

Приложение 1  
к приказу Минобразования России  
от 28.02.2000 № 619

КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ  
ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Москва

2000 г.

Концепция разработана по заказу Минобразования России при консультативной поддержке Минздрава России авторским коллективом в составе:

- Дудко Т.Н., к.м.н., руководитель отделения Института наркологии Минздрава России;
- Вострокнутов Н.В., д.м.н., руководитель отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, советник Минобразования России;
- Гериш А.А., к.м.н., главный специалист Минобразования России;
- Басов А.М., к.м.н., директор Центра медицинской реабилитации и коррекции личности;
- Котельникова Л.А., к.филос.н., научный сотрудник Института философии РАН.

Под общим руководством начальника Управления социально-педагогической поддержки и реабилитации детей Минобразования России Г.Н.Тростанецкой.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Наркотическая ситуация .....	7
Современные представления о профилактике наркомании .....	15
Первичная профилактика зависимости от психоактивных веществ .....	24
Вторичная и третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ .....	28
Концепция комплексной активной профилактики и реабилитации (КАПР).....	32
Заключение .....	44
Приложения.....	47

## ВВЕДЕНИЕ

Наркомания является одной из важных проблем нашего общества, вызвавшей острую необходимость решительных и активных действий в организации профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде.

В изложенной Концепции профилактической антинаркотической деятельности акцентируется внимание на образовательных, социальных, психологических и медицинских проблемах профилактики. Одни из них носят общий характер, другие – частный, специализированный.

Главная цель, выдвигаемая в Концепции, заключается в объединении образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающих достижение общего результата:

снижение спроса и, следовательно, распространенности наркотиков среди детей и молодежи и вовлечения их в наркогенную ситуацию и субкультуру;

снижение заболеваемости наркоманиями, токсикоманиями и алкоголизмом;

снижение медико-социальных последствий злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) - инфекционных гепатитов, ВИЧ-инфекций, венерических заболеваний, психических расстройств, суицидов, прекращение образования, разрушение семей, криминализация детей и молодежи.

При анализе современных публикаций, посвященных методологическим аспектам профилактики, отмечается отсутствие концептуального и системного подходов. Как правило, доминирует рассмотрение отдельных, изолированных, преимущественно ведомственных проблем, либо, например, педагогических,

психологических, социологических вопросов, объединенных профессиональным интересом автора или авторского коллектива.

Следует отметить, что целый ряд важных положений прежде всего ранней, первичной профилактики уже разработан и используется в данной Концепции. К ним относятся:

приоритет первичного профилактического подхода к решению проблем наркомании;

признание медико-социальной значимости профилактических мер для раннего выявления и диагностики, эффективности лечения и реабилитации наркозависимых, улучшения криминогенной обстановки в обществе, снижения общей заболеваемости;

определение принципа комплексного (межведомственного) подхода к решению проблем профилактики наркозависимости.

Первостепенными задачами выдвигаемой Концепции являются создание организационных структур профилактики, подготовка кадров, разработка программ для всех уровней профилактической деятельности, создание нормативно-правовой базы, осуществление мониторинга, оценка эффективности профилактических мероприятий. Вместе с тем оценка эффективности профилактики наркомании вызывает определенные трудности, поскольку изменения динамических характеристик злоупотребления ПАВ и распространенности наркомании, происходящие на протяжении многих лет, не позволяют оценить ее однозначно.

В Концепции определены роль и значение вторичной и третичной профилактики. Они заключаются в том, что своевременно начавшиеся лечебно-реабилитационные мероприятия не только восстанавливают личностный и социальный статус детей и молодежи, но и весьма

существенно ограничивают возможности наркогруппировок по распространению наркотиков и совершению других противоправных действий, поскольку снижается потребность в приеме наркотиков и, следовательно, в криминальном добывании денег для их приобретения. Вместе с тем многолетняя практика свидетельствует, что только медицинские мероприятия не могут решить все проблемы вторичной профилактики, особенно касающиеся реабилитации детей и молодежи.

