидать увеличения информационной функции официальной статистики. Вне статистики остаётся основная масса наркоманов, причём численность этой страты (по оценкам экспертов) вероятно от 5 до 10 раз превышает "верхушку айсберга".

Подсчёты по специальной методике дают цифру в 260 тысяч человек активных потребителей опиатов (НСО). Ещё более значительными являются последующие группы. Они объединяют молодёжь, которая экспериментирует с психоактивными веществами, погружается в наркокультуру, но к группе наркоманов как таковых не относится. В том числе, для указанной группы характерен так называемый подростковый и юношеский полинаркотизм, когда молодые люди неразборчиво пробуют различные наркотические вещества, способные вызвать эйфорию, галлюцинации или другим образом изменить нормальное сознание. Наконец, самая массовая статистическая общность - группы риска: молодёжь, подверженная риску попадания в "продвинутые" страты, но которая устанавливает между собой и наркотиками определённую дистанцию. Для представителей этой группы высока вероятность оказаться в ситуации, когда происходит групповое употребление наркотиков или же самим попробовать "вкус" наркотического вещества. Нередко, правда, такие пробы остаются единичными и в последующем юноша или девушка к наркотикам не прибегает. Тем не менее, именно группы риска в конечном итоге рекрутируют потребителей наркотиков и наркоманов. Правовая статистика содержит данные, позволяющие выделить страты по другому информационному критерию. Например, статистика правоохранительных органов свидетельствует, что в 2004г. зафиксировано 14587 преступлений, совершённых наркоманами или лицами в состоянии наркотического опьянения, и ещё отмечено 34672 случаев, которые классифицируются как факты незаконного оборота наркотиков [9, 52]. Эти данные могут быть основаниями для двух других пирамид, в которых латентными стратами будут преступники, совершившие на почве наркотиков преступления, но оставшиеся неизвестными, либо ненаказанными, либо привлечёнными к ответственности в административном порядке и т.д.

Все ранее сказанное свидетельствует, что для старшеклассников необходимы специальные занятия, направленные на удовлетворение познавательной потребности и способствующие самоанализу. Для этого желательно применять элементы психотренинга, вырабатывая необходимые навыки. Если этого не делать, то (исходя из результатов опроса) около 68 процентов подростков составят потенциальную группу риска. Те личностные потребности, которые подросток не может реализовать в нормальном состоянии сознания, будут активно искаться в других состояниях и нестандартных социальных группах, т.е. возможно приобщение к наркотикам.

Чтобы этого не случилось, необходима соответствующая профилактика. Она включает в себя:

диагностику предрасположенности к потреблению психоактивных веществ (чем больше личностных потребностей не реализовано, тем больше вероятность того, что подросток будет искать нестандартные способы их удовлетворения, т.е. чем больше нерешенных личностных задач - тем больше вероятность приобщения к наркотикам, и наоборот);

выбор психокоррекционно-образовательного метода, позволяющего подростку естественным способом реализовать себя;

проведение профилактики на всем протяжении подросткового периода, особенно в неблагополучных районах [20, 33].

Как уже отмечалось, подростков интересуют не "застывшие" знания в виде законов и правил, а живое, динамическое, находящееся в пределах досягаемости знание о реальной жизни. Это именно та недостающая составляющая знаний и умений, которая востребуется подростками. По своей сути процессуальная психология предназначена для копирования различных навыков методом переструктурализации внутреннего опыта и управления им. То новое, что можно использовать в преподавании и психокоррекции как методе наркопрофилактики, - это сам подход в подаче психологических знаний. Преподавание следует рассматривать не как насаждение "незыблемых" психологических знаний, а как психотерапевтический процесс в модели процессуальной психологии. Эта модель предполагает отношение к проблемам человека как к недостатку психических навыков разрешить ее. И вся терапия сводится к развитию необходимых навыков путем обучения управлению своими психическими процессами для создания нового поведения.

Таким образом, на синтезе преподавания "психологии личности" в шаблонах процессуальной психологии можно реализовывать адаптационный курс, который поможет разрешить личностные проблемы подростков при вступлении во взрослую жизнь. Основной особенностью этого курса является возможность изменять убеждения и намерения подростков в направлении социально приемлемых форм бытия и развития.

Мозг имеет многоуровневую организацию, как и несколько уровней обработки информации. С психологической точки зрения можно говорить о пяти основных уровнях.

Базовым (поверхностным) является наше внешнее окружение, внешние сдерживающие факторы.

Мы взаимодействуем с внешним окружением своим поведением.

Наше поведение направляется сформировавшимися в мозге моделью мира и стратегиями действий.

Наши способности организуются посредством систем убеждений.

Сами убеждения организуются через идентичность "Я - образ".

Идентичность, или "Я - образ", осуществляется через осознание своего предназначения в этом мире, через его духовное понимание [8, 112].

Когда человек испытывает какое-либо затруднение, то следует определить, приходит ли данное затруднение из внешнего мира (1), или причина в том, что конкретный человек не обладает выработанным типом поведения (2), или он не разработал подходящей стратегии действий (3), или у него отсутствует система убеждений (4), или он не самоидентифицировал себя (5), или не имеет особенных мировоззренческих установок, адекватных "Я - образу" (6).

Таким образом, мы можем говорить о градации значимости (важности) рассуждений человека в зависимости от того, на каком логическом уровне он ведет разговор.

Например:

"Я кое-что слышал о наркотиках" - 1-й уровень;

"Видел, как принимают наркотики" - 2-й уровень;

"Знаю, как и зачем потребляют наркотики" - 3-й уровень;

"Уверен и убежден, что в некоторых ситуациях наркотики помогают в жизни" - 4-й уровень;

"Наркотики помогают жить. Вон, на Востоке их всю жизнь потребляют - и ничего!" - 5-й уровень;

"Наркотики изменяют сознание и дают возможность доступа в иные миры, к иным реальностям" - 6-й уровень.

Чем глубже человек рассуждает о каком-либо явлении или поведении, тем большую значимость оно для него имеет, соответственно, он склонен реализовать его. Приведенные в качестве примера уровни рассуждений могут являться и диагностическим средством [6, 103].

Все это - важные различия, полезные для любого, кто работает в области обучения, общения или совершенствования.

## 1.2 Наркомания подростка: современное состояние проблемы

Наркомания как предмет психологического исследования Злоупотребление психоактивными веществами является международной проблемой, от которой страдает почти каждая страна на земном шаре, в том числе и Россия. Систематические исследования наркомании, широко распространенные в ряде зарубежных стран, начались в нашей стране не более 15 лет назад. Многочисленные проблемы здоровья, смерти, социальные проблемы, связанные с этим злоупотреблением, являются результатом сложного взаимодействия между психоактивными веществами, конкретным человеком и средой. У потребителя вырабатывается сильная привычка к психоактивным веществам (зависимость), в результате которой употребление наркотиков становится все более неизбежным.

Долгое время основное внимание исследователей наркомании в нашей стране было сосредоточено на фармакологическом воздействии наркотических веществ, динамике физиологических процессов и общего состояния здоровья при систематическом употреблении психоактивных веществ. Концентрация внимания именно на медико-физиологическом аспекте наркомании обусловила и основной подход к ее лечению, который редуцировал проблему наркомании до физиологической зависимости и ее купирования. Проблему употребления наркотических веществ следует рассматривать не только как проблему физиологическую, но и как проблему личности, прибегающей к наркотикам в конкретной социальной ситуации. В этом случае профилактическая, лечебная и реабилитационная работа приобретают новое содержание, а значит, и новые возможности. Практика показывает, что такое понимание проблемы усложняет ее решение, однако существенно повышает показатели отсроченных результатов.

Недооценка психологических факторов и психологических механизмов в возникновении и динамике наркомании нашла свое отражение в позиции официальной наркологии, понимающей наркоманию как группу заболеваний, вызываемых систематическим употреблением наркотических веществ и проявляющуюся в изменениях реактивности психики и физиологической зависимости, а также в некоторых других психологических и социальных явлениях. Итак, наркомания рассматривается как проблема личности, принимающей наркотики в определенном социально-культурном контексте. При этом общество, социальная и культурная среда, реагируя на наркоманию, "встраиваются" своими реакциями в "наркоманский" тип поведения [93]. Анализ литературы показывает, что различные психологические направления имеют отличную друг от друга точку зрения на проблему наркомании.

Основные психологические подходы к проблеме наркомании группируются вокруг ведущих направлений в психологии и наиболее разработанных теорий.

Бихевиоральный подход. Сторонники данного направления отстаивают мысль о непрерывном влиянии на человека его социального окружения. Позитивные связи хронического наркомана с обществом ограничиваются контактами с членами наркоманской группы. С точки зрения психологической структуры, наркоман принадлежит к типу личности, который слабо переносит боль и эмоциональный стресс. Если у него отсутствуют близкие контакты с людьми, похожими на него, то он утрачивает чувство уверенности. По причине "ущербности" социального развития, наркоман старается избегать любой формы ответственности, становится недружелюбным и недоверчивым по отношению к тем, кого он считает частью угрожающего мира. Поэтому объединение наркоманов в группы является одной из социальных потребностей, присущей наркомании. Членов группы объединяет необходимость добывать наркотик. В ней нет иерархии, все её члены имеют равные права и практически никаких обязанностей по отношению друг к другу. Оказавшись втянутым в такую группу, наркоману трудно оттуда вырваться, так как она предлагает ему всё то, чего в реальном мире он не может получить. В наркоманской группе все такие же, как он, ему там легко и просто. Вырвавшись оттуда, он оказывается будто бы в другом мире, где он встречает непонимание, осуждение, отчужденность, агрессивность не только своей семьи, но и общества в целом. Общество отталкивает наркоманов, хотя само в значительной степени ответственно в возникновении этой болезни [74; 93]. Наркоманы стараются объединиться в группы, а так как влияние социального окружения на человека велико, они продолжают убивать себя и других.

Отметим также высокую эффективность поведения наркомана, Поведение, направленное на приобретение и употребление наркотика: ни закон и милиция, ни контроль со стороны общества и семьи, ни отсутствие денег и материальных средств, ни многое другое, что могло бы быть непреодолимым препятствием для человека, не страдающего наркоманией, не является препятствием для наркомана. При этом всегда эта сложная цепочка поведенческих актов и событий завершается положительным подкреплением с ярко переживаемым телесным компонентом. Отказ от наркотика означает отказ от сверхэффективного поведения в пользу действий в неструктурированной враждебной среде, к тому же с низкой вероятностью успеха.

Взгляд на наркоманию как на сложную систему поведения наркозависимого индивида в социальной среде ставит перед разработчиками реабилитационных программ чрезвычайно сложную проблему: становление у наркомана, находящегося в стадии ремиссии, такого поведения, которое обеспечило бы ему большую эффективность во взаимодействии с миром, нежели "наркоманское" поведение [10, 52].

Таким образом, наркоманию можно рассматривать как высокоадаптивный способ поведения, отказ от которого является неадаптивным шагом, сопряженным с риском неопределенности и ответственностью за себя. При этом, трезвенническое поведение не гарантирует человеку ни счастье, ни легкости бытия, а употребление наркотика гарантирует наркоману "исчезновение" мира с его проблемами. Более того, у наркомана отсутствует ясное представление о возможностях действования подтвержденное достижением необходимого состояния, воплощенного в успехе. Если реабилитационная программа не дает четкого ответа на вопрос: "А что взамен?" - она малоэффективна.

Когнитивный подход. Наибольшее распространение в объяснении причин и последствий наркомании в рамках когнитивного подхода нашла концепция локуса контроля. Так, по мнению Роттера, одни люди приписывают свой образ действий внутренним причинам, другие объясняют его внешними обстоятельствами. Наркоманы приписывают свой образ действий внешним обстоятельствам. Они убеждены в том, что они употребляют наркотические вещества по вине других людей или из-за случая. Поэтому одной из причин, почему они не могут бросить употреблять наркотики, является отсутствие внутреннего контроля. Данный подход помогает раскрыть сложность взаимодействий между человеком и возникающими ситуациями. Но его представители, однако, не говорят о том, почему один склонен видеть причину своего поведения в самом себе, а другой - в других.

Кроме того, проведенные в последние время исследования показали, что вопрос о характере локуса контроля у наркоманов не может быть решен столь однозначно и категорично.

Более надежными и достоверными можно считать данные, касающиеся специфики когнитивных процессов у наркоманов. Так, например, обнаружено, что при опийной наркомании наблюдается деградация воображения, выхолощенность мышления, расширение периферийного зрительного восприятия, снижение адекватности в понимании невербального поведения других людей.

Психоаналитический подход. Психоаналитические исследования наркомании сводятся в основном к объяснению возникновения зависимости как дефектам в психосексуальном созревании, ведущим к оральной неудовлетворённости, что приводит к оральной фиксации.

Другим объяснением наркомании в рамках психоаналитического подхода является фиксация на анальной стадии, либо на анальной и оральной стадии развития одновременно.

Исходя из таких объяснений, зависимость рассматривается как регрессия, которую можно остановить путем устранения этой регрессии.

Так как она никогда не может быть удовлетворена полностью, то фрустрированная личность реагирует враждебно, и если она замыкается в себе, то это ведет к психическому разрушению. Для таких людей наркотик является средством, освобождающим от фрустрации путем вызывания эйфории. Общественное осуждение, сопровождающее употребление наркотиков, только усиливает враждебность и одновременно приводит к усилению чувства вины. Наркоман является безответственным человеком, неспособным к достижению успеха ни в одной из областей общественной или экономической деятельности. Его связи с реальным миром нарушены, а защита от неблагоприятных воздействий неэффективна. Заинтересованные, "запрограммированные" исключительно на приобретение и употребление наркотика, они не ценят отношения между людьми и интересуются только собственным удовольствием от действия этих препаратов. Неполноценные связи с другими людьми являются следствием неполноценного "Я" наркомана, для которого либидо является "размытым эротическим понятием". Несмотря на то, что многие авторы психоаналитического направления рассматривают наркоманию как своеобразную разновидность мастурбации, более тщательный анализ указывает на наличие глубокого внутриличностного конфликта, достигающего оральной стадии психосексуального развития. Сущность этого регресса заключается в том, что личность возвращается к тому периоду развития, когда жизнь была легче, не было проблем, страха, вины. Этот регресс может означать слабость "Я" перед болью и фрустрацией. Интересно, что эти позиции почти не подвергались в психоанализе критике или редакции, даже несмотря на то, что давно уже известно: зависимость практически невозможно "вылечить" с помощью психоаналитических методов. Мы полагаем, что психоаналитический подход к терапии психической зависимости оказывается малоэффективным именно потому, что наркомания не является непосредственным результатом родительско-детских отношений и детских травм. Наркомания развивается на основе актуально возникающего в поростковом возрасте в общении между взрослым и ребенком и/или в подростковой среде психического напряжения. Именно в сфере отношений, как мы полагаем, впервые возникает почва для развития наркомании. Таким образом, психоаналитик будет работать с "предпосылкой причины", но не с самой причиной. Реальный опыт работы с наркоманами опровергает амбиции психоаналитиков и требует разработки иных методов психотерапии зависимости.

Трансактный анализ. В теории Э. Берна мы не находим четкого определения и понимания сущности наркомании. В соответствии с его теорией нормальное развитие личности происходит, когда важнейшие аспекты Родителя, Взрослого и Ребенка согласуются друг с другом. Это люди с хорошими границам Я, у которых могут быть серьезные внутренние конфликты, но которые способны сбалансировать Родителя, Взрослого или Ребенка так, чтобы "позволить", каждому выполнять свои функции. В связи с этим, многие исследователи высказывают предположение, что у наркомана доминирует одно эго-состояние, скорее всего это Ребенок, либо одно эго-состояние заражено другим.

