Введение

Наркотики известны человечеству с незапамятных времен. Древние источники свидетельствуют о том, что наркотики употреблялись в Месопотамии, Египте, Индии, Китае за полторы тысячи лет до нашей эры. Первыми наркотиками были продукты опиумного мака и индийской конопли. Употребление наркотиков, по общему правилу, было уделом «низших слоев».

К распространенным наркотическим веществам относятся:

1. Морфий и героин – алколойды опиума;

2. Снотворные средства, включающие так называемые барбитураты;

3. Гашиш (анаша, план, марихуана);

4. Стимулирующие средства, обладающие эффектом возбуждения нервной системы.

5. Кокаин – алколойд растения кока.

Наркомания – это заболевание, которое выражается в физической или психологической зависимости от наркотиков, непреодолимом влечение к ним, что постепенно приводит организм к физическому и психологическому истощению.

По данным Минздрава России количество потребителей наркотиков на первое полугодие 1999г. cоставило 315 тыс. человек. По мнению экспертов реальная численность потребителе наркотиков в стране превышает этот показатель в 8-10 раз.[[1]](#footnote-1)

За пять лет (с 2001 по 2006 год) число подростков, больных наркоманией, увеличился в 19,3 раз. Как следует из большинства социологических исследований и научных публикаций, в нашей стране 8 % молодежи периодически употребляют наркотики. Среди студентов наркоманией охвачено в той или иной мере 30 – 40 %, а по отдельным регионам эта цифра значительно выше. По существующим прогнозам рост показателей, связанных с употреблением наркотиков, может продолжаться вплоть до 2010 года.[[2]](#footnote-2)

Поэтому, я считаю, что методика работы социального педагога по профилактики наркомании необходима.

Рассмотрев все вышеизложенные факты, можно с уверенностью говорить о том, что такая социальная проблема, как наркомания требует немедленного решения и является актуальной для сегодняшнего дня, ведь мы все заинтересованы в благополучном развитии всего человечества.

Цель: изучить теоретические основы по профилактики наркомании.

Объект: Методы решения проблем наркомании.

Задачи:

1. Изучить проблему наркомании.
2. Выявить причины, стадии и факторы наркотической зависимости.
3. Выявить стадии и факторы наркотической зависимости.
4. Определить характеристику профилактики.
5. Определить методы работы социального педагога по профилактике наркомании.

Глава 1. Формирование наркотической зависимости

1.1 Наркомания как форма отклоняющегося поведения

Девиантное поведение, девиантность (лат. deviatio - отклонение) – это:

1. Поступок, действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе (социальной группе) нормам и ожиданиям;
2. Социальное явление, выражающееся в относительно массовых и устойчивых формах человеческой деятельности, не соответствующих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам и ожиданиям.[[3]](#footnote-3)

К основным формам девиантного поведения принято относить алкоголизм, проституцию, наркоманию, самоубийство, преступность.

Употребление наркотиков. Как и пьянство, наркотизм связан с психическим экспериментированием, поиском новых, необычных ощущений и переживаний. По наблюдениям врачей-наркологов, две трети молодых людей впервые приобщаются к наркотическим веществам из любопытства, желания узнать, что «там», за гранью запретного. Иногда первую дозу навязывают обманом, под видом сигареты или напитка. Вместе с тем это групповое явление, связанное с подражанием старшим и влиянием группы. До 90% наркоманов начинают употреблять наркотики в компаниях сверстников, собирающихся в определенных местах.

Более точно распределение можно проследить по данным социологического опроса.[[4]](#footnote-4) Приложение 1.

Исследование социально-психологических источников наркомании как социальной патологии вынудило ряд отечественных исследователей расширить свои представления об источниках этой формы социальной девиации, введя в научный оборот термин «аддиктивное поведение».[[5]](#footnote-5)

Аддиктивное поведение (от англ. Addiction – пагубная привычка, порочная склонность) – одна из форм отклоняющегося девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности. Такой уход происходит путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых психоактивных веществ. Приобретение и употребление этих веществ приводит к постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности.[[6]](#footnote-6)

Выделяют два пути аддиктивного поведения. Первый полисубстантный, характеризуется тем, что подростки пробуют на себе действие различных токсичных веществ, среди которых может быть выбрано наиболее привлекательное. Но злоупотребление может быть прекратится и до такого выбора. Второй путь – моносубстантное аддиктивное поведение, когда подростки злоупотребляют одним веществом. Чаще всего это обусловлено тем, что только к нему имеется доступ, но иногда намеренно отказываются от других веществ.

Этап первых проб служит началом аддиктивного поведения.

Первые пробы совершаются обычно под чьим – либо влиянием или в компании. В большинстве случаев сначала выбирается алкоголь, иногда курение гашиша или ингалянта, реже – препараты опия, стимуляторы или галлюциногены. Затем может последовать отказ от злоупотребления или повторная проба – нередко с большей частотой или в определенном ритме. Причиной отказа могут служить неприятные ощущения, страх наказания, опасения и переживания, разрыв с компанией или страх пристраститься к данному веществу.

Второй этап. Поисковое аддиктивное поведение.