Реальная наркотическая ситуация, сложившаяся в стране, и созревшая потребность общества в ее кардинальном изменении диктуют необходимость комплексного, концептуально осмысленного подхода к решению проблемы профилактической помощи, предупреждающей употребление наркотиков и развитие наркомании. Активные профилактические мероприятия должны опираться:

на методологию формирования у детей и молодежи представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, препятствующих вовлечению в наркогенную ситуацию;

на формирование у детей и молодежи, а также у лиц, вступивших на путь первых проб ПАВ, умений и навыков активной психологической защиты от вовлечения в наркотизацию и антисоциальную деятельность (первичная, вторичная и третичная профилактика);

на раннее выявление и диагностику наркозависимости;

на реабилитацию детей и молодежи, возвращающихся из среды наркотизации в нормативную жизнь (вторичная и третичная профилактика).

Концепция профилактики злоупотребления ПАВ содержит глоссарий общих понятий: **профилактика, субъекты профилактики, группы риска, злоупотребление психоактивными веществами и**

другие, социальные и правовые основания профилактической деятельности, области реализации профилактической помощи (Приложения).

### **НАРКОТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ**

В конце XX века злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами приняло характер эпидемии. По данным Всемирной организации здравоохранения, суммарное количество больных с заболеваниями, вызванными приемом различных психоактивных веществ, за исключением курильщиков табака, составляет более 500 млн. человек.

В последнее десятилетие и для России употребление несовершеннолетними и молодежью алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ превратилось в проблему, представляющую серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку.

По данным Минздрава России количество потребителей наркотиков на первое полугодие 1999 г. составило 315 тыс. человек. По мнению экспертов реальная численность потребителей наркотиков в стране превышает этот показатель в 8-10 раз.

Системный анализ показателей наркологической заболеваемости подростков и населения в целом свидетельствует о том, что в 1998 году уровень заболеваемости наркоманией среди подростков был в 2 раза выше, чем среди населения в целом, а заболеваемость токсикоманией – в 8 раз. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раза, а ненаркотическими ПАВ – в 11,4 раза чаще, чем взрослые.

Происходит неуклонное “омоложение” наркомании. В России средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков снизился до 12,5 года, среди девочек до 12,9 года; возраст приобщения к

токсико-наркотическим веществам снизился соответственно до 14,2 года среди мальчиков и 14,6 года среди девочек.

За пять лет (с 1992 по 1997 год) число детей, больных наркоманией, увеличилось в 19,3 раза; больных токсикоманией - в 15,7 раза.

Как следует из большинства социологических исследований и научных публикаций, в нашей стране 8% молодежи периодически употребляют наркотики. Среди студенчества наркоманией охвачено в той или иной мере 30-40%, а по отдельным регионам эта цифра значительно выше.

По существующим прогнозам рост показателей, связанных с употреблением психоактивных веществ, может продолжаться вплоть до 2005-2010 года.

Кроме роста числа лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами и больных наркоманией, отмечается увеличение объема негативных медико-социальных последствий наркомании. Это возросшая в 7-11 раз смертность, увеличение в десятки раз числа суицидальных попыток, а также сопутствующих наркомании болезней: в первую очередь СПИДа (в России среди больных СПИДом более 50% наркоманов, в Европе – 70%), инфекционных гепатитов (в России более 90% наркоманов болеют гепатитами), венерических болезней, туберкулеза и других заболеваний. ВИЧ-инфекции зарегистрированы не только у подростков и детей в возрасте 11-14 лет, но и у младенцев, заразившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, больных наркоманией. По данным международной статистики весь круг заболеваний, связанных с наркоманиями, дает около 10% всех смертей и 20% всех госпитализаций. Причем в настоящее время около 40% госпитализаций в психиатрические клиники составляют подростки с делинквентными формами поведения в сочетании с наркотизацией и токсикоманией.



Таким образом, исходя из возрастных особенностей большинства наркозависимых (13-24 года), под угрозой фактически оказалось будущее страны.

