

**А.А. Марашева**

**АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ  
УСТОЙЧИВОСТЬ  
В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ  
ВОЗРАСТЕ**

Павлодар  
2005

**Марашева А.А.**

**Антинаркотическая устойчивость в младшем школьном возрасте.** - Павлодар, 2005. - 102 с.

**ISBN 9965 – 612 – 61 – 4**

Предлагаемая монография предназначена для детских врачей психиатров-наркологов, детских врачей общего профиля, психологов, педагогов и социальных работников

В данной монографии описываются основные подходы профилактики наркозависимости в детском возрасте, исследование известных концепций профилактической работы, концепция антинаркотической устойчивости, как новый взгляд на проблему наркомании, а также возможность развития дальнейшего подхода в профилактики в аспекте антинаркотической устойчивости

**Рецензенты:**

Кандидат медицинских наук А.С.Каражанова

Кандидат медицинских наук Т.В.Пак

**ISBN 9965 – 612 – 61 – 4**

**© РГКП “Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании”  
Республика Казахстан, Павлодар, 2005**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Основные подходы к профилактике наркозависимости в детском возрасте.....</b>	7
Биологический подход.....	8
Психолого-педагогический подход.....	11
Социологический подход.....	17
<b>Исследование известных концепций профилактической работы.....</b>	19
Исследование копинг-поведения в наркологии.....	20
Роль семьи, как фактора, оказывающего влияние на наркотизацию детей.....	24
Школьная дезадаптация её роль в наркотизации.....	29
Социально- психологические особенности аддиктивного поведения.....	32
Информационный фактор в профилактике наркомании.....	36
<b>Концепция антинаркотической устойчивости и ее формирование.....</b>	39
<b>Возможность развития дальнейшего подхода в профилактике в аспекте антинаркотической устойчивости.....</b>	42
Теоретические основы профилактики зависимостей от психоактивных веществ.....	43
Программы профилактики, основанные на формировании антинаркотической устойчивости.....	46
Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространенности наркозависимости в Республике Казахстан.....	51
<b>Концепция антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте.....</b>	53

<b>Свойства антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте.....</b>	<b>54</b>
Формирования конструктивной Я - концепции.....	55
Индивидуально-психологические особенности личности детей.....	56
Формирование адекватной самооценки и уровня притязания.....	59
Особенности развития самосознания у детей.....	60
Качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля) в детском возрасте.....	62
Наличие конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ.....	64
Наличие достаточных ресурсов для реализации конструктивного жизненного сценария.....	66
Информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации жизненных основных сценариев.....	68
Деструктивность семьи, как трансформация в личностные смыслы ребенка, влияющие на принятие решения употребления психоактивных веществ.....	69
<b>Диагностический аспект концепции антинаркотической устойчивости.....</b>	<b>75</b>
<b>Профилактический и реабилитационный аспекты концепции антинаркотической устойчивости.....</b>	<b>78</b>
<b>Список используемой литературы.....</b>	<b>84</b>

Проблема наркомании среди молодежи уже много лет является актуальной для нашей страны. Масштабы и темпы распространения наркомании ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи, будущее значительной её части, социальную стабильность нашего общества в ближайшей перспективе. Злоупотребление психоактивными веществами лишает сегодняшних детей как права вступить во взрослую жизнь, так и возможности внести значимый вклад в будущее своих стран и всего мира. Более того, некоторые дети сталкиваются с наркотическими веществами уже в утробе матери. Первое знакомство младенца с миром – это жестокие боли, которые он испытывает в связи с абстиненцией, из-за выработавшейся у матери привычки к наркотическим веществам. Многие государства уже внедрили систему правового, медицинского, социального и прочего обеспечения реабилитации наркоманов одновременно с мощной пропагандистской кампанией против наркотиков.

В Казахстане подобная система находится в зачаточном состоянии. Такое положение, на фоне роста числа наркоманов, количества преступлений, совершаемых под воздействием психоактивных веществ, требует от общества принятия радикальных незамедлительных мер. Эти меры должны быть предприняты как со стороны правоохранительных структур, так и со стороны средств массовой информации, учреждений здравоохранения, культуры, образования, а также национально ответственного бизнеса и населения в целом.

В переходный период развития нашего общества молодое поколение находится в очень сложной социально – психологической ситу-

ации. В значительной мере разрушены прежние, устаревшие стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых норм происходит медленно и хаотично. Молодые люди утрачивают ощущение смысла происходящего и не имеют определенных жизненных навыков, которые позволили бы сохранить им свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль. Молодежь и особенно дети, находясь под воздействием хронических, непрерывно возрастающих интенсивных стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и страдают от их последствий [Кошкина Е. А., 2002]. Это побуждает их искать средства, помогающие уходить от тягостных переживаний. И здесь на первое место вышла наркотизация детей, а также различные виды других негативных зависимостей. Отсутствие необходимых знаний, навыков и современных социально-адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения – родителей, педагогов и др. значимых лиц не позволяет им оказывать необходимое воспитательное воздействие на подрастающее поколение, поддержать их психологически и социально. Дети и молодежь, в целом, оказались одиноки и психологически беспомощны из-за утраченных связей со старшим поколением. Профессиональные группы лиц, работающие с ними, также нуждаются в выработке совершенно нового подхода к взаимодействию со своими подопечными. Для того чтобы обучить их новым формам поведения, сформировать стрессоустойчивую и наркоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется, во-первых, самим обладать необходимыми для этого качествами, а во-вторых, обладать знаниями, умениями и навыками обучения способности конструктивно решать жизненные задачи, формировать ценности здоровой личности. За счёт стремительного роста числа молодых людей, употребляющих наркотики, они превратились из обособленной группы потребителей в мощное субкультурное течение, способное существенно влиять на мировоззренческие позиции и ценностные ориентации уже нескольких поколений молодёжи. Развитие ситуации по указанному пути сделало крайне затруднительным влияние на неё традиционными мерами. Молодежная субкультура и её взрослое окружение оказались принципиально по-разному сориентированы в отношении злоупотребления наркотиками. На фоне того, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ стало у молодых социально приемлемым, все традиционные меры профилактического, разъяснительного и репрессивного характера, направленные «извне», не достигают цели. Профилактическая работа будет эффективна только в том случае, если не

ставить во главу угла необходимость изменить систему ценностей молодежной культуры в сторону неприятия употребления наркотиков и других психоактивных веществ, как способа жизни.

Столь масштабная задача может быть решена лишь путём объединения всего общества для выработки мер, позволяющих переориентировать молодых людей на принципиально иные способы преодоления трудностей и приобретения истинно позитивного жизненного опыта. Как представляется на сегодняшний день, системообразующими факторами антинаркотической политики являются профилактическое развитие антинаркотической устойчивости населения и поэтапное вытеснение психоактивных веществ из сферы человеческих потребностей.

### **Основные подходы к профилактике наркозависимости в детском возрасте**

Вопрос о том, как предотвратить возникновение зависимости, к которой молодой человек еще не приобщён, как “застраховать” его от попадания в ту или иную зависимость – это, на наш взгляд, вопрос эффективного воспитания и общественного доверия. Выбор молодым человеком жизненного пути сегодня сопряжён с необходимостью прохождения “минного поля” социальных напряжений, преодолеть которое в одиночку практически невозможно. Сам по себе запрет на удовлетворение любопытства в условиях изобилия противоречивой информации (например, о наркотиках) – от восторженной до сугубо отрицательной, как показывает жизнь, не может служить залогом спасения молодежи и, уж тем более, успешного решения данного вопроса.

Создание системы лично ориентированных воздействий на объект профилактики и организация активного (субъектного) участия в этом процессе самого объекта и есть психологический аспект в решении проблем профилактики негативных зависимостей. Создание такого рода системы возможно лишь при ясном понимании самого феномена негативной зависимости, алгоритма (генеза) её возникновения, условий её формирования, структуры потребностей и интересов современной молодёжи, форм и методов предупреждения зависимости и главное - субъекта профилактики. Учитель, который сам не обучен принципам профилактической работы, приносит больше вреда, чем пользы. Те, кто в большинстве своём, занимаются решением данной проблемы сегодня, судя по результатам их работы, катастрофически некомпетентны. Это касается учреждений образования, системы центров “Семья” и сотрудников органов здравоохранения. Их отчеты, как ни странно, переполнены победными достижениями [Фурсов О. Б., 2001].

Выделяют три основных подхода к изучению профилактики наркомании у детей – биологического, психолого-педагогического и социального. Остановимся подробнее на каждом из них.

### ***Биологический подход***

Существуют различия реагирования на наркотик, заложенные на генетическом уровне. Особенность реагирования человека на первую дозу наркотика была названа первоначальной чувствительностью к наркотику. Такая чувствительность, вероятно, заложена на генетическом уровне. Много средств затрачивается на исследование роли генетики в возникновении заболеваний, связанных с употреблением различных веществ. Значительное внимание ученых направлено на проблему употребления алкоголя. Считается, что врождённые различия восприятия (как результат воздействия на мозг) и обмена алкоголя играют решающую роль в процессе развития алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем. Определённая доза наркотика, принимаемого мужчиной и женщиной, будет больше влиять на женщину. Это зависит от большего процента содержания жира и, следовательно, меньшего содержания воды в женском организме. Процентное содержание жира также может влиять на действие наркотика двумя путями. Если в организме меньше воды, из-за большего количества жира, то наркотик будет иметь большую концентрацию в организме и, таким образом, будет оказывать большее воздействие [Гимадеев М. М., 1994]. К тому же, некоторые наркотики избирательно присоединяются к молекулам жира, поэтому наркотик в подобных условиях удаляется из организма намного дольше и действует в организме более длительное время. Вес тела – это один из составляющих компонентов в формуле вычисления дозы наркотика, так как концентрация наркотика зависит от количества крови и других биологические жидкостей в организме. Они разбавляют поглощённый наркотик. То есть, в организме полного человека больший объем крови и других жидкостей, поэтому количество наркотика, которое он принял, окажется в меньшей концентрации, чем в организме худого человека. Это приводит к уменьшению эффекта наркотика. Сила воздействия наркотика может зависеть от возраста в том случае, если употребляющий наркотик или очень молод или очень стар. Дети наиболее чувствительны к наркотикам, так как их ферментная система, усваивающая наркотик, может быть ещё не развита. В результате, наркотик остается активным очень долго. В подростковом возрасте ферментная система может быть ослаблена, в таком случае также происходит увеличение длительности действия наркотика



[Hamburg B. A. et al., 1975; Kandel D., 1982; Carroll K. M., 1996; McKay J. R. et al., 1997; Crits Christph P., 1999].

Конституционально-биологические особенности, как один из факторов, оказывающий воздействие на приобщение к психоактивным веществам, находят отражение в работах ряда авторов. В начале 80 годов была выдвинута гипотеза о двух видах наследственности при алкоголизме. Один проявляется - только в неблагоприятных социальных условиях, другой «чисто биологический ген алкоголизма» передается от отца к сыну и от матери к дочери [Bohman M., Sigvardsson S., Cloninger C. R., 1981; Макаров В. В., Гончарова Г. Н., Крыжановский Е. А., Литвинов Е. А., Грузман А. В., 1990; Ewing N., 1992; Arciti C., Pistone M., Persici P., Barbieri A., Santi L., 1994;].

Генетические аспекты алкоголизма изучались и отечественными авторами. У половины детей, страдающих токсикоманией, отцы страдают алкоголизмом [Антропов Ю. А., Ялдыгина Е. С., Павловский В. А., Яворский В. М., Могилева Д. П. Антропов А. Ю., 1989; Гунько А. А., 1991; Майский А. И., Салимов Р. М., 1995; Рожнова Т. М., 1996; Надеждин А. В., 1996]. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ изучены Анохиной И. П. [Анохина И. П., 1999]. По мнению Белогурова С. Б. [Белогуров С. Б., 1998], патология беременности, осложнённые роды, тяжело протекающие заболевания детского возраста, особенно нейроинфекции, легкая мозговая дисфункция, являются для ребенка факторами риска в отношении употребления психоактивных веществ.

В настоящее время открыт целый ряд закономерностей, доказывающих существование биологической предрасположенности к алкоголизму. Например, результаты исследований показали, что потребность в употреблении алкоголя связана с затруднением утилизации глюкозы. Этиловый спирт возмещает недостаток энергии и у человека возникает влечение к алкоголю [Островский Ю. М., 1992]. Большую роль в биологической алкогольной предрасположенности играет нарушение синтеза активного ацетила через обмен уксусной кислоты. Активный ацетил необходим организму, поскольку участвует в синтезе таких важных соединений, как холестерин, аминокислоты, ацетилхолин, кольцевые структуры гемоглобина и др. Этанол под действием ферментов также превращается в активный ацетил. Поэтому при нарушении процесса естественного синтеза активного ацетила возникает потребность в алкоголе как источнике искусственно «сырья» для его выработки [Островский Ю.М., Сатановский В.И., Садовник М.Н., 1986]. Дисбаланс между гормоном надпочечников (адреналином) и продуктами его распада (адренехромом и адрено-

лютином) также связан с влечением к алкоголю. Если концентрация адреналина превышает концентрацию продуктов его распада, то у человека возникает состояние немотивированной тревоги и напряженности, и, как известно, первой реакцией организма в стрессовой ситуации является «выброс» в кровь адреналина. Это психическое состояние облегчается употреблением алкоголя, поскольку он снижает уровень адреналина в крови, благодаря чему происходит нормализация нарушенного баланса. Существует ряд доказательств, что влечение к алкоголю вызвано нарушением функционирования различных глубинных систем организма, в первую очередь – ферментативных и гормональных. Эти нарушения носят наследственный характер. Однако наследственный характер состоит не в том, что передается особый ген влечения к алкоголю, то есть не сама зависимость от алкоголя, а механизмы, ответственные за нормальное функционирование обменных процессов. Такие нарушения могут быть результатом не только злоупотребления алкоголем родителями, но и других вредных воздействий на генетический код, в первую очередь радиационных, химических, токсических. Если родители или ближайшие родственники не злоупотребляли спиртными напитками, то это ещё не гарантия того, что у человека нет нарушений функционирования ферментативных или гормональных систем. Нужно заметить, что указанные особенности организма являются врождёнными, а значит, само функционирование биохимических процессов у такового человека провоцирует болезненное влечение к алкоголю. Именно поэтому уже первая проба алкоголя может стать роковой.

Наличие биологической предрасположенности к алкоголизму подтверждают и наблюдения за животными. Эксперименты над крысами показали, что в условиях свободного выбора между водой и 20% раствором спирта сразу обнаружилось индивидуальные склонности животных: 50% крыс полностью отвергли алкоголь и пили воду; 25% - оказались «умеренно пьющими», то – пили воду, то – раствор спирта; и 25% - употребляли исключительно алкоголь. Характерно, что большинство самок испытывали явное отвращение к спиртному [Островский Ю. М., Сатановский В. И., Садовник М. Н., 1986; Шейбак В. М., 1998].

Широко известно расовое отличие реакции на спиртные напитки. Так, у 90% монголоидов ощущение опьянения возникает при очень малых дозах и сопровождается избыточной сосудистой реакцией – резкое покраснение и отёчность кожи, повышение артериального давления, тахикардия. Среди европейцев людей, реагирующих на алкоголь подобным образом, гораздо меньше – 8%.

Подводя итог всему сказанному, можно сделать вывод, что наличие у некоторых людей глубинных биологических предпосылок для формирования психической и физической зависимости от психоактивных веществ обуславливает недопустимость даже однократного употребления психоактивных веществ лицами, не достигшими физической, психологической и социальной зрелости. Если взрослый, личностно зрелый человек, после первого употребления алкоголя почувствовал сильную тягу к спиртному, но при этом способен осознать опасность такой реакции и ради высоких жизненных целей готов навсегда отказаться от употребления алкоголя, то ребёнок, с несформированной антинаркотической устойчивостью, ещё не способен действовать на таком уровне саморегуляции.

### ***Психолого-педагогический подход***

Ряд научных работ посвящён изучению характерологических особенностей премоурбидной личности, склонной к употреблению и злоупотреблению психоактивных веществ. Неустойчивость эмоций, изменчивость настроения, сенситивность, излишняя самоуверенность, склонность к не признанию авторитетов, внушаемость, незрелость суждений, подражательность, поиск впечатлений [Райский Б. Ф., 1986; Раттер М., 1987; Гульдман В. В., Романова О. Л., Корсун А. М., Шведова М. В., 1989; Мельник Э. В., 1990; Матвеев В. Ф., Данилин А. Г., Дмитриева Е. Д., 1990; Геняйло С. П., 1990; Березин С. В., Лисецкий К. С., 1995, 1997, 1998, 2000; Райгородский Д. Я, 1996; Клименко Т. В., 1996], гедонистическое мировоззрение [Курек Н. С., 1996], психический инфантилизм [Надеждин А. В., Иванов А. И., Трифонов В. П., Авдеев С. Н., 1998] и аффективно-возбудимый тип, по мнению Дмитриевой Т. Н. являются факторами риска в формировании алкогольной зависимости у подростков [Поливанова К. Н., 1996].

Копинг – поведение – это способность совладания со стрессом, с начала 90 годов XX века привлекает внимание отечественных психологов, как один из психологических аспектов объяснения употребления психоактивных веществ [Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1996, 2003]. Различают следующие типы людей, склонных к употреблению наркотических веществ: а) личности с преобладанием истероидных черт; б) с преобладанием устойчивых черт; в) астенические личности; г) гипертимные личности; д) эпилептоидные личности с вязким аффектом; е) возбудимые личности [Битенский В. С., Личко А. Е., 1988, 1989, 1991].

На основе возникновения личностного сознания возникает кризис 7 лет. Основная симптоматика кризиса [Миссен П., 1982; Не-

мов Р. С., 1994; Обухова Л. Ф., 1996]: 1) потеря непосредственности - между желанием и действием вклинивается переживание того, какое значение это действие будет иметь для самого ребёнка; 2) манерничанье: ребёнок пытается преподнести себя по-другому, что-то скрывает (уже душа закрыта); 3) симптом «горькой конфеты»: ребёнку плохо, но он старается этого не показывать. Возникают трудности воспитания: ребенок начинает замыкаться и становится неуправляемым. В основе этих симптомов лежит обобщение переживаний. У ребёнка, продолжает Обухова Л. Ф., возникла новая внутренняя жизнь, жизнь с переживаниями, которая прямо и непосредственно не накладывается на внешнюю жизнь. Но внутренняя жизнь безразлична для внешней, она на неё влияет.

Симптом, пересекающий дошкольный и младший школьный возрасты, становится «симптом потери непосредственности» [Выготский Л. С., 1984]: между желанием что-то сделать и самой деятельностью возникает новый момент – ориентировка в том, что принесёт ребенку осуществление того или иного вида деятельности. Это внутренняя ориентация в том, какой смысл может иметь для ребенка осуществление деятельности: удовлетворение или неудовлетворение от того места, которое ребенок займёт в отношениях со взрослыми. Здесь впервые возникает эмоционально-смысловая ориентировочная основа поступка. Согласно взглядам Д. Б. Эльконина, там и тогда, где и когда появляется ориентация на смысл поступка, там и тогда ребенок переходит в новый возраст. Диагностика этого перехода – одна из самых актуальных проблем современной возрастной психологии. К этой проблеме непосредственно примыкает проблема готовности ребенка к школьному обучению. Исследования Н. И. Гуткиной, Е. Е. Кравцовой, К. Н. Поливановой, Н. Г. Салминовой и многих других психологов посвящены подробному анализу этого сложного феномена. Выготский Л. С. говорил, что готовность к школьному обучению формируется в ходе самого обучения. К концу дошкольного возраста мы имеем три линии развития [под ред. Хрипковой А. Г., 1981]: 1) формирование произвольного поведения; 2) овладение средствами и эталонами познавательной деятельности; 3) переход от эгоцентризма к децентрации. К этим трём линиям, которые были проанализированы Эльconiным Д. Б., следует добавить мотивационную готовность ребенка к школьному обучению.

Многие исследования [Чудновский В. Э., 1986; Давыдов В. В., 1986; Братусь Б. С., 1988; Залесский Г. Е., 1994; Фельдштейн Д. И., 1994; Эльконин Д. Б., 1995; Божович Л. И., 1995; Зайцев В. В., 1996; Мухина В. С., 1996; Ягловская Е. К., 1998;] отмечают, что наиболее

сензитивным для воспитания идеала и превращения его в регулятор поведения является подростковый возраст, хотя уже в младшем школьном возрасте оценочные отношения к себе и окружающим начинают влиять на саморегуляцию поведения. Именно в этот период формируется структура нравственных убеждений, которая становится устойчивой, принимает участие в регуляции поведения. Закладываются базовые основания личности – ценностная сфера и отношения Я - другой, которые сохраняются вплоть до взрослого возраста [Бернс Р., 1983; Бодалев А. А., 1983; Непомнящая Н. И., 1992].

По данным психологических исследований учебная деятельность [Божович Л. И., Морозова Н. Г., Славина Л.С., 1951; Савонько А., 1970; Макеева А. Г., Лысенко И. В.; 1995] не способствует моральному росту, несёт в себе сдерживающий фактор, поддерживает эгоистические мотивы у учащихся. Однако некоторыми исследователями подчеркивается её положительное влияние. Исследователями отмечается положительная роль факторов учебной деятельности как установки на общий, а не на индивидуальный результат, на совместную, а не на индивидуальную работу [Якобсон С.Г., 1984; Рубцов В.В., 1987; Цукерман Г.А., 1994; Мильруд Р.П., 1997; Хухлаева О.В. 2001]. В школе расширяются нравственные знания детей посредством ознакомления с художественными произведениями, что углубляет понимание смысла нравственных поступков [Под редакцией Г. В. Бурменской, 1999].

Было показано [Коломенский Я. Л., 1984], что в игровой деятельности у младших школьников складываются коллективистские взаимоотношения более высокого уровня, чем в трудовой, а также в познавательной деятельности. Усвоение нравственных норм у младших школьников легче происходит в игре [под ред. Хрипковой А. Г., 1881; Немов Р. С., 1994; Кулагина И. Ю., 1997].

Игра перспективна в развёртывании сюжета, создаётся большая степень зависимости между ролями и игровыми действиями участников, между детьми устанавливаются дружеские отношения [Лисина М. И., 1997]; подключение пассивных детей к лидерам «демократического» типа способно улучшить взаимоотношения в группе [Зеньковский В. В., 1996]. Игровые действия должны быть ориентированы не только на события, но и на партнёров по игре [Антонова Т. В., 1995].

Указывается, что коллективистские отношения между детьми являются необходимой предпосылкой усвоения простых нравственных норм [Кравцова Е. Е., 1979; Запорожец А. В., 1986]. Наличие выраженной ориентации на сверстника является важным условием усвоения нравственных норм взаимопомощи [Под ред. Т. А. Репи-

ной, 1978]. Разработаны некоторые средства формирования такой ориентации, как наблюдение за особенностями и условиями деятельности сверстников, их мимикой, позой, движениями [Под ред. Т. А. Репиной, 1987; Гудзовская А. А., Сураева Г. З., 1996].

Таким образом, происходит усвоение нравственных норм, что является одним из показателей психологического здоровья, определяющегося наличием компонентов антинаркотической устойчивости, поименованных в предыдущем разделе.

Важным моментом в нравственном развитии младшего школьника является воспитание нравственных чувств в условиях учебной деятельности: чувства ответственности (способность понимать соответствие результатов своих действий нормативам) и сопереживания (понимание другого, предвидение его возможного поведения, моральная и реальная поддержка). У учителя есть реальные возможности и средства правильно сориентировать ребенка: убеждение, внушение и организация подражательной идентификации [Зейгарник Б. В., 1971; Ушаков Г. К., 1973; Мухина В. С., 1975, 1981; Захарова А. В., 1989; Захаров А. И., 1993]. Следует отметить, что чувство ответственности является одним из самых важных качеств в формировании антинаркотической устойчивости, психологического здоровья. Под психологическим здоровьем понимается способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстротекущей, агрессивной среде [Cahill - Fowler., 1990; Damon W., 1991].

Задачей воспитания в младшем школьном возрасте является:

- развитие произвольного уровня нравственной саморегуляции путём формирования навыков, необходимых для выполнения нравственных требований;

- развитие произвольности поведения и доведения досознания ребёнка противоречия между его представлением о себе как нравственном образе и его действительным поведением [Под редакцией Г. В. Бурменской, 1999, Максимова Н.Ю., 2000].

Под руководством В. В. Давыдова совместно с Труновой Н. М., Фокиной Н. Е., Евлановой Н. С. [Под ред. В. В. Давыдова, 1982] было проведено исследование. В его основе лежало предположение, что для полноценного, разностороннего нравственного развития младших школьников, наряду с организацией во внеклассной работе их коллективной деятельности и общения с окружающими, основанными на нормах нравственности (сотрудничество, взаимопомощь, коллективный труд), необходимо усвоение детьми в процессе разверну-

той учебной деятельности основ нравственных знаний. Установлено, что по мере возрастного развития поведение младших школьников становится всё более осознанным – они чаще совершают поступки, продиктованные осознанным решением и реализуемые собственным волевым усилием [Кон И. С., 1978, 1984, 1988; Комиссарова Б. Г., Роменко А. А., 2000]. При этом существенно возрастает роль нравственных представлений и нравственных образцов, с которыми дети соотносят свои действия. Уровень оценки детьми нравственно-конфликтных ситуаций, в общем, и в целом, соответствуют уровню развития у них основ теоретического мышления.

Н. В. Раннала, указывая на социально - психологические условия формирования младшего школьника как субъекта общения, описывает практические приемы, направленные на развитие нравственного поведения в начальной школе: 1) в ходе игры младший школьник развивает такие важные черты личности, как эмпатия и рефлексия; учится выражать свои эмоции, корректирует самооценку; 2) важно проводить беседы и диспуты об отношениях детей и детской дружбе; 3) групповая работа на уроке создает оптимальные условия для развития коммуникативных умений и навыков, помогает понимать и оценивать других людей, регулировать свое поведение в соответствии с требованиями группы; 4) диалог между педагогом, чей авторитет очень высок, и учащимися способствует тому, что ребенок, перенимает нормы поведения в разговоре, учится решать конфликтные ситуации, копирует манеру и стиль поведения [Баландин В.А., 1999].

Л. И. Кутергина утверждает, что важнейшим детерминантом морального поведения у младшего школьников является нравственная самостоятельность, т.е. стремление и умение школьника осуществлять нравственные поступки и действия без посторонней помощи, руководства извне, преодолевая при этом встречающиеся затруднения. Формирование нравственной нормы предполагает: 1) усвоение знаний о формируемой нравственной категории; 2) формирование мотивов, обеспечивающих положительное отношение к поведению; 3) овладение способами поведения в конкретных ситуациях; 4) обобщение и перенос способов поведения в другие жизненные ситуации. Одним из наиболее доступных путей предвидения результата действия является обучение младшего школьника раскрытию причинно-следственных связей.