Наркомания также может быть рассмотрена и как игра, в которой каждый участник (это могут быть члены семьи, окружающие, "спасающие" организации) занимает определенную позицию. Игра - это, по сути, искусственность поведения, невозможность достижения спонтанности. Когда отсутствует искренность, - идет проигрывание каких-то сложившихся и привычных ситуаций. В игре каждый вроде бы получает определенную выгоду, но ее участники в таких условиях не могут развиваться, изменяться, а значит, не имеют возможности разрешать данную проблему, делать то, что могло бы привести к выздоровлению. Такие взаимоотношения фиксируют психическую зависимость от наркотиков. Отметим в связи с этим весьма продуктивную для трансактного анализа как терапевтического направления мысль В.А. Петровского о том, что "игра выступает как способ самопознания, как способ достижения спонтанности при одновременном стремлении к искренности и невозможности ее достичь".

Игры можно считать частью более широких и сложных трансакционных ансамблей, называемых сценариями. Сценарии относятся к области явлений психологического переноса, то есть являются производными, точнее, адаптациями инфантильных реакций и опытов. Это сложное сочетание трансакций циклических по своей природе. Психологический анализ сценариев показывает сущность такого сложного явления как созависимость в семье наркомана. Несмотря на отсутствие в рамках трансактного и структурного анализа разработанной концепции наркотической зависимости, есть все основания отметить высокий теоретический и практический потенциал этого направления. В нашей работе мы опираемся на теорию персонализации (А.В. Петровский, В.А. Петровский), концепцию неадаптивной активности (В.А. Петровский) и концепцию эго-состояний (Э. Берн). Эвристическая плодотворность этих теорий позволила нам изучить психологическую модель развития психической зависимости при наркомании, которая будет представлена ниже.

Системный подход. С позиций системного подхода наркоманию можно определить как системный комплекс, который включает элементы, различные по своей природе, уровню и динамике. Если рассмотреть наркоманию с точки зрения системной семейной психотерапии, то это семейное заболевание, "семейная проблема". Наркоман "вовлекает" в болезнь всех близких ему людей, у которых формируется созависимость. Она, в свою очередь, препятствует адекватному восприятию действительности, искажает характер внутрисемейного взаимодействия и, таким образом, фиксирует психическую зависимость. Если взрослый член семьи (отец или мать) зависим от психоактивных веществ, то это пагубно отражается на ребенке еще до того, как он сам непосредственно начал их употребление. Ребенок, растущий в такой семье, является элементом дисфункциональной системы и испытывает воздействие всего комплекса факторов, ведущих к развитию заболевания. Вырастая, он перенесет свой опыт во взрослую жизнь и, скорее всего, станет сам химически зависимым или свяжет свою жизнь с химически зависимым человеком. Безусловно, системный подход имеет значительные перспективы в анализе наркомании как сложного и многоуровневого явления. Вместе с тем заметим, что системный анализ наркомании неизбежно приводит к осознанию того, что факторы формирования и фиксации зависимости от наркотического вещества различны как по способу происхождения и функционирования, так и по своей структурной сложности и "направленности". Вполне может быть, что, по мысли В.А. Петровского, "наркомания как системный феномен не имеет общего телеологического основания". Эта мысль В.А. Петровского вполне подтверждается сделанным им же наблюдением, в соответствии с которым наркомания "не имеет и результирующей терапии". Таким образом, в случае наркомании мы сталкиваемся с особого рода системами, специфические особенности которых не нашли отражения в исследованиях по системной проблематике.

Кроме того, отметим, что сколь-нибудь серьезные системные исследования молодежной наркомании в нашей стране практически отсутствуют.

Таким образом, в рамках существующих сегодня направлений в психологии мы не находим ни одной теории или концепции, которые могли бы полностью объяснить феномены, связанные с употреблением наркотиков, не прибегая к заимствованиям из других теорий, игнорированию того, что не объясняется или использованию в качестве исходных положений утверждения, не имеющие логического или теоретического обоснования.

Вывод, возникающий в результате анализа существующих точек зрения на наркоманию и хоть как-то способный объяснить имеющиеся данные, носит парадоксальный характер: наркомания выполняет адаптивные функции и имеет адаптивный смысл. В отсутствии сколь-нибудь развитой психологической концепции наркомании, особого внимания заслуживают эмпирические исследования. Наибольшее количество психологических исследований наркомании связано с изучением предрасположенности к злоупотреблению психоактивными веществами [11, 33].

Если говорить о предрасположенности или, шире, о факторах, приводящих к формированию наркомании, то можно сказать, что существуют биологические, социальные и психологические факторы. В ряде работ указывается на то, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями может выступать как фактор, способствующий наркомании.

Возникновению и злокачественному течению наркомании также способствуют:

внутриутробная патология;

черепно-мозговые травмы, тяжелые и длительные соматические заболевания;

остаточное органическое поражение головного мозга.

Задержка полового созревания, которая чаще всего связана с конституциональным замедлением развития, имеет психологические последствия. Переживание отставания по ряду признаков от своей возрастной группы само по себе травмирует подростка: может появиться чувство неполноценности, нарушение идентичности, дисморфофобии (т.е. твердое, изматывающее человека убеждение в том, что тело с годами деформируется и начинает отталкивать окружающих своим внешним видом, или чрезмерный страх, что такое может произойти). Рано созревающие подростки в среднем пользуются большей симпатией у окружающих, они более уравновешенны, менее робки. В противоположность этому, у поздно созревающих - больше опасений, беспокойств, вплоть до злобности, обнаруживается масса компенсаторных механизмом.

Представляют интерес и мотивообразующие факторы. Э. Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства среди молодёжи, следовательно, мотивом приобщения к наркотикам служит стремление "потреблять счастье" как товар. А.Е. Личко и В.С. Битенский использовали классификацию мотивов, которую В.Ю. Завьялов разработал для алкоголиков, выделяя вслед за ним следующие группы мотивов:

1. Социально-психологические мотивы:

мотивы, обусловленные традициями и культурой;

субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы;

псевдокультурные, как стремление подростка приспособиться к "наркотическим ценностям" подростковой группы.

2. Потребность в изменении собственного состояния сознания:

гедонистические мотивы;

атарактические мотивы;

мотивы гиперактивации поведения.

3. Патологическая мотивация, связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику [11, 55].

В.С. Битенский и другие авторы считают, что подросток, как правило, руководствуется комплексом мотивов. При этом характер ведущего определяется стадией наркотизации, особенностями характера и другими факторами.

Однако, очень часто с помощью различных методов определяются не мотивы, а мотивировка, то есть объяснение субъектом причин действия путем указания на социально-приемлемые для него и его референтной группы обстоятельства. Мотивы, как известно, могут не осознаваться субъектом. Кроме того, возможны значительные искажения при их вербализации. Заслуживают внимания работы В.В. Гульдана, а также исследования, выполненные под руководством К.С. Лисецкого и С.В. Березина в которых используются проективный и психосемантический методы.

Изучение эмоциональных отношений и структуры представлений о наркомании московских школьников 10-17 лет показало, что поведенческие особенности тесно связаны с характером ситуации, полом, возрастом. Наиболее неблагоприятными тенденциями оказались:

отсутствие внутренних запретов на токсикоманические средства в отличие от наркотиков;

в возрасте 12-13 лет - зависимость поведения от ситуации;

в возрасте 14-15 лет - склонность к риску и повышенная активность;

в возрасте 16-17 лет - отсутствие включенности в ситуацию друзей, семьи;

употребление наркотических веществ как способом организации взаимодействия в группе.

Главным мотивом отказа от употребления наркотических веществ оказалось не опасение за здоровье, а отсутствие возможности их достать.

Анализ литературы показал, что различные способы преподнесения недифференцированных по своему содержанию сведений о наркомании, использующиеся в целях профилактики молодежного наркотизма, ведут к мозаичности, разорванности, противоречивости представлений о наркомании у подростков и детей. Резко отрицательное эмоциональное отношение к стереотипу "наркоман" очень часто совпадают с интересом к употреблению таких веществ. Некоторыми авторами обнаружены расхождения мотивировок и мотивов, которые, в свою очередь, являются результатом несовпадения формально известных для подростка правил, норм, запретов и реалий молодежной субкультуры, которые отражают когнитивный диссонанс представлений школьников о проблеме наркомании [12, 76].

В 1991 году В.В. Гульданом проведен сравнительный психосемантический анализ мотивов приема наркотиков и отказа от них у подростков асоциального поведения (основная группа) и учащихся школ (контрольная группа). Если сравнивать мотивы приема наркотических веществ в основной и в контрольных группах, то можно отметить, что интерес, любопытство к употреблению присущи обеим из них. Поэтому вопрос о специфичности любопытства, как мотива, требует дальнейшего изучения. Все испытуемые с помощью наркотиков предполагают "избавиться от неприятностей". Для контрольной группы испытуемых в ситуации возможного приема наркотиков несущественным оказалось влияние сверстников, для них более заманчивыми явились изменения сознания с помощью наркотика, возможность пережить приятные ощущения. Асоциальные подростки более подвержены влиянию группы сверстников (а именно влиянию старшего в группе) при выборе поведения в пользу приема наркотических веществ.

Анализ литературы показывает, что мотивы употребления наркотиков и отказа от них недостаточно исследованы и неоднородны по своему содержанию.

В связи с этим необходимо упомянуть об исследованиях личностных предпосылок и попытках построения "специфического профиля" личности, предрасположенной к употреблению наркотических веществ. Предпринятые в этом направлении исследования весьма противоречивы. Подростковый возраст, как известно, характеризуется как кризисный, а следовательно, уязвимый как со стороны физиологии, так и со стороны социальных факторов, в частности, семьи, школы, молодежной субкультуры. Проблемы в общении, нестабильность самооценки, самонеорганизованность, неоформленность, высокая подверженность стрессам, а также высокая степень склонности к различным экспериментам (как способу поиска чего-то "своего"), стремление быть принятым какой-либо социальной группой - все это является фоном, повышающим вероятность употребления подростком психоактивных веществ.

Основная причина значительной уязвимости подросткового возраста - это неустойчивость Я - концепции. Показано, что некоторые специфические особенности Я-концепции у подростков могут выступать как фактор формирования наркозависимости.

Как известно, Я - концепция формируется под воздействием социального окружения и предопределяет взаимодействие подростка с ним. Следовательно, чем нестабильнее социальные факторы, тем менее устойчивой является подростковая Я - концепция. Кроме того, важнейшим аспектом формирования "образа Я" у подростка является образ тела; а, поскольку, тело подростка постоянно развивается и изменяется, то развивается и изменяется его Я - концепция, а, следовательно, и способы взаимодействия со средой. Кризисность, конфликтность подростка заключается еще и в том, что он испытывает потребность не только в присоединении к социальной группе, но и потребность в том, чтобы одновременно отделить себя от привычной для него социальной среды, даже противостоять ей в обретении и раскрытии своего "Я". Очевидно, что подростковое "Я" - сущность энергетически мощная, требующая постоянного самовыражения, разрядки, но, одновременно, и неопределенная, наполненная очень часто содержанием опыта других людей: родителей, более взрослых друзей, других значимых людей. Противоречие между потенциальной возможностью и реальным содержанием деятельности порождает внутреннее напряжение подростка, разрешение которого с каждой минутой приобретает все более остро необходимый и жизненно важный характер. Очень часто наиболее эффективным способом снижения напряжения, по мнению подростка, является та или иная форма девиантного поведения, в том числе и поведение, направленное на употребление психоактивных веществ [6, 187].

Анализ существующей литературы не дает четкого ответа на вопрос о том, какие именно особенности личности можно считать факторами риска в приобщении к употреблению наркотических веществ. Среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье. Кроме этого, многие исследования показывают, что большое количество подростков наркоманов воспитываются в неполных семьях. Неблагополучие в семье служит фоном, который чаще всего подталкивает подростка к участию в асоциальных компаниях, особенно при некоторых типах акцентуаций характера. П.Б. Ганнушкин считает, что конституциональная предрасположенность к наркозависимости наиболее характерна эпилептоидным, неустойчивым, циклоидным и истероидным типам акцентуаций. Было выявлено, что риск злоупотребления наиболее высок для эпилептоидного и истероидного типа акцентуаций. Гипертимы проявляют интерес к галлюциногенам и ингаляторам, которые способны вызывать яркие, красочные образы. Кроме того, им также свойственно стремление "все попробовать". Подростки с истероидной акцентуацией предпочитают приятное состояние или успокоение, вызываемое транквилизаторами. При шизоидном типе наблюдается тенденция к употреблению опийных препаратов, то есть желание вызвать у себя эмоционально приятное состояние. Но большинство авторов пришло к выводу о том, что риск нарко- и токсикомании наиболее характерен подросткам с эпилептоидной, неустойчивой и гипертимной акцентуацией. К сожалению, приходится констатировать тот факт, что в большинстве случаев выявление подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, происходит поздно, когда их поведение уже характеризуется патохарактерологическими реакциями. Это обстоятельство ставит под сомнение достоверность данных о том, что акцентуации характера являются факторам предрасположенности к наркомании, поскольку причинно-следственная связь может быть и прямой, и обратной: акцентуанты имеют больший риск начать употреблять наркотики, но и употребление наркотиков также ведет к существенным нарушениям в поведении и изменениям характера.

С.П. Генайло, проведя клиническое обследование, установил, что наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному выполнению своих претензий. В то же время, это люди со сниженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию и лжи. Это дало автору основание предположить у них нарушение равновесия между потребностями и возможностями. И это, в свою очередь, приводит к снижению социальной адаптации и способствует формированию асоциальных форм поведения.

Таким образом, согласно предположению С.П. Генейло, фактором, повышающим риск наркотизации, является высокий уровень напряженности потребностей и низкий уровень возможности их удовлетворения. К сожалению, остается неясным качественное содержание потребностей, фрустрация которых повышает риск приобщения к наркотикам. Отметим также еще одно очень важное обстоятельство. Для значительного числа исследований причин наркотизации характерно традиционное понимание поведения человека как процесса, направленного на удовлетворение потребности или нескольких потребностей. Обнаружение потребности или класса потребностей, неудовлетворение которых выступало бы как специфическая предпосылка наркотизации означало бы, во-первых, наличие в наркомании телеологического основания, а, во-вторых, возможность построения результирующей терапии. Однако, как показывают научные исследования и анализ клинической практики, наркомания не имеет ни общего телеологического основания, ни результирующей терапии [18, 70].