Следующим за первыми пробами идет этап экспериментирования с различными видами психоактивных веществ – алкоголем, медикаментами, наркотиками, бытовыми и промышленными химикатами. Обычно оно присуще младшему подростковому возрасту. Для одних подростков важно их употребление как знак принадлежности к группе, для других – сам факт изменения состояния сознания («отруб», «отключка»), для третьих – качество вызываемого эффектов и особенности «кайфа». Как правило, этот этап разворачивается в компании и оформляется по алкогольному типу – для веселья, раскованности, обострения восприятия, снятия сексуальных барьеров, выражения отношения («не нюхаешь, значит, не уважаешь»). Характерно активное экспериментирование с поиском новых средств и способов их употребления (например, «зарядка» летучими веществами фильтр – коробки противогаза). По мере прохождения этого этапа формируется индивидуальное предпочтение одного из средств или предпочитаемый их спектр. Чаще всего это происходит уже в возрасте пятнадцати лет. Индивидуальной психической зависимости еще нет, но может формироваться групповая психическая зависимость, «автоматически» запускаемая сбором группы. В таких случаях медикаментозное лечение используется лишь для снятия интоксикации. Психотерапевтические техники и приемы образуют методологическую базу психопрофилактики; ведущую роль они могут играть при работе с детьми и подростками, у которых аддиктивное поведение является поведенческим проявлением внутриличностных проблем. Решающая роль при работе с аддиктивным поведением подростков принадлежит педагогам и социальным педагогам.

Третий этап. Переход аддиктивного поведения в болезнь. Происходит под влиянием множество разнообразных факторов, которые условно разделяют на социальные, социально – психологические, психологические, биологические.

Социальные – нестабильность общества, доступность психоактивных веществ, отсутствие позитивных социальных и культурных традиций, контрастность уровней жизни, интенсивность и плотность миграции.

Социально – психологические – высокий уровень коллективной и массовой тревоги, разрыхленность поддерживающих связей с семьей и другими позитивно – значимыми группами, романтизация и героизация девиантного поведения в массовом сознании, отсутствие привлекательных для детей и подростков досуговых центров, ослабление межпоколенных связей поколений.

Психологические – незрелость личностной идентификации, слабость и недостаточность способности к внутреннему диалогу, низкая переносимость психологических стрессов и ограниченность совладающего поведения, высокая потребность в изменении состояний сознания как средстве разрешения внутренних конфликтов, конституционально акцентуированные особенности личности.

Биологические – природа и «агрессивность» психоактивного вещества, индивидуальная толерантность, нарушение процессов детоксикации в организме, изменяющие системы мотиваций и контроля за течением заболевания.

В процессе перехода аддиктивного поведения в болезнь, вызываемую употреблением психоактивных веществ (наркотики), выделяют следующие стадии развития болезни.

Первая стадия характеризуется формированием и прогрессирующим углублением психической зависимости, при которой перерыв в употреблении наркотиков приводит к психическому дискомфорту, подавленности, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу. В этот период наблюдается ослабление и угасание защитных рефлексов на передозировку, повышенная толерантность, социальная дезадапция.

Вторая стадия характеризуется формированием физической зависимости при употреблении одних веществ и углублением психической зависимости при употреблении других веществ. В тех случаях когда физическая зависимость не формируется, основным признаком этой стадии становится хроническая интоксикация с психическими и физическими нарушениями. Признаки хронической интоксикации завися от типа употребляемых веществ. Хроническая интоксикация марихуаной ведет к физическому истощению и апатии вне поведенческого поля наркотизации, у мальчико нередко приводит к телесной феминизации, нарушениями и ослаблением интеллектуальных функций (памяти, внимания, сообразительности). Растет привыкание к веществу.

Переход к третей стадии приводит к истощению всех систем организма, возникает глубокая социальная деградация.

1.2 Причины, стадии и факторы наркотической зависимости

Существуют теории, которые объясняют причины наркотической зависимости.

Теория проблемного проведения: отсутствие уважения к власти, к нравственным и общественным нормам поведения ведет к росту преступности, наркотизации и сексуальной запущенности

Теория стадий: употребление наркотиков – явление прогрессирующее. Оно начинается с алкоголя и сигарет с переходом в дальнейшем к употреблению для развлечения разрешенных и запрещенных законом наркотических веществ (анаша) и заканчивается в конце концов приемом сильнодействующих наркотиков. Однако не всегда на смену одной стадии приходит другая.

Теория группы сверстников: семья подростка, религия, школа и друзья оказывают влияние на приобщение к наркотикам.

Чтобы понять сущность наркомании, проанализируем такие понятия: эйфория, наркотическая зависимость и абстиненция.

Эйфория – состояние когда человек находится в болезненно повышенном, беспричинно – радостном настроении. Это состояние вызывается не только наркотиками, но и употреблением алкоголя, но в первом случае характеризуется большей продолжительностью и более глубокими психологическими характеристиками.

Наркотическая зависимость весьма точно отражает «взаимоотношения» наркоманов и наркотиков, возникающую в течение короткого времени привычку к наркотикам, т.е. буквально подчинение всей жизни их употреблению, поиску денег на приобретение нужного их количества, при этом другие стороны жизни наркоманом полностью игнорируются, либо им уделяется значительно меньше внимания. Человек употребляет наркотики, несмотря на риск, и уже не представляет своего существования без них.

Как только организм перестает ощущать «живительное» действие наркотиков, наступает тот самый момент, из-за которого многие наркоманы, решившие порвать с наркотиками, не выдерживают и начинают принимать их вновь, - наступает абстиненция. Общий ее характер зависит от природы наркотического вещества, принимаемых доз и продолжительности употребления наркотика. Начинается все вроде бы с небольшого недомогания, озноба, вялости, потливости и сниженного настроения. Наркоманы кутаются в теплые вещи, включают обогреватели, даже если в доме не холодно. Всех мучает насморк, а некоторые постоянно чихают. Их тошнит, а потом может начаться рвота. Болит живот, появляется частый жидкий стул. В это время наркоманы почти не спят по ночам, не могут лежать неподвижно, хотя и стараются.

Физические и душевные муки, которые испытывают наркоманы во время абстиненции, ни с чем не сравнимы. Наиболее тяжкие формы абстиненции наблюдаются чаще всего в клинических условиях, когда у наркоманов со стажем действие наркотических веществ блокируется фармакологическими методами. В это время наркоман находится в постоянном движении, кричит, стонет, ворочается в постели, бегает по палате, упрашивает персонал дать наркотик.