Опыт психолого-педагогической практики [Гаврилова Т. П., 1983; Хювеш И. Э., 1987; Рубцов В. В., 1987; Радченко А. Ф., Рохлина М. Л., 1990; Пряникова В. Г., Равкин З. И., 1995; Еникеева Д. Д., 1999; Панина Г., 2001] убеждает, что для младшего школьника характерно вни-

мание к нравственной стороне поступка, желание дать ему моральную оценку, получить оценку окружающих. В школе это благоприятное время для усвоения этических норм часто упускается, что приводит к разрыву между моральным сознанием и поведением в последующем развитии.

Придавая важность возрастному периоду, в большинстве случаев высказывается мнение, что младшие школьники, особенно первоклассники, не могут с полным правом быть названы моральными [Под ред. В. А. Петровского., 1995]. Одна из причин состоит в том, что поступки в младшем школьном возрасте зависят главным образом от внешних обстоятельств, авторитета или одобрения [Борохов А. Д., Исаев Д. Д., 1989; Братусь Б. С., 1997], отсутствия соответствующего опыта [Залесский Г. Е., 1994], несформированности средств и способов субъективного выражения реальных взаимоотношений [Мухина В. С., 1981]. Указывается, что младшие школьники усваивают нравственные нормы в основном на авторитарной основе [Якобсон С. Г., 1984; Братусь Б. С., 1988; Венгер А. Л., Цукерман Г. А., 1993].

Очевидно, что младший школьный возраст обладает уникальным потенциалом для стимулирования моральности. В ходе учебной деятельности продолжает формироваться произвольность, начинают доминировать нравственные ценности, дети в большой степени ориентируются на авторитет учителя и одновременно проявляют стремление к самостоятельному осуществлению нравственных поступков, начинается закладываться автономия [Гаврилова Т. П., 1983; Кулагина И. Ю., 1997; Панина Г., 2001].

Российскими психологами разработаны практические приёмы для начальной школы, требующие широкого внедрения. Необходимо отметить, что отечественная психолого-педагогическая практика, в отличие от западной, испытывает потребность в разработке образовательных программ по стимулированию морального развития у младших школьников, а так же формирования фундаментальных взаимообусловленных, взаимозависимых, взаимодополняющих способностей человека. Эти способности обеспечивают: 1) присутствие в реальности как активного объекта (соматическое здоровье); 2) взаимодействие с реальностью как полноценного субъекта (психическое здоровье); 3) усвоение, переработки и генерации, адекватно адаптирующей индивида и социум к быстро меняющейся среде (психологическое здоровье).

Совокупность вышеназванных способностей обуславливает реализацию фундаментальной функции самоорганизации, саморазвития, которая и выступает как категория общего, интегрального здоровья



человека [Катков А. Л., 2002; Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2002]. Естественным приоритетом в приведенной конструкции выступают свойства психологического здоровья. Ценность данной категории абсолютна, в то время как ценность других категорий здоровья опосредуется через свойства психологического здоровья. То есть современного человека телесное здоровье интересует в той степени, в которой оно обеспечивает реальность психологических феноменов, известных как качество жизни и как позитивная идея жизни.

### ***Социологический подход***

Многочисленные исследования российских и зарубежных специалистов свидетельствуют о мультифакторной природе возникновения наркомании [Бабаян Э. А., Гонопольский, 1987; Коломеец А. А., 1989; Болотовский И. С., 1989; Christopher Lowry, 1995; Романова О. Л., 1997; Драган Г. Н., 1997; Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е. 1998; Соловов А. В., 1999]. В работах [Битенский В. С., Личко А. Е., 1988; Антропов Ю. А., Ялдыгина Е. С., Павловский В. А., Яворский В. М., Могилева Д. П. Антропов А. Ю., 1989; Мельник Э. В., 1990; Милушева Г. А., Найденова Н.Г., 1992; Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е., 1998] подчеркивается роль социальных и микросоциальных факторов в этиологии возникновения наркомании. Чаще всего знакомство с наркотическими веществами происходит в кругу сверстников [Гульдан В. В., Корсун А. М., 1990].

Имеет значение тип учебного заведения. Распространенность употребления наркотических веществ среди учащихся СПТУ больше, чем среди школьников [Скворцова Е. С., Кутина Л. С., 1995]. Проводился сравнительный анализ употребления алкоголя между учащимися СПТУ, ВУЗов и общеобразовательных школ города Чебоксары в Российской Федерации [Булыгина И. Е., Цетлин М. Г., Павлова А. З., Захаров В. Н., 1998]. В целом уровень образования находится в обратной зависимости от процента лиц, курящих, употребляющих наркотические вещества, алкоголь [Драган Г.Н., 1997]. Формирование мировоззрения у детей в отношении психоактивных веществ зависит от политики учебного учреждения в вопросе потребления наркотических веществ, употребления алкоголя, курения табака, личного примера учителей [Подстрелов А.В., 1988; Егоров В.Ф., Врублевский А.Г., Воронин К.Э., 1989; Гульдан В.В., Романова О.Л., 1990] и внедрения профилактических мероприятий [Кузнецов И.В., 1996].

На приём наркотиков (или его сдерживание) могут оказать влияние этно-культуральные особенности, исторические и религиозные традиции [Совичко Н. С., 1992; Романова О. Л., 1997].

«Социальная депрессия», падение уровня жизни большинства населения, утрата прежде культивируемых моральных ценностей, по мнению ряда авторов [Цетлин М. Г., Кошкина Е. А., Шведова М. В., 1992] являются одними из причин увеличения распространенности употребления психоактивных веществ в России. Значительную роль в распространенности употребления психоактивных веществ в обществе играет их доступность. Массовому распространению вредных привычек среди подростков способствует атмосфера общей доступности алкоголя и табачных изделий, которая господствует в последние годы. При продаже спиртных напитков и табачных изделий часто не соблюдается возрастной ценз [Schickit M. A., 1981; Commings K. M., Hyland-A., Saunders-Martin-T., Perla-J., 1998]. С точки зрения стоимости алкоголь и табак доступнее многих продуктов питания [Скворцова Е. С., Кутина Л. С., Ушакова Г. И., 1995; Иванова Н., Бирун Н., 2001]. Авторы видят причины пьянства в особенностях процесса социализации, деформировавших культурные нормы поведения, в том числе и потребление алкоголя.

Средства массовой информации (СМИ) различным образом могут влиять на употребление наркотических веществ. В последние годы возник некий «информационный бум». Сведения о психоактивных веществах преподносятся с желанием произвести сенсацию. Подобная широко и бесконтрольно распространяемая информация может оказать неблагоприятное влияние на подростка [Битенский В. С., Личко А. Е., 1988], но с другой стороны, для большинства подростков телевидение является одним из наиболее распространенных источников для получения информации о вреде наркотических веществ. Анализ ответов на анкетный вопрос «Информацию о вреде курения, алкоголя, наркотических веществ вы получаете от...?» свидетельствует, что на первом месте находятся СМИ (45-80%), далее идут родители и учителя (9-17%), на одном из последних мест находятся медицинские работники (5-7%) [Егоров В. Ф., Врублевский А. Г., Воронин К. Э., 1989; Скворцова Е. С., Кутина Л. С., Ушакова Г. И., 1995]. Основным источником информированности (преимущественно в виде отрывочных сведений) о вреде курения, алкоголя, наркотиков являются не родители, а передачи на радио и телевидении. Средства массовой информации являются очень мощным фактором воздействия на сознание подростка, и политика СМИ в этом отношении должна быть продуманной, с учетом законов массовой и возрастной психологии [Цетлин М. Г., Кошкина Е. А., Шамота А. З., Надеждин А. В., 1997]. Необходимы запрет на рекламу табака, алкоголя и пропаганда здорового образа жизни через средства массовой информации [Се-

гал Б. М., 1967; Виноградов П. Б., Медянкин А. В., Соловьева Л. Н., Дмитрук И. И., Ромашевская Н. Ю., 1996; Иванец Н.Н., 1997]. Показ по телевидению фильмов, передач с фрагментами употребления наркотических веществ, алкоголя, табака, щиты на улицах городов с рекламой табачных изделий, на радио поп и рок музыка, песни, откровенно призывающие к употреблению наркотических веществ, анекдоты о наркоманах, печатные издания (газеты, журналы, плакаты, постеры) являются скрытой или явной рекламой наркотических веществ.

В настоящее время серьезность проблемы наркомании усугубляется быстротой и непредсказуемостью её распространения. Растут объемы продаж наркотических веществ на рынке сбыта, их доступностью, увеличился приток синтетических психоактивных веществ. Появилась практика одновременного злоупотребления несколькими веществами сразу. Вдыхание, глотание или курение наркотических веществ вытесняются эпидемией их инъекирования, что сопряжено с риском превышения смертельной дозы и скорой выработки сильной зависимости. Наблюдается снижение возраста первого приобщения к наркотику. Среди школьников выросло число злоупотребляющих ингалянтами. Социальные последствия в результате изменений личности, вызванных наркотиками, затрагивают не только самих наркоманов, но и окружающих их людей и общество [Альтшулер В. Б., Надеждин А. В., 2001, 2002].

Неуклонный рост числа подростков, употребляющих алкоголь и наркотики, делает эту работу актуальной и необходимой. Её эффективность может быть значительно повышена в результате объединения усилий работников педагогических, медицинских, правовых, социальных учреждений, конфессиональных и общественных организаций. Болезнь легче предупредить, чем ее лечить.

### **Исследование известных концепций профилактической работы**

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) принята классификация профилактики, предусматривающая первичную, вторичную и третичную её формы.

Первичная профилактика – это работа с популяцией условно здоровых людей, в которой существует определённое количество лиц из группы риска. Это система действий, направленная на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения с одновременным изменением дезадаптивных, уже сформированных, нарушенных форм поведения. Целью первичной профилактики является снижение спроса на наркотики и другие психоактивные вещества среди населения, уменьшение числа лиц, входящих в группу повышенного риска.

Вторичная профилактика направлена на популяцию людей, у которых поведение риска уже сформировано. Она представляет собой систему, направленную на изменение уже сложившихся дезадаптивных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий. Её целью является снижение заболеваемости наркоманиями.

Третичная форма – это профилактика рецидивов, направленная на уменьшение риска возобновления употребления наркотиков и активацию личностных ресурсов, способствующих адаптации к условиям среды и формированию социально-эффективных стратегий поведения. Эта форма профилактики направлена на группу лиц, имеющих зависимость от наркотиков или других психоактивных веществ и желающих прекратить их употребление. Целью третичной формы является уменьшение тяжести негативных медико - социальных последствий злоупотребления психоактивными веществами у населения, в особенности у детей и подростков.

Перемены, происходящие в окружающем мире, не дают возможности создать постоянно действующую концептуальную модель профилактики наркоманий и токсикоманий. Требуется непрерывное обновление и совершенствование профилактических подходов. При этом необходимо учитывать уже существующие «работающие» концептуальные модели.

### ***Исследование копинг-поведения в наркологии***

Употребление психоактивных веществ более вероятно, когда степень стресса высока и когда ресурсы личности и среды истощены. Большим наркоманией свойственна низкая эффективность функционирования блока личностно - средовых ресурсов; негативная, слабо сформированная Я - концепция, низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффиляции, интернального локуса контроля, отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающих и т.д. [Абшаихова У. А., Сирота Н. А.; 1991; Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажиллина И. И., Видерман Н. С., 2001].

В работах ряда авторов приведены интересные данные о распространённости алкоголизма и неврозов и их соотношении в различных странах. В условиях запрета на потребление алкоголя этническими, религиозными и т.п. нормами алкоголизма практически нет (либо в единичных случаях), однако уровень заболеваемости неврозами высок. В условиях же терпимого отношения к потреблению алкоголя число случаев заболеваемости неврозами снижается [Fenichel O., 1946; Glover E., 1963; Laighton A. N. 1969; Westermeyer J., 1982; Brewin C. R.,

1988; Amirkhan J. H., 1990]. Одним из первых российских исследований копинг-поведения в наркологии является работа В. М. Ялтонского, посвященная изучению копинг-поведения больных наркоманией мужчин. Автор исследовал больных молодого и зрелого возраста, находящихся на принудительном лечении и установил, что в их поведении является ведущей – стратегия «избегания». Реже всего больные применяли стратегии «активного разрешения проблем» и «поиска социальной поддержки». Для «избегания» решения проблем больные использовали психофармакологические способы и механизмы психологической защиты. Защитным механизмом выступала, в данном случае, пассивная стратегия совладания со стрессом, с помощью которой человек активно (конструктивно) или пассивно (неконструктивно) уменьшал эмоциональный компонент дистресса [Ялтонский В. М., 1995].

Н. С. Видерман было проведено исследование совладающего поведения больных с зависимостью от алкоголя, особенностей их копинг-стратегий и личностных ресурсов. В ходе исследования установлено, что в процессе развития алкогольной зависимости формируются дезадаптивные поведенческие паттерны, препятствующие адекватному совладанию со стрессом. Формирование зависимости от алкоголя становится вероятным на фоне длительного стрессового воздействия высокой интенсивности из-за недостаточности психологических механизмов совладания. Злоупотребление алкоголем при этом становится доминирующим способом преодоления эмоционального дистресса, ухода от жизненных проблем и достижения иллюзорного благополучия.

Важным аспектом психологических исследований копинг-поведения в наркологии является изучение социальной поддержки как фактора, уменьшающего стресс. Авторами исследовалась значимость социальной поддержки в совладании с проблемой, изучалось восприятие социальной поддержки больными алкоголизмом и наркоманиями. В. М. Ялтонский отмечает, что люди, получающие эффективную помощь (социальную поддержку) от семьи, друзей, значимых для них лиц и социальных групп, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят жизненные трудности, более устойчивы к развитию различных заболеваний. Н. А. Сирота показала важную роль социально-поддерживающего процесса в преодолении стрессовых ситуаций.

Низкая степень социальной интеграции становится одной из определяющих характеристик социально - поддерживающих сетей лиц, зависимых от алкоголя. Систематическое злоупотребление алкоголем приводит к социальной изоляции больных, нарушаются семей-

ные, трудовые и другие отношения, что вызывает укрепление нежелательных контактов больных между собой [Меньшикова Е. С., 1993; Максимова Н. Ю., 1997]. Нарушенные семейные отношения подавляют у членов семьи желание оказывать помощь больному, стиль жизни которого ведёт к дезинтеграции и распаду семьи. Социально - поддерживающее поведение членов семьи не совпадает с запросами больного. Это приводит к негативному восприятию пациентом такой «поддержки», вызывает её активное отвержение. На развёрнутом этапе заболевания для больного практически перерастает существовать понятие «друзья». Их место начинают занимать партнёры по алкоголизации. Другие близкие люди («значимые другие») становятся для больных источником материальных средств, необходимых для продолжения алкоголизации [Алемаскин М. А., 1968; Сидоров П. И., 1982; Лисицын Ю. П., Сидоров П. И., 1990].

Н. А. Сирота установила, что в детском возрасте развиваются как базисные, так и ситуационно-специфические копинг-стратегии, определяющие формирование индивидуального копинг-поведения, которое по мере возрастания становится основой жизненного стиля личности. Для воспитывающихся в семье детей характерно использование активных поведенческих стратегий, направленных на разрешение проблем и поиск социальной поддержки. Дети, воспитывающиеся в детском доме, используют в качестве ведущей – стратегию избегания; дети с аддиктивным поведением – стратегию поиска социальной поддержки. Использование, несвойственных возрасту «детских» копинг-стратегий, детьми, воспитывающимися вне семьи и детьми с аддиктивным поведением способствовало формированию дезадаптивных форм их поведения.

Х. Фримен показала, что наркотизация детей влияет на их отношения с социальным окружением. Употребление детьми марихуаны приводит к увеличению дистанции в отношениях между ними и родителями. Путем самоизоляции, употребляя наркотики и увеличивая своё личное пространство, дети защищаются от стрессогенного влияния социальной среды [Freeman H., 1988; Безносюк Е. В., Соколова Е. Д., 1997].

Выявлено, что употребление детьми наркотиков связано с отсутствием социальной поддержки или неадекватной поддержки, что способствует использованию алкоголя и наркотиков как попытки совладания со стрессом [Rachman S., Wilson G.T., 1980; Parkes K.R., 1984]. Похожие результаты получены М. Уиндл. Отсутствие поддержки со стороны друзей в стрессовых ситуациях способствовало возникновению у детей депрессии и приводило к употреблению алкоголя [Windle M., Hooker K., Lenen K., East P., 1986].

У детей с аддиктивным поведением недостаточно развиты звенья социально поддерживающего процесса. У них наблюдается особенно низкий уровень восприятия социальной поддержки со стороны семьи, а также сверстников, не связанных с наркотиками, значимых других лиц. При этом дети имеют достаточно высокий уровень поиска социальной поддержки. Невозможность получить необходимую поддержку в семье и у близких значимых людей приводит детей с аддиктивным поведением в наркотизирующиеся группы [Сирота Н. А., 1994]. Сирота Н. А. изучала и механизмы психологической защиты у детей и выявила, что при помощи гашиша и других психоактивных веществ, за счет изменения своего психического состояния, дети пытались «уйти» от реальной действительности, не испытывать давления среды, избежать решения сложных жизненных проблем. Стратегия избегания была представлена различными формами защитных, пассивных, подсознательных механизмов преодоления стресса. Дети игнорировали, подавляли, не воспринимали критически противоречащую представлениям о себе информацию или использовали её частично. Неприятные ситуации «забывались». Психическое напряжение снижалось фармакологическими способами, путем физической или вербальной агрессии, направленной на посторонних лиц [Ялтонский В. М., 1995]. Сравнивая копинг-поведение здоровых и больных наркоманией детей, некоторые авторы отмечали, что у здоровых детей наблюдается выраженное преобладание активных копинг-стратегий в структуре копинг-поведения. В. М. Ялтонский подчеркивает, что в процессе перехода от аддиктивного поведения к наркомании у детей происходит деформация стратегии поиска социальной поддержки. У детей, больных наркоманией, ведущей поведенческой стратегией является «избегание»; промежуточное положение занимает «стратегия разрешения проблем»; наиболее слабо выражена «стратегия поиска социальной поддержки». Развитие эмпатии и аффиляции как коммуникативных навыков уменьшает стрессовое воздействие и положительно влияет на другие составляющие совладающего поведения здоровых детей. Недостаточно развитые коммуникативные навыки больных наркоманией детей затрудняют формирование активных копинг-стратегий. Для здоровых детей характерны широкие социальные связи, в их социально поддерживающий процесс включены семья, друзья, значимые другие лица. Ими активно используется и воспринимается социальная поддержка. У больных наркоманией детей социальная сеть распадается, не обеспечивая удовлетворения потребности в социальной поддержке. Для этих детей характерна низкая интенсивность использования стратегии «поиск социальной поддержки» и низкое ее восприятие [Сирота Н. А., 1994].

Современные научные исследования доказывают, что к формированию у детей зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ у детей ведёт недостаточное развитие у них личностных и средовых ресурсов, использование ими эффективных копинг-стратегий. Следовательно, целью профилактической работы является оказание помощи детям в осознании механизмов формирования их собственного поведения; формирование у них адекватного представления о себе, социальной компетентности, умения принимать на себя ответственность за свою жизнь, умения общаться с окружающими, сопереживать им; находить и оказывать поддержку и т.п. Лучше всего такого рода работу проводить в форме тренинга, в ходе которого повышается компетентность в области взаимодействия с социальной средой, коммуникации, самосознания, а также усваиваются соответствующие знания о психоактивных веществах, воздействие на организм и психику человека и о механизмах формирования заболевания наркоманией и токсикоманией.

### ***Роль семьи, как фактора, оказывающего влияние на наркотизацию детей***

С точки зрения системной семейной психотерапии семья – это вид социальной системы, характеризующийся определенными связями и отношениями её членов, проявляющимися в круговых паттернах взаимодействия, в их структуре, иерархии, в распределении ролей и функций. Семья – один из элементов микросреды, в которой формируется личность человека. В семье действует сложная система взаимоотношений, где каждый её член занимает определённое место, участвует в выполнении определённых функций, поддерживает приемлемый уровень межличностных взаимодействий. Семья представляет собой динамическую микросистему, находящуюся в постоянном развитии. В ней, как в интимной первичной группе, предполагается эмоциональное влечение её членов друг к другу, уважение, преданность, симпатия и любовь, которые способствуют доверительности в отношениях. Практически в 95% случаев наркомании у детей мы сталкиваемся с семьями, где перечисленные параметры нарушены и имеют негативное влияние на развитие личности ребенка.

Не меньшее значение в формировании антинаркотической устойчивости у детей имеет психологическая обстановка в семье. Ряд зарубежных исследователей среди неблагоприятных факторов называют нарушение эмоционального контакта между ребёнком и матерью, длительное разобщение ребёнка с матерью, отсутствие отца, хронические психические травмы [Allgaier A., 1978; Parker W. A.,



1980; Bornstein M. H., 1989; Bretherton I., 1992; Бреслав Г.М., 1990; Букановская Т. И., 1992]. Отклонение в воспитании и конфликты, помещение в больницу без матери, начало посещения яслей и детского сада, рождение брата или сестры могут привести к школьной неуспеваемости [Захаров А. И., 1993].

В психоаналитической концепции детально рассматриваются отношения матери и ребенка. В концепции объектных отношений основной акцент генеза знаний делается на понятии оральной зависимости, которым обозначается злобное чувство, что «Я» - «Другой» (здесь имеется в виду мать) обладает и наслаждается чем-то желаемым (еда, молоко). По мнению К. Abraham, оральная зависимость – это одна из движущих сил, побуждающих ребенка стремиться проникнуть в тело матери, с которой связано стремление к знанию [Wolff P. H.].

Вступая в жизнь, младенец, с одной стороны, имеет дело с неведомым ему миром, а с другой – с хаосом собственных чувств. Мать находится рядом с ним, чтобы удовлетворить его потребности как биологические (пища, гигиена), так и эмоциональные и позитивные. Именно она упрочивает его неокрепшее «Я» ребёнка и даёт ему первое представление о мире. Klein утверждает, что именно отношения мать-ребёнок являются главной предпосылкой и основным источником развития личности ребенка [Логинова Н. А., 1978; Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г., 1990].

Для D. W. Winnicott основной причиной способности его Эго включить в себя Оно, т.е. принимать его инстинктивные влечения и сохранять способность переживать состояния хаоса, которые могут появиться на стадии холдинга, является материнская забота. Она реализует Эго младенца, делая его сильным и устойчивым. На этой стадии, продолжает D.W. Winnicott, начинают развиваться и другие процессы: происходит возникновение интеллекта как чего-то отличного от психики. С этим соглашается и I. Saltzberher – Whitenberg, считающая, что природа связи между матерью и ребенком образует основу последующих переживаний, восприятия, удерживания и воспроизведения знаний либо на психическом, либо на эмоциональном, либо на соматическом уровнях [Main M., & Hesse E., 1990].

С одной стороны, все исследователи подчеркивают тот факт, что первоначальное эмоциональное участие матери в жизни ребенка способствуют пуску мышления, практическому освоению действительности и формированию поведения. Способность матери понять, когда ребенок сможет выдержать определенные фрустрации и не удовлетворять все его потребности автоматически, как это было в период беременности. Мышление начинается как индивидуальная реакция мла-

денца на дифференцированную неадаптивность матери. Младенец, таким способом, оказывается способным терпеть неадаптивность матери к потребностям его «Эго» и фрустрацию его инстинкта. Он замещает хорошую мать, делая ее ненужной для себя. Родители, не удовлетворяя полностью потребности ребенка, заставляют «Я» ребенка отрабатывать механизмы, которые будут поддерживать «образ Я».

С другой стороны – это способность матери мирится с болезненными эмоциями, которые развиваются у ребенка в ответ на конкретную фрустрацию. М. Klein утверждает, что мать, которая в состоянии выдержать боль, причиняемую ей ребенком, не позволяя ей захлестнуть себя, становится рецептором эмоций, вызывающих у ребенка страх. Принимая эту ситуацию с любовью, она дает ребенку понять, что в мире есть кто-то, кто может контролировать вещь, вызывающую у него страх, не давая ему раствориться. В результате ребенок перестает бояться этой вещи, либо она уже не кажется ему такой страшной. Как только тревога младенца стихает, он оказывается способным интериоризировать объемлющую мать, что дает ему возможность лучше справляться со своим внутренним миром, обогащая его [Логонова Н.А., 1978].

К этой «всеобъемлющей» родительской функции W. R. Bion добавил функцию родительского анализа. Задача родителя – не только вынести какое-то переживание, но и проанализировать его природу, осознать его и придать ему некий смысл. Когда это имеет место, ребенок интериоризирует интеллект, способный удерживать мысли [Main M., & Hesse E., 1990].

Britton называет идею W. R. Bion об «объемлющей матери» построением нормальной стадии развития между матерью и ребенком, обеспечивающей примитивный способ общения, который является предварительным условием мышления. Мать, если она была чуткой к состояниям младенца и способной позволять этим состояниям вызывать соответствующие состояния в ней самой, могла анализировать их таким образом, чтобы в отчетливой форме реагировать на эти состояния у младенца. Таким образом, соматические проявления жизни младенца преобразуются при материнской помощи в нечто более ментальное, в то, что может использоваться для размышления и сохраняться в памяти. В этом случае индивидуум постоянно научается терпеть эмоциональную боль, воспринимать её как уже не столь разрушительную для себя, осмысливать свои переживания [Maccoby E. E., Snow M. E., 1984].

Т. Вергопулу тоже считает, что такая трансформация является основой всякой мысли, делает возможным превращение чувственных элементов в мысли, сновидения, а также их преобразование в

сознательное и бессознательное. Мать может сделать такие эмоции терпимыми для ребенка, сняв их наиболее негативные элементы. Только опыт наблюдения другого человека, который нежен к ребенку, но достаточно силен, чтобы выдержать болезненные эмоциональные состояния, может дать ему почувствовать, что и он может справиться с такими переживаниями, выжить и сохранить их в своей памяти. Именно такие интериоризированные отец и мать, умеющие справляться с такими состояниями, создают своеобразную внутреннюю систему поддержки, которая позволяет, ребёнку эмоционально и психически расти, меньше зависеть от помощи извне. Важно также в это время, чтобы мать вводила внешний мир в жизнь ребёнка «небольшими дозами» [Крайг Г., 2002].