Мы полагаем, что ответ на вопрос о том, что представляет собой класс потребностей, которые лежат в основе формирования психической зависимости, отсутствует до сих пор именно потому, что причины наркотизации связаны с другим, нежели потребности и потребностные состояния, психическими явлениями. Мы считаем, что решающим условием формирования психической зависимости является переживание могу (В.А. Петровский), т.е. переживание избыточности возможностей удовлетворения потребностей, а ни сами неудовлетворенные потребности как таковые. Переживание "могу" принципиально отличается от переживаний, связанных с тем, что я что-то не могу. Могу - это избыток, переживания, которых близко к тому, что С.Л. Рубинштейн обозначал термином "интерес", а В.А. Петровский обозначает термином "устремление". Есть некие "я могу": я могу потребовать (наркотик), я могу это взять, я могу это употребить в компании друзей. "Я могу" характеризуется субъективным ощущением преодоления помех: мне ничего не мешает это сделать. А дальше возникает ощущение грандиозных возможностей - разрешения генерализованной неудовлетворенности. Стремление субъекта воспользоваться нарастающими возможностями - это не совсем то, что в психологии называют термином "потребность", это иной вид побуждения. Разницу между побуждениями, основанными на деффицитарности (потребности) и побуждениями, порожденными переживаниями избыточности, рассмотрим на следующем примере. Аффективная потребность, т.е. потребность быть принятым в группе - это дефицитарность, это отсутствие субъективного переживания принятости другими, значительности для других, нужности им и т.п. Наличие такой потребности нередко подталкивает субъекта к употреблению наркотиков как способа завоевания симпатии группы. В свою очередь, побуждения, основанные на избыточности (устремления), возникают тогда, когда субъект переживает ощущение свободы, а именно, свободы воспользоваться своими возможностями, что подталкивает его вперед, за пределы его поведении. Примером такого рода состояний является бравада, порой увлекающая субъекта далеко за рамки того поведения, которое было бы сообразно с его потребностями. В браваде субъект переживает и пользуется избытком своих возможностей: я чувствую себя смелым, рискующим, не ограниченным. Такое переживание "могу", побуждение активности субъекта в какой-либо сфере отношений или деятельности снижает, а то и вовсе снимает остроту переживаний "не могу" во всех других сферах отношений и деятельности. Возможно поэтому наркотик и становится практически универсальным средством решения жизненных проблем.

Таким образом, в анализе развития психической зависимости мы вынуждены обращаться и к категории "потребность", и к категории "могу", которая обозначает избыточность возможностей и действует как побуждающая сила.

Значительный интерес представляют собой работы, посвященные исследованию черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками и алкоголем. К ним можно отнести:

слабое развитие самоконтроля и самодисциплины;

эмоциональная незрелость;

низкая устойчивость к всевозможным воздействиям и неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности;

деформированная система ценностей;

склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из трудной психотравмирующей ситуации;

болезненная впечатлительность, обидчивость;

неспособность адекватно воспринимать ситуации, связанные с необходимостью преодоления жизненных трудностей, налаживания отношений с окружающими и регуляции своего поведения [5, 87].

Н.Ю. Максимова предполагает, что актуализации психологической готовности подростков к употреблению наркотических веществ способствуют следующие причины:

неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения актуальных, жизненно важных потребностей;

несформированность и неэффективность способов психологической защиты подростка, позволяющей ему хотя бы на время снять эмоциональное напряжение;

наличие психотравмирующей ситуации, из которой подросток не находит выхода.

Таким образом, подросток оказывается беспомощным перед захлестывающими его отрицательными состояниями и прибегает к изменению своего состояния химическим путем.

Отмечается, что в результате развития наркотической зависимости личность начинает изменяться. Внутренние конфликты обостряются, а слабая психическая адаптация становится все более очевидной. В работах Н.С. Курека выявлены особенности эмоциональной активности наркозависимых: снижение адекватности восприятия эмоций у другого человека по мимике, жестам и позам, нормальный или повышенный уровень эмоциональной экспрессии; нивелировка половых различий в эмоциональной сфере между юношами и девушкам.

Таким образом, отмечается не только нарушение эмоциональной сферы наркозависимых, но, что особенно важно с точки зрения изучения социального поведения наркоманов, нарушения в выражении и распознавании эмоций.

Особую роль в приобщении подростков к наркотикам играет неформальная группа. Ее влияние на личность подростка очень велико. Постоянные нарушения взаимоотношений подростка со сверстниками могут являться тонким показателем возможных аномалий психического развития. По мере взросления подростка система его взаимоотношений со сверстниками оказывает возрастающее влияние на его поведение и установки. Популярность ребенка в группе связана с рядом его индивидуальных особенностей: уровень интеллектуального развития; приятный внешний вид; живость в общении; способность к установлению дружеских контактов; успешность в тех или иных видах деятельности, которые наиболее значимы для членов группы. Непопулярность и социальная отвергнутость ребенка могут быть предвестниками отклоняющегося поведения и психических нарушений [9, 66].

М.А. Алемаскин установил, что подростки становятся на путь отклоняющегося поведения под влиянием старших по возрасту ребят.

Необходимо сказать, что школа как социальный институт тоже может являться фактором риска приобщения к наркотикам. Было установлено, что нестабильность преподавательского состава наиболее характерна для школ, в которых отмечается наибольшее число проблем среди учащихся. Если школа действительно может повлиять на подростка, важно знать, каким образом можно обеспечить ее воздействие именно в лучшую сторону. К сожалению, надежных данных, касающихся этого вопроса, немного. Харгрейвер в исследовании социальных взаимоотношений в средних школах обратил внимание на последствия жесткого разделения учеников на потоки. В более успешных группах отмечаются хорошие взаимоотношения между учителем и учениками, и последние, как правило, преданы школе и серьезно относятся к учебе. От детей из группы более слабых учителя ожидают только плохого и, кроме того, подростки в таких группах получают меньше положительных эмоций. Эти наиболее слабые группы, по существу, формируют особую субкультуру, в рамках которой может осуществляться приобщение к наркомании. Данные этого исследования хорошо согласуются с данными других авторов. Создается впечатление, что разграничение между сильными и слабыми учениками с большой вероятностью приводит к формированию у слабых подростков отклоняющегося поведения.

Существенный интерес с точки зрения анализа причин наркотизации представляет вопрос об устойчивости поведения человека. Высказываются полярные точки зрения о детерминации поведения человека с устойчивыми характерологическими особенностями, с одной стороны, и ситуативными факторами - с другой.

По мнению ряда авторов, исследующих проблему наркомании, продуктивным является подход, основанный на использовании принципа дополнительности взаимодействия устойчивых и ситуативных факторов, причем в большинстве случаев детерминирующими являются личностные, а ситуативные факторы играют роль модулятора (определяя вариативность проявления личностных факторов). В некоторых случаях иерархия факторов может меняться. Преувеличение роли ситуативных факторов в поведении (как это делают сторонники бихевиорального направления) может приводить к особо негативным последствиям именно при теоретической и практической оценках наркомании у подростков. Рассмотрение ситуативных факторов в качестве детерминант (а не модуляторов) приводит к освобождению от ответственности личности за свое поведение [23, 107].

Таким образом, факторы риска приобщения к наркотикам не должны рассматриваться изолированно друг от друга. Решающую роль играет их взаимодействие.

Анализ исследований отечественных и зарубежных психологов позволяют сформулировать следующие выводы.

Имеющиеся психологические данные неоднородны и противоречивы по характеру, а корреляты употребления наркотиков часто путают с их причинами.

Ни одна концепция возникновения, формирования психологической зависимости не представляется исчерпывающей и убедительной.

Столкновение личности с обстоятельствами, препятствующими реализации в жизни ее глубинных, базисных тенденций, обусловливает предрасположенность к злоупотреблению наркотиками.

Злоупотребление наркотиками является защитной активностью личности перед лицом трудностей, которые препятствуют удовлетворению наиболее важных и значимых для него потребностей и носит адаптивный смысл.

Побуждением к употреблению наркотиков может быть не только ожидания снижения напряженности неудовлетворенных потребностей, но и ожидания возрастания возможностей действования на фоне наркотического опьянения. Речь идет об отношении к наркотику как средству, увеличивающему возможности индивида во взаимодействии с миром [8, 199].

Конечно, приведенный анализ не является исчерпывающим. Однако, он дает возможность увидеть многоаспектность проблемы и роль психического фактора в динамике зависимости. В связи с этим, эффективное лечение наркомании возможно, если оно строится как системное воздействие, способное повысить возможности личности самореализоваться в динамичной социальной среде.

Наименее исследованным аспектом наркомании оказывается центральный компонент зависимости - психическая зависимость от наркотика. На наш взгляд, это объясняется следующими причинами. Во-первых, длительной недооценкой психических факторов патогенеза при наркомании. Во-вторых, отсутствием достоверных и надежных данных об эффективности различных методов разрушения психической зависимости. В-третьих, неразработанностью методологической базы для исследования структуры, функций и динамики психической зависимости от наркотического вещества.

Однако очевидно, что все попытки первичной, вторичной (реабилитация) и третичной профилактики наркомании среди подростков будут малоэффективны без анализа центрального компонента наркомании - психической зависимости [4, 114].

## 1.3 Особенности внутрисемейных отношений в семьях с созависимостью

Можно полагать, что с одной стороны, неблагополучие в семье имеет большое значение в формировании аддиктивного поведения подростка, а с другой - очевидно, что при наркотизации одного из членов семьи, деформируется вся система внутрисемейных взаимоотношений.

Особое внимание необходимо уделить проблеме созависимости. Психиатры считают, что в результате совместной жизни с наркоманом его родственники постепенно погружаются в проблемы глубокой психической травматизации, которая вторично вызывает болезненные отклонения. Созависимость - комплекс особых черт характера, мешающих нормальной семейной жизни, появляющийся у родственников и близких несовершеннолетнего с зависимостью от ПАВ в результате постоянной психической травматизации и субъективной неразрешимости внутрисемейного конфликта со стороны взрослых членов семьи.

Созависимость родственников препятствует выздоровлению наркозависимого несовершеннолетнего, то есть служит фактором, "подкрепляющим" наркоманию.

Можно выделить следующие стратегии созависимых лиц, способствующие развитию аддиктивного поведения:

чувство чрезмерной лояльности к ребенку-наркоману, желание справиться с трудностями его поведения;

своеобразное чувство не только ответственности, но и вины зато что у несовершеннолетнего члена семьи развилась наркозависимость (на интуитивном уровне созависимые это понимают, и в какой-то степени они правы);

стремление сохранить позитивное впечатление о семье среди окружающих;

стремление предотвратить опасные ситуации (угрозу ухудшения социального положения из-за деструктивного поведения несовершеннолетнего члена семьи);

желание смягчить агрессию ребенка - наркомана и других значимых лиц - родственников, знакомых;

избегание помощи извне (психологической, медицинской и другой);

отсутствие осознания болезни и характера ситуации;

подсознательное желание быть незаменимым, необходимым для наркозависимого ребенка (это желание может превращаться в желание осуществлять контроль и власть).

Когда выясняется, что подросток употребляет наркотики, за помощью к психологам и наркологам обращаются чаще всего напуганные, беспокоящиеся за своего ребенка родители (как правило, матери). Чаще всего они искренне хотят помочь своему ребенку и себе избавиться от этого кошмара. В этих случаях у специалистов появляется возможность работать с самим подростком и его родителями.

Для наркозависимых подростков и их матерей типичны значимые положительные взаимосвязи между возрастом матери и наличием конфликтов с подростком (r =0,64), а также сотрудничеством с ним (r =0,48) [1, 90].

Матери чаще указывают на доверительность отношений, общность интересов и считают, что являются авторитетом для своего ребенка, в то время, как подростки чаще подчеркивают конфликтность отношений.

В ряде исследований созависимых отношений показано, что, чем старше мать, тем меньше доверия между ней и подростком и больше конфликтов в отношениях между ними. Матери чаще склонны видеть взаимоотношения со своим ребенком в более благоприятных тонах, чем подростки. Это связано с манипулятивным характером отношений наркозависимых подростков со своими родителями.

Для созависимых семей характерны такие нарушения как гипопротекция, недостаточность запретов, недостаточность обязанностей - требований к ребенку, недостаточность санкций, применяемых к ребенку. Психологическими причинами нарушений семейного воспитания чаще является воспитательная неуверенность матери, страх утраты ребенка и проекция негативных качеств на него [2, 77].

В случае недостаточности требований - обязанностей и требований - запретов подросток характеризуется минимальным вовлечением в общие семейные занятия, что проявляется в высказываниях родителей о трудности привлечения ребенка к какому-либо делу по дому. При этом ребенку "все можно". Даже если и существуют какие-либо запреты, подросток легко их нарушает, зная, что никто с него не спросит. Он не отчитывается перед родителями, которые не хотят или не могут установить какие-либо границы его поведения.

Минимальность санкций свидетельствует о том, что родители предпочитают обходиться либо без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаясь в результативности любых наказаний.

Воспитательная неуверенность родителя (чаще матери) и страх утраты ребенка относятся к нарушениям взаимного влияния членов семьи. Они могут быть обусловлены нарушениями воспитания либо по типу потворствующей гиперпротекции, либо пониженным уровнем требований к подростку. В этом случае происходит своеобразное перераспределение власти в семье между родителем и подростком в пользу последнего. Родитель "идет на поводу" у подростка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что подросток сумел найти к своему родителю подход, нащупал его "слабое место" и добивается для себя положения "минимум требований - максимум прав". "Слабое место" - неуверенность, боязнь ошибки, преувеличение представлений о хрупкости ребенка, его болезненности, беззащитности. Страх заставляет одних родителей тревожно прислушиваться к любому пожеланию ребенка и спешить удовлетворить его (потворствующая гиперпротекция), либо мелочно опекать (доминирующая гиперпротекция) [5, 180].

Проекция на подростка собственных не желаемых качеств чаще обуславливает эмоциональное отвержение. Причиной такого воспитания нередко бывает то, что в подростке родитель как бы видит те черты характера, которые чувствует в самом себе.

Рядом исследователей показано, что для семей с созависимостью в большей степени характерны следующие особенности: ограниченность женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье, стремление утвердить родительский авторитет, раздражительность и подавление активности ребенка.

Также установлено, что излишняя концентрация, как и излишняя эмоциональная дистанция с ребенком связаны с доминированием матери в семье и неудовлетворенностью женщины ролью хозяйки. Излишняя эмоциональная дистанция также связана с "безучастностью" мужа, а излишняя концентрация на ребенке - с зависимостью матери и ограниченность ее интересов рамками семьи. Это отражается на связи теплоты эмоционального контакта и авторитета родителей. При этом матери приравнивают оптимальность эмоционального контакта к "послушности" ребенка, признанию авторитарности родительского мнения.

Для созависимых семей (по мнению подростков) в большей степени характерны "автономность" самого подростка и "непоследовательность" воспитательных воздействий со стороны матери. Как правило, баллы по шкале "автономность" означают параллельное, лишенное теплоты отношений существование членов семьи. Под непоследовательным отношением понимается такая оценка подростком поведения матери как чередование силы амбиций и уступчивости, деликатности и недоверчивой подозрительности.

В созависимых семьях "директивность", как правило, связана прямой зависимостью с "враждебностью" и обратной - с "позитивным отношением". Это интерпретируется следующим образом: проблемные отношения между матерью и подростком, отсутствие оптимального контакта определяют попытки матери применять директивные формы воздействия, использовать давление на подростка, что, в свою очередь, подростком воспринимается как негативное отношение к себе.

Выделяются следующие ведущие детерминанты, определяющие психологический климат внутрисемейных отношений в семье с феноменом созависимости "Отношение матери к семейной роли.

Значимое отношение включает такие признаки как: чрезмерность запретов, исключение несемейных влияний, раздражительность, зависимость матери или доминирование матери, неудовлетворенность ролью хозяйки, подавление агрессивности, семейные конфликты, ощущение матерью своего самопожертвования, чрезмерная забота, гиперпротекция [12, 186].

"Особенности отношения к подростку".

В эту позицию входят следующие признаки: недостаточность удовлетворения автономных потребностей подростка, желание ускорить развитие подростка, гипопротекция, уклонение от контакта с подростком, неразвитость родительских чувств, проекция качеств на подростка, строгость.

"Отношение матери к подростку глазами самого подростка".

Данная позиция включает такие признаки как: негативное отношение к подростку, директивность требований, недоверие и отчуждение.

"Отношение подростка к матери" включает следующие значимые признаки: общность интересов, доверительность отношений, авторитет матери. Первые два фактора относятся к взгляду матери на семейные отношения, а вторые два - к мнению подростка о родительско-детских отношениях в семье.