Таковы изначальные характеристики наркомании, несущие в себе предпосылки тотального разрушения души и тела человека, его психическоro и физического здоровья.

Стадии и факторы риска возникновения зависимости

Употребление наркотиков может вызвать наркоманию.

Наркомания – это болезнь, которая проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома лишения - абстиненции - в случае прекращения их приема.[[7]](#footnote-7)

Диагноз «наркомания» устанавливается только при развитии специфического комплекса клинических признаков заболевания, которые отражают динамику развития наркоманической зависимости. Риск возникновения зависимости происходит в три стадии.

Социальная зависимость – когда человек еще не. начал употребление наркотиков, но вращается в среде употребляющих, принимает их стиль поведения, отношение к наркотикам и внешние атрибуты группы. Он внутренне готов сам начать употребление. Часто к такой группе можно принадлежать, только исповедуя ее принципы и подчиняясь ее правилам. Желание не быть отторгнутым может быть столь сильным, что заслоняет привычные представления, изменяет поведение. Неотъемлемое условие этой стадии заболевания - наличие группы. Единственным способом предотвращения дальнейшего развития заболевания является своевременное выявление и разрушение группы. Упустить этот момент – значит, затруднить контакт с членами группы, для которых развитие заболевания может перейти в следующую стадию.

После начала употребления наркотиков формируется психическая зависимость – болезненное стремление принимать препарат, с тем чтобы испытать определенные ощущения или снять явления психического дискомфорта. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков. Ее признаки: ясно выраженное постоянное желание продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями; тенденция увеличивать дозу приема, обнаруживая рост устойчивости; возникновение индивидуальных и социальных проблем. Перерыв в употреблении наркотика вызывает чувство тревоги и напряжения, но нет тяжелого физического дискомфорта. Внешние проявления сформировавшейся психической зависимости: создание соответствующего круга общения с людьми, злоупотребляющими наркотиками; начало употребления наркотического средства в одиночку и поиск заменителей в случае его отсутствия.

Субъективные проявления психической стадии зависимости: постоянное стремление к повторному употреблению интоксиканта, нарушение сна, снижение настроения, раздражительность, неспособность сконцентрировать внимание, депрессия, угасание рефлексов (рвотного при чрезмерной дозировке). Начиная с психической стадии и на всем протяжении болезни растет зависимость к наркотику, а следовательно, требуется непрерывное увеличение принимаемой дозы для достижения ожидаемого состояния. В некоторых случаях проявляется социальная дезадаптация.

При более продолжительном употреблении наркотиков формируется физическая зависимость которая характеризуется непреодолимым, т. е. компульсивным, влечением к наркотику, потерей контроля за принимаемой дозой, физическим комфортом в состоянии интоксикации и проявлением синдрома лишения, т. е. абстинентного синдрома, в случае прекращения приема наркотического средства.

Прием наркотиков наркоманом с длительным стажем осуществляется не столько для эйфоризации, сколько для выравнивания своего физического состояния при синдроме лишения (отнятия) наркотика, т. е. абстиненции. Синдром отмены проявляется обычно через 12 - 48 ч после прекращения приема наркотика. Состояние абстиненции (называемое ломкой при опийной наркомании) доставляет наркоману физические страдания: сильнейшие спазмы внутренних органов и мышц, нарушение функций желудочно-кишечного тракта и сердечнососудистой системы, слюнотечение, повышенную секрецию желез. Такие явления сопровождаются и психическими симптомами: бессонницей, подавленностью, разбитостью, чувством тревоги и страха, приступами истерии, психомоторным возбуждением. Все помыслы человека в состоянии абстиненции направлены только на одно – во что бы то ни стало, любой ценой найти и ввести себе определенную дозу наркотика, быстро снимающего страшные симптомы абстиненции. Обычно наркоманы самостоятельно, без помощи врача, не в состоянии преодолеть этот синдром. Синдром лишения у опиатчиков или морфинистов бывает настолько тяжелым, что без новой дозы или медицинской помощи он иногда заканчивается смертью больного.

Самым болезненным проявлением физической зависимости является ломка. Но при употреблении некоторых наркотиков ее не бывает. Поэтому многие наркологи убеждены, что психическая зависимость, сопутствующая любой форме наркозависимости, - основное препятствие в преодолении наркомании. Об этом свидетельствуют многочисленные случаи возвращения к наркотикам даже тех лиц, кто сумел (или был вынужден) их бросить, пройти ломку и много лет воздерживаться от приема наркотиков. От физической зависимости они освободились, а психическая зависимость, по-видимому, стала для них пожизненной.

Следующая стадия развития наркомании – синдром измененной реактивности - отражает наиболее глубокую перестройку организма при хронической интоксикации, максимально возросшую толерантность, многократно превышающую физиологические возможности обычного человека, снижение защитных реакций, изменение формы потребления наркотика и формы опьянения. Возникает истощение всех систем организма, возможна полинаркомания.

Полинаркомания – это заболевание, возникшее в связи со злоупотреблением двумя или более лекарственными или иными веществами, отнесенными к наркотикам.[[8]](#footnote-8)

Диагноз «полинаркомания» устанавливается при сочетании употребления двух или более препаратов (одновременно или путем последовательного их чередования) при условии возникновения наркотической зависимости к обоим веществам.