В конечном счёте, мы видим, что когда в жизни ребенка имеется этот устойчивый положительный объект (мать), начинающий действовать механизм идентификации с этим объектом повышает способность ребёнка к любви, творчеству и удовольствию. Таким образом, ребёнок воспринимает черты Другого и интегрирует их в собственную личность. Наличие (эмпатических) эмоционально - окрашенных Я - Объектов (мать) способствует с одной стороны, через отражение образа ребёнка, развитию естественного нарциссизма, но, с другой стороны, ребёнку дается родительский образ, с которым он будет себя идентифицировать.

Benedek выражает мнение, что представление ребёнка о самом себе развивается в результате идентификации по мере того, как он интериоризирует отношение к нему матери. Идентификационные нарушения приводят к тому, что дети становятся неуверенными в себе, боятся своих собственных импульсов и испытывают отчаяние. Уровень самосознания у пятилетнего ребёнка зависит от того, реализовались ли в отношениях родитель - ребенок те условия, которые позволяют развиваться его уверенности в себе, самостоятельности, инициативности. Дети с высокой самооценкой имеют матерей, находящихся в эмоционально близких с ними отношениях. Есть случаи, что дети с низкой самооценкой, приходящие в школу, имеют нормальные когнитивные способности. Их низкая самооценка проявляется в робости, тревожности и нежелании пробовать себя в новых видах деятельности, что приводит к академической неуспеваемости и проблемам в социальной адаптации [Ньюкомб Н., 2003].

Родители формируют жизненные основные ценности и нормы поведения ребёнка. Для детей младшего возраста, родители являются непосредственным объектом для подражания, с возрастом степень влияния смещается в сторону сверстников.

Роль алкоголизма родителей в приобщении детей к пьянству, освещена в ряде работ [Лисицын Ю. П., Сидоров П. И., 1990; Шайдукова Л. К., 1990; Яруллин А. Х., 1994]. Асоциальное поведение родителей, низкий уровень образования, психологическая напряженность и конфликтность являются факторами высокого риска злоупотребления алкоголем детьми [Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1986; Вострокнутов Н. В., 2002; Kobe F. H., Hammer- D., 1994; Koltai P. J., 1994; Greenfield-B. J., Senical- J., 1995]. На повышенный риск развития наркомании оказывает влияние развод родителей, психические заболевания приёмных родителей, наличие алкоголизма у родителей.

Имеются исследования отдельных семей, злоупотребляющих наркотическими веществами, в которых дети полностью отказываются от их употребления [Битенский В. С., Личко А. Е., 1988]. Анозогнозия и отрицание пагубного пристрастия у ребёнка, гипо- или гиперопека, может быть жесткое обращение и эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери, являются толчком к аддиктивному поведению [Кулаков С. А., 1987, 1996; Битти М., 1997; Белогуров С. Б., 1997]. Риск возникновения алкоголизма, наркомании и токсикомании при наличии аддиктивного поведения по данным D.Ladewig [Ladewig D., 1972] составляет 42%. Также установлено, что алкогольное поведение матери оказывает существенное воздействие на алкоголизацию детей, прежде всего на дочерей, а алкогольное поведение отца более обуславливает алкоголизацию сыновей.

Члены семьи, злоупотребляющие алкоголем и наркотическими веществами, являются одним из наиболее значимых факторов риска. Установлено, что 2/3 детей с преκлиническими формами алкоголизма из неполных семей [Скворцова Е. С., Житец Т. А., 1996]. Дисфункциональная семья и состояния созависимости [Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е., 1998], неполные и дисгармоничные семьи, жесткое обращение и противоречивое воспитание, всё это, по мнению специалистов, является факторами риска. Феномен спайвания родителями детей описывает в своей работе Шайдукова Л. К.[Шайдукова Л. К., 1992].

Родные братья и сёстры могут являться как положительным, так и отрицательным объектом для подражания, особенно старшие для младших. Их влияние отличается от сверстников и родителей. Ряд исследователей считают, что имеет значение разница в возрасте, количество детей в семье. Соловов А. В. описывает, как фактор риска, многодетные семьи, особенно для младших детей, которым достается гиперопека и снисходительное отношение, как со стороны старших, так и со стороны родителей [Соловов А. В., 1999].

Ретроспективный анализ семейных историй детей, употребляющих наркотики, показал, что основным источником генерализованной неудовлетворённости является семья. Особое внимание уделяется анализу эволюции семьи в условиях, когда кто-либо из её членов употребляет наркотики. Выделено три стадии эволюции семьи, в которой ребенок употребляет наркотики. Стадия, на которой семья не знает о том, что ребёнок употребляет наркотики - стадия латентной наркотизации характеризуется наличием подавленного и вытесненного из сознания членов семьи семейного кризиса. Функционирование механизмов защиты на индивидуальном (вытеснение, идентификация) и общесемейном (семейные мифы) уровне приводят к тому, что явные признаки неблагополучия семьи и наркомании ребенка «не замечаются» родителями. На стадии латентной наркотизации подростки прибегают к наркотикам как к средству ухода от давления семейных конфликтов и других психотравмирующих факторов семейной природы. Основными факторами семейной природы, повышающими риск приобщения подростков к наркотикам, а также влияющими на прогрессивность наркомании, являются дисфункциональность семейных структур, дисгармония семейного воспитания и личностные особенности родителей. Наибольший риск приобщения к наркотикам имеют дети, семьи которых могут быть отнесены хотя бы к одному из следующих видов: деструктивная, распадающаяся, неполная или ригидная семья [Березин С.В., Лисецкий К.С., Серебрякова М.Е., 2001]. Показано, что начало употребления наркотиков подростками из таких семей является попыткой адаптации к условиям жизни: наркомания на стадии латентной наркотизации повышает адаптированность подростка к микросоциальной среде вне семьи. Известие об употреблении ребёнком наркотиков является переходом к стадии открытой наркотизации, которая характеризуется глубокими изменениями, происходящими как на общесемейном, так и на индивидуальном уровнях. На общесемейном уровне складывается особый тип взаимоотношений, обозначаемый термином «созависимость». Отказ от употребления наркотиков и начало лечения означает переход семьи на новые, протекающие параллельно, стадии реабилитации и ремиссии. Данные клинических наблюдений показывают, что ремиссия у наркоманов оказывается более продолжительной, если в реабилитационный процесс удастся включить всю семью.

### ***Школьная дезадаптация её роль в наркотизации***

Многие авторы исследуют взаимосвязь трудностей в обучении с самооценкой, с отвержением в классе, с социальной изоляцией, с де-

виантным поведением и с социологическими последствиями [Марковская М. М., 1984; Алмазов Б. Н., 1986; Блага К., Шебек М., 1991; Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 1996; Кулагина И. Ю., 1996].

Слабая успеваемость и тем более неуспеваемость формируют низкую самооценку ученика. В той мере, в какой ребёнок, оказавшись неуспевающим, испытывает отрицательные эмоции и чувствует свою ущербность, он постепенно начинает выражать это в агрессивном поведении, которое с течением времени становится всё более деструктивным. По мнению Э. Эриксона [Эриксон Э. Г., 1996], школьная неуспеваемость ребёнка, особенно в начальных классах школы, имеет отрицательные последствия не только для будущих успехов и его адаптации к школе, но и для формирования его отношения к самому себе. Говоря о вере ребёнка в себя, Ф. Дж. Уикс пишет, что в тех случаях, когда ребёнок оказывается неспособным адаптироваться к школе, он может начать отчаянную борьбу за самоутверждение. Неуспеваемость, продолжает автор, влечёт за собой падение учебной мотивации и потерю уверенности в себе. Неуспевающий учащийся теряет уверенность в себе, теряет желание заниматься и снижает свои усилия, направленные на учебу, что, в свою очередь, вызывает дальнейшую неуспеваемость.

В частности, неуспеваемость формирует в самом ребёнке заниженную самооценку и представление об его низкой оценке другими. Формируемая учеником позитивная или негативная самооценка, благодаря особенностям его психики или вследствие таких особенностей, играет определяющую роль в его учебном труде и социализации [Harter S., 1985].

В ходе кумулятивного процесса, механизмы которого рассматривались в исследованиях ЮНЕСКО, трудности в обучении трансформируются в школьную неуспеваемость, а затем и в «социальное фиаско», которое в крайних случаях ведет к явлениям индивидуальной и коллективной маргинализации [Diener C. I., Dweck C. S., 1978]. Селг приводит термин «маргинализированный школьник», имея в виду ученика, присутствие которого в классе остаётся незамеченным, который игнорируется или отторгается остальными школьниками. Автор замечает, что такой ученик «создался» его одноклассниками, а нередко – и самим учителем, не отвечая его ожиданиям. В классе считают его слабым или злым (разумеется, в какой-то степени это может быть справедливо), что приводит к нарушению его общения с одноклассниками. В результате подобного разрыва коммуникации, маргинализированный ученик неизбежно обрекается на неуспеваемость. Его школьная неуспеваемость трансформируется в чувство

вины перед школой и «плохой ученик» очень скоро становится «тупым» [Цетлин В. С., 1977; Соколова Е. Т., 1989; Цукерман Г. П., 1993]. У отвергаемых детей нарушается развитие интеллектуальных способностей, и формируются нежелательные черты характера [Манова – Томова В. С., Пирьев Г. Д., Пенушлиева Р. Д., 1981]. «Плохой ученик» оказывается в изоляции, которая быстро вызывает у него апатию или срыв, делая его либо безразличным и неспособным к учебе, либо вызывая в нем агрессивные и деструктивные тенденции. Ощущение социальной изоляции является глубинной причиной формирования комплекса неполноценности. Исследователи приходят к выводу, что «маргинализированный школьник», убедившись в своей неадекватности, испытывает разочарование, в его психике начинают действовать различные защитные механизмы.

Стойкие затруднения в обучении рожают новые проблемы: нарушения поведения в младшем школьном и подростковом возрасте, обострение имеющихся и возникновение новых нервно - психических расстройств. Школьная неуспеваемость нередко вызывает у детей отрицательное отношение не только к учёбе, но и к любой деятельности, требующей волевых усилий и трудолюбия. Постоянные конфликты с родителями и учителями приводят к тому, что эти дети перестают посещать школу, приобщаются к асоциальным группам детей, вступают на путь правонарушений [Кондрашенко В. Т., 1988, 1991; Кравцова Е. Е., 1991; Невский И. А., Колесов Л. С., 1997; Кулагина И. Ю., 1997].

Уолгрев, приводя результаты ряда исследований 70 годов XX века, утверждает, что «основой, на которой развивается криминогенное влияние школы, является школьная неуспеваемость». К тем же выводам приводит и обзор ранее проведённых исследований, выполненных Филипсом и Келли. Авторы показали в своих собственных работах связь между школьной неуспеваемостью, негативной самооценкой (занижением собственных способностей) и девиантным поведением. Такие исследования проводились у детей с задержкой психического развития, и они показали, что у такого ребенка формируется ощущение собственной малоценности, появляются попытки компенсировать свою личную несостоятельность. Так как выбор адекватных средств компенсации в этом возрасте весьма ограничен, то самоактуализация часто осуществляется в разной мере осознанным противодействием школьным нормам и постепенно интегрируется в асоциальную личную направленность [Манова - Томова В. С., Пирьев Г. Д., Пенушлиева Р. Д., 1981; Ковалев В. В., 1981; Сухарева Г. Е., 1991]. Неуспеваемость проявляется:

1) в неспособности или трудности для них получить общее образование, что проявляется в форме их исключения из школы или окончания её в состоянии функциональной неграмотности;

2) в слабом уровне подготовки школьников, желающих и стремящихся в учреждения послешкольного образования;

3) в их неспособности успешно реализовать свой потенциал на рынке труда по окончанию школы.

Педагогическая запущенность, порождая у ребенка психологический дискомфорт, способствует дисгармоничности развития и поведения, которое в дальнейшем может принять асоциальный характер [Невский И. А., 1993].

Рассматривая проблему школьной дезадаптации, мы можем сделать выводы о том, что основными её проявлениями являются трудности усвоения материала и нарушения поведения в школьной среде. Факторами, лежащими в основе школьной дезадаптации, являются интеллектуальная и мотивационная незрелость разной степени выраженности. Низкая самооценка детей, высокий уровень тревожности и неудовлетворительные эмоциональные отношения с матерью, независимо от уровня интеллекта детей, являются условиями, усложняющими процесс адаптации. Дети с хорошим интеллектом и эмоциональными трудностями не компенсируются в процессе обучения и нуждаются в дифференцированной психологической помощи, направленной на решение эмоциональных проблем, связанных с семьей и недостаточной школьной мотивацией. Часть детей с низким развитием интеллекта, недостаточной школьной мотивацией и эмоциональной незрелостью нуждается не только в психологической помощи, но и в специальном коррекционном обучении. Дети с первоначально недостаточным развитием вербального интеллекта, но хорошей мотивацией, успешно компенсируют трудности адаптации в процессе первых трех лет обучения.

### ***Социально- психологические особенности аддиктивного поведения***

В литературе описаны стратегии аддиктивного поведения, которые можно рассматривать как псевдоадаптивные способы совладания со стрессом. Аддиктивное поведение – это одна из форм деструктивного поведения, выражающаяся в стремлении к уходу от реальности путём изменения своего психического состояния посредством приёма некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определённых предметах или активностях (видах деятельности), сопровождающихся развитием интенсивных эмоций. Аддиктив-



ным поведением (addictive behavior) стали называть злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того, как от них сформировалась физическая зависимость [Landry M., 1987; McLellan A. T. et al., 1997; Grace J., 2002]. С. А. Кулаков распространил этот термин и на случаи без индивидуальной психической зависимости. Битенский В. С. описал два пути развития аддиктивного поведения. Первый путь можно назвать полисубстантным аддиктивным поведением. Дети пробуют на себе действие различных токсических веществ, среди которых постепенно может быть выбрано наиболее привлекательное. Но злоупотребление может оборваться и до такого выбора. Второй путь – моносубстантное аддиктивное поведение. Дети злоупотребляют только одним веществом. Чаще всего это обусловлено тем, что только к нему имеется доступ, но иногда они намеренно отказываются от всех других. Этот путь был назван «первичным мононаркотизмом» [Битенский В. С., Херсонский Б.Г., 1989; Gibbs J., 1994; Nurco D., Batter M., 1994].

Также В. С. Битенский делит факторы, способствующие или препятствующие переходу аддиктивного поведения в болезнь, на социальные, психологические и биологические факторы. К социальным факторам относятся: доступность вещества для ребенка, «мода» на него, степень грозящей ответственности, влияние группы сверстников, к которой принадлежит ребенок. К психологическим можно отнести тип акцентуации характера, привлекательность возникающих ощущений и переживаний, выработка гедонистической установки, страх причинить реальный вред (в глазах самого ребенка) самому себе, в частности своему здоровью. Большое значение придается «отсутствию социальных интересов» и «стремлению к самоутверждению». Среди биологических факторов можно особо выделить степень изначальной толерантности. К этим факторам также относятся отягощённая алкоголизмом наследственность, резидуальное органическое поражение головного мозга, хронические болезни печени с нарушением ее детоксицирующей функции. Важным из биологических факторов является природа того вещества, которым злоупотребляют.

Основным мотивом поведения детей, склонных к аддиктивным формам поведения, является бегство от невыносимой реальности. Чаще всего встречаются такие внутренние причины подобного поведения, как переживание стойких неудач в школе и конфликты с родителями, учителями, сверстниками; чувство одиночества, утрата смысла жизни; полная не востребованность во всех видах деятельности и многое другое. Ребёнку от всего этого хочется убежать, заглушить и изменить свое психическое состояние, пусть временно, но в «луч-

шую» сторону. Личная жизнь, учебная деятельность и окружающая среда рассматривается детьми чаще всего, как «серые», «скучные», «монотонные», «апатичные». Таким детям не удается найти в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь их внимание, увлечь, обрадовать, вызвать эмоциональную реакцию. И только после употребления психоактивных веществ они достигают чувства приподнятости, без реального улучшения ситуации. Они в группе, они приняты, их поняли. Далее ситуации в микро- и макросреде (семья, школа, одноклассники) становится всё непереносимей конфликтней.

Аддиктивная активность носит избирательный характер – в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и выносят его из мира эмоциональной пустоты. Б. Сегал выделяет следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения: 1) снижение переносимости трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; 2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; 3) внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; 4) стремление говорить неправду; 5) стремление обвинять других, зная, что они не виноваты; 6) стремление уходить от ответственности при принятии решений; 7) стереотипность, повторяемость поведения; 8) зависимость; 9) тревожность.

Раскрывая основные особенности личности со склонностью к аддиктивному поведению, В. Д. Менделевич обращает внимание на рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко приспосабливаются к требованиям обыденной жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации [Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Черемисин О. В., 1989; Менделевич В. Д., 1999; Муньягинский Э., 2001]. Анализируя особенности аддиктивной личности, он ссылается на Э. Берна и через призму его теории раскрывает сущность аддиктивной личности. По мнению Э. Берна, у человека существует шесть видов голода: 1) голод сенсорной стимуляции; 2) голод по признанию; 3) голод по контакту и физическому поглаживанию; 4) сексуальный голод; 5) структурный голод или голод по структурированию времени; 6) голод по инициативе. У аддиктивных личностей каждый вид голода обостряется. Они не находят удовлетворения чувству голода в реальной жизни и стремятся снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью стимуляцией тех или иных видов деятельности [Берн Э., 1992, 1996].

Прибегая к формам аддиктивного поведения, люди пытаются искусственным путем изменить свое психическое состояние, что дает им иллюзию безопасности, восстановления равновесия. Выбор аддиктивной стратегии поведения обусловлен трудностями в адаптации к жизненным проблемным ситуациям: сложные социально - экономические условия, многочисленные разочарования, крушение идеалов, конфликты в семье и на производстве, утрата близких, резкая смена привычных стереотипов. Желание изменить настроение по аддиктивному механизму достигается с помощью различных аддиктивных агентов [Гоголева А. В., 2002]. К таким агентам относятся вещества, изменяющие психическое состояние: алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, токсические вещества. Искусственному изменению настроения способствует также и вовлечённость в какие - то виды активности: азартные игры, компьютер, секс, переизбыток или голодание, работа, длительное прослушивание ритмичной музыки [Короленко Ц. П., 1990, 1991; Леонова Л. Г., Бочкарёва Н. Л., 1998]. Разрушительный характер аддикции проявляется в том, что в этом процессе устанавливаются эмоциональные отношения, связи не с другими людьми, а с неодушевленными предметами или явлениями. Эмоциональные отношения с людьми теряют свою значимость, становятся поверхностными. Способ аддиктивной реализации из средства постепенно превращаются в цель. Отвлечение от сомнений и переживаний в трудных ситуациях периодически необходимо всем, но в случае аддиктивного поведения оно становится стилем жизни, в процессе которого человек оказывается в ловушке постоянного ухода от реальной действительности [Короленко Ц. П., Донских Т. А., 1990] .

Для того чтобы быть услышанным незрелой личностью, например, в рамках первичной или вторичной профилактики, необходимо находиться в системе её реальностей. Поэтому важнейшим вопросом первичной и вторичной профилактики является не вопрос – «что делается?», а вопрос – «кто делает?». Именно правильное решение этого вопроса превращает пустое и иногда вредное морализаторство или абсурдное применение «методик» в серьёзный разговор. Не стоит забывать, что незрелой личности, неспособной ещё разобраться в том, что является настоящим, необходимым, личностным, а что ложным, свойственно протестовать против всего, что обмануло хотя бы раз. Мы живем в мире, кажущемся незрелому субъекту двуличным и наполненным разнообразными подменами. Счастье подменено успешностью, любовь - сексом, ответственность власти - деспотизмом, религиозное чувство - отвержением «мира», забота – актерством. Необходимость подменяется обязанностью, свобода - неза-

висимостью, а иногда и откровенно - зависимостью, независимость - силой стадности. Обязанность всё больше и больше представляется как допустимость насилия – «мужчине нужна война», все проблемы решает «человек с ружьём», служение родине подменяется слепым жертвованием жизнью, а смыслом жизни, в какой-то степени, декларируется «достойная» смерть. Личностный выбор подменяется торгом - как дороже продать свою свободу. То, к чему движется подросток - это впадение в чудовищный компромисс, называемый «выживанием», компромисс между настоящим и тем, что требует общество, компромисс, называемый зрелостью и который должен перейти в жалкую старость. Незрелая личность не имеет инструментов разбираться со всеми этими подменами нереволюционным путем, что порождает характерную для незрелости подменённую ценность – «умри молодым». Человеческие инструменты, позволяющие разобраться во всех этих подменах, в основном формируются в семье - в нормальной, здоровой семье, а осознаются - в школе. Становятся действующими - в том, что у педагогов называется «улицей». Мы знаем, что человек способен учиться, приобретать недостающий ему опыт в том случае, если попадает в значимую ситуацию. От ситуации требуется лишь то, чтобы она, во-первых, оказывалась не чрезмерно агрессивной, не «уничтожала», а во-вторых, от ситуации требуется, чтобы она была ясной по своему знаку - чтобы волки не притворялись овцами. Нам кажется, что всё это является серьёзной проблемой для многих государственных и частных институтов, занимающихся профилактикой, лечением и реабилитацией наркозависимых.

### ***Информационный фактор в профилактике наркомании***

Важным аспектом в профилактике наркозависимости в обществе, является необходимость формирования профилактического информационного пространства. Неоспоримо влияние информационного пространства: средств массовой информации, видеопродукции и т.п., в том числе негативное, на личность и группы людей. [Катков А. Л., 1998]. Для формирования терапевтического превентивного информационного пространства в проблеме зависимостей необходимо, с одной стороны – проводить компетентный контроль рекламной продукции алкоголя, табака, а с другой – создание научной, информационной лаборатории, которая будет создавать профилактические, терапевтические информационные технологии, как для средств массовой информации, так и для непосредственно потребителя (школы, другие учебные заведения, заинтересованные родители). Для большинства детей первая проба дурмящих веществ остается случайным еди-

ничным эпизодом. Но часть из них становится на путь систематического употребления психоактивных веществ. Подобное приобщение связано с рядом обстоятельств, среди которых важнейшее место занимает распространение информации о наркомании и токсикомании. Информация о вреде злоупотребления алкоголем в глазах детей приходит в явное противоречие с массовым распространением алкоголизации среди взрослых. В отношении наркотиков вред их употребления, как правило, детьми легко признается, опасность стать наркоманом также допускается. Большую часть детей эта угроза удерживает от злоупотребления. Однако широкое распространение сведений о наркотиках может у другой части детей пробудить к ним нездоровый интерес, желание испробовать на себе их действие.

Предлагается информировать детей лишь о том, что встречается в данном регионе, и раскрывать только вред для здоровья, лишение перспектив в спорте и выборе профессий [Энтин Г. М., 1990]. Однако действенности такого подхода препятствует упомянутое падение субъективной цены здоровья и саморазрушающее поведение. Опрос нескольких тысяч учащихся старших классов школ, показал, что лишь 5-10% подростков проявляют устойчивый интерес к спорту и ценят успехи в этой области, в то время как современной музыкой увлекаются 50-60% [Князев Ю. Н., 1988].

При проведении многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в Республике Казахстан (7650 респондентов) были затронуты темы выявления:

- наиболее популярного источника информации о проблеме наркомании;
- частоты получения информации с антинаркотической направленностью;
- оценки эффективности общественных усилий, препятствующих распространению наркомании.

Было выявлено, что большинство опрошенных (72,8%) получают информацию о проблеме наркомании из СМИ, почти каждый пятый – из неформальных источников (друзья, знакомые, родственники). Необходимо отметить, что 0,5% населения Казахстана вообще не получает никакой информации по данной проблеме. Выбор республиканских телевизионных каналов, как источника информации, говорит о том, что респонденты в большей степени доверяют данному источнику. В целом, большинство опрошенных лиц (76,3%) получают информацию о проблеме наркомании не реже одного раза в месяц. В ходе исследования респондентам предлагалось оценить эффективность антинаркотических усилий некоторых организаций и

социальных институтов. По мнению большей части опрошенных лиц, наиболее эффективными являются усилия, препятствующие распространению наркомании, прилагаемые СМИ (62,7%). Далее по эффективности прилагаемых усилий следуют: органы здравоохранения (57,8%), система образования (52,4%), институт семьи (44,8%) и молодёжные организации (43,6%).

Следовательно, основным источником информации являются средства массовой информации. В этом случае связь носит односторонний характер и не дает возможности ребенку адекватно оценить качество получаемой информации. Очень часто дети «насмотревшись фильмов» считают, что курить, пить - это, значит, быть «сильным, крутым, модным». Нужны программы, которые будут построены по принципу диалога между ребёнком и взрослым. Одной из программ, работающей по данному принципу, является программа «Выбор улицы». В программе предлагаются занятия с детьми на основе использования мультипликационных фильмов. В отличие от многих образовательных программ мультфильмы, в данном случае, не несут большого объема информации, и уж тем более, не являются привычными «страшилками». В описание серии последовательных занятий входит работа с эпизодами («стоп - кадр» и метод открытых вопросов) по каждой из выбранных тем, а также упражнения, направленные на развитие и закрепление темы. Мультфильмы сами по себе очень простые истории. Они дают прекрасную возможность для диагностики ситуации и уровня знаний детей о предмете дискуссии, наркотиках, ВИЧ/СПИД, вопросы репродуктивного здоровья или проблемы взаимоотношений с родителями и сверстниками. Здесь не встречается слово «наркоман», воровство, проституция. Если дети не владеют этой информацией прекрасно, они ее и не получают. Но, как правило, во время обсуждения мультфильмов с детьми участники программы узнают, что детям известно гораздо больше о реальной жизни, чем хотелось бы взрослым. Программа «Выбор улицы» направлена на то, чтобы достучаться до детей, завоевать их доверие, понять ситуацию, в которой им приходится жить каждый день; отнестись с уважением к сложности выбора, стоящего перед ними и совместно поискать альтернативу пагубному поведению [Виноградова Е., Погадаева Н., 2002].

Как свидетельствует опыт стран, добившихся положительных результатов в работе по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, достичь коренного перелома можно только при активной наступательной работе по всем направлениям. И что очень важно, т.к. вся она должна осуществляться при мощной информационно - пропагандистской поддержке.

Совершенно очевидно, что работа по борьбе с наркоманией не может оцениваться только по количеству изъятых наркотических средств, по числу лиц, получивших наркологическую помощь или находящихся после лечения в состоянии стойкой ремиссии. Основным критерием оценки становится снижение числа лиц, употребляющих наркотики. Добровольный, осознанный отказ от употребления психоактивных веществ следует признать сутью всей профилактической работы. При этом очень важно эту работу вести по трём направлениям: предупреждение табакокурения, злоупотребление алкоголем и злоупотребление наркотиками. Можно спорить о связи табака, алкоголя и наркотиков, но следует однозначно признать: и табак, и алкоголь снимают барьер к началу употребления нелегальных наркотиков. Поэтому гораздо легче решать проблемы наркомании в обществе, где существует культ здорового образа жизни и отказ от наркотических субкультур.