Исходя из изложенного, подчеркиваются следующие черты семей, для которых характерно формирование феномена созависимости.

Первую группу, наиболее многочисленную, составляют семьи:

с нарушением воспитания по типу гиперпротекции и недостаточности запретов;

с характеристиками отношения матери к семейной роли как зависимому состоянию, доминирование матери, неудовлетворенность ролью хозяйки дома, самопожертвование в роли матери;

с особенностями контакта и эмоциональной дистанции между матерью и подростком, для которых характерно подавление внесемейных влияний, активности ребенка, что свидетельствует об излишней концентрации матери на его проблемах. В таких семьях родительско-детские взаимоотношения строятся по принципу либо потворствующей, либо доминирующей гиперпротекции. Подросток в такой семье находится в центре внимания, семья стремится к максимальному удовлетворению его потребностей.

Вторую группу составляют семьи со следующими особенностями:

с нарушениями воспитания по типу гипопротекции, с недостаточным удовлетворением потребностей ребенка и действием таких психологических причин как неразвитость родительских чувств, проекция нежелаемых качеств на ребенка;

с особенностями контакта и эмоциональной дистанции между матерью и подростком как уклонение от контакта с ребенком.

В данных семьях родительско-детские взаимоотношения строятся либо по типу гипопротекция, либо по типу эмоционального отвержения. В первом случае ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. В основе второго типа лежит осознаваемое, а чаще неосознаваемое отождествление ребенка с какими-либо отрицательными моментами в жизни родителей. Ребенок ощущает себя помехой в жизни родителей, устанавливающих большую дистанцию в отношениях с ним [9, 145].

Следовательно, родительско-детские отношения в семьях наркозависимых подростков носят дисгармоничный характер. Отмечается нарушение эмоционального контакта между матерями и подростками, что в последующем определяет формирование эффекта созависимости.

Нарушенные, дисгармоничные внутрисемейные отношения являются одной из базовых причин становления аддиктивного поведения у подростков. Эти отношения могут значительно деформироваться в связи с наркотизацией подростка.

1. Для семей наркозависимых подростков в большей степени, чем для группы здоровых, характерны такие нарушения воспитания как гипопротекция, недостаточность запретов, недостаточность обязанностей и санкций, применяемых к подростку.

2. Наиболее часто встречающиеся психологические причины нарушений воспитания в семьях наркозависимых подростков - это неуверенность матери в вопросах воспитания, страх утраты ребенка и проекция на ребенка нежелаемых качеств.

3. Особенностями отношения созависимых матерей подростков-наркоманов к своей семейной роли являются ограниченность женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье и стремление к сверхавторитету родителей.

4. В созависимых семьях доминируют следующие особенности эмоционального контакта между матерями и подростками: раздражительность и авторитарное подавление матерью активности подростка.

5. Взаимоотношения в созависимых семьях характеризуются как автономное, параллельное существование матери и подростка с зависимостью, а также непоследовательность воспитательных воздействий со стороны родителей по отношению к подростку.

Динамика созависимого состояния в семье наркотизирующегося подростка [17, 128].

Первые пробы наркотиков и становление зависимости от них кардинальным образом меняют направленность профилактической работы с родителями и семьей в целом, потому что они никогда не остаются только проблемой ребенка, а всегда затрагивают всю семью.

Специалисты в динамике семейных отношений при формировании у ребенка зависимости от наркотика выделяют несколько фаз:

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

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

3. фаза - фаза оппозиционного противостояния наркотизирующегося ребенка и родителей. В этой фазе подросток - наркоман перестает скрывать свою наркотизацию, может бравировать пренебрежением требований родных или давать неоднократные обещания прекратить употребление наркотиков, но каждый раз у него возникают "объективные " причины, в силу которых наркотизация возобновляется. Такая "концепция зависимости" принимается родителями и они начинают обвинять в наркотизации ребенка его друзей и знакомых, торговцев наркотиками, недостаточность работы со стороны правоохранительных органов. В большинстве случаев родители возлагают основные надежды на меры медицинского характера, однако, в при обращении за диагностической и лечебно-оздоровительной помощью стремятся избегать учреждений государственной наркологической службы, чтобы не ставить ребенка на наркологический учет.д.анная фаза, как правило, характеризуется доминирующим положением больного ребенка в семье, что позволяет ему манипулировать родителями, отношения с которыми складываются по принципу "пусть делает, что хочет, лишь бы не кололся". Такое положение, как правило, существует не более 3 - 4 месяцев, а затем следует рецидив.

4. фаза - фаза "поляризации конфликтных отношений и нарастания безразличия к исходу". Эта фаза, как правило, развивается в связи с повторяющимися срывами после кратковременных или длительных курсов лечения. Родители в причинах повторяющихся срывов видят недостаточную компетентность наркологов, обвиняют подростка в "слабости воли", в "плохом характере" и отказываются от попыток решать проблему зависимости доступными им средствами. При этом стойкие конфликтные отношения сопровождаются тем, что и подросток-наркоман и родители продолжают существовать в своеобразных автономных условиях. Происходит капитуляция и фактический распад семьи как единого организма. Место постоянных ссор в семье начинает нарастать отчуждение, которое может сопровождаться активной неприязнью друг к другу, что по типу порочного круга повторно порождает кратковременные конфликты и вспышки раздражения. Индифферентная стадия сопровождается отвержением, почти полным разрывом контакта, поскольку поддержание адекватных отношений оказывается слишком болезненным. У матерей часто развивается "эмоциональное истощение" под воздействием возникающих семейных проблем и поэтому период госпитализации они иногда рассматривают как единственную возможность "отдыха". Свой негативный отпечаток накладывает также необходимость физического выживания в современных условиях, требующая полной отдачи физических и душевных сил [13, 109].

Перечисленные фазы нередко сменяют друг друга в возвратно-поступательном порядке, могут накладываться друг на друга. Часто различные члены семьи находятся на разных этапах: так отец может находиться в фазе гиперконтроля, запирая дочь в квартире и вставляя решетки в окна, а мать - в фазе оппозиционного противостояния. Фаза гиперконтроля может смениться индифферентной на период госпитализации подростка и вернуться к фазе оппозиционного отношения в случае "неудачного лечения". Особенности созависимости в современном обществе в значительной степени обусловлены и тем, что более 80% отцов наркозависимых подростков страдают алкоголизмом, поэтому нормальные отношения в таких семьях, являются скорее исключением, чем правилом [8, 67].

Первичное обращение за наркологической помощью чаще всего совпадает с фазой гиперконтроля. На этапе оппозиционного отношения родители оказываются занятыми поисками "хорошего доктора", от которого зависит успешное лечение. В эти периоды ярко проявляется феномен слияния, описанный Ф. Перлзом (1996), выражающийся, в частности, в таких речевых стереотипах как "мы лечились", "мы снова укололись". Родители оплачивают долги больных, ищут возможности анонимного (зачастую дорогостоящего) лечения, нередко ставя семью на грань разорения.

Следовательно, в своей динамике ребенок, включившийся в наркотизацию, и сами родители переживают ряд закономерных, взаимосвязанных изменений семейного отношений и эту динамику необходимо всегда учитывать при работе школьного специалиста с несовершеннолетним, который включился в наркотизацию, и с его родителями [15, 139].

Не менее значимым является учет состояния ребенка, который является созависимым по отношению к несовершеннолетнему или взрослому члену семьи, злоупотребляющему алкоголем или наркотиками. Ребенок, являющийся свидетелем и участником таких семейных отношений, испытывает два типа риска. Первый из них связан с тем, что он усваивает стиль взаимоотношений и поведения зависимых от психоактивных веществ родных. При этом его психическое состояние определяется внутренней напряженностью, беспокойством, нарушением самооценки с фиксацией девиантных форм поведения, конфликтностью и стремлением через алкоголь, наркотики разрешать свои внутренние проблемы. Это вариант с высоким риском углубления ранней алкоголизации и наркотизации.

Другой тип риска связан с формированием внешне неадекватного поведения, которое отражает развитие аномальных личностных свойств или стойкую невротизацию ребенка. В этих случаях, испытывая внутри чувства стыда, злости, одиночества, недостатка близости, ребенок стремится вести себя и в семье, и в школе, и во дворе нарочито конфликтно, противопоставляет себя окружающим и их требованиям, отрицает любые проявления сочувствия, опеки по отношению к себе. Логика поведения в этом случае выстраивается "от противного - чем хуже, тем лучше". Такое поведение во многих исследованиях характеризуется как "оппозиционно-вызывающее". В связи с этим могут отмечаться рискованные по своим последствиям поступки, в том числе и наркотизация по мотивам протеста. В некоторых случаях более выраженной является линия поведения, направленная на уединение и отчужденность, как от проблем семьи, так и требований школы, ближайшего окружения. При этом дети могут идеализировать своих родителей, несмотря на то, что они их отвергали, жестоко обращались, превратили свои квартиры в притоны, криминогенные места. Довольно часто можно наблюдать, что дети примирились с той обстановкой, которая царит в семье, оправдывают ее и принимают как должную. Среди сверстников такой ребенок стремится держаться тихо, ни в чем себя не проявлять, легко обнаруживает пассивность и подчиняемость. Риск наркотизации повышается, если в группе сверстников, к которой примыкает такой подросток, кто-нибудь из детей с лидирующими наклонностями начинает наркотизироваться [25, 155].

Следующий вариант поведения отличается тем, что для него характерны импульсивность, наклонность к агресссивно-разрушительным действиям. По отношению к окружающим взрослым доминирующей является обвинительная и обличительная позиция с неадекватной оценкой реально складывающихся отношений. В группе сверстников дети с наклонностью к такому поведению склонны к лидерству, использованию физической силы и насилия для утверждения своих притязаний. Риск продолжения наркотизации связан со стремлением привлечь внимание, показать свое превосходство, пренебрежение к правилам и нормам.

Таким образом, специалист, который встречается с необходимостью консультации по семейным проблемам ребенка, обусловленным тем, что один из членов семьи страдает зависимостью от психоактивных веществ, должен учитывать следующее. Такая семья становится совершенно не похожей на здоровую и даже дисгармоничную, конфликтную семью, в которой нет проблем зависимости. Семья с проблемами зависимости и созависимости требует дифференцированного психопрофилактического и антинаркотического подхода [10, 17].

## 2. Современное состояние проблемы наркозависимости

## 2.1 Исследование распространения наркотиков в подростковой среде г. Новосибирска

Массовый репрезентативный опрос в рамках известных пределов точности измерения может дать достоверные ответы (в числовом выражении) на ряд актуальных вопросов. Прежде всего, можно измерить уровни распространения наркотических веществ, число немедицинских употреблений наркотиков, и в целом - степень погружённости респондентов в наркокультуру. Возможно осуществлять контроль над указанными показателями во времени, т.е. исследовать динамику процесса, а также можно проверять различные статистические гипотезы относительно причин и механизмов этого процесса.

База исследования - школы Ленинского района г. Новосибирска. В опросе приняли участие 368 учащихся 9 - 11 классов.

Предполагалось, что исследования будут проходить в учебных заведениях в форме группового анкетирования. Этот путь даёт наилучший эффект с точки зрения установления доверительных отношений с респондентами, так как анкеты могут обезличиваться на глазах молодых людей, например, они складываются стопкой на столе (анкетер не касается анкет, пока не завершиться вся процедура опроса). Как выяснилось, некоторые респонденты уклоняются от разговора с интервьюером, но согласны заполнить анкету самостоятельно. Полезно также использовать в анкете исключительно вопросы закрытого типа - это дополнительная гарантия для респондентов, суть которой может быть объяснена молодым людям до начала опроса. Конечно, закрытые вопросы несколько ограничивают возможности опроса и требуют более тщательной подготовки инструментария, но чистота и правдивость первичной информации - более важное обстоятельство. Базовый вариант анкеты, отображающий эти идеи, приведён в Приложении 2.

Инструментарий позволяет измерять показатели трёх типов:

факты поведения (прежде всего, факты аддиктивного поведения);

факты сознания (знания, оценки, мнения, суждения респондентов по интересующей нас проблеме);

факты социального окружения (социальные связи, контакты с людьми, которые являются носителями и передатчиками наркокультуры).

Сценарий предполагает, что респондент вначале отвечает на вопросы экспертного типа, вопросы, относящиеся к окружению, а затем постепенно переходит к основным (с нашей точки зрения) вопросам, требующим от молодого человека прямых ответов. Главное понятие, которое используется в процессе измерения - "наркотики".

Более подробное изучение структуры аддиктивного поведения показывает следующие результаты (Приложение 3)

Достаточно быстро, очевидно, меняется структура потребления с точки зрения частоты проб и появления группы лиц, систематически злоупотребляющими аддиктивными веществами, нелегальными наркотиками. Это - общая эпидемиологическая закономерность. Именно она должна стать главным предметом мониторинга (Приложение 4).

Параллельно с динамикой основных показателей мониторинг, как этого и следовало ожидать, фиксирует рост ряда косвенных показателей "заражения" среды наркотиками. Так, положительно ответили на вопрос "Видели ли Вы человека, находящегося в состоянии наркотического опьянения?" ответили 78,9% от числа опрошенных. Доля респондентов, имеющих знакомых, которые употребляют наркотики составила: 68,7%. Частью молодёжной субкультуры становится то, что можно назвать "наркокультура". В частности, мониторинг фиксирует расширение знаний и навыков молодёжи применительно к аддиктивному поведению. Мы можем провести корректное сравнение некоторых позиций по признаку "никогда не слышал о таком наркотике" (Приложение 5).

Общая тенденция заключается в том, что социальный механизм распространения наркотиков включает когнитивный аспект: в конце 90-х годов расширилась часть молодёжи, владеющая теми или иными знаниями и навыками в отношении наркотиков. И здесь "прогрессирует" конопляная группа. У нас препараты каннабиса молодёжь знает, прежде всего, под названиями "план" и "драп". В отношении этих названий треть всех опрошенных указывают на то, что они "знают действие наркотика, способ приготовления и употребления". Многие молодые люди слышали название популярных на Западе наркотиков, но индекс их когнитивности намного уступает местным наркотикам и названиям, ибо они хотя и слышали название, но не "видели своими глазами" и не владеют другой информацией. Индекс когнитивности можно рассматривать как дополнение индекса частоты употребления наркотических веществ. По нему, кстати, можно судить о тенденциях, изменениях в структуре незаконного оборота наркотиков. Например, "популярность" изъятых из аптечной продажи медицинских опиатов не растёт, а даже падает (морфин, кодеин), напротив, в последние годы "набрали силу" транквилизаторы, и это также отражает индекс когнитивности.

В таблице 4 содержаться данные о знакомых, не входящих в непосредственное окружение ("дальний круг"), в таблице 5 - данные о "близком круге", т.е. родственниках, близких друзьях, членах семьи (Приложение 6).

Приведём ещё одно распределение - ответы на вопрос "Встречались ли Вы с продавцами наркотиков?". Они представлены в таблице 6. Кстати, в роли продавцов наркотиков сегодня в большинстве случаев, как показал опрос, выступают "местные жители" и "свои", на третьем месте - цыгане, и незначительная частота встреч приходится на выходцев из Кавказа, Средней Азии. Наркобизнес становится одним из наиболее популярных и доходных промыслов теневой экономики, в который широко вовлекается неработающая молодёжь (Приложение 7).

В таблице 7 приведено распределение ответов на вопрос "Почему молодые люди начинают употреблять наркотики?". Как видно из распределения доминирующим является фактор влияния других людей, компаний (Приложение 8).