Психологи и врачи – наркологи отмечают обстоятельства, которые способствуют приобщения к наркотикам и повышают риск заболевания наркоманией. Возникновению наркомании способствуют следующие факторы:

Социальные факторы, Верминенко и Келасьев отмечают, что в цикличности уровня потребления наркотических веществ можно отметить определенную закономерность. Ползучее, а затем и взрывное распространение наркомании всегда происходило в пространственно-хронологической связи с масштабными социально – экономическими процессами, разрушением традиционных социально-культурных стереотипов. Ситуация, сложившаяся в настоящее время в России, не представляет в этом отношении исключения: переход к рыночной экономике, технизация всех сторон жизни, экологические катастрофы, перенаселенность городов, информационные перегрузки, деформация живого человеческого общения, которое становится все более формализованным, «электронно-опосредованным», расширяющаяся экспансия массовой культуры, навязывающей людям стереотипное поведение. Эти девиации макросоциального уровня определяют микросоциальные процессы, например дисгармонию семейных отношений, являющуюся одним из социальных факторов формирования аддиктивного поведения подростков. В дисгармоничных семьях формируются две полюсно-противоположные стратегии в отношении детей: безнадзорность, с одной стороны, гиперопека - с другой, но оба приводят к одному результату - отчуждению детей от семьи с последующим включением их в среду контркультуры, одним из атрибутов которой является потребление наркотиков.[[9]](#footnote-9)

К социальным факторам развития наркомании можно отнести также воспитание детей только одним из родителей (т.е. в неполной семье), постоянную занятость родителей (длительные командировки, деловая загруженность и т.п.) или когда ребенок (наркоман) - единственный ребенок в семье. В таких семьях воспитание детей носит либо несистематический, либо гиперпротективный характер, следствием чего бывает формирование социальнопассивной, социально-безответственной личности, ориентированной преимущественно на потребление и не имеющей желания прикладывать значительные усилия для построения своего будущего. Такая личность подвержена соблазнам испытать новые, приятные ощущения, стимулировать воображение, что - особенно в подростковом возрасте - способствует развитию аддиктивного поведения регулярному применению наркотиков в дальнейшем, а ранее (до 12-15 лет) - началу злоупотребления алкоголем или употребления токсических веществ.

Алкоголизм, наркомания, психические заболевания у кого-либо близких родственников подростков относятся как к биологическим так и к социальным факторам, которые действуют комбинированно: во-первых, обычно их наличие сопровождается нарушением функционирования головного мозга - аналогично тому, как это бывает после травм головы; во-вторых, сказываются дефекты формирования личности, вызванные нездоровым окружением.

К психологическим факторам, приводящим подростка к наркомании, относятся:

Привлекательность возникающих ощущений, выработка гeдoнистической установки, любопытство;

Распространенность в подростковой среде мифов о наркотиках как уделе творческих личностёй, свидетельстве «крутизны», источнике более яркого и интересного восприятия жизни, способе избавления от проблем;

Низкий уровень толерантности подростка и связанное с ним стремление уйти от конфликта, смягчить эмоциональный дискомфорт;

Неудовлетворенность социальных потребностей, вызванная условиями жизнедеятельности людей с соответствующими нравственнопсихическими свойствами и особенностями личности;

Стремление к успеху и острое желание избежать неудач в структуре потребности к достижению социального признания, статуса;

Потребность в поиске впечатлений.

Среди биологических факторов можно выделить патологию беременности (т.е. выраженные токсикозы и перенесенные во время беременности матерью инфекционные или тяжелые хронические заболевания), осложненные роды (затяжные, с родовой травмой или с гипоксией новорожденного), тяжело протекавшие или хронические заболевания детского возраста (не исключая простудных, воспаления легких, частых ангин), сотрясения головного мозга, особенно многократные. По мнению С.Б. Белогурова, биологические факторы непосредственно влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки, причем не только и не столько в интеллектуальной, сколько в эмоциональной сфере. Люди, находящиеся под воздействием биологических факторов, становятся очень травмируемыми в эмоционально-напряженной ситуации. Причем, как правило, они на подсознательном уровне постоянно ищут средство, которое могло бы помочь им, пусть и на короткое время, вернуть эмоциональную устойчивость или повысить ее. Наркотики поначалу выполняют функцию психологической регуляции, увеличивая способность человека переносить эмоциональные нагрузки. Поэтому для человека, считает ученый, имеющего в анамнезе биологические факторы, случайный, или «экспериментальный», прием наркотиков может стать фатальным. Не зная, чем грозит регулярное их употребление, он «заработает» псиxичecкyю и физическую зависимость раньше, чем заметит опасность.[[10]](#footnote-10)

Под влиянием социальных факторов так или иначе происходит деформация личности, формируется неадекватная система ценностей, снижается уровень притязаний, появляется опустошенность, приводящая к отверженности. Под влиянием биологических факторов ослабленный организм часто не в состоянии противостоять негативным воздействием среды, находить силы для преодоления тяжелых жизненных ситуаций. Под влиянием социальных и биологических факторов формируется психологический, который окончательно завершает адикцию характера подростка. Он пытается найти свой способ от решения проблем, что поначалу и позволяет сделать наркотик.

Глава 2. Теоретические основы по профилактики наркомании

2.1 Характеристика профилактики наркомании

Профилактика (от греческого prophulaktikos - предохранительный) это совокупность мероприятий, направленных на охрану здоровья, предупреждение возникновения и распространения болезней человека, на улучшение физического развития населения, сохранение трудоспособности и обеспечение долголетия.

Профилактика зависимости от наркотиков - одно из важнейших и эффективных направлений профилактики неинфекционной патологии.

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ может быть первичной, вторичной и третичной. Рассмотрим каждую из них.

Первичная профилактика - это система действий, направленная на формирование позитивных стрессоустойчевых форм поведения с одновременным изменением уже сформированных дезадаптивных, нарушенных форм поведения.[[11]](#footnote-11)

Первичная профилактика наркомании имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями: а)развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует; б)направление процесса осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды; в)усиление адаптационных факторов, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни; г)воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения; д)развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самосознанием, поведением, изменением, развитием); е)развитие социально-поддерживающего процесса.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Ее воздействия направлены на общую популяцию детей, подростков и молодых людей.

В результате первичной профилактики предполагается достичь полного избегания патологических исходов, редуцирование числа лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет прежде всего на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный, адаптивный жизненный стиль человека, можно укрепить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

Первичная профилактика наркомании проводится посредством нескольких стратегий.