### **Концепция антинаркотической устойчивости и ее формирование**

Результаты масштабного многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в Республике Казахстан, проведенного Республиканским научно - практическим Центром медико - социальных проблем наркомании в 2001 году, дают новое понимание проблемы профилактики наркомании. Новый взгляд на эту проблему заключается в формировании свойств антинаркотической устойчивости, под которой понимают совокупность личностных свойств, ведущих к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях. Результаты вышеуказанного исследования, по мнению А. Л. Каткова убеждают в реальности формирования свойств антинаркотической устойчивости населения РК и раскрывают его основные компоненты:

- полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
- качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом;
- наличие адекватно сформулированного «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
- наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев;

- полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации жизненных основных сценариев.

Наиболее весомым в вышеуказанном перечне, по результатам работ исследователей, является сочетание компонентов позитивного жизненного сценария, внутреннего локуса контроля и информированности о негативных последствиях потребления наркотических веществ. По данным исследования 60% населения в целом и 70% наркозависимых лиц испытывают дефицит «в новых идеях, целях и ценностях, повышающих цену жизни». При этом и те, и другие уверены, что названный дефицит является основной движущей силой растущего спроса на наркотики. Следовательно, конструктивный жизненный сценарий является прямым конкурентом недифференцированному личностному статусу с высоким риском вовлечения в орбиту наркотизма. На основе полученных результатов становится возможным формирование сквозной стратегии первичной, вторичной и третичной профилактики распространения наркозависимости, связанной с возможностью целенаправленного формирования свойств антинаркотической устойчивости в социуме [Катков А. Л., 2002].

До настоящего момента первичная профилактика велась, начиная с подросткового возраста, так как подростки в силу особенностей возраста считались наиболее вероятной группой риска. По данным последних исследований среди подростков возрастает процент лиц, уже употребляющих психоактивные вещества. Значит, уже существует необходимость проводить первичную профилактику в более раннем возрасте. Полученные результаты многоуровневого исследования наркозависимости в Казахстане показали, что младшая возрастная группа от 7-11 лет имеет средний уровень осведомленности о природе наркотических средств (45,2%). Вызывает опасения тот факт, что 22,2% детей воспринимают наркотики как лекарство, и соответственно не осознают всю их опасность и представляют собой потенциальную группу риска. При этом, младшая возрастная группа имеет высокий уровень осведомленности о таком способе употребления наркотических веществ, как внутривенные инъекции (74,4%). Это можно объяснить тем, что данная группа населения республики значительно чаще получает информацию о проблеме наркомании из СМИ, и в частности, по телевидению (65,7% и 56,3% соответственно). Следовательно, остальные источники информации остаются невостребованными, в том числе, такие значимые – как родители (родственники) и учителя; лишь только для 2% детей они являются источником данной информации.



Таким образом, мы приходим к выводу о необходимости формирования антинаркотической устойчивости, начиная с раннего возраста, достигая эффективности, путем проведения первичной профилактики используя все возможные источники информации.

В условиях, когда степень агрессивности и нестабильности информационной среды постоянно возрастает, а базисные, адаптационные свойства (биологический потенциал) социума, напротив, ухудшаются, данное качество – способность к самоорганизации – выступает основополагающей характеристикой здоровья. Следовательно, основной способ повышения уровня здоровья в постиндустриальную, информационную эпоху заключается в развитии самоорганизующих способностей человека, а не в охране его биологического статуса [Катков А. Л., 2002]. В свете вышесказанного, продолжает А. Л. Катков, становится понятным особый интерес к категории психологического здоровья (которое можно обозначить и как качество психического здоровья), наиболее близкого и адекватного последней задаче. Выше уже указывалось, что под психологическим здоровьем понимается способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстроменяющейся, агрессивной среде. Здесь же уместно сказать и о синергетическом (холистическом) принципе взаимоотношений различных, выделяемых условно категорий здоровья: интегративного (общего), соматического (телесного), психического (душевного) и психологического. Естественным приоритетом в приведенной конструкции выступают свойства психологического здоровья. Ценность данной категории абсолютна, в то время как ценность (в том числе и экономическая) других категорий здоровья опосредуется через свойства психологического здоровья [Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р., 2003].

Из всего сказанного закономерно следует ряд методологических проблем, которые требуют незамедлительного решения: 1) разработка комплексной системы индикаторов, определяющих уровень и качество индивидуального и социального психического здоровья; 2) определение основных способов эффективного воздействия на состояние и уровень индивидуального и социального психического здоровья; 3) адекватное реформирование деятельности главных гуманитарных, социальных, медицинских субъектов в чью компетенцию входят непосредственные и опосредованные функции охраны и развития психического (в широком смысле) здоровья населения [Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2002].

В связи со всеми приведёнными доводами появляется перспектива формирования сквозной стратегии первичной, вторичной и третичной профилактики распространения наркозависимости, связанной с возможностью целенаправленного формирования антинаркотической устойчивости в социуме и развития данного качества в процессе медико - социальной реабилитации наркозависимых. Масштабная реализация такого рода, сквозной стратегии, с одной стороны – будет способствовать локализации проблемы распространения наркозависимости, с другой – повышению качества ремиссии и «ужиманию» ядра наркозависимых лиц в обществе [Катков А. Л., 2001].

Сквозная стратегия антинаркотической активности в здравоохранении основывается на необходимости активного формирования свойств антинаркотической устойчивости в обществе и развитии данных качеств в процессе медико - социальной реабилитации у наркопотребителей. Антинаркотическая устойчивость, как принято, в данной конфигурации является общим знаменателем – сквозным стержнем концепции, вокруг которого формируется необходимый, по объему и качеству, набор специалистов, способных эффективно реализовать данную задачу как в гуманитарной сфере в целом, так и в системе здравоохранения. Такими специалистами являются психотерапевты, консультанты - психологи, социальные работники и педагоги, консультанты - волонтеры, прошедшие курс соответствующей подготовки.

Формирование антинаркотической устойчивости и трезвеннических установок у подрастающего поколения являются стержнем антинаркотической профилактики. Это важнейшие направления антинаркотической работы среди детей и кардинальное условие осуществления принципа недопустимости потребления наркотиков молодежью.

### **Возможность развития дальнейшего подхода в профилактике в аспекте антинаркотической устойчивости**

Разработка и апробация различных программ профилактики наркотической зависимости среди детей, подростков, молодежи становится все более актуальным научным направлением в США, Австралии, Западной Европе, а в последние годы в России и Казахстане. Однако формирование эффективных превентивных стратегий происходит с большими трудностями. Это связано с несколькими причинами: отсутствием теоретически строго обоснованных моделей, отсутствием достаточного количества апробированных техник, неточным определением предмета (объекта) воздействия и т.д. [Вдовиченко А. А., 1989; Гульдман В. В., Шведова М. В., 1991; Романова О. Л., 1993; Корякин С. А., 2001; Колесов Д. В., 2001; Гарифуллин Р. Р., 2002].

Ранняя профилактика наркотизма - вовлечение детей в потребление психоактивных (наркотических, токсикоманических) веществ - всё более актуальная проблема не только наркологии, но и педагогики, психологии, социологии [Макаров В. В., 1993]. Как предотвратить приобщение детей к психоактивным веществам (ПАВ), исключив даже единичные их пробы? Ведь наркотики и другие ПАВ сегодня - это не просто некие яды, опасность которых однозначно оценивается всеми, и детьми в том числе. Их потребление - это составная часть образа жизни молодых людей. Профилактика наркотизма сегодня имеет дело с множеством невыясненных вопросов. Именно поэтому она оказывается связанной с целым рядом предубеждений - предвзятых мнений, логических ошибок, которые носят характер твёрдых принципов, основанных на вере, а не на знаниях. Существенный прогресс в области профилактики наркомании обеспечивается разработкой подходов, сфокусированных на психосоциальных факторах, содействующих началу наркотизации. Все программы должны быть построены на ряде подходов, основанных на аспекте формирования антинаркотической устойчивости.

### ***Теоретические основы профилактики зависимостей от психоактивных веществ***

Дети – это наиболее уязвимый для наркотиков контингент из-за психосоциальных и психофизиологических особенностей данной возрастной группы населения. Младший школьный возраст - это фаза уникального по своей силе и продолжительности стресса, связанного с постоянными, массивными, динамическими изменениями в телесной, психической и социальной сферах жизнедеятельности ребёнка. Причем этот процесс проходит на фоне недостаточно сформированных механизмов саморегуляции, адаптации, психологической защиты организма. В то же время психоактивное вещество, благодаря своему особому специфическому действию на человека, играет роль псевдоадаптагенов и способствует созданию иллюзии временного решения проблем адаптации, общения, избегания жизненных кризисных и стрессовых ситуаций. Именно в этом качестве его употребление включается в индивидуальное и групповое поведение детей, становится одним из актуальных элементов современной массовой молодежной культуры.

Современная концептуальная модель массовой профилактики потребления ПАВ среди детей и подростков базируется на научно - проработанных технологиях формирования здоровья и адаптивного, высоко функционального жизненного стиля ребенка путем позитив-

ного развития его личностных и средовых ресурсов, а также на представлениях об эффективности поведенческих стратегиях.

Согласно теории А. Бандуры, личность человека изменяется под воздействием требований социальной среды, в результате чего происходит обучение определенным формам поведения. Поведение человека является результатом тех воздействий, которые оказывает на них среда. Человек налаживает поведенческий опыт реагирования на требования среды. Меняет стиль своего поведения с окружающей социальной действительностью. В детстве это процесс происходит преимущественно неосознанно, но по мере взросления человек действует более сознательно и целенаправленно [Bandura A., 1977].

В связи с этим А. Бандура предлагает осевое, наиболее важное, по его мнению, понятие самоэффективность. Это понятие комплексное. Оно характеризует степень осознания человеком эффективности своего поведения, умение управлять поведением и контролировать его достижения определенных жизненных целей. Данные положения А. Бандуры широко используются в современных научно-обоснованных профилактических программах, цель которых – осознания процесса формирования собственного поведения. Развитие самоэффективности является одной из основных превентивных целей. В представленных программах самоэффективность не только достигается, но и измеряется её уровень, повышение которого является одним из критериев эффективности профилактических программ в целом.

Существенное влияние на разработку современных профилактических программ оказала также транзакциональная теория стресса и копинга Р. Лазаруса. По мнению Р. Лазаруса, развитие различных форм поведения, приводящих к адаптации личности, определяется механизмом преодоления стресса [Lazarus R.S., 1976, 1980]. Успешность адаптации к стрессам определяется уровнем развития копинг-ресурсов. Низкое развитие приводит к формированию пассивного дезадаптивного копинг - поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности [Lazarus R.S., Folkman S., 1984, 1987].

Д. Галахер выдвинул гипотезу, что оценка события зависит от объема имеющихся у личности ресурсов, позволяющих справиться с этим событием. Если индивид оценивает ресурсы как недостаточные, неадекватные, то события воспринимаются как угроза. Обычно устойчивые к стрессу люди адекватно оценивают свои ресурсы и воспринимают стрессогенные события как изменения [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажиллина И.И., Видерман Н.С., 2001].

В использовании копинг-стратегий существует определенная возрастная динамика. С увеличением возраста повышается вероятность

использования активных проблемосовладающих поведенческих стратегий [Petrosky M., Birkimer J., 1991]. Люди с высокой тревожностью чаще используют эмоциональные копинг-стратегии (избегание, обвинение т.п.), которые связаны со снижением самооценки, с ухудшением адаптации к заболеваниям [Newton T.L., Contrada R.J., 1992], а высокий уровень психологической зрелости людей, ощущение собственной значимости, высокая самооценка обуславливают использование когнитивных копинг-стратегий [Felton B.J., Revenson T.A., 1984, 1987].

По данным Н. Кьюпера с соавторами, дистанцирование, самоизоляция рассматриваются как неэффективные стратегии поведения, способствующие возникновению депрессии. Установлено также, что при борьбе со стрессогенными событиями, уязвимые люди используют неадекватные стратегии, преимущественно самоизоляцию [Kuiper N., 1989]. Т. А. Вилс исследовал поведенческие копинг-стратегии, которые включают действия, способствующие или не способствующие употреблению психоактивных веществ. Поведение, направленное на избегание контактов с людьми, употребляющими наркотики, облегчает противостояние социальному давлению и уменьшает вероятность наркотизации. Поиск социальной поддержки у лиц, не употребляющих наркотики, способствует прекращению наркотизации. Поведение же, направленное на реализацию поведенческой стратегии «поиск удовольствия», поиск поддержки у наркоманов, способствует усилению наркотизации [Wills T.A., 1985, 1990].

Дж. Амирхан на основе факторного анализа разнообразных копинг - стратегий на стресс разработал «Индикатор копинг - стратегий». Он выделил три группы копинг - стратегии: разрешение проблем, поиск социальной поддержки и избегание [Amirkhan J.H., 1990].

Человек может использовать пассивные способы избегания, например, уход в болезнь или употребление алкоголя, наркотиков, может совсем «уйти от решения проблем», используя активный способ избегания – суицид. Стратегия избегания одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения. Она направлена на преодоление или снижение дистресса человеком, который находится на более низком уровне развития. Однако стратегия может носить адекватный либо неадекватный характер в зависимости от конкретной стрессовой ситуации, возраста и состояния ресурсной системы личности.

Стратегической основой всей антинаркотической работы среди подрастающего поколения является принцип недопустимости употребления детьми психоактивных веществ. Практическое осуществление этого принципа означает создание базиса первичной профилак-

тики наркотизма, которая в свою очередь является ядром борьбы с наркоманией в целом.

В силу того, что внутренний мир ребенка, а тем более, младшего школьника, ещё недостаточно развит, ещё не обогащен опытом переживания критических ситуаций, преграды, стоящие на пути удовлетворения его жизненно важных потребностей, не стимулируют его активности, направленной на их преодоление. Высший результат человеческих переживаний, ведущих к развитию, самоактуализации совершенствованию личности, еще не доступен ребенку.

### ***Программы профилактики, основанные на формировании антинаркотической устойчивости***

В. М. Ялтонский и Н. А. Сирота выделяют следующие основные современные профилактические подходы к злоупотреблению психоактивными веществами:

#### Подход, основанный на распространении информации о наркотиках.

Данный подход является наиболее распространенным типом превентивных стратегий, базирующихся на предоставлении частичной информации о наркотиках, их вредоносности и негативных последствиях употребления. Обучающие программы ориентированы на когнитивные аспекты принятия решения, как особенно важные в поведенческом плане. Имеется в виду, что повышение качества знаний об употреблении психоактивных веществ и его последствиях будет эффективным для изменения поведения. Существуют три различных варианта информационного подхода: 1) предоставление частичной информации о фактах влияния употребления наркотиков на организм человека, его поведение, а также количественных данных о наркоманах; 2) стратегия запугивания, вызывания страха, целью стратегии является - предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные стороны употребления наркотиков; 3) предоставление информации о деградации личности людей, употребляющих наркотики, и о проблемах, с этим связанных. В настоящее время эти подходы частично комбинируются между собой и с другими типами профилактических вмешательств.

Информационные программы обладают эффектом повышения уровня знаний обучающихся, но могут дать лишь толчок к уменьшению потребления алкоголя и наркотиков. Большинство этих программ не включает в себя задач, направленных на реальное изменение поведения, недостаточно интенсивны и краткосрочны. Данный подход должен быть строго дифференцирован в зависимости от пола, возраста, экономических и социальных условий, характерных для “фокус-

ных” групп населения, ориентироваться как на индивида, так и на отдельные конкретные контингенты, слои, общество в целом.

#### Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении.

Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях индивида, его навыках их распознавать и управлять ими. Аффективное обучение базируется на учете того, что зависимость от наркотиков чаще развивается у личностей, имеющих трудности в определении и выражении эмоций, выявляющих интраперсональные факторы риска – низкую самооценку, слабо развитые навыки принятия решений. В рамках этой концепции выделяются следующие цели: повышение самооценки, определение значимых личностных ценностей; развитие навыков распознавания и выражения эмоций; развитие навыков принятия решений; формирование способности справляться со стрессом. Основная часть данной модели является центральным компонентом развивающихся в последнее время программ развития «жизненных навыков».

#### Подход, основанный на роли социальных факторов.

Он базируется на теории социального научения А. Бандуры, согласно которой важнейшим фактором развития тех или иных форм поведения является среда как источник обратных связей, поощрений и наказаний. Программы такого рода включают в себя различные компоненты, однако не существует единой, стройной системы социального влияния, исчерпывающим образом раскрывающей механизмы, приводящие к употреблению наркотиков. Преимущественными техниками в ходе реализации таких программ являются ролевые игры, техники усиления определенных видов социального влияния и т.д. Данный подход рассматривается как относительно успешный, так как он достигает цели, предотвращая или «отодвигая» начало употребления наркотиков. Исследователями отмечается успешное влияние указанного подхода на прекращение многими подростками курения, подчеркивается важная роль формирования системы позитивных лидеров-сверстников.

#### Подход, основанный на формировании жизненных навыков.

Подход базируется на понятии изменения поведения и использует методы поведенческой модификации и терапии. Теория социального научения А. Бандуры и теория проблемного поведения Р. Джессора являются основой этого направления. Жизненные навыки – это те навыки личного поведения и межличностного общения, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнедеятельность, развивать умение жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Данный подход базируется на понятии изменения поведения и использует методы поведенческой модифика-

ции и терапии. По сравнению с другими подходами модель программы развития жизненных навыков оценивается исследователями как имеющая шансы быть успешной.

#### Подход, основанный на альтернативной наркотикам деятельности.

Сторонники данного подхода предполагают, что значимая деятельность, альтернативная наркотизации и алкоголизации, способствует уменьшению распространения случаев развития зависимости от наркотиков и алкоголя. Сформировав позитивную зависимость от среды, люди приобретают определенный тип целесообразной активности. Можно выделить четыре варианта программ, которые основываются на модели поведенческой альтернативы употреблению наркотиков:

1) предложение специфической, позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая как вызывает сильные эмоции, так и предполагает преодоление различного рода препятствий;

2) комбинация специфических личностных потребностей со специфической, позитивной активностью;

3) поощрение участия во всех видах такой специфической активности;

4) создание групп поддержки молодых людей, заботящихся об активном выборе своей жизненной позиции.

Результаты внедрения этих программ не свидетельствуют о явных успехах и неудачах. Данные программы особенно эффективны для групп высокого риска аддиктивного и других форм отклоняющегося поведения.

#### Подход, основанный на укреплении здоровья.

Важной составляющей концепции укрепления здоровья является жизненная компетентность. В этом контексте наибольшее значение приобретают протективные факторы здоровья – в контрасте с концепцией факторов риска, которая учитывает состояние личности и среды, влияющее на развитие болезни. Основной целью программы укрепления здоровья является развитие здоровой личности, проявляющей здоровый, жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается не изолированно, а вместе с социальной сетью личности. Концепция здоровья интегрирует среду детей, и связанные с ней, группы взрослых; она подразумевает изменение типа и структуры школьного и дошкольного образования [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С., 2001].

Группы, в которых проводится обучение здоровью, преимущественно охватывают учащихся, поскольку в контексте школьного обучения возможно регулярное и систематическое образование. Кроме того, работа проводится с микросредой – семьей, т.е. общнос-



тью, в которой живет ребенок. Таким образом, концепция укрепления здоровья интегрирует школьную среду и связанные с ней группы взрослых; она подразумевает изменение типа и структуры школьного образования. Действия на её основе рассчитаны на длительный, позитивный эффект в результате усиления личностных ресурсов и готовности людей использовать их.

Другие исследователи - Иванец Н. Н., Пелипас В. Е. выделяют следующие концептуальные модели в области просветительно-воспитательной деятельности: 1) модель аморального поведения, основанная на утверждении греховности употребления психоактивных веществ; 2) модель запугивания, основанная на декларации идеи опасности потребления наркотиков; 3) познавательная (фактически информационная) модель, в рамках которой потенциальному потребителю предлагают информацию о действии психоактивных веществ и риске, с которым связано их потребление; 4) модель ориентировочная, на коррекцию тех личностных особенностей, которые способствуют употреблению психоактивных веществ (социальный тренинг навыков принятия решений, совладания с трудными ситуациями, с тревогой; проблем общения и отказа от употребления наркотиков); 5) модель укрепления здоровья, которая строится на развитии альтернативных привычек (спорт, активный досуг, здоровый образ жизни, режим труда и т.д.), препятствующих употреблению психоактивных веществ [Иванец Н.Н., 2001].

И. А. Логинов, А. Е. Бобров, Н. Б. Романцева выделяют такие основные направления профилактической работы: 1) разъяснительные и просветительные мероприятия (лекции, семинары, выступления по радио, статьи в газете), направленные на информирование о разрушительных последствиях злоупотребления психоактивными веществами, причинах наркотизации, симптомах зависимости; 2) выявление при помощи ежегодных диспансеризаций и выборочных обследований студентов группы риска; 3) психопрофилактическая и психокоррекционная работа, входящими в группу риска [Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой, 1999; Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г., 2000, 2001].

О. Л. Романова рассматривает групповые занятия с учащимися по предупреждению употребления наркотиков, как необходимый элемент методологии первичной профилактики. Автор выделяет методы первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами с детско-подростковым контингентом: а) мозговой штурм; б) анализ конкретных историй жизни (случаев), классная дискуссия; в) драматические представления, индивидуальные групповые исслед-

дования, индивидуальные и групповые выступления; г) просмотр видео материалов, ролевое моделирование, лекции учителя, рабочие листки и т.п. [Романова О.Л., 1997].

При создании программы профилактики необходимо решить три основные проблемные ситуации, без которых не может быть реализована эффективная массовая антиалкогольная и антинаркотическая профилактическая деятельность [Ионова Л.С., Островская Р.С., 2002].

Во-первых, это проблема компетентности, необходимости целевой, своевременной подготовки всех категорий специалистов, работающих с детьми и подростками. Специалисты должны обладать достаточным объёмом информации по определённой проблеме, знанием актуальных механизмов формирования наркологической ситуации на локальном и региональном уровнях. А также адекватными представлениями о своевременных принципиальных подходах к профилактике и конкретным превентивных технологиях, чёткими понятиями о роли «своего» ведомства и о системе взаимодействия в проблемной работе между различными ведомствами и учреждениями.

Во-вторых, это проблема взаимодействия общества, различных организационных структур и семьи. До настоящего времени не отработаны реальные механизмы сотрудничества с семьями в ходе решения остроактуальных социальных вопросов, какими являются массовая алкоголизация и наркотизация. Необходимо «насытить» семьи научно корректной информацией, специальной тематической литературой, которая позволит родителям и детям разговаривать на общем языке о самых трудных или деликатных проблемах, порождённых алкоголем или наркотиками. Возможна система организация «телевизионных школ», газетных рубрик, целевых обучающих семинаров (типа «родительских университетов») и т.п. Важно создать широкую низкопороговую контактную сеть консультативных пунктов, обеспечивающих потребности семьи в информации и первичной помощи в проблемной сфере. Пунктов, служащих эффективными посредниками между семьей и компетентными специалистами, и действующих в рамках соответствующих государственных или общественных структур. Так же не менее важна инициация активности самих родителей, школы, муниципалитета, префектуры – в виде становления таких движений, как «Родители против алкоголя», «Школа без наркотиков», «Чистый город» и т.д.

Наконец, в-третьих, остроактуальной остается проблемная ситуация с обеспечением реальной социальной и, особенно, правовой защиты детей. Дети нуждаются в такой защите, прежде всего, в семье, когда их родители пьют, наркотизируются, а они лишены заботы,

тепла, элементарного надзора, голодают, подвергаются насилию, усваивают асоциальный или антисоциальный образ жизни родителей. Необходимо решать вопросы формирования развивающейся системы социальной помощи детям (службы доверия, «уличной работы», приюты, убежища и т.п.), создания системы ювенального судопроизводства, когда правовая помощь детям оказывается работниками юстиции, получившими специальную психологическую, наркологическую, превентологическую подготовку.

### ***Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространенности наркозависимости в Республике Казахстан***

В 2001 году, Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании, было проведено комплексное многоуровневого исследования наркозависимости в Республике Казахстан на 7650 респондентах. Исследования показали, что 1,7% населения являются наркозависимыми; 4,31% - группа риска по данному профилю. Темпы вовлечения восходящего поколения (дети, подростки, молодёжь) населения РК в орбиту наркотизма постоянно повышаются. Согласно официальной статистике в специализированных наркологических ЛПУ Казахстана, по данным на 2002 год, на учете состоит 46 тысяч пациентов с диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления наркосодержащих веществ [Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р., 2003]. Фактически это означает, что лишь один из шести пациентов с химической зависимостью обращается за помощью в официально действующую, государственную систему наркологической помощи. Не в последнюю очередь данное обстоятельство связано с исключительно низкой эффективностью лечебно - реабилитационной деятельности наркологической службы РК, определяемой процентом ремиссий в течение года с момента завершения процесса медико-социальной реабилитации [Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2002]. По Казахстану показатель ремиссий, по данным наркологических ЛПУ, составляет от 5 до 7 процентов. С учётом данных о том, что если спонтанные ремиссии наркозависимых лиц в среднем составляют 4%, то истинная эффективность лечебно-реабилитационной деятельностью наркологических ЛПУ равна 1 - 3% ремиссий в течение года. Анализ существующих подходов к лечению и реабилитации наркозависимых в наркологических учреждениях Казахстана показывает, что данный сектор практически полностью представлен лишь медикаментозной терапией абстинентного синдрома и различными вариан-

тами экстракорпоральной детоксикации [Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2002]. Дифференцированная, комплексная психотерапия, психологическое консультирование социально - психологические тренинги, не говоря уже о полноценных программах медико - социальной реабилитации, представлены крайне фрагментарно, или вовсе отсутствуют. Это объясняет низкую эффективность лечебно - реабилитационной деятельности системы наркологической помощи населению РК и ясно указывает на пути повышения качества данного вида деятельности. Следовательно, вопрос заключается в разработке и масштабном применении таких видов психотерапевтического воздействия, которые действительно способны «горы передвигать» в смысле изменения статуса клиентов [Катков А. Л., 2002].