Распространение наркотиков в наркологической и медицинской литературе определяется как эпидемический процесс. Очевидно, можно говорить о "заражении" среды наркотиками, не забывая при этом, что механизм распространения носит социокультурный характер. Психологическая и физиологическая зависимости, формирующие биологические механизмы поддержания эпидемии, выступают скорее как вторичные факторы. Во всяком случае, не они определяют первоначальную эпидемиологическую динамику. Первую (и самую мощную волну) эпидемии определяют такие факторы как молодёжная мода, социальные связи и окружение, групповая динамика, в т. ч. давление группы, суггестия, желание поддержать свой статус и престиж положения. Конечно, проявляются и специфические черты личности молодого человека - тяга к эксперименту над самим собой, желание изменить своё сознание и "вкусить запретный плод", но чисто коммуникативные факторы, на наш взгляд, остаются ведущими. Мы отдаём себе отчёт и в том, что эти факторы объясняют скорее механизм, а не глубинные причины эпидемии, которая странным образом совпадает с трансформационными изменениями, как на Востоке, так и на Западе. Момент перехода общества к индустриальному или постиндустриальному обществам оказывается наиболее "удобным" историческим периодом для наркотической волны.

Эпидемия наркомании - это не только рост количественных показателей, но и изменения в ценностных ориентациях, стереотипах сознания. Мы зафиксировали этот феномен на примере тех показателей, которые можно отнести к оценочным индикаторам. Они измеряют факты сознания. Здесь нас ожидали наибольшие открытия. Прежде всего, оказалось, что уровень тревожности по поводу распространения наркотиков скорее связан не с уровнем их распространённости, а со временем начала эпидемии. По мере того как первые фазы эпидемии уходят в историю алармистские настроения падают, а в начале - они выражены более рельефно. Этот вывод можно сделать путём анализа распределений ответов на два аналогичных вопроса: "Считаете ли Вы, что наркотики - это серьёзная проблема для молодёжи?" и такой же вопрос относительно злоупотребления спиртными напитками. В первом и втором случаях использовалась одинаковая симметричная семибальная шкала, позициям которой при вторичной обработке данных были присвоены следующие числовые дополнения: -3 (Абсолютно не серьёзная проблема); -2; -1; 0; +1; +2, +3 (Очень серьёзная проблема). Результаты представлены в таблице 8 (Приложение 9).

Данные можно объяснить следующим образом. Спиртные напитки, их употребление и злоупотребление являются стабильной частью культуры. Употребление спиртного за неделю в среднем на одного респондента по четырём видам алкогольных напитков приведено в таблице 9 (Приложение 10).

Следующее весьма существенное наблюдение заключается в отношении молодых людей к наркоманам (Приложение 11).

Итак, можно подвести некоторые итоги. Этап, который особенно ярко проявляет себя в наши дни, характерен бурной динамикой, стремительным ростом эпидемических показателей. В обществе резко нарастает состояние тревоги, этому способствуют средства массовой информации, которые из конъюнктурных соображений усиливают ощущение страха и неуверенности.

Этноцентризм, деление мира на "Мы" и "Они", подозрительное отношение к чужакам, тем более к тем, кто уже априори определен, как опасный для общества человек - кроется в самой нашей природе. В сознании большинства людей интуитивно формируется норма: никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять наркотики. В исследовании респондентам задавался вопрос "Какое поведение по отношению к наркотикам Вы считаете нормальным?". Ответы фиксировались по пятибалльной ранговой шкале, где 5 - наиболее "жёсткое" отношение к наркотикам.55,3% респондентов отметили, что нормой поведения должен быть категорический отказ от наркотиков, а общий индекс приближается к 5 (4,5). Отношение к алкоголю более либеральное - индекс составляет 3,3. Можно предположить, что резко негативное отношение к наркотикам, наркоманам, чувство страха выполняют защитную функцию, роль барьера на пути распространения наркотиков. Тем не менее, это не изменяет ситуацию радикально, эпидемия набирает силу.

## 2.2 Политика в области профилактики аддиктивного поведения

Политика, как её определяет европейская конференция ВОЗ по политике здоровья, это согласие, консенсус среди партнёров о том, какие проблемы необходимо решить, и о том, каким способом или с помощью каких стратегий это надо делать. Контроль над аддиктивным поведением сегодня выходит за рамки чисто медицинской проблематики. Вот почему политика в этой области превращается в самостоятельное направление деятельности государственных структур и органов местного самоуправления, в её реализации всё более заметную роль играют общественные организации. Профилактика, по определению ВОЗ, это действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, на прерывание или замедление прогрессирования заболевания, а также на уменьшение нетрудоспособности. В более широком контексте - это разносторонняя деятельность, препятствующая распространению нелегальных наркотиков в обществе.

Говоря о политике в отношении наркотических средств, необходимо отметить, что она реализуется на трёх уровнях: международном, государственном и региональном. Она может также реализоваться на уровне общественности, которая объединяет свои усилия не только в масштабе страны, но и в рамках транснациональных движений, таких как Анонимные Алкоголики и Анонимные Наркоманы.

Политику в отношении наркотиков можно также условно разделить на три типа: либеральную, репрессивную и рестриктивную.

Либеральная политика - политика разрешения торговли и потребления наркотиков, проводится в Голландии и Дании, например.

Репрессивная политика характеризуется преследованием индивидуумов за потребление наркотиков. Такая политика проводится в Пакистане, Сингапуре и некоторых других странах. Там за употребление наркотиков сажают, а за торговлю ими - казнят. Кстати, в этих странах уровень потребления наркотиков чрезвычайно низкий, так что говорить о неудаче репрессивной политики нельзя. Просто в европейской культуре, более гуманной, её не проводят.

Рестриктивная ("сдерживающая") политика - такая, когда государство за употребление наркотиков не применяет уголовное наказание, а старается оказать помощь больным наркоманией. В то же время оборот наркотиков запрещает или строго контролирует. Крайне важным элементом рестриктивной политики является интенсивная профилактическая работа по разъяснению вреда наркотиков. Ярче всего эта модель представлена в США и Швеции, странах, где в течение 80-х и начала 90-х годов имело место устойчивое снижение потребления наркотиков. Правда, сейчас наблюдается незначительный рост потребления, но его связывают как раз с ослаблением контрпропаганды наркотиков и некоторым "успокоением" общества.

В каждом случае политика предупреждения наркотизма должна быть разработана с учётом реальных конкретных местных условий. Очевидно, что конечной целью разработки и осуществления подобной политики является социальная технология профилактики аддиктивного поведения приводящая к улучшению наркологической ситуации.

Социальная технология - это определение научно обоснованных способов реализации образа будущего общественного состояния [18, 182]. Исходным этапом является социальное проектирование - это формирование образа будущего объекта и вычисление принципиальной возможности его достижения. Социальная технология определяет способы его достижения, а социально - инженерная деятельность трансформирует социально - научное знание непосредственно в практическую, преобразующую деятельность. Объектом такой деятельности являются те состояния общественных явлений и процессов, которые планируется достичь. Поскольку желаемым состоянием полное воздержание общества от употребления аддиктивных веществ быть не может, целью социальной технологии профилактики аддиктивного поведения является снижение потребления и связанных с ним проблем. Здесь принято различать два типа целей:

1. Снижение предложения - supply reduction. Направленные на предотвращение распространения наркоманий и легкодоступности наркотиков. Как указывает A. Goldstein [1, 253], снижение предложения происходит, в основном, через уменьшение возможности приобрести наркотик потенциальным потребителем. В идеале эта стратегия стремится к полному исключению наркотиков из незаконного оборота. И, несмотря на практическую недостижимость этой цели, снижение предложения происходит за счёт увеличения цены наркотика на улице посредством классических рыночных сил. Здесь необходимо иметь в виду тот факт, что наркоман скорее будет урезать потребление продуктов питания, чтобы приобретать наркотик по более высокой цене, чем уменьшит его потребление. Следует отметить, что спрос на наркотики является чисто эластическим и соответствует изменениям цены. Отсюда - успешное снижение предложения может, в принципе, снизить спрос. Здесь используются барьерные методы.

2. Снижение спроса - demand reduction. Направленные на снижение вреда и неблагоприятных последствий употребления наркотиков для наркозависимых и общества. Объектом здесь являются как потребители наркотиков, так и те, кто ещё не начал их потребление. В первом случае, проводятся мероприятия лечебно-реабилитационного характера имеющие целью устранить потребность в аддиктивном веществе у его потребителя. Во втором случае, усилия направлены на формирование адекватной установки на избежание первичного приёма наркотиков. Здесь используются, в основном образовательные методы.

Существовать подобная деятельность должна в двух формах - в форме программы, которая содержит процедуры и операции (способы и средства деятельности) и в форме собственно деятельности, построенной соответственно конкретной программе.

Для построения программы социальной технологии необходимо использовать социальные показатели - это такие качественно-количественные характеристики объекта, которые отражают меру приближения объекта к необходимому нормальному состоянию [7, 130]. Иными словами, для осуществления профилактики необходима методически правильно проведённая оценка существующей практики и потребностей или нужд в конкретном регионе, причём следует использовать как имеющиеся сведения, так и проводить свои специальные исследования.

Профилактические программы нельзя ни начинать, ни проводить, ни оценивать без мониторинга показателей эпидемиологической ситуации, а также показателей, более быстро возникающих в процессе реализации такой программы.

Так как население является не только объектом профилактической работы, но и субъектом, участвующим в ней, его необходимо активно вовлекать в этот процесс. С этой целью должен проводиться научно обоснованный маркетинг профилактической программы (определение потребностей в профилактике населения, приоритетных каналов информации для её проведения, социальных институтов, которые необходимо с этой целью задействовать). Определяться должны также "мишени" профилактики, в отношении которых должен осуществляться дифференцированный методологический подход. Это, прежде всего:

"Потенциальные потребители" наркотиков (главным образом школьники младших и средних классов). Требующие, в силу своего возраста, мер исключительно первичной профилактики.

"Эпизодические и случайные потребители" наркотиков. Так как эту группу, требующую вторичной профилактики, практически невозможно изолировать от тех, кто воздерживается от употребления наркотиков, в отношении них следует проводить меры смешанного характера.

Группы населения, которые выполняют по отношению к потенциальным потребителям функции обучения и контроля, т.е. в первую очередь родителей, учителей, врачей. Эти группы нуждаются в восполнении информационных пустот, либо в замене сформированных ранее стереотипов на достоверную информацию об аддиктивных веществах. Также эта группа требует обучения хотя бы элементарным навыкам профилактики.

"Регулярные потребители" с полностью сформировавшейся наркоманией и близкие им люди (родители, друзья и т.д.). Эта группа требует, кроме лечебного вмешательства, мер реабилитации, ресоциализации и адаптации.

Всё вышеизложенное говорит о необходимости создания в регионе межсекторальных коалиций партнёров, между которыми должен быть достигнут консенсус, не только на уровне идейного объединения, но и на уровне объединения ресурсов, которые могут быть направлены на профилактику.

Поскольку деятельность различных систем, вовлечённых в профилактику, может осуществляться как на индивидуальном, так и на популяционном уровне, многое зависит от законодательства и административных постановлений. Однако законодательное, правовое регулирование возможно не только на национальном уровне, но и в регионах.

## 2.3Основные направления деятельности и специфика работы социального педагога по предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних

Социальный педагог - это профессионально подготовленный специалист в области отношений в социуме. Его работа направлена на все категории населения людей разного возраста, различных профессий, социальных групп, на работу с человеком в личностно-средовом контексте, в его социуме.

В последние годы в Российской Федерации, практически во всех регионах, ситуация, связанная со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом, имеет тенденцию к утяжелению. Быстро растет число потребителей психоактивных веществ (ПАВ), включая наркотические и токсикоманические средства, что, в свою очередь, определяет рост численности лиц с сформированной зависимостью от наркотиков - больных наркоманией и токсикоманий. Наркозависимые группы населения стремительно "молодеют". Уровень этой наркотизации все более захватывает среду девочек-подростков.

Данные по злоупотреблению ПАВ среди несовершеннолетних за последние 5 лет и данные по темпу формирования наркоманий среди детей и подростков. Следует отметить, что на первый план в настоящее время выходит упот-ребление синтетических препаратов с высокой наркогенной активностью (героин, амфетамины). В этой ситуации подростки быстрее, чем взрослые попадают в болезненную зависимость. Это определяет резкое укорочение периода возможных эффективных предупреждающих мер после начала употребления наркотических средств и "запушенность" наркологических проблем при первичном обращении детей и подростков за помощью. Эти факторы определяют обьективную необходимость существенной перестройки и активизации системы первичной комплексной профилактики употребления психоактивных веществ.

Ситуация отягощается тем, что молодежь более старшего, не подросткового поколения, выступает по преимуществу транслятором наркотической субкультуры и облегченного отношения к наркотикам. Это дает основание сформулировать положение о существовании "возрастной волны" (преимущественно со стороны юношей) в трансляции "нового" отношения к наркотикам. Таким образом, мы имеем в настоящее время своеобразный вызов со стороны особой молодежной наркотической субкультуры, которая базируется в дискотеках, досуговых учреждениях, учебных заведениях. Эта субкультура пропагандирует следующие ценности:

наркотики бывают "серьезные" и несерьезные";

наркотики делают человека "свободным";

наркотики помогают решать жизненные проблемы;

наркотики могут и должны быть легализованы.

Определенный вклад в формирование этих ценностей, определяющих, так называемое аддиктивное, т.е. разрушающее поведение, внесли средства молодежной массовой информации. Результатом такого информационного воздействия являются следующие моменты реальной наркогенной ситуации:

из числа детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, около 41,2% детей впервые встретились с наркотическим средством в возрастном периоде от 11 до 14 лет (в том числе дома, на дискотеках и клубах - 32%; в компаниях - 52,3%; в учебных заведениях - 5,8%.; в одиночестве - менее 4%);

основную возрастную группу риска составляют несовершеннолетние - дети и подростки, преимущественно лица мужского пола, в периоде от 11 до 17 лет; при этом в группе наркоманов доминирует возраст первой встречи с наркотиками с 11 до 14 лет, а в группе, злоупотребляющих психоактивными веществами, - в периоде от 15 - 17 лет;

большинство впервые попробовавших наркотик учились в 9 - 11 классах или на соответствующих им курсах обучения в системе профтехобразования, среднего технического образования; ведущим способом употребления наркотических средств являлось курение, которое могло сочетаться с использованием нескольких способов, по-видимому из любопытства.

Основными поставщиками наркотических средств являлись друзья и знакомые (75%), особенно в зонах дискотек и баров, в отличии от зон, связанных с вокзалами, торговыми рядами то, что более 80% несовершенно-летних, употребляющих эпизодически или постоянно наркотические вещества, убеждены в своих возможностях прекратить наркотизацию при личном желании, хотя свыше 70% уже пробовали отказаться, но продолжают злоупотреблять наркотическими средствами.

Проводимые в настоящее время в регионах профилактические антинаркотические мероприятия не составляют единой системы в рамках целевых региональных программ профилактики наркоманий. В некоторых регионах неоправданно затянулось принятие администрацией региональных целевых программ "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1998-2000 годы"; не формируются целевые фонды борьбы с распространением наркомании, что не позволяет компенсировать недостаток бюджетных ассигнований. В региональных программах недостаточное внимание уделяется антинаркотической просветительной работе. Она проводится малоэффективными методами, основанными на информационном подходе (чтение лекций). Недостаточно активно в антинаркотическую работу с детьми и подростками вовлекаются семьи, общественные организации по месту жительства. Слабо оказывается поддержка таким зарекомендовавшим себя во всем мире формам как объединения родителей в группы само и взаимопомощи.