Первая стратегия - информирование населения о психоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Вторая стратегия - формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

Третья стратегия - развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

Четвертая стратегия - развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

В приведенных выше стратегиях используются специальные технологии.

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики:

* воздействие средств массовой информации;
* антинаркотическое обучение;
* использование альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодежной активности;
* создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные организации и т.д.);
* проведение антинаркотических мотивационных акций;
* организация деятельности социальных работников волонтеров;
* деятельность системы ювенальной юстиции.

Психологические технологии первичной профилактики:

* развитие личностных ресурсов;
* формирование социальной и персональной компетентности;
* развитие адаптивных стратегий поведения;
* формирование функциональной семьи.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.[[12]](#footnote-12)

Рост числа потребителей психоактивных веществ и лиц, проявляющих поведение риска - социального резерва роста заболеваемости наркоманией, определяется вторичной профилактикой.

Главная цель вторичной профилактики - изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Поведение риска может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или предиспозиции личностных, поведенчиских и других расстройств; характеристиками среды, воздействующей на индивида; специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик.

При этом среда рассматривается в качестве носителя такого доминирующего фактора, как стресс (любое требование среды, является стрессом; в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление резко увеличивается как реакция на это поведение), а само поведение индивида - как фактор риска наркомании.

Вторичная профилактика наркомании осуществляется с применением различных стратегий.

Первая стратегия - формирование мотивации на изменение поведения.

Вторая стратегия - изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Третья стратегия - формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

В этих стратегиях используются специальные технологии.

Социальные и педагогические технологии:

* формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;
* формирование мотивации на изменение поведения;
* развитие проблем - преодолевающего поведения;
* формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.

Психологические технологии:

* преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
* осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
* развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем - преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);
* анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентаций когнитивного развития; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов и ролей взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

Медицинские технологии заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

Третичная профилактика наркомании направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики - снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на здоровые. Данный вид профилактики основан на медицинском воздействии, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Он требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье - обязательное условие проведение третичной профилактики.

Третичная профилактика наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий.

Первая стратегия - формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления наркотиков или других психоактивных веществ.

Вторая стратегия - изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Третья стратегия - осознание ценностей личности. Четвертая стратегия - изменение жизненного стиля.

Пятая стратегия - развитие коммуникативной и социальной компетентности.

Шестая стратегия - формирование и развитие социально – поддеривающей сети.

В этих стратегиях используются различные технологии. Социальная и педагогическая технологии:

* формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;
* формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления психоактивных веществ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;
* развитие социальной компетентности, преодоление искушения наркотизации;
* формирование социально-поддеоживающего стратегии поиска социальной поддержки поддерживающих сетях.

Психологические технологии:

* осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравственных ценностей;
* осознание личных целей и путей их достижения;
* осознание влечения и зависимости;
* изменение жизненного стиля в целом;
* развитие коммуникативной и социальной компетентности;
* развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;
* развитие личностных ресурсов совладания с зависимостью.

Медицинские технологии заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве в соответствующие периоды при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия.

Все виды профилактической деятельности, реализуемые в обществе, разделяются на ряд направлений:

профилактика в учебных заведениях (школьные программы);

профилактика, основанная в семье (семейные и родительские программы);

профилактика в организованных общественных группах населения;

профилактика с помощью средств массовой информации;

профилактика, направленная на группы риска в учебных заведениях и вне их;

систематическая подготовка специалистов в области профилактики;

мотивационная профилактическая работа;

профилактика рецидивов;

терапия социальной средой;

профилактика последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ.[[13]](#footnote-13)

Можно сделать вывод, что социальный педагог обязан проводить первичную профилактику употребления наркотиков, используя различные методы, чтобы предотвратить возникновение нарушения и болезни у молодежи, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида.

2.2 Методы работы социального педагога по профилактике наркомании

Объектом работы учителей, воспитателей, социальных работников и пропагандистов здорового образа жизни являются первичная и частично вторичная профилактика, в которой применяются следующие методы: беседа, дискуссия, лекция, ролевая игра, психогимнастика, тренинг поведения и психодрама, методы опроса, интервью, анкетирование.

1. Беседа - один из основных методов психологии и педагогики, который предполагает получение информации об изучаемом явлении в логической форме, как от исследуемой личности, членов изучаемой группы, так и от окружающих людей. В последнем случае беседа выступает как элемент метода обобщения независимых характеристик. Научная ценность метода заключается в установлении личного контакта с объектом исследования, возможности получить данные оперативно, уточнить их в виде собеседования.

Беседа может быть формализованной и неформализованной.

Формализованная беседа предполагает стандартизированную постановку вопросов и регистрацию ответов на них, что позволяет быстро группировать и анализировать полученную информацию. Неформалuзованная беседа про водится по не жестко стандартизированным вопросам, что дает возможность последовательно ставить дополнительные вопросы, исходя из сложившейся ситуации.

Практика психолого-педагогических исследований выработала определенные правила применения метода беседы:

- беседовать только по вопросам, непосредственно связанным с исследуемой проблемой;

формулировать вопросы четко и ясно, учитывая степень компетентности в них собеседника;

- подбирать и ставить вопросы в понятной форме, побуждающей респондентов давать на них развернутые ответы;

- избегать некорректных вопросов, учитывать настроение, субъективное состояние собеседника;

- вести беседу так, чтобы собеседник видел в исследователе не руководителя, а товарища, проявляющего неподдельный интерес к его жизни, думам, чаяниям;

- не про водить беседу второпях, в возбужденном состоянии;

- выбирать такое место и время про ведения беседы, чтобы никто не мешал ее ходу, поддерживал доброжелательный настрой.