Специалисты в РНПЦ МСПН, анализируя основные отличия предлагаемых подходов, пришли к выводу о необходимости модификации основного термина, обозначающего нашу активность по отношению к наркозависимым - «реабилитация» на другой, более адекватный, сути концепции и факту значительного отличия группы населения, по отношению к которой предлагается проводить активные действия. Они предлагают термин «необилитация», который теперь уже означает не «возврат утраченных способностей», а «развитие новых способностей». Данное обозначение подчеркивает значение антинаркотической устойчивости, выводит проблему наркозависимости исключительно из патологического полюса, и нацеливает её вектор на полюс активного формирования психологического здоровья в социуме и, наконец, обращает внимание на настоятельную необходимость развития профессий соответствующего гуманитарного профиля. Нет сомнений в том, что разработка психотерапевтических подходов продвинет перспективы повышения эффективности первичной профилактики по данному профилю. Это произойдёт за счет осмысленной трансляции уникальных технологий кризисного развития индивида и группы в институализированные практики образования и воспитания. Только целенаправленное внимание всех институтов государства, а также общества в его гражданском понимании к указанным проблемным ситуациям позволит сделать работу, по профилактике вовлечения детей и подростков в потребление психоактивных веществ, легитимной и эффективной. Речь идет не только и не столько о разработке и принятии в качестве отправной точки всех профилактических мероприятий новой концепции, но и о создании совершенно новой организационной структуры в рамках образовательных учреждений. Эти центры должны соответствовать трем основным задачам. Это учебно-методический полигон для мероприятий по профилактике нарко-

зависимости в образовательных учреждениях, включая решение задач реабилитации. Это центр, действующий в реальной образовательной среде, как прототип будущих региональных центров профилактики и реабилитации. Это информационный узел, позволяющий адекватно интерпретировать результаты мониторинга по различным регионам с целью оценки развития наркологической ситуации и эффективности профилактики наркозависимости [Юсопов О. Г., 2002; Каражанова А. С., Денисова Е. В., 2003].

Мы считаем, что существует необходимость и, главное, возможность с вопросом о формировании свойств антинаркотической устойчивости (психологического здоровья) в детском возрасте, разобраться по существу. Поэтому, мы считаем, что специфика антинаркотической устойчивости в детском возрасте заключается не столько в формировании данных свойств, так как в силу физиологического психического развития детей в возрасте 7-11 лет их полноценное сформированность всех свойств невозможна, сколько в определении сформированности антинаркотической устойчивости в данном возрасте, которое вело бы к устойчивому отказу от употребления ПАВ.

Доказывание применимости концепции антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста, употребляющих и не употребляющих психоактивные вещества, и в дальнейшем их формирование, является стержнем антинаркотической профилактики, важнейшими направлениями антинаркотической работы среди детей и подростков, кардинальным условием осуществления принципа недопустимости потребления наркотиков молодежью.

### **Концепция антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте**

Нами было проведено исследование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. Основными материалами исследования являются: стандартные медицинские документы - медицинские карты амбулаторного больного (форма № 025-У), заполненные «Базисные карты для эпидемиологических исследований», проективные и не проективные методики для изучения свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. Методы исследования включали в себя: метод сбора данных, клинико-психопатологический, клинико-психологический, социально-психологический методы, а также статистические методы обработки полученных данных.

В качестве критериев отнесения больных к наркологическим заболеваниям, психическим и поведенческим расстройствам, вслед-

ствие употребления психоактивных веществ использовались критерии МКБ-10 (1994). Выборка производилась в 2001-2003 годах. Общий объем выборки 160 пациентов. Выборка представлена: 1) детьми, состоящих на профилактическом и диспансерном учётах, в детском наркологическом отделении; 2) детьми, у которых наблюдается отсутствие употребления психоактивных веществ в анамнезе. Возраст детей в обеих группах составил 7-11 лет. Так же критерием отбора в исследуемую группу и группу сравнения является уровень интеллектуального развития, который соответствует возрастным нормам. Для проведения клинико-психологического исследования (проективных и не проективный методик) важен признак сохранности интеллектуальных способностей, то уровень умственного развития в исследуемой группе и группе сравнения не является фактором, влияющим на достоверность получаемых результатов.

### **Свойства антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте**

Процесс полноценного прохождения и завершения этапа идентификации личностного развития, начинается с младенчества и раннего детства, обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12 – 18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. Следовательно, в младшем школьном возрасте говорить о полноценном завершении этапа идентификации личности невозможно. На основании проведённого теоретического и экспериментального анализа мы можем говорить о том, что особенности процесса идентификации у ребенка младшего школьного возраста можно определить с помощью изучения самооценки, уровня привязания и личностных качеств ребенка.

Данное личностное свойство является, в значительной степени, определяющим в формировании антинаркотической устойчивости личности. В связи с этим, вопросам адекватного формирования навыков ответственного выбора придается исключительное значение. Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования - 3-6 лет). Собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-14 годам. Свойство ответственного выбора отличается от предпочтений или альтернатив тем, что содержит в собственной структуре умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (предпочтения или

мягкие альтернативы псевдовыбора наличие таких характеристик не предусматривают), дезавуировать их внешнюю привлекательность.

Адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев базируются на самоописании своих личностных качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей, то есть самосознания образа «я».

Таким образом, описанные свойства антинаркотической устойчивости, а именно полноценное прохождение и завершение этапа личностной идентификации, адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев, в младшем школьном возрасте представлены степенью сформированности адекватной самооценки, уровня притязания, самосознания. По мнению отечественных и зарубежных психологов данные психические свойства представляют собой часть Я – концепции, которая формируется на основе совокупности имеющихся личностных качеств ребенка. Следовательно, целью профилактики в младшем школьном возрасте следует рассматривать данные свойства как основу формирования конструктивной части Я – концепции.

### ***Формирования конструктивной Я - концепции***

Содержание Я - концепции является одним из наиболее важных результатов воспитания и обучения, т.е. того, что составляет содержание и формы социализации ребенка. Однако результат не бывает завершенным полностью, что также оказывает непосредственное влияние на реакции ребенка в повседневной жизни. Я - концепция – есть совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Описательную составляющую Я - концепции часто называют «образом Я» или «картиной Я». К 7 - 8 годам можно говорить о наличии у ребенка стабильной, хорошо дифференцированной Я - концепции. Развитие Я - концепции в детском возрасте начинается с уяснения качеств своего «наличного» Я, оценки своего тела, внешности, поведения, имени, способностей. Составляющую, связанную с отношением к себе или к отдельным своим характеристикам, называют самооценкой, или принятием себя. Кроме того, Я - концепция определяет не только то, что собой представляет индивид, как себя оценивает, но и как мыслит свое бытие и развитие в будущем. Выделение описательной и оценочной составляющих в Я - концепции позволяет рассматривать её как совокупность установок, направленных на самого себя. Применительно к Я - концепции элементы установки можно описать следующим образом:

- Когнитивный элемент Я - концепции представлен образом Я, т.е. представлением индивида о самом себе, о своем теле, о своих характерных чертах, отличающих его от других, о своих социальных отношениях.

- Оценочный элемент Я - концепции представлен в виде самооценки - аффективной реакции на собственное представление, которая может обладать различной интенсивностью, поскольку конкретные черты образа Я могут вызывать более или менее приятные эмоции, связанные с их принятием или отвержением.

- Поведенческий элемент - это конкретные действия, которые могут быть обусловлены образом Я и самооценкой. Они направлены на подтверждение своих представлений о самом себе, формируя определённый стиль поведения и механизм формирования поведенческих реакций. Кроме того, вокруг образа Я формируется определённый вид психологических защит, направленных на сохранение этого образа. Поэтому можно говорить о том, что стиль поведения - это совокупность действий, направленных на стабилизацию и развитие принятых представлений о себе.

Каждый из элементов Я - концепции может существовать в трёх модальностях. Я – реальное – это представление индивида о том, каков он есть на самом деле. Я - зеркальное (социальное) составляет представление индивида о том, как его видят другие люди и Я – идеальное – представление индивида о том, каким бы он хотел быть. В данном случае производится деление на когнитивный компонент Я – концепции и на оценочный – на то, что дети думают или знают о себе и на то – какого они о себе мнения, то есть самосознание и самооценка. И как было сказано выше, конструктивная Я – концепция формируется на основе имеющихся личностных качеств у ребёнка.

### Индивидуально-психологические особенности личности детей

Известно, что возраст 6 -12 лет относится к аффективному этапу развития личности. Характерными особенностями детей этого возраста являются непоседливость, сложности в управлении собственным поведением и эмоциональная возбудимость. Кроме того, именно в возрасте 6 - 7 лет, у ребёнка формируется способность дифференцировать свои эмоции посредством речи, и эти дифференцированные эмоции становятся важным регулятором поведения. Исходя из этого эмоциональное развитие, основанное на обучении детей пониманию своих эмоциональных свойств и способов эмоционального реагирования и предполагающее профилактику (или коррекцию) эмоци-



ональных нарушений, является значимым защитным фактором в отношении возможной наркотизации. Эмоциональные нарушения, несмотря на разнообразие их проявлений (тревожность, агрессивность, подавленность, эмоциональная лабильность и т.д.), чаще всего имеют единую основу - слабость Я, бессознательное ощущение внутреннего хаоса. Особое внимание нужно уделять формированию способности управлять своими эмоциями (введение понятия меры, обучение навыкам снижения проявления так называемых негативных эмоций). Негативные последствия не только могут затруднить социализацию ребенка, но и, в неблагоприятных условиях, выступить в качестве факторов риска приобщения к психоактивным веществам

Анализируя полученные нами результаты, мы можем отметить достоверную разницу в личностных качествах детей обеих групп.

#### Характеристика личностных качеств детей исследуемой группы:

1) чувствуют себя беспомощными, усталыми и не способными справиться с жизненными трудностями. Они также не способны контролировать свои эмоциональные импульсы и выражать их в социально допустимой форме (в поведении это проявляется как отсутствие ответственности, капризность);

2) проявляют повышенную импульсивность или сверх активность в ответ на слабые провоцирующие стимулы (по незначительному поводу у них могут возникнуть бурные, эмоциональные реакции), их поведение в значительной степени зависит от эмоционального состояния;

3) проявляют слабый интерес к общественным нормам и не прилагают усилия для их выполнения; способны презрительно относиться к моральным ценностям и, ради собственной выгоды, идут на нечестность или обман;

4) обладают плохим самоконтролем, слабовольны, малоспособны придать своей энергии конструктивное направление, бесцельно расточают ее, не умеют организовывать свое время и порядок выполнения дел.

#### Характеристика личностных качеств детей группы сравнения:

1) хорошо приспособлены к новым обстоятельствам, не скрывают от себя собственные недостатки, не расстраиваются по пустякам и не поддаются случайным колебаниям настроения;

2) эмоционально устойчивы (сила «Я»);

3) отличаются развитым чувством ответственности, обязательны и добросовестны, совестливы (сила «Сверх – Я»), самоуверенны;

4) более организованны – чаще думают, прежде чем действовать.

Делая акцент на двигательные особенности ребенка в момент встречи с ним (мимика, поза, наличие двигательного возбуждения,

торможения, проявления негативизма, реакция на обращение, приветствие), а также внешние особенности ребенка - состояние одежды, прически, мы выявили следующие особенности. У детей исследуемой группы наблюдаются скудная лицевая экспрессия, чаще закрытая поза, они менее опрятны, чем дети группы сравнения. При соотношении особенностей эмоционального фона детей, и их эмоциональных реакций мы можем сказать, что у детей, не употребляющих психоактивные вещества, чаще присутствует положительный эмоциональный фон. Дети, употребляющие психоактивные вещества, в ситуации общения в своих вербальных проявлениях более пассивны, чем дети группы сравнения.

При изучении характеристики процессов обучения детей, употребляющих психоактивные вещества и не употребляющих, мы получили следующие результаты. У детей, не употребляющих психоактивные вещества, школьный материал осваивался с большей легкостью, чем у детей, употребляющих психоактивные вещества.

Связь затруднения в учебе разделилась на две категории. Трудности, связанные с нарушением поведения у детей, свойственны младшему школьному возрасту. Трудности, связанные с нарушением процессов общения, скорее, свойственны подростковому возрасту и практически не свойственны младшим школьникам. Но, анализируя результаты, мы видим, что дети, употребляющие психоактивные вещества, имеют трудности, связанные с нарушением поведения.

Социальная дезадаптация является одним из индикаторов развития так называемого наркоманического дефекта, когда изменения личности детей характеризовались утратой прежних интересов, безучастностью, безынициативностью, выраженной агрессивностью, конфликтностью. Достоверно значимо отмечалось преобладание доли детей употребляющих психоактивные вещества с признаками социальной дезадаптации. Причем в исследуемой группе количество детей с выраженной агрессивностью, превалировало над детьми группы сравнения. Утрата прежних интересов, безучастность детей чаще наблюдается в группе детей, употребляющих психоактивные вещества, чем у детей не употребляющих.

Дети, употребляющие психоактивные вещества, более подвержены аффективным переживаниям, чем дети, не употребляющие психоактивные вещества; более лабильны. Для них характерны сильные колебания настроения, постоянное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Они несколько отстают в интеллектуальном развитии от своих сверстников, не употребляющих психоактивные вещества (низкие общие мыслительные способнос-

ти, затруднения в решении абстрактных задач, узкий спектр интеллектуальных интересов). У них присутствует повышенный уровень тревожности, подавленности, склонности к печальным размышлениям в одиночестве, подверженности различным страхам и нелегкому переживанию любых жизненных неудач. Они недооценивают свои возможности, способности, подвержены чужому влиянию. Их отличает эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, раздражительность, негативного отношения к критике. Часто дети находятся в состоянии возбуждения, с трудом успокаиваются, чувствуют себя разбитыми, усталыми.

### Формирование адекватной самооценки и уровня притязания

В самооценке ребёнка отражается не только его отношение к уже достигнутому, но и то, каким бы он хотел бы быть, его стремления, надежды. Самооценка теснейшим образом связана с тем, на что человек претендует. Самооценка ребёнка обнаруживается не только в том, как он оценивает себя, но и в том, как он относится к достижениям других. Наблюдения показывают, что дети с повышенной самооценкой не обязательно расхваливают себя, но зато они охотно бракуют всё, что делают другие. Ученики с пониженной самооценкой, напротив, склонны переоценивать достижения товарищей. Дети не критичные к себе часто очень критичны к другим. Если маленькому школьнику (первокласснику, второкласснику), обычно получающему хорошие отметки и высоко оценивающему себя, дать на оценку его собственную работу и такую же по качеству работу, выполненную другим, то себе он поставит 4 или 5, а в работе другого найдёт массу недостатков. Ребёнок не рождается на свет с каким-то отношением к себе. Как и все другие особенности личности, его самооценка складывается в процессе воспитания, в котором основная роль принадлежит семье и школе. Дети с высокой самооценкой отличались физической и умственной активностью, стремлением к достижению успеха, как в учении и общественной работе, так и в играх. Совсем по-иному ведут себя дети с низкой самооценкой. Их основная особенность – неуверенность в себе. Во всех своих начинаниях и делах они ждут только неуспеха. Обнаружилось, что отсутствует связь между самооценкой ребёнка и материальной обеспеченностью семьи. Прочность же семьи оказалась очень важным фактором – в распавшихся семьях чаще встречались дети с пониженной самооценкой.

Младший школьный возраст, как известно, характеризуется как кризисный и, следовательно, уязвимый со стороны социальных факторов, в частности, семьи и школы. Проблемы в общении, нестабиль-

ность самооценки являются фоном, повышающим вероятность употребления ребенком психоактивных веществ. Самооценка и, связанный с ней уровень притязаний, являются личностными параметрами умственной деятельности. Преобладание неуспеха над успехом, подкрепляемое низкими оценками их работы учителем, ведет к увеличению неуверенности в себе, чувству неполноценности и к заниженному, по сравнению с реальными возможностями, уровню притязаний. Если ребенок постоянно не справляется с заданием и получает низкие оценки, то мотив достижения успеха значительно ослабевает. Сначала возникает переживание, затем безразличное отношение к отрицательной оценке своей деятельности другими.

Анализируя полученные данные проведенных методик на выявление самооценки детей употребляющих психоактивные вещества и не употребляющих их, мы получили результаты, которые показывают, что большинство детей, употребляющих психоактивные вещества, имеют низкую самооценку и низкий уровень притязания. В частности:

1) дети, употребляющие психоактивные вещества, считают себя слабыми учениками чаще, чем дети их не употребляющие. В то же время, большая часть группы сравнения считает себя средними учениками, то есть они имеют адекватную самооценку и уровень притязания;

2) в исследуемой группе у детей наблюдается поверхностное отношение к учебе. Учеба не рассматривается ими как фактор развития и получения знаний. Наблюдается общее снижение познавательной мотивации, стремления к выбору лёгкого пути достижения цели, удовлетворение от незаслуженного результата, который достигнут без приложения усилий. Чаще отмечается пассивная выжидательная позиция;

3) в исследуемой группе, при проведении методики «Человек под дождём», дети чаще располагали человека в нижней части листа, то есть они занизили свою самооценку. Адекватную самооценку дети в группе сравнения обнаруживают достоверно чаще, чем дети в исследуемой группе.

#### Особенности развития самосознания у детей

Основной объём самоописаний занимают результаты самопознания. Это перечисление своих качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей и т.п. Об эмоционально - ценностном отношении к себе мы судили, по словам и фразам, указывающим на отношение ребёнка к своим особенностям, мотивам, поступкам, на степень самопринятия, самоудовлетворённости.

Полученные результаты проведенного нами исследования показывают, что:

1) дети обеих групп склонны выделять в своей личности положительные качества. Данные качества выделяли в себе дети из исследуемой группы существенно реже, чем дети группы сравнения. При этом отмечались такие качества как я добрый, веселый, тихий, сильный. Отрицательные качества дети, употребляющие психоактивные вещества, называли чаще, чем дети не употребляющие их. Среди отрицательных качеств выделялись такие качества как я злой – «всегда лезу в драку», агрессивный – «не слушаюсь старших», некрасивый. В целом мы видим, что дети склонны выделять в себе социально-одобряемые качества, ориентируясь на требования социальной среды. В исследуемой группе дети чаще выделяют отрицательные качества, связанные со способом самоутверждения в мире, как реакцию на неблагоприятную внешнюю ситуацию.

2) при исследовании способностей у детей мы отметили, что большая часть детей, употребляющих психоактивные вещества, не смогла выделить присущие им способности. Только половина детей исследуемой группы выделяют у себя наличие определённых способностей. Так же мы отметили тот факт, что дети чаще выделяли не столько способности, сколько желание заниматься чем - то в жизни, при этом, реально они не занимаются данным видом деятельности и не добиваются в ней каких - либо осязаемых результатов. Приоритетными сферами для детей исследуемой группы являются сферы спорта и физического труда. Для детей группы сравнения приоритетом явилась сфера творчества. На основании полученных данных можно говорить о невысоком уровне развития рефлексии у детей исследуемой группы. И как следствие, невозможность анализировать свои способности и ставить перед собой жизненные цели.

3) в определении образа профессионального будущего исследуемая группа детей, чаще, чем группа сравнения не смогла определить: «Что дети будут делать в будущем?». То есть дети исследуемой группы сравнительно часто не прорабатывают перспективу своей жизни и живут только настоящим и прошлым. Исходя из классификации Климова Е. А., мы можем сказать, что большинство детей группы сравнения выбирают профессии в сфере «человек - человек». В этом случае они чаще выделяли такие профессии, как врач, юрист, учитель. Дети исследуемой группы чаще выделяли такую профессию как водитель («дальнобойщик»), аргументируя, что «это классно – уехать из дома, кататься по стране и крутить баранку и больше ни чего делать не надо». При выборе данной профессии основной акцент дети делают на материальную сторону данного вида деятельности: «Они много зарабатывают и очень выносливые, сильные». Учитывая тот

факт, что дети исследуемой группы вообще не выделили категорию «человек - природа» можно говорить о том, что у этих детей присутствует стремление развивать не столько духовные и интеллектуальные возможности, сколько физические.

4) исследуя характеристику средств, используемых для достижения своей цели, мы видим, что большинство детей, употребляющие психоактивные вещества, затруднились с ответом. Это может говорить о низком уровне рефлексии и самосознания. Дети исследуемой группы достоверно чаще не пристраивают временной перспективы и не владеют информацией о путях достижения поставленной цели, что приводит к не умению ими отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев таких, как употребления алкоголя или табака. Часть детей данной группы достаточно часто выбирает неадекватные средства. Например, в задаче: «Я бы хотел быть баскетболистом», на вопрос что для этого нужно следует ответ: «Купить баскетбольный мяч». В это же время дети группы сравнения ответили так: «Чтобы стать баскетболистом, нужно заниматься спортом, не курить и не пить». Это предполагает наличие у них более реальной перспективы достижения цели.

### ***Качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля) в детском возрасте***

Характеристики локуса контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Решение о необходимости такого рода активности и последующая деятельность в данном направлении первоначально исходит от личностной метапозиции с качеством внутреннего локуса контроля. Данное качество структурно оформляется в возрасте 12 - 18 лет. Ему предшествует формирование таких свойств личности, как автономность (2 - 3 года), инициатива (3 - 6 лет), ответственность (5 - 12 лет).

Формирование ответственности становится наиболее актуальным с момента поступления ребенка в школу. Переход к школьному обучению означает коренную перестройку всего образа жизни ребенка. Перед первоклассником выдвигается целый ряд требований: он должен ходить в школу, заниматься тем, что предусмотрено школьной программой, выполнять требование учителя, неукоснительно следовать школьному режиму, подчиняться правилам поведения, добиваться результатов в учебе. Однако из-за недостаточной произвольности и несформированности волевых качеств многие первоклассники не могут подчинить свое поведение установленным правилам.

Среди показателей ответственности у детей младшего школьного возраста выделяют: осознание ребенком необходимости и важности выполнения поручений, имеющих значение для других; направленность действий на успешное выполнение порученных заданий (ребёнок вовремя приступает к их выполнению, старается преодолеть трудности, доводит дело до конца и др.); эмоциональное переживание задания, его характера, результата его выполнения (доволен, что дали серьезное поручение, беспокоится за успех, испытывает удовлетворение от сознания успешного выполнения, переживает оценку других и т.п.); осознание необходимости отвечать за выполнение порученного дела.

Большой круг исследователей рассматривает волевые качества, в том числе ответственность, как устойчивую характеристику субъекта, стабильную черту личности. В младшем школьном возрасте это качество находится в процессе формирования. Этот процесс зависит от того, как развивается и усложняется деятельность ребенка (игра - учение - труд), какая деятельность в настоящий момент является ведущей, как изменяется место, занимаемое им в системе общественных отношений. Поэтому об ответственности младшего школьника можно говорить как об относительно устойчивом качестве, проявляющемся на уровне привычки, эмоционального порыва или на уровне сознательно-волевой напряженности. Целесообразно рассматривать проявление ответственности у младших школьников отдельно в разных видах деятельности.

В качестве основных критериев проявления ответственности в учебной деятельности у младших школьников, могут выступать:

- умение выполнять требования учителя сразу и до конца;
- умение проявить самостоятельность на уроке и в подготовке домашних заданий;
- умение дать нравственную оценку своего поведения и поведения товарищей;
- проявление положительного отношения к учению и требованиям учителя;
- получение удовлетворения от преодоления трудностей в учении; применение волевых усилий при выполнении задания и др.

Ответственный ученик понимает социальные ценности учения, проявляет критичность в оценке своего отношения к учению, своего поведения, своих личностных качеств, умеет признавать свои ошибки, правильно истолковать их причины.

При исследовании детей исследуемой группы и группы сравнения мы получили следующие, статистически достоверные результаты. Дети, употребляющие психоактивные вещества, имеют суще-

ственно более выраженную экстермальную направленность ответственности. Дети группы сравнения, соответственно чаще, имеют интернальный локус контроля. Особое значение имеет тот факт, что дети, употребляющие психоактивные вещества, в большей степени приводят объективные причины не выполнения своего задания и виновят в этом других людей или обстоятельства.

Таким образом, мы видим существенную разницу в ответственности за свои поступки у детей, неупотребляющих и употребляющих психоактивные вещества, и достаточно низкую степень развития ответственности у детей исследуемой группы.

***Наличие конструктивного жизненного сценария с системной ценностью, исключающих потребление наркотических веществ***

Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс идентификации - 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного возрастного периода, жизненный идентификационный сценарий может ещё только формироваться и окончательно сложиться к возрасту 19 - 20 лет. Диагностика жизненного сценария ребенка младшего школьного возраста основывается на ценностно-смысловых доминантах, вписанных в образ мира ребёнка, на основе которых он действует.

Сценарий начинает формироваться ещё в раннем детстве, в основном, под влиянием родителей. Возраст от шести до десяти лет в психоанализе называется латентным периодом. В это время ребенок старается увидеть, а точнее узнать как можно больше обо всём в мире. Он находится в постоянном поиске сюжета, к которому подошло бы его сценарное оборудование, а также героя, который указал бы ему надлежащую дорогу.

Е. Берн говорил, что сюжеты и герои живут в сказках и историях, содержащихся в книгах, которые он читал или рассказывали ему люди, пользующиеся его доверием, - мама, папа, бабушка, дедушка, приятели или детсадовский воспитатель, прошедший соответствующую педагогическую подготовку [Бернс Р., 1983; Кон И. С. , 1989]. Рассказанная сказка или прочитанная история даёт ему «скелет», который состоит из: а) героя, на которого ребенок хочет быть похожим; б) злодея, который может стать примером, если ребенок подыщет ему соответствующее оправдание; в) типа человека, воплощающего в себе образец, которому он хочет следовать; г) сюжета – модели событий, дающей возможность переключения с одной фигуры на другую; д) перечня персонажей, мотивирующих переключений; ж) набо-



ра этических стандартов, предписывающих, когда надо сердиться, когда обижаться, когда чувствовать себя виноватым, ощущать свою правоту или торжествовать.

Далее следует анализ полученных результатов в исследовании жизненного сценария детей младшего школьного возраста, употребляющих и не употребляющих психоактивные вещества. Мы получили следующие результаты. Предпочтение той или иной сказке дает нам некоторое представление о ценностных предпочтениях детей, в последующем определяющих жизненный путь человека:

1) большинство детей, употребляющих психоактивные вещества, в достижении исполнения желаний, не отличаются особым трудолюбием и целеустремленностью – «просто он везучий человек». В то же время, большинство детей, не употребляющих психоактивные вещества, стараются преодолевать внешние (враги) и внутренние (отрицательные черты собственного характера) препятствия на пути к достижению поставленной цели, принимают важные решения, с обретением друзей и развитием у себя положительных личностных качеств. Оценка жизненных сценариев показывает, что существуют значимые различия в морально-этических нормах в двух группах детей.