В этих условиях наиболее актуальной становится задача создания реально действующей на федеральном и региональном уровнях системы активной первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами, основанной на межведомственном и междисциплинарном взаимодействии психологов, педагогов, психиатров-наркологов, работников социальных служб и правоохранительных органов. Исходными, базовыми принципами системы первичной профилактики должны стать следующие положения:

зависимость от наркотических, психоактивных веществ легче предупредить, чем лечить;

в условиях угрожающей наркологической ситуации целенаправленное внимание следует уделять обучению несовершеннолетних жизненным навыкам противостояния агрессивной среде, которая провоцирует потребление наркотиков;

целевое воздействие должно быть комплексным и осуществляться на личностном, семейном и социальном (школа, общество) уровнях.

Динамика злоупотребления психоактивными веществами в детско-подростковой популяции неразрывно связана с общей динамикой медико-статистических показателей наркологической заболеваемости. Средний показатель заболеваемости наркоманиями по России в 2004 году составил 20,7 на 100 тыс. населения. Число впервые выявленных больных наркоманией только за один 1996 год увеличилось на 34% по сравнению с 1995 годом, а токсикоманией - на 42%; число лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами (профилактический учет) - на 25%, ненаркотическими средствами - на 23%. В Москве данный показатель в течение одного года (1996-1997) увеличился в 2 раза и составил 23,9 на 100 тыс. населения. Еще более выражена эта тенденция в Самарской области (1996 г. - 47,9 на 100 тыс. населения или в 2 раза выше, чем в среднем по России). В 2003 г. число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании в Самарской области увеличилось до 69,1 на 100 тыс. населения. В других областях, например в Челябинской области, также наблюдается рост заболеваемости наркоманиями (1996 г. - 22,5 на 100 тыс. населения; 1997 г. - 29,5).

Общее количество лиц, которым оказывалась медицинская помощь по поводу злоупотребления наркотическими веществами, в 1996 году в России превысило 171 тыс., что составляет 116 человек на 1ОО тыс. населения, в том числе в 1997 г. этот показатель увеличился в Москве до 159,3, в Челябинской области - до 164,2, в Самарской области - до 324,3 на 100 тыс. населения.

По экспертным оценкам число лиц, имеющих проблемы с наркотиками и обращающихся за медицинской помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманией как 1: 10. Следовательно, в связи с определенной латентностью (скрытностью) случаев наркотизации можно утверждать, что эти цифры - небольшая часть реального числа потребителей наркотических средств.

В общей негативной динамике медико-статистических показателей следует выделить следующие тенденции.

1. В целом по России интенсивный показатель распространенности наркоманий в городах в 3,6 раза выше, чем на селе. Так в Челябинской области распространенность наркоманий среди городского населения в 36 раз превышает распространенность среди сельских жителей, а в Самарской области - в 8,9 раза.

2. В последние годы увеличилось число женщин с впервые в жизни установленным диагнозом "наркомания" (на 62% по сравнению с 1995 г) и "токсикомания" (на 42%). В 1997 г. в Москве женщины составляли 17,9% от общего числа впервые выявленных больных наркоманиями; в Челябинской области - 11%; в Самарской области - 19%.

3. Все специалисты и эксперты отмечают рост наркоманий и токсикоманий в детско-подростковой популяции со сдвигом показателей злоупотребления ПАВ в младшие возрастные группы. Происходит неуклонное "омоложение" современной российской наркомании, которой в детско-подростковом возрасте предшествует ранняя алкоголизация. Средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков за последние 2 года снизился до 12,5 лет, а среди девочек до 12,9 лет; возраст приобщения к психоактивным веществам снизился соответственно до 14,2 лет среди мальчиков и 14,6 лет среди девочек.

Для оценки распространенности алкогольных проблем подростков большее значение имеют показатели учета злоупотребляющих алкоголем. В 1997 г. его уровень составил 830 на 100 тыс. подросткового населения. Поскольку подростки в 18 лет снимаются с учета у подросткового врача-нарколога, накопления больных алкоголизмом подростков на учете не происходит и показатели числа состоящих на учете подростков не отличаются существенно от уровня первичной выявляемости больных алкоголизмом подростков. В последние годы отмечается тенденция к росту данного показателя: в 1995 г. его уровень составил 16,6 на 1ОО тыс. подростков, в 1996 г. соответственно 17,2, в 1997 г. - 17,8. По отдельным тер-риториям отмечается широкий размах показателей. Наибольшее число больных алкоголизмом подростков состояло на учете в 1997 г. в Республике Алтай (146,9), в Челябинской области (68,8), в Новгородской области (59,7).

Среди подростков, начиная с 1991 г., число впервые взятых на учет с диагнозом наркомания увеличилось в 12,6 раза. В 2005 г. число больных наркоманией с впервые в жизни установленным диагнозом увеличилось на 46,6% по сравнению с 1995 годом; токсикоманией - на 48,5%, а лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами - на 27%. Среди детей (до 14 лет) число впервые выявленных с диагнозом наркомания увеличилось на 60%, токсикомания - на 73%. В целом этот показатель в 1997 г. составил 67,5 на 100 тыс. подросткового населения. В Москве данный показатель на конец 1977 г. составил 65,2 на 100 тыс. подростков, в Челябинской области - 128,5; в Самарской области - 157,4, или рост за три года соответственно в 4, 10 и 6 раза.

Быстрыми темпами (за последние 7 лет более, чем в 5 раз) увеличивается число подростков, злоупотребляющих наркотическими средствами. В 1997 г. данный показатель составил 166,9 на 100 тыс. подростков, причем в 23 территориях показатель выше среднего по России. Самый высокий уровень выявлен в Кемеровской области (945,4) и Алтайском крае (397,3 на 100 тыс. подросткового населения).

Число подростков, состоявших под профилактическим наблюдением в связи с употреблением наркотиков, значительно больше, чем в группе динамического наблюдения, и составляло в России на конец 1997 г. почти 14 тыс. подростков, или 213,5 на 100 тысяч подросткового населения. В Москве этот показатель составлял 242,3 на 100 тыс. подростков, в Челябинской области - 329,8; в Самарской области - 282,0.

Среди всех злоупотребляющих наркотиками, состоящих на учете на конец учетного года, постоянно увеличивается доля подростков. В 1997 г. она составила - 19,5%.

С диагнозом токсикомания в России в 1996 году на учете состояло более 2 тыс. подростков (33,9 на 100 тыс. подросткового населения), что в 2 раза больше, чем в 1994 г. В Москве этот показатель по сравнению с 1994 годом увеличился в 3,3 раза, в Челябинской области - в 3,8 раза, в Самарской области - в 3,3 раза. Среди подростков в целом по стране в 1996 г. число больных токсикоманией увеличилось в сравнении с 1995 годом на 48,5%.

Число подростков, состоявших под профилактическим наблюдением в связи со злоупотреблением наркотиками, значительно больше, чем в группе динамического диспансерного наблюдения, и составило в России почти 11 тыс. подростков, или 165,6 на 100 подросткового населения. В Москве этот показатель на конец 1977 г. равен 242,3 на 100 тыс. подростков, в Челябинской области - 329,8; в Самарской области - 282,0.

Среди всех первичных пациентов, получивших в 1996 г. наркологическую помощь по поводу злоупотребления различными одурманивающими средствами, дети и подростки составили около 70%.

Согласно данным социологического мониторинга по Москве (НИИ наркологии МЗ РФ) доля знакомых с токсикоманическими средствами и наркотиками среди школьников 7-11 классов составила 14% от общего числа опрошенных (1200 чел). Удельный вес пробовавших наркотики увеличивается с возрастом - с 3% в 7-х классах до 24% в 11 классах. Наиболее часто приобщение к психоактивным веществам у подростков происходит в возрасте 14-15 лет (60%). Первые пробы в основном происходят в компании сверстников (одноклассников) (57%); каждый четвертый пробует наркотики при участии более старших по возрасту. В большинстве случаев пробы начинаются с препаратов конопли (гашиш) - 77%, на втором месте - синтетические препараты из группы опиатов - 27%.

Рост распространенности потребления подтверждается увеличением численности группы профилактического учета. За 1996 год в России в целом по-ставлено на профилактический учет в связи со злоупотреблением ненаркотиче-ских веществ 6 470 подростков или 98, О на 100 тыс. подросткового населения. На конец 1996 года в России состояло под наблюдением в группе профилактического учета в связи со злоупотреблением ненаркотическими веществами 1О637 подростков или 161,1 на 100 тыс. подросткового населения; в том числе в Москве (1996 г. - 395,8; 1997 - 477,9); в Челябинской области (1996 - 264,8; 1997 - 325,0); Самарской области (1996 - 120,0: 1997 - 135,6).

В большинстве регионов среди лиц, злоупотребляющих наркотиками, наибольшее распространение имеют традиционные для страны наркотики растительного происхождения - мак, конопля и их производные.9О% подростков, больных наркоманией, употребляют опиаты, затем идет гашиш (производное конопли) - 3%, более 4% подростков имеют диагноз полинаркомания. В последнее время рынок насыщается препаратами, вызывающими быструю психическую и физическую зависимость - героин, амфетамины, кокаин. В приграничных областях отмечается массированное поступление опия иранского, афганского и среднеазиатского происхождения, который вытесняет из незаконного оборота мак. Наблю-дается также распространение наркотиков амфетаминовой группы (стимуляторов) типа "экстази", в основном доставляющихся из Москвы, Санкт-Петербурга. Эти наркотические средства также начали заменять традиционые наркотики растительного происхождения. Из сильнодействующих веществ наибольшее распространение получил контрабандно ввозимый через территорию Украины из Болгарии и Турции эфедрин, являющийся сырьем для производства сильнодействующего наркотика - эфедрона.

Наркоситуацию серьезно осложняет деятельность этнических (преимущественно цыганских и азербайджанских) преступных группировок, занимающихся контрабандой и сбытом наркотиков. Этому способствуют активные миграционые процессы последних лет, отмена паспортных ограничений. Среди причин, влияющих на распространение наркотических и токсикоманических веществ в подростковой среде, далеко не последнее место занимает их доступность. Почти треть опрошенных подростков в возрасте 11-14 лет указывает, что среди их друзей есть употребляющие наркотики; до 60% несовершеннолетних, употребляющих наркотики, отмечают относительную несложность их приобретения.

Необходимо обобщить основные положения, которые следуют из показателей медицинской статистики и должны определять направленность первичной профилактической работы в семье, в образовательной среде и в сфере досуга не-совершеннолетних.

1 - е положение. Приобщение детей, подростков и молодежи к наркотизации в настоящее время идет более высокими темпами, чем среди взрослого населения, и характеризуется большей тяжестью медико-социальных последствий. Это отправная точка, исходя из которой необходимо: во первых, определить стратегию и оптимальные пути формирования активной, наступательной первичной профилактики употребления наркотических средств детьми и подростками; во вторых, осуществить реальные шаги к реальному и действенному обьединению профессионалов - педагогов, психологов, медиков, работников социальных, правоохранительных органов, а также членов общественных движений и организаций, родителей в активном противодействии распространению наркотиков среди детей и подростков.

2 - е положение. Рост наркоманий и токсикоманий все шире и глубже затрагивает младшие возрастные группы, включая младших школьников. Сегодняшние дети и подростки по сравнению со взрослыми значительно больше знают о наркотиках, способах их применения, "точках", где их можно приобрести. Согласно данным медико-социальных опросов учащиеся в возрастной группе 11-14 лет широко осведомлены о психоактивных веществах, формирующих зависимость. Почти треть опрошенных (27%) детей и подростков указывают, что среди их друзей есть употребляющие наркотики и им известны места, лица, через кого их можно достать. Сложность ситуации заключается и в том, что в недалеком про-шлом токсико-наркотические средства преимущественно распространялись среди детей из неблагополучных семей, детей, склонных к бродяжничеству. Эта группа выделялась как группа "социального риска" и с детьми этой группы проводилась целенаправленная социально-профилактическая работа. Однако, сегодня установленным является факт, что зараженность наркотиками среди учащихся элитных общеобразовательных учреждений, лицеев, колледжей в 2 - 2,5 раза выше, чем в обычных общеобразовательных школах и в старших классах она достигает 27% (в обычной общеобразовательной школе - 12 - 15%, в сельской школе - 2 - 3%), т.е. элитные учебные заведения выделяются как значимые рынки сбыта наркотиков в детско-подростковой среде. При этом администрация этих общеобразовательных учреждений для сохранения "лица" школы часто встает на позицию сокрытия употребления психоактивных веществ среди учащихся, чем только усугубляет эту ситуацию.

Опасно то, что вовлечение в наркотизацию детей этой группы осуществляется очень "агрессивно". Для втягивания детей в наркотизацию значительно чаще, чем на общем рынке наркотиков, используются сверстники, которые проносят наркотики в школу, и этот процесс невозможно пресечь репрессивными мерами, например, поставив милиционера в дверях школы. Среди детей и подростков этой группы также значительно быстрее и "заразительнее" распространяется молодежная наркотическая субкультура, когда употребление стимуляторов, препаратов с высокой наркогенной активностью, например, героина, психостимуляторов (амфитаминов) оправдывается определенными жизненными ценностями, принимает "знаковый" характер приобщения к иному, полному необычных впечатлений образу жизни.

В такой ситуации дети и подростки быстрее, чем взрослые попадают в патологическую зависимость, что определяет существенное укорочение периода эффективных предупреждающих мер после начала первых проб и систематического приема наркотических средств, а также "запушенность" наркологических проблем при первичном обращении таких детей и подростков за медико-реабилитационной помощью.

3 - е положение. Одним из ведущих факторов, влияющих на снижение возраста потребителей одурманивающих веществ, является социальная дезадаптация детей:

65% подростков, больных наркоманией и токсикоманией, не учится и не работает;

33% являются учащимися школ, ТПУ, техникумов.

Одним из результатов злоупотребления наркотиками следует считать не только школьную дезадаптацию, но и широкое распространение рискованных форм сексуально-девиантного поведения с ранним началом половой жизни, которое наносит непоправимый вред не только психическому, но и репродуктивному здоровью будущих матерей и отцов. Около 4О% госпитализаций в психиатрические клиники с психическими нарушениями в настоящее время составляют дети и подростки с асоциальными формами поведения в сочетании с токсикоманией и ранней наркотизацией.

С распространением злоупотребления психоактивными веществами в детско-подростковой среде наблюдается абсолютный рост числа детей и подростков, вовлекаемых в криминальную деятельность. Специалисты указывают на устойчивая взаимосвязь между ростом случаев наркоманий среди несовершеннолетних и ростом правонарушений, совершаемых детьми и подростками в связи с злоупотреблением наркотиками.

4 - е положение. Сочетание наркотизации с широким распространением рискованных форм сексуально-девиантного поведения несовершеннолетних приводит к значительному ухудшению показателей развития и соматического здоровья детей и подростков. Именно взаимодействие этих факторов определяет тот медико-социальный факт, в соответствии с которым заболеваемость сифилисом в последние годы в возрастной группе 15-17 лет выросла в 31,5 раза, гонореей на 18,5% и каждый 1О-й аборт в стране производится у девочек-подростков, что наносит непоправимый вред не только психическому, но и репродуктивному здоровью будущих матерей.

Большую тревогу вызывают и данные о том, что с увеличением числа потребителей психоактивных веществ среди детей и подростков в популяции не-совершеннолетних наблюдается увеличение заболеваемости ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С. В Российской Федерации основной причиной заражения гепатитами и ВИЧ - инфекцией является внутривенное потребление нар-котиков: 70 процентов инфицированных данными заболеваниями - потребители наркотиков. При этом, как правило, гепатиты приобретают хроническое течение, протекают скрыто, поэтому такие подростки становятся источником новых случаев заражения этой инфекцией.