Вызвать человека на откровенность и выслушать его - большое искусство. Естественно, что откровенность людей надо ценить и этически бережно обращаться с полученной информацией. Откровенность беседы повышается, когда исследователь не делает никаких записей.

2. Дискуссия (от лат. discussio - рассмотрение, исследование), публичное обсуждение какого-либо спорного вопроса, проблемы; спор. Двумя важнейшими характеристиками дискуссии, отличающими её от других видов спора, являются публичность (наличие аудитории) и аргументированность. Обсуждая спорную (дискуссионную) проблему, в котором каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию.

Дискуссия как метод обучения основан на обмене взглядами по определенной проблеме, причем эти взгляды отражают собственное мнение участников или опираются на мнения других лиц. Этот метод целесообразно использовать в том случае, когда учащиеся обладают значительной степенью зрелости и самостоятельности мышления, умеют аргументировать, доказывать и обосновывать свою точку зрения. Хорошо проведенная дискуссия имеет большую обучающую и воспитательную ценность: учит более глубокому пониманию проблемы, умению защищать свою позицию, считаться с мнениями других.

Групповая дискуссия в психологическом тренинге это совместное обсуждение какого-либо спорного вопроса, позволяющее прояснить (возможно, изменить) мнения, позиции и установки участников группы в процессе непосредственного общения. В тренинге групповая дискуссия может быть использована как в целях предоставления возможности участникам увидеть проблему с разных сторон.

Дискуссионные методы применяются при разборе разнообразных ситуаций из практики работы или жизни участников, при анализе предлагаемых ведущим сложных ситуаций межличностного взаимодействиях в других случаях.

3. Лекция - монологический способ изложения объемного материала. Используется, как правило, в старших классах и занимает весь или почти весь урок. Преимущество лекции заключается в возможности обеспечить законченность и целостность восприятия школьниками учебного материала в его логических опосредованиях и взаимосвязях по теме в целом.

 Школьная лекция может применяться также при повторении пройденного материала. Такие лекции называются обзорными. Проводятся они по одной или нескольким темам для обобщения и систематизации изученного материала.

Применение лекции как метода обучения в условиях современной школы позволяет значительно активизировать познавательную деятельность учащихся, вовлекать их в самостоятельные поиски дополнительной научной информации для решения проблемных учебно-познавательных задач, выполнения тематических заданий, проведения самостоятельных опытов и экспериментов, граничащих с исследовательской деятельностью. Именно этим объясняется тот факт, что в старших классах удельный вес лекции в последнее время стал возрастать.

4. Ролевая игра - воспроизведение действий и отношений других людей или персонажей какой-либо истории, как реальной, так и выдуманной. Примерами ролевых игр являются такие игры, как «дочки-матери», «в магазин», «игра в школу». Ролевая игра - способ обогащения чувств и накопления опыта, развития воображения, преодоления страхов и развития коммуникативных навыков.

Несмотря на осознание вымышленности роли, приобретаемый эмоциональный опыт вполне реален. За счёт этого ролевые игры эффективны психотерапии. Ролевые игры развивают такие коммуникативные навыки, как ролевое, деловое и дружеское общение.

Ролевое общение - это общение людей как носителей определённых ролевых ролей (мать и ребёнок, подчинённый и начальник, ученик и учитель, возлюбленные). Это общение строится по определённым нормам, определяемым обществом, используется для упрощения общения, для облегчения достижения целей каждого из участников ролевого общения. Проигрывая различные ситуации в ролевой игре, человек увереннее чувствует себя в реальном ролевом общении.

Ролевая игра - это игровое поведение. Поэтому она допускает спонтанность, фантазию и смешение возможного и невозможного, в частности, повторение ролей и ролевой обмен. Это облегчает антиципированное предупреждение жизненных проблем, задач, внутренних и внешних конфликтов, а также дополнительную проработку предстоящих конфликтов.

Ролевая игра в поведенческой терапии проходит, как и все ролевые игры, в группе и чаще всего в виде чередования игры и обратной связи. Цели игры должны учитывать возможности пациентов и также то, ради чего проводится терапия. Проигрываемые ситуации, как правило, соответствуют актуальной реальности. При этом благоприятным считается, как и в психоаналитической групповой психотерапии, ориентированной на взаимодействие, чтобы обратная связь начиналась с аспектов, которые относятся к тому, что пациенту удалось успешно, и только затем акцентировала то, что желательно было бы изменить.

Для усиления может быть использовано сравнение с видеозаписью предшествующей ролевой игры. И здесь следует обратить особое внимание на вызванные этим эмоциональные реакции, в особенности сомнение и оскорбление: они должны отслеживаться и корректироваться.

5. Психогимнастика. Один из невербальных методов групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. Психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимы.

Психогимнастика включает три части, характеризующиеся самостоятельными задачами и собственными методическими приемами, - подготовительную, пантомимическую и заключительную.