2) дети исследуемой группы делают акцент на отрицательные качества личности, а положительные качества выделяют меньше, чем дети группы сравнения. Настораживает тот факт, что дети исследуемой группы идентифицируют себя с человеком, имеющим те отрицательные качества, которые они хотят видеть в себе. Поскольку при столкновении со стрессовой ситуацией доминирующее эмоциональное состояние, в котором дети находятся - это состояние страха, то механизмом совладания с данной стрессовой ситуацией для них очень часто является агрессивное поведение.

3) немаловажное значение в развитии детей, а также в написании конструктивного жизненного сценария, имеет готовность родителей к появлению ребёнка, то есть желанная беременность. В проводимом исследовании по данному параметру мы получили достоверные различия в обеих группах. Нежеланная беременность в исследуемой группе отмечалась достоверно чаще, чем в группе сравнения. Вступая в жизнь, младенец, с одной стороны, имеет дело с неведомым ему миром, а с другой – с хаосом своих собственных чувств. Мать находится рядом с ним, чтобы удовлетворить его потребности – как биологические (пища, гигиена), так и эмоциональные. Именно она упрочивает неокрепшее «Я» ребёнка и дает ему первое представление о мире. Именно отношения мать - ребёнок, являются главной предпосылкой и основным источником развития личности ребенка.

4) важным моментом, в настоящем исследовании, являлось изучение внутрисемейных отношений. В частности, нас интересовал вопрос о взаимоотношениях членов семьи. В этом аспекте были определены шесть позиций, оценивающих взаимоотношения в семьях обследованных детей. Это функции и гибкость ролей членов семьи (линия поведения); правила, принятые в семьях; соблюдение границ свободы и прав всех членов семьи ребёнка; способы общения между членами семьи или коммуникации; поощрение того или иного стиля поведения у детей; исход развития личности. Достоверная разница получена по всем показателям. У большинства детей исследуемой группы в семье наблюдались негибкость линии поведения членов семьи ребёнка, ригидность исполняемых ими функций. При этом представилась возможность определить общую тенденцию снижения количества семей с гуманными правилами, способствующими развитию гармонии и поощряющими честность в исследуемой группе. Сложность в общении, скрытность, безучастность к чувствам членов семьи в данной группе встречалась значительно чаще, чем в группе сравнения. Зависимость или покорность от родителей, неспособность решать проблемы и конфликты, бунтарство также достоверно чаще прослеживались в семьях детей исследуемой группы.

В конечном итоге определялось формирование того или иного жизненного сценария ребенка. Конструктивный жизненный сценарий преобладал в группе сравнения и, напротив, деструктивный жизненный сценарий преобладал у детей исследуемой группы.

### ***Наличие достаточных ресурсов для реализации конструктивного жизненного сценария***

Данное свойство личности является интегрирующим и включающим вышеназванный перечень функциональных характеристик. Поскольку к ресурсам личности следует отнести и факторы полноценного завершения идентификации, конструктивного формирования жизненного сценария, навыков ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля. Однако, личность, действующая в режиме самоорганизующей активности, может эффективно управлять и биологическими ресурсами организма, а также получать доступ к суперресурсным инстанциям психического за счет манифестации активности в духе диалогизированного сознания.

Обсуждаемое свойство личности формируется на протяжении всей жизни индивида. Однако, наиболее активная, структурированная фаза имеет место в возрасте 12 - 25 лет. У детей младшего школьного возраста ресурсная достаточность личности базируется на ди-

агностике силы Эго ребёнка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им, а так же на диагностике личностных резервов, т.е. копинг - ресурсов и особенностей защитных механизмов. Современные научные исследования доказывают, что к формированию зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ у детей ведёт недостаточное развитие у них личностных и средовых ресурсов, дефицитов в использовании эффективных копинг - стратегий и адекватных защитных механизмов.

Результаты исследования диагностики ресурсной достаточности показывают нам, что:

1) У детей, употребляющих психоактивные вещества, есть определенное стремление отрешиться от мира, стремление к самозащите, желание стоять на своём. Обычно у них, в той или иной степени, присутствует отказ от правил и норм. Они испытывают большие затруднения в преодолении стрессовых ситуаций и чаще используют дезадаптивные формы поведения. У детей, не имеющих опыта употребления психоактивных веществ, есть сравнительно высокие адаптивные возможности; они воспринимают мир, как доброжелательный, идут на уступки, находят компромисс в вопросах, связанных с взаимоотношениями со средой, легче устанавливают социальные контакты и более успешно адаптируются к стрессовой ситуации.

2) В качестве одной из ведущих стратегий поведения в трудной ситуации дети исследуемой группы чаще, чем в группе сравнения, выбирают стратегию поиска социальной поддержки. Это активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим лицам. Но, учитывая то социальное окружение, в котором эти дети находятся, следует предположить наличие сложностей с получением адекватной позитивной поддержки. Воспринимая трудную ситуацию, как постоянную, тяжёлую, и пребывая в состоянии ожидания неприятностей, дети, употребляющие психоактивные вещества, в большей степени, чем дети не употребляющие испытывают потребность в чувстве безопасности, защите и покровительстве.

3) Основными защитными стратегиями, выявившиеся в ходе исследования у детей исследуемой группы стали механизмы защиты «проекция», т.е. когда чаще возлагают вину на кого-либо или что-нибудь за свои недостатки или промахи. В защитном механизме, получившем название «замещение», проявление инстинктивного импульса переадресовывается от более угрожающего объекта или личности к менее угрожающему. Данный механизм чаще используется у

детей группы сравнения. Дети, употребляющие психоактивные вещества, чаще используют механизм защиты «проекция», нежели «замещение». Это говорит о том, что большинство детей убеждены, что их успехи или неудачи являются результатом таких внешних обстоятельств, как везение, случайность, давление окружения, другие люди и т.п. Что касается группы сравнения, то дети данной группы чаще используют «замещение», чем «вытеснение». Это говорит о том, что при освобождении от тревоги у детей, не употребляющих психоактивные вещества, психической энергии затрачивается меньше. Тем самым Это может не отграничивать использование энергии для более адаптивного, направленного на собственное развитие, творческого поведения.

### ***Информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации жизненных основных сценариев***

Важным аспектом в профилактике наркозависимости в обществе является необходимость формирования профилактического информационного пространства. Неоспоримо влияние информационного пространства: средств массовой информации, видеопродукции и т.п., в том числе негативное, на личность и группы людей. Информация о вреде злоупотребления алкоголем для детей приходит в явное противоречие с массовым распространением алкоголизации среди взрослых. В отношении наркотиков вред их употребления детьми, как правило, легко признается. Опасность стать наркоманом также допускается. Большую часть детей эта угроза удерживает от злоупотребления. Однако широкое распространение сведений о наркотиках может у другой части детей пробудить к этим веществам нездоровый интерес, желание испытать на себе их действие.

Результаты исследования показали, что дети исследуемой группы имеют более высокую информированность о способах употребления психоактивных веществ, что указывает на получение информации из других источников. В связи с этим, мы сделали акцент на источник получаемой информации ребёнком младшей возрастной группы. Для детей обеих групп предпочитаемым источником, в большей степени, являются родители, учителя и врачи. Но полученная, достоверная разница в показателях говорит нам о следующем:

1. Дети исследуемой группы реже получают информацию о проблеме наркомании от родителей и чаще, чем дети группы сравнения, получают данную информацию из таких источников, как во дворе, друзья, знакомые;

2. Полученные результаты информированности детей о наркотических веществах, свидетельствуют о том, что дети группы сравнения более качественно информированы;

3. Вызывает опасение тот факт, что четверть детей из группы сравнения и треть детей из исследуемой группы воспринимают наркотики как лекарство;

4. Часть детей затруднялась с ответом, что говорит о недостаточной информированности в данной области для формирования верного представления о наркотических веществах в обеих группах.

Следовательно, говорить о полноценной информированности о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации жизненных основных сценариев, в исследуемой группе невозможно.

### ***Деструктивность семьи, как трансформация в личностные смыслы ребенка, влияющие на принятие решения употребления психоактивных веществ***

Обобщение опыта работы многих исследователей с семьями наркоманов детского возраста показывает, что семья может выступать: как фактор формирования преднаркотической личности; как фактор фиксации психологической зависимости от наркотиков, как фактор, провоцирующий продолжение приема наркотиков; как фактор эффективности психотерапевтической и реабилитационной работы. Практически во всех случаях детской наркомании в период, предшествующий наркотизации, наличествуют признаки одного из типов проблемных семей. Это может быть деструктивная семья (автономия и сепарация отдельных членов семьи, отсутствие взаимности в эмоциональных контактах), а также неполная семья, где один из родителей отсутствует, что порождает разнообразные особенности семейных отношений, иногда принимающих негативный характер. Это может быть ригидная, псевдосолидарная семья (где наблюдается безоговорочное доминирование одного из членов семьи; жесткая регламентация семейной жизни). Это может быть распавшаяся семья, когда один из родителей живёт отдельно, но сохраняет контакты с прежней семьей и продолжает выполнять в ней ряд функций.

Характерными особенностями таких семей являются чрезвычайно эмоциональное, ранимое и болезненное отношение детей к своим родителям и их проблемам (имеются в виду острые, болезненные реакции на семейную ситуацию). Если при этом в семье присутствует холодная в общении, неэмоциональная, строгая и неласковая мать, то ситуация приобретает наибольшую остроту. Нередко в

семьях наркотицизирующихся в период детства, предшествующий наркотизации наблюдается конформизм родителей, вплоть до готовности идти на поводу у ребёнка. Чаще всего, такое поведение родителей – это своеобразный способ избегания эмоционально близких отношений с детьми: «Я сделаю, как ты хочешь, только отстань...» или «Что ещё тебе нужно? У тебя все есть...». Также использование ребёнка как средства давления и манипуляции супругами друг другом («Не кричи на меня, видишь, ребёнок от этого страдает!»). Непоследовательность в отношениях с ребёнком: от максимального принятия до максимального отвержения. Ребёнка то приближают к себе, то отдаляют независимо от особенностей его поведения. Невовлечённость членов семьи в жизнь и дела друг друга, когда все рядом, но не вместе; когда семейная жизнь низводится до совместного быта, а также директивный стиль отношений и эмоциональное отвержение.

Изучение семьи и семейных отношений ребёнка является одним из важных клинико-описательных аспектов, а также важной характеристикой социально-психологических процессов.

Члены семьи, злоупотребляющие алкоголем и наркотическими веществами, являются одним из наиболее значимых факторов риска. Родители формируют основные жизненные ценности и нормы поведения ребенка. Для детей младшего возраста родители являются непосредственным объектом для подражания. Асоциальное поведение родителей, низкий уровень образования, психологическая напряженность и конфликты являются факторами высокого риска злоупотребления алкоголя детьми.

Основываясь на концепции антинаркотической устойчивости, акцентированной на совокупности личностных свойств, социальных характеристик среды, их обеспечивающих, ведущей к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях, мы приходим к выводу, что семья имеет влияние на формирование психологического здоровья для ребенка. Но семья есть фактор, который трансформируется в личностные смыслы ребёнка, на которые ребёнок основывается в момент принятия решения употребления психоактивного вещества.

И так, исследуя степень деструктивности семей в исследуемой группе и группе сравнения, мы получили следующие результаты:

1. Исследования психопатологической отягощённости наследственности у детей в исследуемой группе и группе сравнения свидетельствует о том, что у родителей, имеющих алкогольную зависимость, дети имеют высокий риск более раннего приобщения к наркотическим веществам. Наследственная отягощённость алкоголизмом

в исследуемой группе встречается чаще, чем в группе сравнения и является одной из важных, как биологических, так и социальных причин, влияющих на начало употребления психоактивных веществ уже в младшем школьном возрасте.

2. Особенности протекания беременности у матери играют немаловажную роль в дальнейшем развитии ребёнка. Осложнения во время беременности (токсикоз, перенесенные заболевания), а также осложнения во время родов (асфиксия, родовые травмы) наблюдались в исследуемой группе чаще, чем в группе сравнения. Эти данные указывают о возможности резидуального поражения головного мозга, наличие которого также является признаком высокого риска ранней наркотизации детей.

3. Немаловажное значение в развитии детей имеет готовность родителей к появлению ребенка, то есть желанность данной беременности. Мы выявили, что часть матерей не хотела данной беременности, и число нежеланных беременностей было в 6 раз больше в исследуемой группе, чем в группе сравнения.

4. Нас также интересовали условия воспитания детей, в первую очередь состав семьи. Большее количество детей, воспитывающихся в полных семьях, было в группе сравнения. И, наоборот, в условиях, где был только один родитель, чаще воспитывались дети исследуемой группы.

5. Важным моментом в настоящем исследовании являлось изучение внутрисемейных отношений. В частности, нас интересовал вопрос о взаимоотношениях членов семьи:

- гибкость ролей, взаимозамещаемость функций чаще отмечалась в семьях группы сравнения. Негибкость линии поведения членов семьи ребёнка, ригидность исполняемых ими функций чаще встречались в семьях детей из исследуемой группы;

- в отношении правил, принятых в семьях детей, необходимо отметить разницу между исследуемой группой и группой сравнения. При этом представилось возможным определить общую тенденцию снижения количества семей с гуманными правилами, способствующими развитию гармонии и поощряющими честность, в исследуемой группе;

- по способам коммуникации между членами семей, дети исследуемой группы также находятся в менее благоприятных условиях. Такие условия, как прямые коммуникации, открытые чувства встречаются реже, напротив, сложность в общении, скрытность, безучастность к чувствам членов семьи встречается чаще, чем в семьях группы сравнения.

- разница в воспитании и стереотипе поведения ребенка составила следующие значения: в исследуемой группе реже отмечались и независимость индивида, способность видеть проблемы, конфликты и умение решать их. Зависимость или покорность от родителей, неспособность решать проблемы и конфликты, бунтарство, наоборот чаще преобладало у детей употребляющих психоактивные вещества, по сравнению с детьми, не употребляющими психоактивные вещества.

6. Для детей младшего школьного возраста родители и учителя являются наиболее значимыми людьми из их социального окружения. Поэтому качество и частота получения информации именно из данных источников влияет на формирование взглядов детей на рассматриваемую проблему.

Но результаты, полученные в ходе исследования, показывают нам, что родители и учителя, окружающие ребёнка, не уделяют достаточного внимания этой теме. Хотя именно они могли бы формировать у ребенка устойчивое негативное отношение к наркотикам и осмысленную мотивацию отказа от их употребления. Особенно настораживает то, что исследуемая группа реже получает информацию о проблеме наркомании от родителей и учителей, чем группа сравнения.

Таким образом, на основании полученных, в ходе всего исследования, данных мы можем сказать, что дети, употребляющие психоактивные вещества, не обладают умением контролировать свои эмоции и поведение, эффективно управлять своей энергией. Они хорошо осознают социальные требования, но склонны их игнорировать или подчиняться доминирующим личностям. Для них характерно упорство в преодолении трудностей, но неудачи вызывают тяжёлые переживания. Тревога, по поводу возможных неудач, побуждает их постоянно находиться в состоянии подозрительности и защиты. В целом дети данной группы отличаются пассивностью, замкнутостью и обособленностью. Сильные эмоциональные переживания, возникающие при столкновении с трудностями, побуждают их избегать проблемных ситуаций или обращаться к помощи окружающих. Стратегия самостоятельного разрешения проблем, в структуре их поведения, наиболее слабо выражена. Ценностно – смысловые доминанты детей данной группы носят преимущественно негативный характер. Таким образом, дети, употребляющие психоактивные вещества, отличаются определёнными личностными особенностями, стратегией поведения и ценностными ориентирами. Недостаточное развитие совокупности данных свойств, наблюдаемое в ис-



следуемой группе, свидетельствует о необходимости внедрения программ, направленных на развитие сферы жизнедеятельности всех, без исключения, детей.

Полученные результаты позволяют расширить знания об антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста, а также, наметить возможные пути исследования в данной области. В частности, в изучении вопросов первичной профилактики употребления психоактивных веществ в детском возрасте. Данные исследования способствуют раскрытию спектра диагностических, лечебных и реабилитационных возможностей.

Углубление знаний о специфике развития антинаркотической устойчивости у детей способствует совершенствованию технологии диагностики сформированности свойств антинаркотической устойчивости в детском возрасте, а также способствует разработке перспективы блокирования тенденции распространения зависимости среди детского контингента.

Основываясь на концепции антинаркотической устойчивости, мы выделяем ее основные компоненты относительно младшего школьного возраста:

- необходимость адаптации данной концепции, применительно к младшему школьному возрасту, обусловлена незавершенностью формирования и недостаточной дифференциацией детской психики, что и является главным модифицирующим фактором последующих концептуальных построений;

- вместе с тем, по результатам наших исследований, есть все основания утверждать, что, во-первых, свойства антинаркотической устойчивости в значительной степени может быть сформирован в младшем школьном возрасте, а во-вторых, по своим главным составляющим (дифференцированным личностным свойствам) сопоставим с оригинальной моделью;

- наиболее общими отличиями свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте от аналогичных характеристик психологического здоровья в более зрелом возрасте являются следующие:

- 1) степень дифференциации основных свойств, представляющих данный феномен (личностная идентификация; позитивный жизненный сценарий; навык ответственного выбора; качество внутреннего локуса контроля; наличие личностных ресурсов, необходимых для реализации идентификационного сценария; адекватная информированность о вреде потребления психоактивных веществ по отношению к жизненному сценарию) у детей младшего школьного возраста суще-

ственно ниже, а степень взаимозависимости, соответственно, выше, чем у более зрелых лиц;

2) в большей или меньшей степени личностные характеристики – аналоги дифференцированных свойств антинаркотической устойчивости – представлены в Я - концепции ребёнка младшего школьного возраста, доступной для измерения и исследования;

3) существует возможность и более дифференцированного определения уровня развития конкретных свойств антинаркотической устойчивости в раннем школьном возрасте с выведением соответствующих степеней риска вовлечения в зависимость от психоактивных веществ для каждого ребенка и адекватных рекомендаций по снижению данных рисков;

4) отличительной особенностью формирования свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте является тесная связь с условиями воспитания и характеристикой межличностных отношений в семье ребёнка (прямая зависимость рисков потребления психоактивных веществ со степенью деструктивности семьи).

- конкретными (частными) отличиями определенных свойств - составляющих феномена антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте от их более дифференцированных и зрелых прототипов являются следующие:

1) свойство завершённой личностной идентификации представлено у детей конструктивной Я - концепцией с акцентом на следующие свойства личности: автономия, уверенность, инициатива, адекватная самооценка и уровень притязаний, развитое самоосознание;

2) свойство конструктивного жизненного сценария в раннем школьном возрасте представлено ценностно-смысловыми доминантами, вписанными в образ мира ребенка, на основании которых он действует и выстраивает оценочные суждения. При этом основной акцент делается на таких личностных качествах как трудолюбие, ориентация на позитивные ценности и личностные свойства значимых других лиц;

3) свойства навыка ответственного выбора и внутреннего локуса контроля представлены у детей младшего школьного возраста; не дифференцируются и предельны качеством и внутренней ответственности. При этом имеют значение такие личностные свойства как самостоятельность, умение планировать и организовывать свою деятельность, сформированность волевых усилий (усидчивость), критичность;

4) свойство достаточности личностных ресурсов, необходимых для реализации идентификационных сценариев в младшем школьном

возрасте представлено так называемой «силой Эго», определяемой как эмоциональная устойчивость и уверенность, а также «силой сверх - Я», с акцентом на такие личностные качества как обязательность, добросовестность, ответственность;

5) в аспектах информированности негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих основным жизненным сценариям у детей младшего школьного возраста имеют значение факты передачи такого рода информации от значимых других лиц, пользующихся особым авторитетом и доверием (обычно, родителей), правильные, тщательно продуманные контекст и направленность данной информации, определяющие когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты последующих изменений.

Таким образом, выявленные при настоящем исследовании общие и частные отличия аналогов свойств антинаркотической устойчивости, характерные для детей младшего школьного возраста, адекватно модифицируют концепцию психологического здоровья – антинаркотической устойчивости применительно к данной группе населения. Данные сведения углубляют и расширяют возможности первичной и вторичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ.

### **Диагностический аспект концепции антинаркотической устойчивости**

Исследуя степень сформированности свойств антинаркотической устойчивости, мы выявляем группу риска детей, которые ещё не вовлечены в орбиту наркотизма, но имеют предрасположенность к формированию зависимости.

Своевременное определение степени сформированности антинаркотической устойчивости у ребенка позволит осуществлять раннюю профилактику отклонений в его поведении. Низкий уровень сформированности данных свойств является системообразующим фактором возникновения алкоголизма и наркомании и, одновременно, прогностическим критерием.

В исследовании основных компонентов антинаркотической устойчивости мы предлагаем использовать следующие направления:

1. Для изучения клинического и психопатологического статусов нами использовалась модифицированный вариант базисной карты, разработанной Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркоманий.

2. В определении формирования конструктивности Я – концепции мы делаем акцент на личностные качества, самооценку, уровень

притязания и самосознание ребенка. Здесь можно использовать разные проективные и непроективные методики на выявление данных качеств. Учитывая особенности данного возраста, а также уровень интеллектуальных способностей детей (дифференцируя олигофрению от задержки психического развития, что является важным фактором в диагностике и дальнейшем формировании данных свойств), предварительно мы предлагаем использовать селективное исследование уровня интеллектуального развития тестом умственного развития Векслера.

А) Для изучения личностных качеств ребенка следует использовать многофакторный личностный опросник, представляющий собой модифицированный и адаптированный к детскому возрасту, 16 - факторного личностного теста Р. Кеттелла. Данная методика позволяет исследовать личностные особенности ребёнка, обуславливающие его поведение

Б) Для определения самооценки и уровня притязания ребенка следует использовать методику А. И. Липкиной «Три оценки».

Уровень самооценки школьников определяется, на основе полученных данных, по следующим показателям:

- совпадение или несовпадение самооценки с адекватной оценкой учителя,

- характер аргументации самооценки:

а) аргументация, направленная на качество выполненной работы;

б) любая другая аргументация;

в) устойчивость или не устойчивость самооценки, о которой судят по степени совпадения характера, отметки, выставленной учеником самому себе и ответов на поставленные вопросы.

Данный анализ позволяет узнать, складывающуюся у каждого ученика, оценочную позицию. Важность выявления у младших школьников (особенно слабоуспевающих) формирующейся оценочной позиции доказана в исследовании психологов, которые пришли к выводу о том, что с возрастом у таких школьников нарастает тенденция к недооценке своих возможностей. Преобладание неуспеха, подкрепляемое низкими оценками их работы, ведет к увеличению неуверенности в себе, чувству неполноценности, что является фактором вовлечения в орбиту наркотизации.

Для изучения самооценки необходим анализ ряда показателей по проведенной нами проективной методике «Человек под дождём», по которой обращается внимание на расположение рисунка человека на листе бумаги.

В) для определения самосознания ребенка следует использовать методику самоописания для диагностики самосознания младших

школьников, разработанную С. Б. Спиридоновой. Показателем дифференцированности служило количество, выделяемых у себя качеств, личности, разнообразие систем отношений, упоминаемых ребенком (ребенок-взрослый, ребёнок - сверстники и т.д.), разнообразие видов деятельности, через которые ребёнок презентует себя (учеба, увлечения, труд и т.д.) Самоописание позволяет глубоко исследовать актуальный слой самосознания, что помогает выделить основные направления в работе по развитию и формированию самосознания в младшем школьном возрасте.

3. Для изучения характера личной ответственности младшего школьника, её направленности (интернальной - экстернальной) следует использовать методику решения воображаемых экспериментальных ситуаций, разработанную М. В. Матюхиной, С. Г. Яриковой. Учащиеся должны проанализировать предложенные суждения и объяснить причину своего поведения в подобной ситуации. Создавая эту методику, авторы исходили из того, что ответственный ученик не винит других людей, сложившиеся обстоятельства, а объясняет невыполнение поручений своими субъективными особенностями.

4. В ранней диагностике жизненных сценариев у детей 7-11 лет используется методика проективного опроса, разработанную и апробированную Е. В. Воробьевой. Методика заключается в том, что дети рассказывают свои любимые сказки, делая акцент на том, чем их привлекает та или иная сказка, те или иные качества главного героя.

5. Для изучения наличия достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев предлагается использовать графическую психодиагностическую методику «Человек под дождём», предложенную Е. В. Романовой, которая ориентирована на диагностику силы Эго ребёнка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Кроме того, она позволяет осуществить диагностику личностных резервов, т.е. копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов.

6. В исследовании уровня информированности о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев мы считаем возможным использовать разработанную модифицированную анкету, включающую упрощённые вопросы, входящие в базисную карту, разработанную РНПЦ МСПН. В ней затронуты темы на выявление наиболее популярного источника информации о проблеме наркомании, частота получения информации антинаркотической направленности, оценка эффективности общественных усилий, препятствующих распространению наркомании.

Методический инструментарий по определению сформированности свойств антинаркотической устойчивости не ограничивается перечисленными выше проективными и стандартизированными методиками. Поэтому в практической работе возможно расширение методической базы исследования психологического здоровья, учитывая специфику возрастных особенностей детей и ситуации обследования.

### **Профилактический и реабилитационный аспекты концепции антинаркотической устойчивости**

Профилактика в детском возрасте является основным способом решения проблемы наркомании. Дальнейшая разработка профилактических мероприятий для развития качеств психологического здоровья возможна после изучения сформированности свойств антинаркотической устойчивости.

Базисные понятия, используемые в первичной профилактике распространения зависимости от психоактивных веществ, выводятся из общей концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

**Первым базисным понятием** в первичной профилактике является уровень самоорганизации личности ребенка: а) степень выраженности свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у детей; б) характеристики качества жизни, соматического, психического и социального здоровья; в) степень информированности ребенка о последствиях приема психоактивных веществ, препятствующих достижению его основных жизненных целей; г) позиция относительно приема психоактивных веществ, занимаемая ребенком в определенное время.

**Второе базисное понятие** – уровень профильной агрессивности среды, складывающийся из индексируемых характеристик мобильных и стабильных информационных каналов (по классификации А. Л. Каткова, 1998), по которым поступает информация о психоактивных веществах.

**Третье базисное понятие** – степень риска вовлечения в зависимость от психоактивных веществ.

**Четвертое базисное понятие** - это стратегия снижения риска вовлечения в зависимость от психоактивных веществ. Обозначение каждого, из приведенных выше, базисных понятий проводится согласно разработанным шкалам и программам снижения рисков вовлечения в орбиту зависимости от психоактивных веществ. Основой такого рода программ, является форсированное воспроизведение алгоритма

формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у индивида или группы.