5 - е положение. В настоящее время складывается ситуация, когда каждая отдельная семья остается один на один с проблемой наркотизации своих детей и вынуждена действовать вслепую. При этом "неблагополучные семьи" демонстрируют образцы злоупотребления алкоголем и наркотиками; в дисфункциональных, конфликтных семьях, вследствие запущенности семейных проблем, доминирует стремление ограничиться эпизодическим вмешательством, "чтением морали", установкой переложить "бремя" ответственности за приобщение детей к наркотикам на врачей, милицию, учителей. В сравнительно благополучных семьях, как правило, преобладает тревога за складывающуюся ситуацию, которая нередко сочетается с конфронтацией с влиянием сверстников и друзей ребенка в классе и во дворе, т.е. доминирует установка на изоляцию ребенка от детско-подростковой среды, что фактически невозможно и не предупреждает риска "экспериментирования" с наркотиками или злоупотребления ими. Можно утверждать, что семья испытывают дефицит компетентности по вопросам формирования у детей анти-наркотических установок, ценностей здорового образа жизни, по взаимодействию со специалистами при необходимости консультативной, специализированной и социально-правовой помощи.

6 - е положение. При всей масштабности патологических сдвигов, происходящих в здоровье детско-подростковой популяции в связи с наркотизацией, этот процесс для многих работников школы, отвечающих за обучение и воспитание детей, остается "латентным", сопровождается определенной, во многом отстраненной позицией по отношению к самой проблеме ранней алкоголизации и наркотизации. Среди многих специалистов образовательных учреждений бытует установка, что для преодоления вовлечения детей в злоупотребление ПАВ целесообразно развитие специализированной службы для работы с детьми по наркологическим проблемам и необходимы "особые" специалисты, владеющие наркологическими знаниями, которые будут осуществлять эту деятельность. Многие работники образовательных учреждений - преимущественно директорский корпус - считают, что наиболее результативным путем является усиление "милицейского контроля" и путь, который перекладывает решение проблемы на органы исполнительной власти, так как они "должны приструнить" наркоторговцев, а задача школы сводится к тому, чтобы довести до сведения детей и подростков необходимую информацию об административной и уголовной ответственности за распространение наркотиков. При этом остаются открытыми следующие вопросы:

"Кто снял с работников школы задачу активного антинаркотического просвещения и воспитания здорового образа жизни?"

"Где взять таких "мифических" специалистов, которые придут в школу, в семью, центры досуга и начнут "оздоравливать" эти основные сферы жизнедеятельности детей?".

Одновременно среди специалистов, занятых проблемами воспитания, образования и оптимального развития несовершеннолетних: учителя, социальные педагоги, воспитатели, работники комиссий по делам несовершеннолетних, формируется убеждение в неэффективности антинаркотической работы, основанной на информационно-лекционном подходе или на эмоциональных выраженных поучениях и примерах из жизненной практики.

## Заключение

Основные трудности, с которыми сталкивается исследователь при изучении проблем, связанных с употреблением наркотиков, проявляется в недостатке знаний об изучаемом явлении, в сложности выделения, наблюдения и измерения изучаемых переменных. Это, в свою очередь, создаёт множество проблем при попытках применять только дедуктивную методологию с обязательными для неё требованиями заранее выделить важные понятия, операциональные правила и гипотезы. Уже сама специфика объекта исследования, тип анализируемой информации обусловливают ошибки в полученных результатах, причём эти ошибки обычно вскрываются только на последних этапах исследования.

Методология данного исследования построена на качественных (гибких) методах сбора и анализа информации, что даёт основание говорить о высокой валидности полученных результатов. Применяя гибкие методы, мы заинтересованы и в поиске информации, которая осталась бы скрытой, если бы мы ограничились проведением традиционного социологического опроса. Впоследствии, применяя методы массового репрезентативного формализованного интервью, мы надеемся повысить надёжность исследования и теоретическую обобщаемость результатов.

Проведенное исследование позволяет говорить о том, что распространение наркотиков на сегодняшний день имеет глобальный характер. Поэтому, как одним из методов "остановки" должен использоваться курс профилактики в средней школе.

В методический комплекс должны быть заложены следующие базовые принципы:

Комплекс включает в себя элементы как первичной, так и вторичной профилактики, так как по нашим данным практически половина учащейся молодёжи имеет в своей биографии факты аддиктивного поведения.

В структуру комплекса помещена максимально полная и объективная информация об аддиктивных веществах и различных сторонах их употребления (как положительных, так и отрицательных) с целью избежать возникновения информационных пустот. Как известно на место подобных пустот имеют тенденцию проникать различного рода стереотипы и мифы.

Следует избегать подачи заведомо ложной или стереотипной негативной информации, чтобы в целевой группе не возникло недоверие ко всему комплексу.

Следует избегать передачи собственного эмоционального отношения к проблеме (чаще всего негативного). У подростков и детей эмоциональная окраска информации может изменяться на прямо противоположную, таким образом, следует предоставить им самим формировать собственное (эмоциональное) отношение к проблеме со своей стороны предоставив по возможности максимально полную и объективную информацию.

Методический комплекс для средней школы включает в себя две возможных программы. Первая программа рассчитана на проведение занятий в рамках классного часа на протяжении всего учебного года (с частотой не реже одного раза в месяц), вторая - расширенная, на проведение занятий в рамках курса "Основы безопасности жизнедеятельности" (в виде автономного модуля).

Цели: Снижение спроса на аддиктивные вещества, минимизация риска формирования аддиктивных расстройств и уменьшение вреда от употребления аддиктивных веществ.

Целевая группа: Учащиеся старших классов, в отношении которых официально не выявлено фактов аддиктивного поведения.

В процессе изучения материала ученики должны приобрести следующие знания:

Подростки должны знать основные формы аддиктивного поведения, этапы и механизмы формирования зависимости от аддиктивных веществ.

Подростки должны знать основные признаки аддиктивного поведения.

Подростки должны знать явные и скрытые свойства аддиктивных веществ.

Подростки должны знать последствия употребления основных классов аддиктивных веществ.

Данный учебный курс не является тренингом, развивающим навыки отказа от употребления аддиктивных веществ и другие сопутствующие навыки, однако он рассчитан на усвоение необходимых для развития подобных навыков знаний:

Подростки должны уметь самостоятельно распознавать проявления зависимости.

Подростки должны усвоить основные знания, необходимые для развития навыков сопротивления групповому давлению в ситуациях употребления аддиктивных веществ.

Подростки должны усвоить основные знания, необходимые для развития навыков безопасного сосуществования с потребителями аддиктивных веществ.

Тренинги по развитию соответствующих навыков могут быть проведены школьным психологом или проведены как самостоятельный блок.

Таким образом, выдвинутая гипотеза исследования не подтвердилась. При проведении социологического опроса на вопрос: "В каком качестве Вы согласны принять людей, употребляющих наркотики?" 65,2% опрошенных ответили, что не хотели бы, чтобы наркоманы были в стране. Тем не менее распространение эпидемии употребления наркотических средств принимает глобальные масштабы и представляет угрозу национальной безопасности.

## Список литературы

1. Goldstein A. Addiction. From Biology to Drug Policy. - New York: M. D. W. H. Freeman and Company, 1994.
2. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование М., 1993. - 175 с.
3. Андреева Г.М. Социальная психология, - М.: "Наука" 1994.
4. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. - М.: Проспект, 1996.
5. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. - М.: Медицина, 2004.
6. Беличева С.А. Служба социальной защиты семьи и детства // Педагогика. - 1992. - № 7/8 - С.23-27.
7. Бочарова В.Г. Педагогика социальной работы. - М.: Аргус, 1994. - 207с.
8. Василькова Ю.В. Лекции по социальной педагогике. - М.: ТЦ Сфера, 2001. С.307.
9. Габиани А.А. Кто такие наркоманы? // Социологические исследования. - 2002. - № 2.
10. Лебедев О.Е., Золотухина В.И., Кошкина В.С. Профилактика правонарушений несовершеннолетних: возможности системы образования. - М.: "Интеллект-центр", 2003. - 236 с.
11. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. - СПб.: Медицина, 1999. - 304с.
12. Маленкова Л.И. Педагоги, родители, дети. Методическое пособие для воспитателей, классных руководителей. - М.: Проспект, 2000. - 59 с.
13. Основы социальной работы. Учебник/отв. ред.П.Д. Павленок. - М.: Инфра-М., 1999. - Гл.13.
14. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве взрослых. - СПб.: СК Орион, 2000.
15. Петряевская Л.Г. Образование родителей и школа. - М.: Просвещение-АСТ, 1999. - 302 с.
16. Подхватилин Н.В. Психокоррекционная профилактика подростковой наркозависимости. - М., 2005.
17. Позднякова М.Е. К проблеме легализации наркотиков // Наркомания как форма девиантного поведения. - М., 1997. - 64 с.
18. Помощь родителям в воспитании детей / Пер. с англ.; Под ред.В.Я. Попиловского. - М.: Высшая школа, 1992. - 342 с.
19. Потолова Л.М. Некоторые проблемы и особенности организации социально педагогической работы с детьми из неблагополучных семей // Образование и социальное развитие региона. - 1995. - N 2.
20. Проблемы наркотиков // Медицинский журнал. - 2005. - №7.
21. Проблемы национальной политики России по контролю за наркотиками и международное сотрудничество. // Материалы международного научно-практического семинара 24-26 февраля 1998 г. - Белгород, 1998.
22. Прутченков А.С. Психолого-педагогические и организационно-методические аспекты развития ученического самоуправления в общеобразовательном учреждении. - М.: АПК и ПРО МО РФ, 2003. - 23с.
23. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. - М., 1985. - 333с.
24. Россия против наркотиков. Специальный выпуск информационного сборника "Безопасность". - М., 1998. - № 11-12 (45).
25. Свеженцева Ю.А. Социокультурные аспекты приобщения к наркотикам: качественный анализ проблемы // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред.В.А. Соболева, И.П. Рущенко. - Харьков: Торсинг, 2000. - С.84-129
26. Семейное воспитание. Краткий словарь / Сост. И.В. Гребенников, Л.В. Ковинько. - М.: Гардарика, 1990. - 266 с.
27. Сергеева В.П. Классный руководитель: планирование и организация работы от А до Я. - М.: Просвещение-АСТ, 2001. - 422 с.
28. Сосин И.К. Табакокурение как клиническая разновидность ингаляционной токсикомании // Международный медицинский журнал. - 2003. - № 3. - С.99-103.
29. Фоломеева Н.М., Шурыгина И.И., Новикова Н.А., Чекинёва Т.В. Опыт применения биографического метода в исследовании проблем наркомании // Наркомания как форма девиантного поведения. - М., 1997.
30. Хямяляйнен Ю. Воспитание родителей. - М.: Мысль, 1993. - 274 с.
31. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. - СПб., 2000
32. Щуркова Н.Е. Родители // Кн. Классное руководство. - М.: Проспект, 1999. - 208 с.
33. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Семейная психотерапия. - Л.: Медицина, 1990.

## Приложение

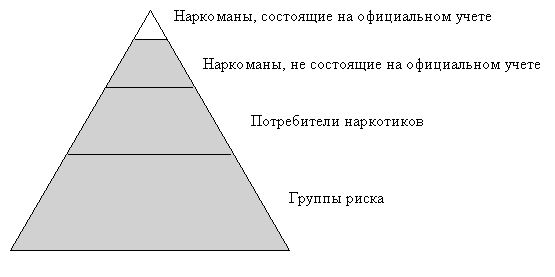


Рис.1. Информационно-социальная модель распространения нелегальных наркотиков

Анкета

Дорогой друг!

Известно, что многие молодые люди близко соприкасаются с наркотическими и токсическими веществами, но об этом у нас не принято говорить свободно, "вслух". Мы предлагаем Вам стать участником доверительного опроса. Перед Вами - анкета, которая полностью состоит из закрытых вопросов. Это означает, что для всех вопросов уже подобраны наборы ответов, и Вам предлагается выбрать те позиции, с которыми Вы согласны. Для этого достаточно внимательно прочитать вопрос и набор ответов, выбрать те позиции, которые соответствуют Вашему мнению, и обвести кружочком (подчеркнуть, поставить "птичку") соответствующий числовой код. Опрос полностью анонимный, подписывать анкету не надо. Данные будут использованы после компьютерной обработки в обобщённом виде. Если опрос проходит в группе (школа, колледж, ВУЗ), то присутствие педагогов, представителей администрации при заполнении анкет не допускается!

Благодарим за участие в опросе!

Считаете ли Вы, что наркотики - это серьёзная проблема для молодёжи?

Очень серьёзная.

Достаточно серьёзная.

Скорее серьёзная, чем нет.

Затрудняюсь ответить.

Скорее не серьёзная, чем серьёзная.

Не серьёзная.

Абсолютно не серьёзная.

А злоупотребление спиртными напитками, алкоголизм?

Очень серьёзная.

Достаточно серьёзная.

Скорее серьёзная, чем нет.

Затрудняюсь ответить.

Скорее не серьёзная, чем серьёзная.

Не серьёзная.

Абсолютно не серьёзная.

Насколько трудно (или легко) молодому человеку "достать" наркотики?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Трудно | Скорее трудно, чем легко | Затрудняюсь ответить | Скорее легко, чем трудно | Легко |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |

Почему, на Ваш взгляд, молодые люди начинают употреблять наркотики (токсические вещества)? (Отметьте не более 5-ти позиций)

Под влиянием других людей, компаний.

Из-за употребления спиртных напитков.

От безделья, отсутствия занятий.

От незнания всех последствий употребления наркотиков.

Из-за стремления к удовольствию.

Желание выглядеть взрослым.

Чтобы забыть плохое.

Отсутствует контроль взрослых.

Ради интереса к "запретному плоду".

От неумения контролировать себя.

По принуждению.

Чтобы стать "своим".

Затрудняюсь ответить.

Видели ли Вы человека, находящегося в состоянии наркотического опьянения?

Да.

Нет.

Затрудняюсь ответить.

Знакомы ли Вы с людьми, которые употребляют наркотики, но не являются для Вас близкими, не входят в Вашу компанию?

Да.

Нет.

Затрудняюсь ответить.

Есть ли среди близких Вам людей (друзья, члены семьи, родственники) те, кто употребляет наркотики?

Да.

Нет.

Затрудняюсь ответить.

Попадали ли Вы в ситуацию, когда в Вашем присутствии употреблялись наркотики?

Да.

Нет.

Затрудняюсь ответить.

Если "Да", то как часто это случалось?

Один раз.

Несколько раз.

Много раз.

Если Вы сталкивались с употреблением другими людьми наркотиков, то что это было?

Вдыхание химических препаратов.

Употребление таблеток.

Курение "травки".

Укол в вену, инъекции.

Нюханье порошка.

Вам предлагали "присоединиться"?

Да.

Нет.

Затрудняюсь ответить.

Доводилось ли Вам пробовать "вкус" наркотиков?

Да.

Нет.

Затрудняюсь ответить.

Если "Да", то когда в последний раз?

Год тому назад или более.

На протяжении года.

В течении месяца.

На протяжении недели.

Вчера (сегодня).

Сколько приблизительно на "чёрном" рынке стоит порция наркотиков? (Отметку сделайте в каждой колонке)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 14.  "Травка" (спичечный коробок) | 15.  1 укол ("ширка", "кубик") | 16.  Стакан маковой соломки |
| Не знаю | 01 | 02 | 03 |
| 20-30 рублей | 01 | 02 | 03 |
| 40-60 руб. | 01 | 02 | 03 |
| 70-90 руб. | 01 | 02 | 03 |
| 100-140 руб. | 01 | 02 | 03 |
| 150-190 руб. | 01 | 02 | 03 |
| 200-240 руб. | 01 | 02 | 03 |
| 250-290 руб. | 01 | 02 | 03 |
| 300 и более руб. | 01 | 02 | 03 |

Как часто Вы обсуждаете проблему наркотиков в кругу друзей, знакомых?