Очень высока криминогенность среди лиц, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ. В 1998 году несовершеннолетними совершено более 11 тыс. преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (это на 9,5% больше, чем в 1997 году). Органами внутренних дел выявлено более 1,3 тыс. несовершеннолетних, совершивших преступления под воздействием ПАВ.

Дифференцированный анализ отечественной и мировой наркотической ситуации позволяет выделить ряд основных факторов, определяющих негативную динамику проблемы. Условно выделяются социально-экономические, социально-идеологические и биомедицинские факторы, а по масштабу их действия - глобальные, геополитические, региональные, присущие отдельным слоям общества, микрогруппам населения, семьям, личностям.

В последние годы Россия начала играть роль крупного рынка сбыта наркотиков. В геополитическом плане наша страна оказалась на путях мировых потоков наркотиков, а также стала пограничной страной по отношению к тем странам и регионам, в которых наркобизнес является одним из основных средств получения денег на оружие, ведение войн, осуществление террористических актов. В самой России и граничащих странах СНГ появились опасные наркозоны – Чечня, Таджикистан, Казахстан и др., что влияет на распространенность наркотиков в масштабах всей страны.

Среди основных причин, влияющих на распространенность наркомании и токсикомании в детско-подростковой среде, одно из первых мест занимает легкая доступность ПАВ. Около 60% опрошенных

несовершеннолетних, употребляющих наркотики и токсические средства, отмечают относительную несложность их приобретения. Наркотики приобретаются в школах, на дискотеках, в кафе, в хорошо известных местах на улицах, в парках, а также на квартирах распространителей и торговцев наркотиками. Наркодельцы давно определили для себя образовательные учреждения как мини-рынки сбыта наркотиков в детско-подростковой среде. В результате общество столкнулось с реальной незащищенностью детей и подростков от экспансии наркотических средств. Поэтому, без жестких мер противодействия незаконному обороту наркотиков и силового противостояния наркогруппировкам, добиться реального повышения эффективности антинаркотической профилактической работы только за счет усилий воспитателей, учителей, врачей, психологов, социальных работников не представляется возможным.

Следующим важным фактором наркотизации является снижение у большинства детей и подростков превентивной психологической защиты и низкий ценностный барьер. несовершеннолетний, начинающий принимать наркотики, находится в своеобразной социально-психологической ситуации: с одной стороны – массовое распространение наркотиков, мощный прессинг рекламных предложений нового стиля жизни и новых ощущений, связанных с наркотизацией, в сочетании с доминирующими у подростка мотивами любопытства и подражания; с другой – растерянность и некомпетентность педагогов, социальных работников, родителей; с третьей – борьба правоохранительных структур с потребителями ПАВ.

Ситуация усугубляется тем, что в недалеком прошлом ранняя алкоголизация и токсикомания преимущественно поражали детей из неблагополучных семей, родители которых вели асоциальный образ

жизни. На сегодняшний день число молодых наркоманов пополняется в не меньшей степени подростками из благополучных слоев общества, семей с высоким достатком. Как правило, в подобных случаях гипоопека и невысокие морально-этические нормы, сложившиеся в семье, сочетаются с финансовой свободой подростков, связанной с легко доступными деньгами. Именно дети из этих семей преимущественно формируют особую молодежную субкультуру, ведущими ценностями которой являются свободное, гедонистическое времяпровождение в сочетании с наркотизацией как определенным стилем жизни.

На уровне личностных факторов, являющихся пусковым механизмом начала употребления наркотиков и последующего злоупотребления ими, выделяются индивидуальная дисгармоничность, наследственная генетическая дефицитарность, врожденные аномалии характера, проявляющиеся в виде негативных аффективных и поведенческих расстройств. Немалый “вклад” в ухудшение здоровья детей и подростков и создание благоприятной почвы для распространения наркомании вносит современная система воспитания и порой недостаточно обоснованные чрезмерные психофизические нагрузки, обусловленные существующей системой образования.