Прикладными понятиями концепции первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ являются:

характеристики развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, определяемые у конкретного ребенка;

характеристики тематического воздействия контактных аудиторий (семья, ближайшее окружение – значимые другие, учебные коллективы);

характеристики тематического воздействия основных агентов развития (родители, педагоги и т.д.);

характеристики тематического воздействия референтных групп;

характеристики тематического воздействия семьи;

характеристики опосредованного, тематического воздействия основных социальных институтов (воспитание, образование, здравоохранение и т.д.).

Анализируя основные отличия предлагаемых подходов в реабилитационных программах, в Республиканском научно - практическом Центре медико - социальных проблем наркомании Республики Казахстан пришли к выводу о необходимости модификации основного термина, обозначающего активность по отношению к наркозависимым. Термин «реабилитация» предлагается заменить на другой, более адекватный, сути концепции и факту значительного отличия группы населения, относительно которой предлагается проводить активные действия, - «неоабилитация», который означает не «возврат утраченных способностей», а «развитие новых способностей». Данное обозначение подчеркивает значение антинаркотической устойчивости, выводит проблему наркозависимости исключительно из патологического полюса, перенацеливает основной вектор активности на полюс формирования психологического здоровья в социуме и, наконец, обращает внимание на настоятельную необходимость развития профессий соответствующего гуманитарного профиля.

Нет сомнений в том, что разработка психотерапевтических подходов продвинет перспективы повышения эффективности первичной профилактики по данному профилю, за счет осмысленной трансляции уникальных технологий кризисного развития индивида и группы в институализированные практики образования и воспитания. Только целенаправленное внимание всех институтов государства, а также общества, в его гражданском понимании, к указанным проблемным ситуациям позволит сделать работу по профилактике вовлечения детей

и подростков в потребление психоактивных веществ, легитимной и эффективной.

Неоабилитация – есть комплекс взаимосвязанных, взаимообусловленных мероприятий, направленных на эффективное выполнение поэтапных задач:

1. Избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости;

2. Актуализация имеющегося потенциала биологической и социальной адаптации;

3. Форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Основным стержнем непрерывного, интенсивного неоабилитационного процесса, по мнению А. Л. Каткова, является ежедневная, многочасовая интегративно - развивающая психотерапия, реализуемая в групповом, индивидуальном или смешанном формате, отличительной особенностью которой является возможность достижения значительных и стойких изменений в статусе и личностной метапозиции пациентов/клиентов в относительно короткие временные периоды.

Уровень и качество достигаемых изменений эффективно способствуют освобождению от наркотической зависимости и формированию конструктивных эволюционных сценариев, для которых характерно постоянное развитие самоорганизующих свойств личности. Сопутствующие развивающие практики (консультирование, социально-психологические тренинги, обучение, труд и т.д.) реализуются в синергетическом ключе с максимально возможным вовлечением универсальных механизмов форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, в режиме «пространства психотерапии» – феномена, обеспечивающего максимальную пластику изменений. Технологическое оформление неоабилитационной программы (режим, правила оформления контракта, подбор, подготовка и деятельность персонала и т.д.) также подчинены основной неоабилитационной идее – форсированному развитию свойств антинаркотической устойчивости.

Вместе с тем, стержневая цель неоабилитационных программ – форсированное развитие свойств психологического здоровья – находится в фокусе внимания специалистов, начиная с первого дня пребывания пациента в реабилитационном центре. Эффективное достижение данной цели, определяется в системе промежуточных индикаторов (объективно и субъективно фиксируемое продвижение по шкале психологического здоровья), а также, в системе конечных индикаторов (длительность и качество ремиссии).



Наиболее традиционна психотерапевтическая ориентировка на мишени программы медико-социальной реабилитации. В разработанной программе РНПЦ МСПН используются следующие мишени, которые также можно использовать в программе реабилитации детей:

Мишень № 1 – патологический соматический статус зависимых от психоактивных веществ, который складывается из признаков: отравления (передозировки), интоксикации, синдрома отмены, синдрома зависимости (соматический уровень), признаков сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии.

Мишень № 2 - патологический личностный статус зависимых от психоактивных веществ, который складывается из общих личностных характеристик ребенка, определяющих дефицит свойств антинаркотической устойчивости; нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования дефицита свойств антинаркотической устойчивости индивида; характеристик собственно патологического личностного статуса зависимых от психоактивных веществ, обслуживающего синдром зависимости.

Мишень № 3 – патологический социальный статус зависимых от психоактивных веществ, который складывается из общих социальных характеристик (социальный доход семьи, социальная динамика ребенка); так называемых «социальных» характеристик личности, согласно концепции личности Альберта Бандуры; характеристик коммуникативных и других навыков социального поведения; характеристик системы отношений в микросоциуме.

Мишень № 4 – собственно патологическое влечение к психоактивному веществу во всех сферах непосредственного проявления данного феномена.

Мишень № 5 – мотивация на избавление от патологической зависимости от психоактивных веществ для обеспечения адекватной динамики развития – от поверхностного (избавление от физической зависимости) до глубинного (реализация конкурирующих с наркопотреблением, позитивных жизненных сценариев).

Основой алгоритм базисной психотерапевтической стратегии и стратегии использования других, структурированных развивающих практик (психологическое консультирование, социально-психологические тренинги, программы социальной терапии и т.д.) следующий:

1. Установление контакта с нормативным полюсом личности (личностным статусом) ребенка;
2. Стимуляция нормативного личного статуса;
3. Активизация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностного статуса;

4. Восстановление нормативного потребностного цикла с позитивной динамикой лечебных установок;

5. Редукция патологического личностного статуса;

6. Подавление и контроль патологического влечения к психоактивным веществам;

7. Фиксация, укоренение нормативного личностного статуса и форсированное развитие конструктивных личностных свойств антинаркотической устойчивости:

- формирование конструктивной Я - концепции, включающей в себя адекватную самооценку, уровень притязания и самосознания, формирующихся на основе имеющихся личностных качеств;

- развитие качества внутренней ответственности, отражающего склонность личности придерживаться в своем поведении общепринятых социальных норм, исполнять свои обязанности и ее готовность дать отчет за свои действия перед обществом и самим собой;

- формирование конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ, которые основываются на ценностно-смысловых доминантах, вписанных в образ мира ребенка, на основе которых он действует;

- развитие достаточных личностных и средовых ресурсов, для реализации вышеназванных сценариев в использовании эффективных копинг-стратегий и адекватных защитных механизмов;

- информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев;

- снижение степени деструктивности семьи (психопатологическая отягощенность наследственности, желанность беременности, протекание беременности, состав семьи, внутрисемейные условия, качество информированности о психоактивных веществах от семьи).

8. Полная редукция патологического влечения к психоактивным веществам;

9. Развитие полноценной устойчивости к повторному вовлечению в орбиту наркотизма.

Вариант последовательного (эволюционного) формирования свойств, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в орбиту зависимости от психоактивных веществ является основой прикладной концепции эффективной первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ. Вариант форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости является теоретической и практической основой для разработки соответствующих неабилитационных программ.

Принимая во внимание полученные результаты, а также учитывая особенности младшего школьного возраста, в медико-социальной реабилитации и в рамках профилактики наиболее эффективным будет психотерапевтическое воздействие, использующее следующие направления: игровая терапия, сказкотерапия, арттерапия, поведенческие техники, консультация родителей, а также библиотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, рационально-эмотивная терапия, семейная терапия, тренинг релаксации, моделирование и терапия социальных навыков, использование метафор.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Allgaier A. *Alternative birth centers offer family-centered care. / Hospitals.* 1978, № 52, P. 97-112
2. Amirkhan J. H. *A Factor analytically driven measure of coping: The coping strategy indicator // J. of Person. and Soc. Psychology.* – 1990. – V. 59(5). – P. 1066-1074.
3. Arciti C., Pistone M., Persici P., Barbieri A., Santi L. *Passive smoking in the hospital environment.// Recenti-Prog. Med.* – 1994 Dec; 85(12): 555-559.
4. Bandura A. *Social Learning Teory.* Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall. – 1977, P. 1-66.
5. Bermark Anders, Oscarsson Lars. *Drug abuse and teatment: A study of social condition a. contextual strategies Stockholm studies in social work, INNS 0281-2851; 4 Stockholm. Almqvist & Wiksell intern.* – 1988. C. XI, 318.
6. Bohman M., Sigvardsson S., Cloninger C.R. *Maternal inheritance of alcohol abuses. Cross-fostering analysis of adopted women // Arch/gen. Psychiat,* 1981, Vol.38. № 9, P.965-969.
7. Bornstein M.H., & Tamis-LeMonda C.S. *Material responsiveness and cognitive development in children. / In M.N. Bornstein (Ed.): New Directions for Child Development.* – *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences.* – 1989. - № 43. – P. 49-62.
8. Bretherton I. *Attachment and bonding. / In V.B. Van Hasselt & L.A.Rosenblum (Eds.): Handbook of social development.* - New York: Plenum Press. – 1992. – P. 133-155.
9. Brewin C. R. *Cognitive foundation of clinical psychology.* – London: Erlbanm, 1988.
10. Budzinski W. *Somoocena realizowana wastosel a motywaija do leczenia siez naloju u osol uzalezniomych od heroine // Ann. Acad. Med gelan.* 1993. V. 23. P. 125-137.
11. Cahill-Fowler. *May be you know my kids.* New-York: Carroll Publishing Group, 1990.
12. Carroll K. M. *Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: areview of controlled clinical trials // experimental and Clinical psychopharmacology.* – 1996, - P. 46-54.
13. Christopher Lowry. *Уличные дети и наркотики. Всемир. форум здра-воохранения.* 1995, 16, № 2, С.20-23. Язык текста - рус.
14. Ciraulo-A., et al. *Am. J. Psychiatry.* 1989, V. 146 №10, P. 1333-1335.
15. Commings K. M., Hyland-A., Saunders-Martin-T, Perla-J, Coppola-PR, Pechacek-TF *Evaluation of an enforcement program to reduce tobacco sales to minors. Am-J-Public-Health.* 1998 Jun, 88(6): 932-6.
16. Crits Christoph P. *Psychosocial treatment for cocaine dependence: results*

from the NIDA collaborative cocaine treatment study // *Archives of General Psychiatry*. – 1999, V.56, P. 493-502.

17. Damon W. *The moral child: Nurturing children's natural moral growth*. New York: Free Press, 1991.

18. Diener C. I, Dweck C. S. *An Analysis of Learned Helplessness: Continuous changer in performance, strategy, and achievement cognitions following failure*. / *Personality and Psychology*. – 1978. - № 36. – P. 451-462.

19. Ewing H. *Care of women and children in the perinatal period*. In: Fleming M.F., Barry K.L., eds. *Addictive Disorders*. St Louis: Mosby Year Book, - 1992.

20. Felton B. J. *Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults*. *Soc. Sci. Med.* - 1984, V.18 (10), P. 89-98.

21. Felton B. J., Revenson T. A. *Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults*. *Soc. Sci. Med.* – 1984. – V. 18(10). – P. 89-98.

22. Felton B. J., Revenson T.A. *Age difference if coping with chronic illness* // *Psychol.* – 1987. V. 2(2). – P. 64-70.

23. Fenichel O. *Impulse neuroses and addictions*. B: Fenichel O.: *The psychoanalytic theory of neurosis*. London, 1946.

24. Fenichel O. *Impulse neuroses and addictions*. B: Fenichel O.: *The psychoanalytic theory of neurosis*. London, 1946.

25. Freeman H. *La salte mentale et l'“ environment urbain //Salte home environ / Sump. Int., Luxemburg, 3-5 mars. 1988, V.2. (2), P.64-70.*

26. Gibbs J. *Tribes: A new way learning together*. – CA: Center Source Publications. – 1994. – 432 p.

27. Glover E. *Alcoholism and drug addiction*. B: Glover E.: *The technique of psychoanalysis*, N.I. 1963.

28. Goldman-LR *Children – unique and vulnerable. Environmental risks facing children and recommendations for response*. // *Envirov-Health-Percept.* – 1995 Sep; 103(6) P. 13-18.

29. Grace J. Crag. *Human Development*. / *Seventh Edition*, 2002, - 989 p.

30. Greenfield-B. J., Senical-J. *Recriational multifamily thepari for trobled children*. // *Am-J-Orthopsychiatry*. 1995 Jul; 65(3): 434-439.

31. Hamburg B. A. et all. // *Am. J. Psychiatry*. – 1975. – V. 132. – P. 1155-1162.

32. Harter S. *Developmental perspectives on the self-system*. In P.H. Mussen (Series Ed.) & E.M. Hetherington (Ed.). / *Handbook of psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. – New York: Academic Press. – 1985. - № 4. – P. 275-386.

33. Jessup M. *The treatment of prenatal addiction: identification, intervention, advocacy*. *West J Med* 1990; 152 (special issue): 553-558.

34. Johnson B. *A developmental model of addictions it's relationships to the twelve step program of alcoholics anonymous* // *J. Subst. Aduse Treat.* 1993. V. 10 N1. P. 23-24.

35. Kandel D. // *J. Am. Acad. Child. Psychiatry.* – 1982. V.21. – P. 328-347.
36. Karlan G.A., Salonen I.T. // *Brit. Med. J.* – 1990. – V. 301.- P. 1121-1132.
37. Kobe F. H., Hammer-D. *Parenting stress and depressions in children with mental retardation and developmental disabilities.* // *Res-Dev-Disabil.* 1994 May- Jun; 15(3): P. 209-221.
38. Koltai P. J. *Effects of air pollution on the upper respiratory tract of children.* // *Otolaryngol-Head-Neck-Surg.* 1994 Jul; 111(1); P. 9-11.
39. Kuiper N. *Stressful Events, dysfunctional attitudes, coping styles and depression.* // *Person. and Individ. Differ.* – 1989. – V. 10 (2). – P. 229-237.
40. Ladewig D. *Les toxicomanie en Europe* // *Bull. Soc. Sci. med. Luxemburg.* – 1972. Vol. 109(1). – P. 61-65.
41. Lighthton A. N. *Changing perspectives in mental illness.* – N.Y., 1969, P.179-199.
42. Landry M. *Addiction diagnostic update DMS-III-R psychoactive substance use disorder* // *J. Psychiat. Drugs.* 1987, V.19, № 4, P. 379-381.
43. Lazarus R. S. *Patterns of adjustment.* – N.Y: McGraw-Hill, 1976.
44. Lazarus R. S. *The stress and coping paradigm* // L.A. Bond, J.C. Rosen (Eds.). *Competence and coping during adulthood.* – Hanover: – 1980, 35 p.
45. Lazarus R. S., Folkman S. *Coping and adaptation* // W.D. Genry (Eds.). *The Handbook of behavioral medicine.* – N.Y: Guilford, 1984. – P. 282-325.
46. Lazarus R. S., Folkman S. *Transactional theory and research on emotion and coping* // *Europ. J. Personality.* – 1987. – V. 1. – P. 141-169.
47. Lesswing N., Dougherty R. *Psychopathology in alcohol and cocaine - dependent patients: a comparison of findings from psychological testing* // *J. Subst. Abuse Treat.* 1993. V, 10. N1. P.53-57.
48. Maccoby E. E., Snow M. E. *Children's dispositions and mother-child interactions at 12 and 18 months: A short-term longitudinal study.* *Developmental Psychology.* – 1984. – 20, P. 459-785
49. Main M., & Hesse E. *Parents' unresolved traumatic experiences are related to disorganized attachment status: In M.T. Greenberg (ed.), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention.* – Chicago^ University of Chicago Press. – 1990. – P. 161-182
50. McKay J. R. et all. *Group counseling vs. individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results* // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1997., V.65. – P. 778-788.
51. McLellan A.T. et all. *Problem-service matchind in addiction treatment: a prospective study in programs* // *Archives of General Psychiatry.* – 1997, V. 54, - P. 730-735.
52. Miller W. *Addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity.* Oxford ets.: Pergamon Press, 1984, - 353 p.

53. Musil R. // *Alcohol, Drugs and Tobacco: Oslo, 1988.* – P. 289.
54. Newton T. L., Contrada R. J. *Repressive coping and verbal-autonomic response dissociation: the influence of context.* // *J. of Pers. And Soc. Psychol.* – 1992. V. 62(1). – P.59-67.
55. Noble P., Hart T., Nation R. *Correlates and outcome of illicit drug use by adolescent* // *Brit. J. Psychiatr.* 1972. V. 120. N5. P.497-504.
56. Nurco D., Batter M. *Yulnerability to narcotic addiction: findings* // *J. Drug. Issue.* 1994. V. 24. N1-2. P. 293-314.
57. Nelss R. *The role of psychobiological states is chemical dependency: Who becomes addicted* // *Addiction.* 1993. V. 88. N6. P.745-756.
58. Parker W.A. *Designing an environment for childbirth.* / In B.L. Blum (Ed.): *Psychological aspects of pregnancy, birthing, and bonding.* – New York: Human sciences Press. - 1980
59. Parkes K.R. *Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes.* *J. of Person. And Soc. Psychol.* – 1984. – V. 46. (3). – P. 55-68.
60. Petrosky M., Birkimer J. *The relationship among locus of control, coping styles and psychological symptom reporting* // *J. Clinic. Psychol.* – 1991. – V. 47(3). – P. 336-345.
61. Rachman S., Wilson G.T. *The effect of psychological therapy: Second enlarged edition.* – New York: pergamon. – 1980.
62. Schickit M. A. // *Drug and Alcohol Abuse.* – Plenum Medical Book Company. – New York and London. – 1981.
63. Sicorski E. E., Kipen H.M., Selner J.C., Miller C.M., Rodgers K.E. *The question of multiple chemical sensitivity.* // *Fundam-Appl-Toxicol.* – 1995 Jan; 24(1), P. 22-28.
64. Wada K., Fukui S. *Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users.* // *Addiction.* 1993. V.88. N1. P. 89-100.
65. Westermeyer J. *Alcoholism and Clinical psychiatry* / J. Solomon (Ed.) N.Y. 1982, P.35-47.
66. Wills T. A. *Stress and Coping factors in epidemiology of substace use* // I. Kozlowski et al. (Eds.) *Research advances in alcohol and drug problems.* N.Y: Plemun, 1990. – P. 215-250.
67. Wills T. A. *Stress and coping in early adolescence: Relation-ships to substance use in urban school samples* // *Health psychology.* – 1985. – V. 5. – P. 503-529.
68. Windle M., Hooker K., Lenen K., East P. *Temperament, Perceived Competence and Depression in early and Late Adolescence* // *Development Psychology.* 1986, № 22, P.384-392.
69. Wolff P. H. *The development of states and the expression of emotions in early infancy.* Chicago: University of Chicago Press, 2001
70. Wonderlich-S., Ukestad-L., Perzacki-R. *Perceptions of nonsared*

*childhood environment in bulimia nervosa. // J-Am-Acad-Child-Adolesc-Psychiatry. 1994 Jun; 33(5): 740-747.*

71. Абшаихова У. А., Сирота Н. А. Клинико-катамнестическое исследование подростков, больных гашишной наркоманией // Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Изд-во Ленинградский психоневрологический институт, 1991. С.72-74.

72. Айбасова Г.Х. «Психические расстройства отдаленного периода черепно-мозговой травмы у детей», Алматы 2002

73. Алемаскин М. А. Психологическая характеристика личности подростков-правонарушителей / Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении. М. 1968.

74. Алмазов Б. Н. Психическая дезадаптация несовершеннолетних. Свердловск: Изд. Уральского Университета, 1986;

75. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом. – Астана, - 2003, - 192 с.

76. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Программа медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Республике Казахстан./ Методическое письмо. - Павлодар. – 2002. – 32 с.

77. Альтишулер В. Б., Надеждин А. В. Наркомания: дорога в бездну. / Книга для учителей и родителей. – М.: Просвещение, 2000. – 46 с.

78. Анохина И. П. Особенности вызванной электрической активности мозга и функции катехоламиновой системы как маркеры предрасположенности к формированию зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии – 1999, № 2, С.45-51.

79. Антонова Т. В. Актуальные проблемы социального развития в дошкольном возрасте. // Как помочь ребенку войти в современный мир? – М., 1995. – С.10-26.

80. Антропов Ю. А., Ялдыгина Е. С., Павловский В. А., Яворский В. М., Могилева Д. П. Антропов А. Ю. Клинико-генетические корреляции при семейно-отягощенном алкоголизме. // Вопросы наркологии. – 1989, № 1, С. 27-31.

81. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. – М.: Медицина, 1987 – 335 с

82. Баландин В. А. Использование подвижных игр для развития познавательных процессов детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. / Учебное пособие. Краснодар, 1999. - 104 с.

83. Безносюк Е. В., Соколова Е. Д. Механизмы психологической защиты // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1997, № 2. – С.44-48.

84. Белогуров С. Б. Наркотики и наркомания. - СПб.: Университетская книга, 1997.

85. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. Книга для всех. СПб.; М.: «Невский диалект» - «Издательство БИНОМ», 1998, 128 с.

86. Березин С. В, Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании. Сама-



ра: Самарский университет, 2000. – 64 с.

87. Березин С. В. Психокоррекционная деятельность школьного психолога в условиях межличностного конфликта учащихся подросткового возраста, Автореф. Канд. дисс. М., 1995.

88. Березин С. В. Психологическая коррекция в условиях межличностного конфликта подростков. Самара, 1995, 177 с.

89. Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А. Психология ранней наркомании. Самара, 1997, 145 с

90. Березин С. В., Лисецкий К. С., Серебрякова М. Е. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки. Самара: Изд. «Самарский университет», 2001, - 50 с.

91. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. СПб: МФИН, 1992, - 214 с

92. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. - СПб: Лениздат, 2001, - 480 с.

93. Берн Э. Трансактный анализ в группе. - М.: Лабиринт, 1996., - 126 с.

94. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия. - СПб: изд-во «Братство», 1992, - 189 с.

95. Бернс Р. Развитие Я- концепции и воспитание. - Прогресс, 1983, - 165 с.

96. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А. Наркомании у подростков. – Киев: Здоровье, 1989, 250 с.

97. Битенский В. С., Личко А. Е. Исследование мотивации при токсикоманиях у подростков как путь профилактики общественно опасных действий // Профилактика общественно опасных действий у психических больных. - Калуга, 1988, С.58-60.

98. Битенский В. С., Личко А. Е., Херсонский Б. Г. Психологические факторы в развитии токсикоманий у подростков // Психол. журнал.- М., 1991. Том 12, С.87-93.

99. Битенский В. С., Херсонский Б. Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению наркотиками. // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989, С.83-88.

100. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости. М.: Физкультура и спорт, 1997, - 89 с.

101. Блага К., Шебек М. Я - твой учитель, Ты - мой ученик. - Прага, 1991, - 87 с.

102. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология. Ростов н/Д.: Феникс, 1996, - 134 с

103. Бодалев А. А. Личность и общение. М., 1989, - 245 с.

104. Божович Л. И. Проблемы формирования личности, - Воронеж, 1995, С.157-162.

105. Божович Л. И., Морозова Н. Г., Славина Л. С. Психологический анализ значения отметки как мотива учебной деятельности школьников. – «Известия АПН РСФСР», 1951, №36.

106. Болотовский И. С. Наркомании. Токсикомании. – Казань, Изд. во КГУ, 1990, - 128 с.

107. Борохов А. Д., Исаев Д. Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во «Ленинградский психоневрологический институт», 1989. С.88-93.

108. Братусь Б. С. Аномалии Личности. М.: Мысль, 1988.

109. Братусь Б. С. К проблеме человека в психологии. // Вопросы психологии. 1997, № 5, С. 3-19

110. Братусь В. С., Сидоров Р.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1986, 159 с.

111. Бреслав Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. – М., 1990, 215 с.

112. Букановская Т. И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии. 1992. №3-4. С.157-161.

113. Булыгина И. Е., Цетлин М. Г., Павлова А. З., Захаров В. Н. Потребление психоактивных веществ учащейся молодежью г. Чебоксары (Чувашия). // Вопросы наркологии. 1998, № 1, С.66-68

114. Бурлачук Л. Ф., Мороз С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.

115. Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. – М.: Изд. во МГУ, 1990. – 136 с.

116. Буторина Н. Е., Макаров С. А., Буторин Г. Г. Многоосевая система классификации болезней и диагностика наркологических заболеваний у детей и подростков. // Вопросы наркологии. – 2002. - № 2. – с. 38-42.

117. Вдовиченко А. А. Патохарактерологическое исследование подростков, злоупотребляющих токсическими ингалянтами // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во «Ленинградский психоневрологический институт», 1989.

118. Венгер А. Л., Цукерман Г. А. Схема индивидуального обследования детей младшего школьного возраста: Для психологов. – Томск, 1993.

119. Виноградов П.Б., Медянкин А.В., Соловьева Л.Н., Дмитрук И.И., Ромашевская Н.Ю. Распространение вредных привычек у студентов – медиков и их отношение к ним. // Гигиена и санитария. 1996, № 3, С.49-51.

120. Виноградова Е., Погадаева Н. *Наведение мостов из истории. / Пособие для участника семинара «Риски и принятие решений»*, 2002, - 44 с.
121. *Возрастная и педагогическая психология: Учебник / Под общ. ред. В. А. Петровского.* – М., 1979, – 288 с.
122. *Возрастные особенности психического развития детей / Под ред. Дубровиной И. В., Лисиной М. И.,* - М., 1989, - 245 с.
123. Вострокнутов Н. В. *Семья и проблемы отклоняющегося поведения в современном обществе // Вопросы наркологии Казахстана.* – Т. 2, № 2, 2002. – С. 56-65.
124. *Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 томах. Т. 4.* М., 1984.
125. Гаврилова Т. П. *О кризисах в психическом развитии личности ребенка. // Психологические особенности формирования личности школьника.* М., 1983.
126. Гарифуллин Р. Р. *Скрытая профилактика наркомании. / Практическое руководство для педагогов и родителей.* – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 64 с.
127. Геняйло С. П. *Особенности преморбиды больных наркоманиями. // Журнал невропат. и психиатрии.* – 1990, № 2, С. 42-46.
128. Гимадеев М. М. *Влияние окружающей среды на состояние здоровья женщин и детей // Сборник научных трудов «Экология и здоровье».* – Казань. – 1994. – С. 4-8.
129. Гоголева А. В. *Аддиктивное поведение и его профилактика.* – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002, 240 с.
130. Годфруа Ж. *Что такое психология: В 2 т. Изд. 2-е, стереотипное. Т.2: Пер. с французского* – М.: Мир, 1996. – 376 с.
131. Гудзовская А. А., Сураева Г. З. *Уроки самоопределения. Методическое пособие для учителей по курсу «Основы жизненного самоопределения».* - Самара, 1995, - 324 с.
132. Гульдан В. В., Корсун А. М. *Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам. // Вопросы наркологии.* – 1990, № 2, С 40 - 44.
133. Гульдан В. В., Романова О. Л. *Психологическое исследование влияния запугивания на установку подростков по отношению к наркотикам. // Вопросы наркологии.* 1990, № 4, С.45-50.
134. Гульдан В. В., Романова О. Л., Корсун А. М., Шведова М. В. *Психологическое изучение употребления одурманивающих веществ подростками с нарушениями поведения. // Вопросы наркологии.* – 1989, № 1. С. 38-43.
135. Гульдан В. В., Романова О. Л., Корсун А. М., Шведова М. В. *Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании // Психологические исследования и психотерапия в наркологии.* Л.: Изд-во «Ленинградский психоневрологический институт», 1989, С.68-74.