Никогда.

Иногда.

Часто.

Регулярно.

От кого и как часто Вы получаете информацию о наркотиках? (Сделайте отметку в каждой строчке).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда | Редко | Часто | Регулярно |
| 18. От учителей, психологов (в школе, институте), врачей | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 19. От друзей, в компании | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 20. От знакомых, употребляющих наркотики | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 21. Из средств массовой информации | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 22. Из специальной литературы | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 23. От родителей | 01 | 02 | 03 | 04 |

Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде наркотиков?

Да.

Скорее да, чем нет.

Затрудняюсь ответить.

Скорее нет, чем да.

Нет.

Проводят ли с Вами подобные беседы? (Сделайте отметку в каждой строчке).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда | 1 раз | Несколько раз | Регулярно |
| 25. Родители | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 26. Учителя, педагоги | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 27. Школьные психологи | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 28. Врачи | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 29. Работники милиции | 01 | 02 | 03 | 04 |

Встречались ли Вы с продавцами наркотиков?

Да.

Нет.

Затрудняюсь ответить.

Если "Да", то от кого исходила инициатива?

От меня.

От продавца.

От моих друзей, знакомых.

Это была случайная встреча.

Затрудняюсь ответить.

Кто выступал в роли продавца?

С продавцами не встречался.

"Свои", друзья, близкие, знакомые.

Местные жители.

Цыгане.

Выходцы из Кавказского региона.

Африканцы.

Выходцы из Средней Азии.

Другие.

Существует много названий наркотических веществ. Какие из них Вам известны и что Вы о них знаете? (не забудьте сделать отметку в каждой строке)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Никогда не слышал | Слышал название, но не знаю о чём идёт речь | Слышал название и видел своими глазами | Знаю действие наркотика, способ приготовления и употребления |
| 33. | Марихуана | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Анаша | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | План | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Драп | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Мацанка | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Гашиш | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Вытяжка маковой соломки | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Ханка | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. | Морфин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. | Героин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. | Метадон | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. | Кодеин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. | Транквилизаторы | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. | Эфедрон | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. | Первитин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. | Барбитураты | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. | Калипсол | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. | Циклодол | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. | ЛСД | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. | Кокаин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. | Экстази | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. | Амфетамин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. | Фенамин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. | Чифир | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. | Крэк | 1 | 2 | 3 | 4 |

С отдельными видами наркотиков Вы, возможно, встречались "более близко". В какой степени Вы с ними знакомы?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Никогда не пробовал | Пробовал 1 раз | Пробовал 2-3 раза | Пробовал до 10 раз | Употреблял свыше 10 раз, но не регулярно | Употребляю регулярно |
| 58. | Вытяжка маковой соломки (бинты, солома, чернушка, ханка, химия, лекарство) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 59. | Медицинские опиоиды (морфин, кодеин, промедол, омнопон, метадон) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 60. | Препараты конопли (марихуана, план, анаша, драп, мацанка, гашиш, молоко) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 61. | Клей, растворители, бензин, ацетон и др. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 62. | Димедрол, циклодол | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 63. | Первитин (винт) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 64. | Эфедрон (мулька) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 65. | Транквилизаторы | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 66. | Барбитураты | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 67. | Кетамин (калипсол) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 68. | Чифир | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 69. | Героин | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 70. | Кокаин | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 71. | ЛСД | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 72. | Крэк | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 73. | Амфетамин, фенамин | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 74. | Экстази | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 75. | Другие наркотики | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |

В каком качестве Вы согласны принять людей, употребляющих наркотики?

Как членов семьи.

Как близких друзей, соседей.

Как членов трудового коллектива (класса, группы, бригады…).

Как жителей микрорайона, работников предприятия (учеников школы, студентов вуза).

Как жителей города (населённого пункта, в котором Вы живёте).

Как граждан России.

Не хотел бы, чтобы наркоманы были в стране.

Ниже приведены несколько высказываний о наркоманах и людях, употребляющих наркотики. В какой степени Вы согласны с каждым утверждением? (не забудьте сделать отметку в каждой строке)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Согласен | Скорее согласен | Затрудняюсь ответить | Скорее не согласен | Не согласен |
| 77. | Наркоманы в целом безобидные люди | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 78. | Наркоманы внешне неприятны, неопрятны и выглядят отталкивающе | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 79. | Наркоманы - люди, склонные к творчеству | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 80. | С наркоманами общаться опасно | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 81. | Наркоманы делают жизнь не такой серой | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 82. | Наркоманы могут замышлять что-то нехорошее | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 83. | Наркоманы склонны к преступности | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 84. | Наркоманы беззащитны и вызывают жалость | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |

Есть ли у Вас причины, мотивы употреблять (или по крайней мере попробовать) наркотики?

Да.

Возможно.

Сейчас нет, но такое исключить нельзя.

Нет и быть не может.

Какое поведение человека по отношению к спиртным напиткам вы считаете нормальным?

Употреблять всегда и любые спиртные напитки, если есть деньги и подходящая обстановка.

Иногда можно "крепко" напиться.

Пить можно и часто, но слабые напитки (пиво, сухое вино, шампанское).

Употреблять редко (по праздникам, "за столом") и в ограниченном количестве.

Никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять.

Какое поведение человека по отношению к наркотикам Вы считаете нормальным?

Наркотики можно употреблять любые, если они тебе доступны.

Иногда можно употреблять наркотики покрепче (укол, "колеса" и т.п.).

Курить "травку" можно довольно часто.

Иногда можно курнуть "травку".

Никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять.

Какие законы и меры Вы считаете справедливыми по отношению к наркоманам?

Наркоманов необходимо судить и содержать в тюрьмах.

Наркоманов необходимо высылать из крупных городов.

Наркоманов необходимо штрафовать, их имена предавать огласке.

Наркоманов необходимо принудительно лечить.

Наркоманам надо дать возможность добровольно лечиться.

Наркоманов необходимо оставить в покое и предоставить самим себе.

Сколько сигарет Вы выкурили за последние 7 дней?

Ни одной.

1-2.

3-5.

6-10.

До 1 пачки.

1-2 пачки.

3-4 пачки.

5-6 пачек.

7-8 пачек.

9-10 пачек.

11 и более.

Вспомните события последних 7 дней. Сколько спиртных напитков разных видов Вы употребили?

Начнём с пива.

Сделайте отметку на шкале, которая бы соответствовала количеству выпитых бутылок за последние 7 дней.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

Теперь сухое вино, шампанское.

Единица на шкале будет соответствовать 75 граммам.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 75 | 150 | 225 | 300 | 375 | 450 | 525 | 600 | 675 | 750 | 825 | 900 | 975 | 1л050 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1л200 |  |  |  |  | 1л500 |  |  |  | 1л800 |  |  |  | 2л100 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

Креплёное вино. Шкала точно такая же, как и в предыдущем случае.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 75 | 150 | 225 | 300 | 375 | 450 | 525 | 600 | 675 | 750 | 825 | 900 | 975 | 1л050 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1л200 |  |  |  |  | 1л500 |  |  |  | 1л800 | 2л100 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

И, наконец, крепкие напитки - водка, коньяк, самогон и т.п. Здесь 1 единица на шкале будет соответствовать 30 граммам.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 30 |  | 90 |  | 150 |  | 210 |  |  | 300 |  |  | 390 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 450 |  |  |  |  | 600 |  |  |  | 750 |  |  |  | 900 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

Как часто и с какой силой Вы испытывали алкогольное опьянение за последние 7 дней?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ни разу | 1 раз | 2 раза | 3 раза | 4 раза | 5 раз | 6 раз | 7 раз |
| 94. | Лёгкое опьянение | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| 95. | Опьянение средней силы | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| 96. | Сильное опьянение | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |

Как часто разные обстоятельства побуждают Вас к употреблению спиртных напитков? (не забудьте сделать отметку в каждой строке)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Постоянно | Довольно часто | Время от времени | Довольно редко | Никогда | Затрудняюсь ответить |
| 97. | Приглашение друзей, "давление" группы, других людей | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 98. | Обычаи и традиции, связанные с застольем, праздниками, свадьбами, похоронами и т.п. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 99. | Рабочая обстановка, стремление облегчить деловые контакты, обмыть сделку и т.п. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 100. | Желание получить удовольствие. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 101. | Желание повысить свою активность и интерес к жизни. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 102. | Желание отвлечься, забыться, сбросить стресс. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 103. | Сильное желание напиться, тяга к алкоголю. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 104. | Желание похмелиться, восстановить силы. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 105. | Желание пить безостановочно назло себе и другим, нет сил остановиться | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |

Ваше основное занятие? (на момент заполнения анкеты)

Учащийся.

Работаю.

Не работаю и не учусь.

Каково Ваше (Вашей семьи) материальное положение?

Приходится во всём себе отказывать, денег иногда не хватает на хлеб.

На питание так сяк хватало, но в остальном бывает очень трудно.

Хватает на еду и одежду, но покупать вещи длительного пользования весьма трудно.

Имеем некоторые сбережения. Могу купить что-то ценное, вещи длительного пользования.

Мы ни в чём себе не отказываем.

Как Вы оцениваете уровень жизни Вашей семьи (или Вас лично) в сравнении с другими жителями?

Заметно выше среднего.

Немного выше среднего.

Средний.

Немного ниже среднего.

Заметно ниже среднего.

Каковы Ваши жилищные условия сегодня?

Живу в коммунальной квартире.

Живу в общежитие.

Живу в собственном доме.

Живу в изолированной квартире.

Вы имеете постоянную работу?

Я учащийся и нигде практически не подрабатываю.

Я учащийся, но имею приработок.

Я официально безработный.

Временно не работаю (не имею постоянной работы), но активно ищу заработок.

Имею временные заработки, постоянной работы не имею.

Работаю неполный рабочий день или неполную неделю.

Работаю полный рабочий день (неделю).

Вы верите в бога?

Да.

Скорее да, чем нет.

Затрудняюсь ответить.

Скорее нет, чем да.

Нет.

В какой части города Вы проживаете на данный момент?

Центр города.

Многоэтажный микрорайон.

Частный сектор, удалённый от центра.

Вы находите для себя опору, поддержку в

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Да | Скорее да, чем нет | Затрудняюсь ответить | Скорее нет, чем да | Нет |
| 113. | Вашей семье | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 114. | В друзьях | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 115. | В коллегах по работе | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 116. | В других людях | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Наше общество сталкивается с разными проблемами. Какие из них Вы считаете наиболее острыми? (Отметьте не более 5-ти позиций).

Невыплата зарплаты.

Межнациональные конфликты.

Забастовки, митинги, пикеты.

Экономический кризис.

Угроза гражданской войны.

Упадок морали, нравственности.

Политическая борьба и разобщённость людей.

Преступность.

Кризис образования, культуры.

Распространение наркотиков.

Обнищание больших масс людей.

Пьянство, алкоголизм.

Появление "очень бедных" и "очень богатых".

Высокие цены.

Насилие в обществе.

Затрудняюсь ответить.

Имеете ли Вы родителей?

Отца и мать.

Только мать (отца нет или проживает отдельно).

Только отца.

Родителей нет.

119. Ваш пол?

Муж.

Жен.

Благодарим за участие в опросе!

Приложение 3

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос: "Если Вы сталкивались с употреблением другими людьми наркотиков, то, что это было?"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | Курение "травки" | 93,8% | | 2 | Употребление таблеток | 22.8% | | 3 | Вдыхание химических препаратов | 16,2% | | 4 | Укол в вену, инъекции | 8,8% | | 5 | Нюханье порошка | 4,3% | |

Приложение 4

Таблица 2

Частота употребления каннабиса (конопли)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Никогда не  пробовал | Пробовал 1 раз | Пробовал 2-3 раза | Пробовал до 10 раз | Употребляю регулярно |
| 62,1% | 9,3% | 10,5% | 7,4% | 1,0% |

Приложение 5

Таблица 3

Доля молодёжи, никогда не слышавшая названий (в%)

|  |  |
| --- | --- |
| Название наркотика | Доля (%) |
| Марихуана | 4,6 |
| Кокаин | 7,5 |
| План | 9,1 |
| Драп | 6,8 |
| Героин | 9,0 |
| Анаша | 16,3 |
| Гашиш | 15,5 |
| Чифир | 29,7 |
| Транквилизаторы | 29,9 |
| Экстази | 39,9 |
| Морфин | 42,5 |
| ЛСД | 44,7 |
| Крэк | 55,1 |
| Кодеин | 81,6 |
| Эфедрон | 80,0 |
| Циклодол | 87,6 |

Приложение 6

Таблица 4

Знакомство с теми, кто употребляет наркотики (в%)

|  |  |
| --- | --- |
| Вариант ответа | % |
| Да | 75,0 |
| Нет | 21,0 |
| Затруднялись ответить | 4,0 |

Таблица 5

Присутствие среди близких людей тех, кто употребляет наркотики

|  |  |
| --- | --- |
| Вариант ответа | % |
| Да | 29,6 |
| Нет | 65,1 |
| Затруднялись ответить | 5,3 |

Приложение 7

Таблица 6

Встреча с продавцами наркотиков

|  |  |
| --- | --- |
| Вариант ответа | % |
| Да | 33,3 |
| Нет | 60,1 |
| Затруднялись ответить | 6,6 |

Приложение 8

Таблица 7

Причины употребления наркотиков молодыми людьми (в%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Вариант ответа | % |
| 01 | Под влиянием других людей, компаний | 85,5 |
| 02 | Из-за употребления спиртных напитков | 7,6 |
| 03 | От безделья, отсутствия занятий | 57,7 |
| 04 | От незнания всех последствий употребления наркотиков | 15,7 |
| 05 | Из-за стремления к удовольствию | 59,2 |
| 06 | Желание выглядеть взрослым | 23,3 |
| 07 | Чтобы забыть плохое | 35,1 |
| 08 | Отсутствует контроль взрослых | 13,8 |
| 09 | Ради интереса к "запретному плоду" | 54,1 |
| 10 | От неумения контролировать себя | 22,6 |
| 11 | По принуждению | 7,9 |
| 12 | Чтобы стать "своим" | 43,2 |
| 13 | Затрудняюсь ответить | 2,0 |

Приложение 9

Таблица 8

Оценки серьёзности проблемы алкоголизма и наркомании

|  |  |
| --- | --- |
| Индекс проблемности | |
| Алкоголизм | Наркомания |
| +1,88 | +2,37 |

Приложение 10

Таблица 9

Употребление спиртных напитков за неделю (в мл)

|  |  |
| --- | --- |
| Название напитка | Объем за неделю (мл) |
| Пиво | 730 |
| Сухое вино | 130 |
| Крепленое вино/ликёр | 70 |
| Водка, коньяк, самогон | 80 |

Приложение 11

Таблица 10

Распределение ответов на вопрос: "В каком качестве Вы согласны принять людей, употребляющих наркотики?" (в%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Вариант ответа | % |
| 01. | Как членов семьи | 0,8 |
| 02. | Как близких друзей, соседей | 5,8 |
| 03. | Как членов коллектива, учебной группы | 4,3 |
| 04. | Как жителей микрорайона | 8,6 |
| 05. | Как жителей города | 7,3 |
| 06. | Как граждан России | 8,1 |
| 07. | Не хотел бы, чтобы наркоманы были в стране | 65,2 |
|  | Индекс социальной дистанции | 6,008 |