Задачи подготовительной части состоят: в уменьшении напряжения у участников группы, снятии страхов и запретов; в развитии внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и активности других людей; в сокращении эмоциональной дистанции между участниками группы; в формировании способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы без слов и понимать невербальное поведение других людей. К упражнениям, направленным на развитие внимания и чувствительности, относятся гимнастика с "запаздыванием", передача ритма, движения или предмета по кругу и др. Уменьшению напряжения у участников группы могут способствовать такие упражнения, как мотивированный бег или ходьба, подвижные игры, двигательные импровизации. Для преодоления эмоциональной дистанции между участниками группы используются упражнения, предусматривающие непосредственный контакт, парное взаимодействие, уменьшение пространственной дистанции, различные двигательные упражнения в кругу: "встретиться на мосту", передать чувство по кругу, успокоить обиженного, войти в круг или выйти из него, обратить на себя внимание группы. На развитие способности самовыражения на невербальном уровне и понимания невербального поведения других людей направлены такие упражнения, как "разговор через стекло", различные модификации "зеркала", изображение тех или иных эмоциональных состояний, распознавание по невербальному поведению состояния других людей. Пантомимическая часть психогимнастики является наиболее важной и в зрелой психотерапевтической группе занимает большую часть времени. Пациентам предлагаются темы, которые они представляют без помощи слов. Темы могут предлагаться и психотерапевтом, и самими пациентами. Содержание тем для пантомимы не ограничено и может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы и группы в целом, т. е. касается межличностного взаимодействия. Чаще всего в пантомимической части психогимнастики используются: привычные жизненные ситуации. Суть их состоит в предоставлении пациентам невербальной обратной связи, что позволяет увидеть себя глазами других (если члены группы повторяют невербальное поведение игравшего пациента) и получить информацию о возможных вариантах (когда другие пациенты предлагают свои способы невербального поведения для только что представленной ситуации). После выполнения каждого пантомимического задания группа обсуждает увиденное. Материал, полученный в ходе выполнения пантомимических заданий, может быть использован и для групповой дискуссии. Заключительная часть психогимнастики должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы, и сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятия, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности. Здесь могут быть использованы упражнения из подготовительной части, главным образом те, которые позволяют пациентам пережить чувство общности.

6. Тренинг поведения и психодрама.

Наиболее существенно повышают эффективность социально-психологического тренинга следующие факторы.

Групповой характер занятий. Невозможно научиться общаться, не общаясь. Какую бы идеальную модель собственного поведения ни построил человек наедине с собой, другие всегда будут «мешать» ему воплотить ее в жизнь, если это поведение не является естественным, привычным именно в присутствии других людей.

Вариативность. Возможность попробовать разные варианты поведения в одной и той же ситуации, что практически не удается сделать в реальной жизни. Увидеть, а точнее почувствовать по реакции окружающих, какие слова, манера обращения, интонация являются наиболее эффективными, позволяющими добиться цели и заслужить одобрение.

Повторяемость. Наиболее удачный способ общения в конкретной ситуации может быть закреплен многократным повторением при эмоциональной поддержке членов группы и при желании доведен до автоматизма.

Многовариантность выбора. Поскольку одна и та же ситуация проигрывается разными людьми, человек имеет возможность наблюдать наиболее удачные формы общения, найденные другими участниками группы, и воспользоваться опытом, анализируя и заимствуя определенные нюансы коммуникативного поведения.

Особый эмоциональный фон. У человека во время таких занятий создается некоторая освобожденность от множества эмоций, порождаемых различными жизненными заботами.

7. Методы опроса психолого-педагогического исследования представляют собой письменные или устные, непосредственные или опосредованные обращения исследователя к респондентам с вопросами, содержание ответов на которые раскрывает отдельные стороны изучаемой проблемы. К этим методам прибегают в тех случаях, когда источником необходимой информации становятся люди - непосредственные участники изучаемых процессов и явлений. С помощью методов опроса можно получить информацию как о событиях и фактах, так и о мнениях, оценках, предпочтениях опрашиваемых.

Широкое применение методов опроса объясняется тем, что информация, получаемая от респондентов, чаще богаче и подробнее чем та, которую можно получить с использованием других методов. Она легко поддается обработке, получить ее можно сравнительно оперативно и дешево.

Среди недостатков методов опроса можно указать следующие, во-первых, - субъективность получаемой информации: респонденты нередко склонны переоценивать значение некоторых фактов или явлений, своей роли в них; во-вторых, искажение информации может происходить за счет методических ошибок при составлении инструментария исследования, определении выборочной совокупности, интерпретации данных; в-третьих, необходимые сведения могут быть просто неизвестны опрашиваемым.

Методы опроса в психолого-педагогических исследованиях

применяются в следующих формах: в виде интервью (устного опроса), анкетирования (письменного опроса), экспертного опроса, тестирования (со стандартизированными формами оценки результатов опроса), а также с использованием социометрии, позволяющей на основе опроса выявить межличностные отношения в группе людей. Кратко охарактеризуем каждый из указанных методов.

8. Интервью - разновидность метода опроса, специальный вид целенаправленного общения с человеком или группой людей. В основе интервью лежит обычная беседа. Однако в отличии от нее роли собеседников закреплены, нормированы, а цели определяются замыслом и задачами проводимого исследования.

Все необходимые сведения, как правило, черпаются из информации, полученной в процессе общения лица, берущего интервью (интервьюера), с лицом, дающим его. От характера этого общения, от тесноты контакта и степени взаимопонимания сторон во многом зависит успех интервью, полнота и качество полученной информации.

9. Анкетирование - метод эмпирического исследования, основанный на опросе значительного числа респондентов и используемый для получения информации о типичности тех или иных психолого-педагогических явлений. Этот метод дает возможность установить общие взгляды, мнения людей по тем или иным вопросам; выявить мотивацию их деятельности, систему отношений.

При составлении анкеты используются несколько вариантов построения вопросов. Это открытые, закрытые и полузакрытые вопросы, а также вопросы-фильтры.

Открытыми называют вопросы, на которые респонденты должны самостоятельно дать ответы и занести их в специально отведенные для этого места в анкете или в специальном бланке. Такие вопросы используют в тех случаях, когда исследователь стремиться привлечь опрашиваемого к активной работе по формированию предложений, советов по какой-либо проблеме или когда не совсем ясен набор альтернатив по задаваемому вопросу.

Закрытыми называются вопросы, к которым в анкете предлагаются возможные варианты ответов. Они используются в тех случаях, когда исследователь четко представляет себе, какими могут быть ответы на вопрос, или когда надо оценить что-либо по определенным, важным для изучения признакам. Преимуществами закрытых вопросов являются: возможность исключить неправильное понимание вопроса, сопоставить ответы различных групп респондентов, а также простота заполнения анкеты и обработки полученных данных.