136. Гульдман В. В., Романова О.Л. Подросток - наркоман и его окружение // *Вопросы психологии*. 1993, №2. С. 26-32.
137. Гульдман В. В., Шведова М. В. Психологический анализ мотиво-образующих факторов наркотизации подростков // *Саморазрушающее поведение у подростков*. Л.: Из-во «Ленинградский психоневрологический институт», 1991.
138. Гунько А. А. Алкоголизм у родителей и наркомания у детей: описание двух родословных. Тезисы докл. Всесоюз. науч. центра мед.- биол. проблем наркологии, Москва, 1991, С. 23.
139. Давыдов В. В. Проблемы развивающего обучения: опыт теоретических и экспериментальных психологических последствий. - М.: Педагогика, 1989, - 236 с..
140. Деятельность и взаимоотношение дошкольников. / Под ред. Т. А. Репиной. М., 1989, - 188 с.
141. Драган Г. Н. Наркомания среди несовершеннолетних в России: ситуация, тенденция, противодействие. // *Вопросы наркологии*, 1997, № 2, С.76-84.
142. Дурандина А. И., Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Факторы, влияющие на формирование гашишиной наркомании в пубертатном и подростково - юношеском возрасте // *Вопр. наркологии*. 1992, №1. С.31-39.
143. Егоров А. Ю. Возрастная наркология. – СПб: «Дидактика Плюс», - М.: «Институт общегуманитарных исследований», 2002, - 266 с.
144. Егоров В.Ф., Врублевский А.Г., Воронин К.Э. Опыт профилактики алкоголизма, наркомании и токсикомании в Швеции. // *Вопросы наркологии*. 1989, № 1, С.48-51.
145. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. / *Педагогическое воспитание*. – М. – 1999. - 143 с.
146. Зайцев В. В. Через послушание к свободе. Учебное пособие. – Волгоград: Перемена, 1996, - 136 с.
147. Залесский Г. Е. Психология мировоззрения и убеждения личности. – М., 1994, – 144 с.
148. Запорожец А. В. Избранные психологические труды. – М, 1986
149. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение, 1993.
150. Захарова А. В. Генезис самооценки: Автореферат дисс. докт. психол. Наук. М., 1989, - 211 с.
151. Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. М., 1971
152. Зеньковский В. В. Психология детства. – М., 1996. – С. 133-178.
153. Иванец Н. Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решение. // *Вопросы наркологии*. 1997. № 4, С.4-11.
154. Иванец Н. Н. Руководство по наркологии. – Т. I-II // *Медпрактика – М*, - Москва, 2001, - 947 с.

155. Иванова Н., Бирун Н. Наркотики: выход есть! – СПб.: Питер, 2001. – 224 с.
156. Измайлова Н.Т. Гашишизм и шизофрения / Автореферат. ....канд. мед. наук. 14.00.18. – Алматы, 29 с.
157. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков, Алма-Ата «Наука» Каз.ССР, 1990, С. 5,7, 24, 27, 36.
158. Ионова Л. С., Островская Р.С. Некоторые аспекты работы по профилактике табакокурения, алкоголизма и наркомании с детьми // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2, № 1, 2002. – С. 28-30.
159. Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 томах. – М.: Медицина, 1998. – 1200 с.
160. Каражанова А. С. Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты. // Автореф. канд. дисс. – Алматы, 2004. – 34 с.
161. Каражанова А. С., Денисова Е. В., Панина Л. В. Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты. // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 3, № 1, - 2003. – С. 30-35.
162. Каражанова А. С., Денисова Е.В. Зависимость от психоактивных веществ в детском возрасте. / Методическое письмо. – Павлодар. – 2003. – 70с.
163. Катков А. Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан. // Вопросы наркологии Казахстана. - Т.1, № 2, 2001, С. 9-12.
164. Катков А. Л. Психологическое здоровье и стратегия развития психологической науки и практики в Республики Казахстан. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2002, Т. VIII, № 3, С. 7-14.
165. Катков А. Л. Психологическое здоровье. Определение, функции, экономические и неэкономические эквиваленты в системе общественных ценностей. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 1998, № 1, С.60-62.
166. Катков А. Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2, № 1, 2002. – С. 34-37.
167. Катков А. Л., Россинский Ю. А. «Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан» // «Сибирский вестник психиатрии и наркологии», 2002, № 4
168. Катков А. Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование социального и психического здоровья. / Методические рекомендации. – Павлодар, 2002.
169. Катков А. Л., Титова В. В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых. / Методическое письмо. – Павлодар. – 2002. – 32 с.

170. Киреева Т. А., Горбушина С. Н. *Медико-социальные и педагогические проблемы наркомании и токсикомании у детей и подростков*, Уфа, 1999, С. 2-3, 5.
171. Клименко Т. В. *Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: (Клинич. и судеб.-психиатр. аспект)*. Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского, - м. 1996, С. 33
172. Князев Ю. Н. *Анализ медико-социологического обследования учащихся школ, ПТУ и техникумов г. Бобруйска // Вопросы наркологии*, - 1988, № 4.
173. Ковалев В. В. *Социально-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков*. – М.: Медицина, 1981, С. 11-24.
174. Колесов Д. В. *Антинаркотическое воспитание: Учебное пособие*. – Воронеж: МОДЭК, - 2001, - 187 с.
175. Коломенский Я. Л. *Психология детского коллектива*. – Минск, 1984, - 336 с.
176. Коломеец А. А. *Об этиологических факторах наркомании*. // *Вопросы наркологии*, 1989, № 1, С. 34-37.
177. Комиссарова Б. Г., Роменко А. А. *SOS: наркомания*. – Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 2000. – 320 с.
178. Кон И. С. *В поисках себя*. М.: Изд-во «Политическая литература», 1984, - 214 с.
179. Кон И. С. *Возрастные категории в науках о человеке и обществе / Социологические исследования*. 1978. №3
180. Кон И. С. *Ребенок и общество*. - М., Наука, 1989, - 124 с.
181. Кондрашенко В. Т. *Девиантное поведение у подростков*. Мн.: Беларусь, 1989, - 188 с..
182. Кондрашенко В. Т., Чернявская А. Г. *По лабиринтам души подростка*. Минск, 1991
183. Копыт Н. Я., Сидоров П. И. *Профилактика алкоголизма*. М., 1986, -240 с.
184. Короленко Ц. П. *Аддитивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития*. // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 1991, № 1, С. 8-15.
185. Короленко Ц. П., Донских Т. А. *Семь путей к катастрофе*. – Новосибирск, 1990, 224 с.
186. Корякин С. А. *Анализ современных подходов к профилактике употребления наркотиков и решение основных проблем профилактики*. // *Проблемы профилактики негативных зависимостей среди молодежи: Сборник материалов конференции*. Самара: Самарский университет. 2001, С. 19-29.
187. Кошкина Е. А. *Проблемы употребления психоактивных веществ среди молодежи // Вопросы наркологии Казахстана*. – Т. 2, № 2, 2002. – С.89-90.
188. Кравцова Е. Е. *Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе*. – М., 1991, - 134 с.

189. Кравцова Е. Е. Развитие произвольного общения у дошкольников со сверстниками // *Новые исследования в психологии*. – 1979, - № 6, - С. 25
190. Крайг Г. Психология развития. – Спб.: Питер, 2002. – 992с.
191. Кривулин Е. Н., Макаров С. А. Социально-психологические и клинико-биологические аспекты становления героиновой наркомании в молодом возрасте. // *Вопросы наркологии*. – 2002. - № 2. – с. 43-50.
192. Кудьярова Г.М., Наикенова А. М. «К вопросу о факторах риска суицидального поведения у лиц подросткового, юношеского и молодого возрастов». *Медицина* 2001, №3, С. 66-67
193. Кузнецов И. В. Проблема борьбы с курением школьников. // *Гигиена и санитария*. 1996, № 2, С.47-48.
194. Кулагина И. Ю. Возрастная психология. – М., 1996, С. 82-119
195. Кулагина И. Ю. Возрастная психология. Психическое развитие ребенка от рождения до 17 лет. - М., 1997, - 136 с.
196. Кулагина И. Ю. Возрастная психология. Развитие ребенка от рождения до 17 лет. – М., 1997. – 176 с.
197. Кулаков С. А. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков: *Практ. пособие/ Науч. ред. Л.И. Вассерман, М. СПб. Фолиум. 1996. 48 с.*
198. Кулаков С. А. Система факторов, влияющих на формирование мотивационной сферы подростков, злоупотребляющих алкоголем. // *Медико-биологические проблемы алкоголизма*. Воронеж, 1987, С. 247-249.
199. Курек Н. С. Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре как фактор способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ. // *Вопросы наркологии*. 1996, № 2, С. 54-59.
200. Леонова Л. Г., Бочкарёва Н. Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. / *Под. ред. Короленко Ц.П.* – Новосибирск: Наука. 1998, - 24 с.
201. Лисина М. И. Общение, личность и психика ребенка. М.; Воронеж, 1997, - 168 с.
202. Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты. *Руководство для врачей*. М.: Медицина. 1990, -528 с.
203. Личко А. Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания // *Психопатии и акцентуации характера у подростков*. Л.: Медицина, 1977. С.61-70.
204. Личко А. Е. Психопатия и акцентуация характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
205. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология: *Руководство*, - Л.: Медицина, 1991, 304 с.
206. Логинова Н. А Развитие личности и ее жизненный путь // *Принцип развития в психологии*. М.: Наука, 1978.

207. Лукомская М. И., Баринов А. М., Меньшикова Е. С. *Современные подходы к лечению алкоголизма.* - М., 1989. - 72 с.
208. *Лучшие практики диагностики лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: Раннее выявление и профилактика распространения зависимостей.* – Павлодар. – 2003. – III том. – 121 с.
209. Майский А. И., Салимов Р. М. *Взаимодействие генетических факторов и условий окружающей среды в процессе развития пристрастия к алкоголю.* // *Вопросы наркологии.* – 1995, № 1, С.29-32.
210. Макаров В. В. *Первичная профилактика наркологических заболеваний подростков* // *Вопросы наркологии.* – 1993. - № 3 – С. 22-24
211. Макаров В. В., Гончарова Г. Н., Крыжановский Е. А., Литвинов Е. А., Грузман А. В. *Проблемы первичной профилактики в популяции подростков женского пола.* / *Краснояр. гос. мед. ин-т.* – Красноярск, 1990, С.10
212. Макеева А. Г., Лысенко И. В. *Профилактика раннего наркотизма у младших школьников.* Авторев. дис. канд. пед. наук. – Москва, 1995.
213. Максимова Н. Ю. *О склонности подростков к аддиктивному поведению* // *Психол. журнал.* 1996. Том 17. N3. С.149-152.
214. Максимова Н. Ю. *Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних.* / *Учебное пособие.* – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000, - 384 с.
215. Манова-Томова В. С., Пирьев Г. Д., Пенушлиева Р. Д. *Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте.* София, 1984, - 158 с.
216. Марковская М. М. *Уголок природы в детском саду: Пособие для воспитателя дет. сада.* – М., Просвещение, 1984, - 132 с.
217. Матвеев В. Ф., Данилин А. Г., Дмитриева Е. Д. *Социально-психологические особенности подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем.* // *Вопросы наркологии.* 1990, № 3, С. 34-37.
218. Мельник Э. В. *Клиническая динамика синдромов девиантного поведения у детей и подростков.* Канд. мед. наук, - Одесса, 1990, С. 179.
219. Менделевич В. Д. *Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство.* – М.: МЕДпресс, 1999, - 592 с.
220. Меньшикова Е. С. *Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия* // *Психол. Журнал.* 1993. Том 14. №6. С. 110-118.
221. *Методы психологии.* / *Материалы II Всероссийской научной конференции по психологии Российского психологического общества.* – Ростов-на-Дону, - 1997. – Т. 3, № 1, 319 с.
222. Милушева Г. А., Найденова Н. Г. *О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем.* // *Вопросы наркологии,* 1992, № 3-4, С. 138-143.



223. Мильруд Р. П. Подготовка практического психолога и решение проблем девиантного поведения. – Тамбов, 1997, 93-97с.
224. Мир детства: младший школьник /под ред. Хрипковой А. Г. - М., 1981, - 156 с.
225. Миссен П. Развитие личности в среднем возрасте. / Психология личности. Тексты. - М., МГУ, 1982.
226. Многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан. / Министерство здравоохранения РК. Комитет по борьбе с наркоманией и наркобизнесом при Министерстве юстиции РК. // Казахстан, 2001, 96с.
227. Муньягисеньи Э. Влияние неблагоприятных факторов микросреды на формирование аддиктивного поведения у подростков. // Психологическая наука и образование. 2001, № 4, С.28-40.
228. Мусинов С. Р., Катков А. Л., Алтынбеков С. А. К проекту государственной программы профилактики, лечения и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1, № 1, 2001. – С. 14-20.
229. Мухина В. С. Возрастная психология. – М., 1997, 432 с.
230. Мухина В. С. Изобразительная деятельность ребенка как форма усвоения социального опыта. - М., 1981.- 240 с.
231. Мухина В. С. Психология дошкольника. – М.: Просвещение, 1975.
232. Надеждин А. В. // Научно-практическая конференция «Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, нейрофизиология, профилактика и коррекция»: Тез. Докл. М., 1996, 77 с.
233. Надеждин А. В. Особенности клиники и терапии наркомании в детско-подростковом возрасте. // Вопросы наркологии. – 2002. – № 2. – С. 24-28.
234. Надеждин А. В., Иванов А. И., Трифионов В. П., Авдеев С. Н. К вопросу о типологии расстройств личности у больных ингаляционной токсикоманией. // Вопросы наркологии. – 1998, № 1, С 36-40.
235. Надеждин А. В., Тетенкова Е. Ю. Клинико-динамические характеристики синдрома зависимости у подростков, страдающих героиновой наркоманией. // Вопросы наркологии. – 2002. - № 2. – с. 28-37.
236. Наркология. Пер. с англ. - М.; СПб.: «Издательство Бином» - «Невский диалект», 1998, - 388 с.
237. Невский И. А. Учителю о детях с отклонениями в поведении. М.: Просвещение, - 1993, - 168 с.
238. Невский И. А., Колесов Л. С. Дети группы риска в школе. М.: Просвещение, 1997, - 216 с.
239. Невярович Н. Е. Использование механизмов инициации в профилактике девиантного поведения. // Ананьевские чтения: психология и политика. Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2002» / под общ. ред. А.И. Юрвева, Л.А. Цветковой. СПб., 2002, С. 79-81.

240. Немов Р. С. *Общие основы психологии*. Т.2.-М., 1994, - 438 с.
241. Немов Р. С. *Психология образования*. М.: Просвещение: Владос, 1994, 328 с.
242. Непомнящая Н. И. *Становление личности ребенка 6-7 лет*. – М. 1992.
243. Никол Р. *Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии: британский подход*. – Екатеринбург: Изд-во УралИНКО, УралЦДИ, 2001. – 224 с.
244. Ньюкомб Н. *Развитие личности ребенка*. – СПб.: Питер, 2003. – 640с.
245. Обухова Л. Ф. *Возрастная психология*, - Минск, Российское педагогическое агентство. 1996, 264с.
246. *Обиций практикум по психологии. Метод наблюдения*. Ч.2. - М., 1985.
247. Оруджев Н. Я. *Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики*. // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2002. - № 3. – с. 59-64.
248. Островский Ю. М., *Метаболические предпосылки и последствия потребления алкоголя*. – Минск: Наука и техника, 1992, С. 6-41.
249. Островский Ю. М., Сатановский В. И., Садовник М.Н. *Биологический компонент в генезисе алкоголизма*. – Минск: Наука и техника, 1986, - 184 с.
250. *Отношение между сверстниками в группе детского сада*. / Под ред. Т.А. Репиной. М., 1979, - 188 с..
251. Панина Г. *Профилактика вредных зависимостей у детей: психолого-педагогический подход*. // *Воспитание школьников*. – 2001, № 9, С. 54-60
252. Пелипас В. Е., Рыбакова Л. Н., Цетлин М. Г. *Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивных веществ среди детей и подростков*. // *Вопросы наркологии*. – 2000, № 2, С.54-60.
253. Пелипас В. Е., Рыбакова Л. Н., Цетлин М. Г. *Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивных веществ среди детей и подростков. Сообщение № 4: Наркомании в Российских СМИ // Вопросы наркологии*. – 2001, № 2, С. 47-59.
254. Подстрелов А. В. *Организация и проведение профилактики вредных привычек у детей и подростков по материалам подросткового кабинета областного наркологического диспансера*. // *Здравоохранение российской федерации*. 1988, № 9, С.41-43.
255. Поливанова К. Н. *Психологическое содержание подросткового возраста*. // *Вопросы психологии*, № 1, 1996.
256. Потанин Г. М. *Социально-педагогические условия формирования личности с отклонениями поведения*. Дис. д.пед.н. – М., 1992
257. *Профессиональный психологический инструмент*. / Государственное предприятие «ИМАТОН», 1999, - 434с.
258. *Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ним* /Под ред. М. Госсон, М. Грант, М.: Медицина, 1993.
259. *Психологические особенности наркоманов периода взросления*

(опыт комплексного экспериментально-психологического) / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого - Самара: изд-во «Самарский университет», 1998.

260. Психология воспитания: пособие для методистов дошкольного начального школьного образования, преподавателей и психологов. Под ред. В.А. Петровского. - М.: Аспект Пресс, 1995.

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

262. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. М.: Медицина, 1988.

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

264. Радченко А. Ф., Рохлина М. Л. Семьи больных наркоманиями // Журнал невропатол. и психиатр. 1990 №2. С.38-42.

265. Райгородский Д. Я. Теории личности в западноевропейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности. Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1996.

266. Райский Б. Ф. Условия и причины возникновения и развития отклонений в поведении детей и подростков. Волгоград, 1986, - 246 с.

267. Реан А. А. Локус контроля делинквентной личности // Психол. журнал. 1994. №2. С.52-56.

268. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. - М.: ВЛАДОС, 1996. - 529с.

269. Рожнова Т. М. Психопатологические расстройства у детей, отцы которых больны алкоголизмом. - Москва, 1996, 152с.

270. Романова Е. В., Потемкина О. Ф. Графические методы в психологической диагностике. - М.: Дидакт, 1992

271. Романова О. Л. Методологические аспекты первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей. // Вопросы наркологии, 1997, № 2, С.67-75.

272. Романова О. Л. Первичная профилактика наркологических заболеваний у детей. // Вопросы наркологии, 1993, № 3, С.53-59.

273. Рубцов В. В. Организация и развитие совместных действий у детей в процессе обучения. - М., 1987, 176 с.

274. Савонько А. Возрастные особенности соотношения ориентации школьников на самооценку и на оценку другими людьми. Автореф. Канд. Дис., М., 1970

275. Садуакасова К.З. Психические расстройства при употреблении ингаляционных токсикоманических веществ у детей и подростков.: автореферат. ....канд. мед. наук: 14.00.18. - Алматы, 1999. - 26 с

276. Сакеллион Д. Н., Арипов А. Н. Биохимические аспекты профилактики, диагностики и психотерапии наркоманий у подростков. // Нарколо-

гия. – 2003. - № 3. – с. 17-20.

277. Сегал Б. М. Алкоголизм. М., 1967, - 298 с.

278. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2002, 350 с.

279. Сидоров П. И. Совершенствование социалистического образа жизни и борьба с отклоняющимся поведением: Тезисы всесоюзной конференции АН СССР. 1982, С.49-51.

280. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Лыкова Н. М. Базисные копинг-стратегии у подростков 11-12 лет из неблагополучной и благополучной среды // Вопросы наркологии. – 2003, № 1, С.36-46.

281. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажилина И. И., Видерман Н. С. Профилактика наркомании у подростков. Москва: Генезис, 2001, - 215 с.

282. Сирота Н. А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение как проблема наркологии. // Вопросы наркологии. 1996, № 1, С.76-82.

283. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте. Дисс. докт. мед. наук. СПб., 1994, - 283 с.

284. Скворцова Е. С., Житец Т. А. Проблемы наркотизма среди старшеклассников Ставрополя. Проблемы соц. гигиены и история медицины. 1996, № 5, С.8-11.

285. Скворцова Е. С., Кутина Л. С. Современные тенденции распространенности вредных привычек среди подростков г. С-Петербурга. Вопросы наркологии. 1995, № 3, С.48-53.

286. Скворцова Е. С., Кутина Л. С., Ушакова Г. И. Сравнительная характеристика потребления психоактивных веществ и курения среди школьников и учащихся ПТУ г. Москвы. // Вопросы наркологии. 1995, № 1, С.62-66.

287. Смирнова Е. О. Психология ребенка. М. 1997, 234 с.

288. Совичко Н. С. Прогностическое значение клинических и социально-демографических характеристик больных наркоманией. Канд. мед. наук, Душанбе, 1992,-240с.

289. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989.

290. Соловов А. В. Наркомании: причины, виды, последствия, профилактика. Казань «Хэтер», 1999, 129 с.

291. Статистический сборник. - Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2000 году Астана – Алматы, 2001, С. 183-189.

292. Статистический сборник. – Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 1999-2000 годы, Алматы, 2000, С.125-160.

293. Статистический сборник. – Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2000-2001 годы, Алматы, 2002, С.123-145.

294. Сухарева Г. Е. *Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы.* – М.: Медицина, 1998. – 320 с.
295. Ушаков Г. К. *Детская психиатрия.* – М.: Медицина, 1973, - 392 с.
296. Фельдштейн Д. И. *Особенности ведущей деятельности детей подросткового возраста.* // *Хрестоматия по возрастной психологии.* – М.: Международная педагогическая академия, 1994, С. 163-168.
297. Фомичева И. Д., Марковская Э. Я. *Опыт качественно-количественного анализа газетной фотографии.* // *Социологические исследования эффективности журналистики.* – М., 1986.
298. *Формирование учебной деятельности школьников / Под ред. В. В. Давыдова- М.: Педагогика, 1982, - 236 с.*
299. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е. *Наркология. Пер. с англ. СПб.; М.: «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 1998, - 308 с.*
300. Фролов Б. С., Пашковский В. Э. *Психиатрический тезаурус. Часть 2. Основные психопатологические синдромы.* – Санкт-Петербург, 2004. – 236 с.
301. Фурсов О. Б. *Основные направления молодежной политики в сфере профилактики негативных зависимостей в Самарской области // Сб. мат. конференции, - Самара, 2001, - 212 с.*
302. *Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии / Под ред. Ильясова И. И., Лядудис В. Я. – М., 1980 (том 1), 1981 (том 2).*
303. *Хрестоматия по детской психологии // Под редакцией Г. В. Бурменской. М., - 1999, 246 с.*
304. *Хрестоматия по детской психологии. /Под ред. Бурменский Г.В., 1996;*
305. Хухлаева О. В. *Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников.* – М., 2001, - 114 с.
306. Хювеш И. Э. *Развитие самостоятельной ориентации ребенка младшего школьного возраста в новой социальной среде: Автореф. дисс. канд. псих. Наук. М., 1987.*
307. Цетлин В. С., *Неуспеваемость школьников и ее предупреждение., М., «Педагогика», 1977.*
308. Цетлин М. Г., Кошкина Е. А., Шамота А. З., Надеждин А. В. *Состояние наркологической помощи несовершеннолетним в Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию. // Вопросы наркологии. 1997, № 4, С. 31-39.*
309. Цетлин М. Г., Кошкина Е. А., Шведова М. В. *Наркологическая среда в подростковом периоде и пути выхода из нее. М., 1992, - 216 с.*
310. Цукерман Г. А. *Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. М.: Интерпракс, 1994.*
311. Цукерман Г. П. *Виды общения в обучении.* – Томск, 1993.

312. Чудновский В. Э. *Воспитание особенностей и формирование личности* – М, 1986, - 266 с.
313. Шабанов В. А. Штакельберг О. Ю. *Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. Изд. 2-е, перера. и доп. / Под ред. А. Я. Гриенко.* - СПб.: Издательство «Лань», 2001, - 464 с.
314. Шайдукова Л. К. *Феномен «спивания» в алкогольных семьях и его психологическая мотивация. Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* 1992, № 3, С.76-77.
315. Шейбак В. М. *Обмен свободных аминокислот и кофермент А при алкогольной интоксикации.* - Гродно, 1998. - 153 с.
316. *Школа без наркотиков. Книга для педагогов и родителей. // Издание 2-е, переработанное и дополненное. // Под науч. ред. Л. М. Шишициной и Е.И. Казаковой.* СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2001. – 176с.
317. Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Черемисин О. В. *Исследование образа «Я» у подростков с аддиктивным поведением // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во «Ленинградский психоневрологический институт».* 1989. С.74-79.
318. Эльконин Д. Б. *Психическое развитие в детских возрастах.* М.: Мир. 1995, 213с.
319. Энтин Г. М., *Лечение алкоголизма.* М.: Медицина, 1990, С. 347-353.
320. Эриксон Э. Г. *Детство и общество.* – Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», Санкт-Петербург, 1996. – 589 с.
321. Юринова Н. *Графическая психодиагностическая методика «Человек под дождем».* // Школьный психолог. – М., 2000, № 33, С. 8-9
322. Юсупов О. Г. *Профилактика табакокурения, алкоголизма и наркомании среди детей и подростков. / Методическое письмо.* – Павлодар. – 2002. – 93 с.
323. Ягловская Е. К. *Взаимоотношения умственно одаренных дошкольников в группе. // Вопросы психологии.* 1998, № 3, С. 61
324. Якобсон С. Г. *Психологические проблемы этического развития детей.* М.: Просвещение, 1984.
325. Ялтонский В. М. *Копиг-поведение здоровых и больных наркоманией. Дисс. докт. мед. наук.* СПб, 1995, - 396 с.
326. Яруллин А. Х. *Медико-демографические показатели и заболеваемость детей в семьях имеющих факторы социального риска // Каз. мед. журнал.* 1994, № 3, С.45-47.