Полузакрытый вопрос, на которой респондент может отразить свое личное мнение по существу вопроса. Это делается в тех случаях, если исследователь не уверен, что для выражения своего мнения опрашиваемому будет достаточно списка возможных альтернатив.

Количество вариантов ответов в закрытых и полузакрытых вопросах не должно быть слишком большим - максимум до 15. Кроме того, в любом вопросе закрытого или полузакрытого типа следует иметь альтернативу «затрудняюсь ответить». Это нужно для того, чтобы могли отразить свою позицию респонденты, которые не знают, как ответить на вопрос, или не имеют определенного мнения по затронутой в нем проблеме.

Если метод профилактической программы соответствует выбранным критериям, то могут ожидаться такие результаты:

1. Уменьшение факторов риска употребление наркотиков у детей, подростков и молодежи.
2. Формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у участников программ.
3. Развитие системного подхода к профилактике злоупотребления психоактивными веществами в обществе.
4. Развитие профессиональной и общественной сети профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

Заключение

Наркомания затрагивает все сферы человеческой жизнедеятельности, препятствует духовному, эмоциональному, интеллектуальному развитию. Человеческое сознание сужается до удовлетворения только одной потребности – поиска и приема наркотиков. Наркоман представляет опасность для общества не только различными формами девиантного поведения, связанного с фактом приобретения и употребления наркотиков, распространение наркомании приводит к социодеструктивным функциям в обществе и представляет прямую угрозу для общества.

Поэтому профилактическая работа должна проводиться по специально разработанным программам с учетом особенностей их семейной и социальной ситуации. В ходе выполнения профилактических программ должна предоставляться точная и достаточная информация о наркотиках и их влияние на психическое, психологическое социальное и экономическое благополучие человека. Информация должна быть уместной, достоверной, особенно в части последствий злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами, не только для самого наркомана, но и для общества. Необходима пропаганда здорового образа жизни, позволяющего на основе формирования оптимальной жизненной установки противостоять желанию попробовать наркотик даже в стрессовой ситуации.

Работая в области антинаркотического просвещения, следует избегать тактики запугивания, поскольку она неэффективна. При освещении последствий наркотизации надо придерживаться абсолютной истины во избежание потери доверия к просветительской деятельности энтузиастов антинаркотического движения. Нельзя оправдывать употребление наркотиков какими – либо причинами, за исключением их использование в медицинских целях (для обезболивания при хирургических операциях, для снятие болей на последних стадиях запущенных онкологических заболеваний). Специалист который занимается профилактикой наркомании необходимо занимать стойкую антинаркотическую позицию, позволяющую пересекать любые попытки аудитории оправдывать немедицинское употребление наркотических средств. Нужно показать как можно сделать свою жизнь здоровой, интересной и счастливой.

Таким образом, видна объективная необходимость в проведении первичной профилактики, то есть в предотвращении употребления наркотиков

Список используемой литературы

1. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. СПб.,М.: - Издатеьство БИНОМ, 1997.
2. Верминенко Ю.В., Келасьев В.Н. Профилактика наркомании в подростковой среде. СПб., 2001. – с.8-9.
3. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. – М.: 2003. с. 240.
4. Коробкина З.В., Попова В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: М.: академия, 2002. – c. 190.
5. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. // Обозр. Психиат. И мед. Психол., 1991/1, с.8-15.
6. Курек Н.С. нарушение психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте, 2001– с. 220.
7. Мустаева Ф.А. Основы социальной педагогики. – М.: Академический прект; Екатеренбург: Деловая книга, 2002. – с.416.
8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. Пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – с.176.

Социология молодежи: М.: Гардарики 2005, с. 335.

1. Тишина Е.А. Актуальные проблемы социального развития//Экономист. - №4, 1997. – с.16-17.
2. Хажилина И.М. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – с.228.
3. http: // narkotiki.ru «Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков».

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Под влиянием других людей, компаний | 85,5 |
| 2 | Из-за употребления спиртных напитков | 7,6 |
| 3 | От безделья, отсутствия занятий | 57,7 |
| 4 | От незнания всех последствий употребления наркотиков | 15,7 |
| 5 | Из-за стремления к удовольствию | 59,2 |
| 6 | Желание выглядеть взрослым | 23,3 |
| 7 | Чтобы забыть плохое | 35,1 |
| 8 | Отсутствует контроль взрослых | 13,8 |
| 9 | 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 |

1. Тишина Е.А. Актуальные проблемы социального развития//Экономист. - №4, 1997. – с.16-17. [↑](#footnote-ref-1)
2. Курек Н.С. нарушение психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте, 2001. – с. 200. [↑](#footnote-ref-2)
3. Девиантность и социальный контроль в России (XIX – XX вв.) : тенденции и социологическое осмысление. – Спб, 2000. Стр. 3. [↑](#footnote-ref-3)
4. «Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков». http: // narkotiki.ru [↑](#footnote-ref-4)
5. Социология молодежи: М.: Гардарики 2005, с. 250-251. [↑](#footnote-ref-5)
6. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. – М.: 2003. с. 5. [↑](#footnote-ref-6)
7. З.В. Коробкина, В.А. Попова Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: М.: 2002. - 62 [↑](#footnote-ref-7)
8. З.В. Коробкина, В.А. Попова Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: М.: 2002. – с.66. [↑](#footnote-ref-8)
9. Верминенко Ю.В., Келасьев В.Н. Профилактика наркомании в подростковой среде. СПб., 2001. – с.8-9. [↑](#footnote-ref-9)
10. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках., 1997 – с.63. [↑](#footnote-ref-10)
11. Хажилина И.М. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – с.25. [↑](#footnote-ref-11)
12. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. Пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – с.81. [↑](#footnote-ref-12)
13. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. Пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – с.84. [↑](#footnote-ref-13)