Низкий качественный уровень подготовки в массовой общеобразовательной школе, очевидно, стал причиной создания элитных школ, так называемых школ “нового типа” (гимназии, колледжи и т.п.). Элитные школы являются экспериментальной базой для внедрения новых, “прогрессивных” методов обучения. При этом программы обучения не сертифицированы гигиенистами, внедряются без участия органов здравоохранения. Около 350 авторских программ не прошли санитарно-гигиенической и медицинской экспертизы. Жесткие учебные нагрузки настолько не соответствуют возможностям растущего

организма, что могут способствовать инвалидизации. Например, с компьютеризацией связывают возникновение заболеваний органов зрения у 40% школьников.

Отрицательно сказывается на здоровье учащихся совмещение учебы с трудовой деятельностью. Как правило, дети, вынужденные совмещать учебу и работу - это дети из низко обеспеченных семей, у которых дополнительная трудовая нагрузка сочетается с недостаточно качественным питанием и другими факторами, связанными с низким уровнем жизни семьи.

Процесс обучения организовывается без учета здоровья обучающегося, несбалансированных режимов его умственной деятельности, производительного труда и отдыха.

Сокращение сети дошкольных образовательных учреждений и сокращение охвата детей общественным дошкольным образованием (на 01.01.99 только 53,9% детей в возрасте от 1 до 6 лет посещают дошкольные учреждения) дополнительно сказывается на возможности проведения соответствующей воспитательной работы среди детей дошкольного возраста и их родителей.

Также существенным отягощающим фактором риска возникновения наркомании является высокая соматическая заболеваемость учащихся.

Существующее положение в школе, конечно, наряду со всеми негативными явлениями в повседневной жизни школьников, привело к значительному ухудшению показателей их здоровья.

По данным Минздрава России:

до 50% гимназистов заканчивают учебный день с признаками сильного и выраженного переутомления, в общеобразовательных школах таких школьников 20-30%;

повышенная невротизация диагностируется у 55-83% учащихся школ нового типа, а более половины учеников этих школ имеют хронические болезни. Среди практически здоровых – две трети детей имеют морфофункциональные изменения;

в результате многочисленных неблагоприятных факторов, влияющих на организм ребенка, у 25% детей и подростков развивается синдром астенизации физического развития, характеризующийся уменьшением массы тела, снижением мышечной силы и жизненной емкости легких;

из 6 млн. подростков, прошедших профилактические осмотры в возрасте 15-17 лет, у 94,5% были зарегистрированы разные заболевания, основные из которых – близорукость (за время обучения число детей с близорукостью увеличивается в пять раз), заболевания опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, пищеварения, нервной системы, причем распространенность заболеваний, ограничивающих выбор профессии, достигает 30%;

распространенность психических заболеваний среди детей и подростков возрастает каждые 10 лет на 10-15%, частота психических заболеваний достигает у детей 15%, у подростков – 20-25%, психические заболевания являются причиной инвалидности с детства в 70% случаев, непригодности к военной службе – в 33% случаев. В детских домах психически здоровы лишь 10% детей, а в приютах практически все дети имеют клинически выраженные нервно-психические расстройства, причем треть из них – в стадии декомпенсации.

Отсюда следует, что современная система образования в российских школах вносит свой “весомый вклад” в ухудшение общесоматического и психического здоровья учащихся, наряду с другими неблагоприятными влияниями повседневной жизни.

Учащиеся с перечисленными нарушениями относятся к группам риска и нуждаются в специализированной медицинской и психологической помощи.

Таким образом, эпидемия наркомании в стране обусловлена не только совокупностью многих патогенных личностных, социальных, геополитических и других факторов, но и их сложным взаимодействием и взаимопроникновением. Такое понимание этого сложного биопсихосоциального явления диктует выбор определенных стратегий и предпочтительных подходов в поисках путей решения проблемы наркомании с использованием потенциала заинтересованных государственных институтов и общественности.

Обращает также на себя внимание низкий уровень информированности населения о профилактике наркотической патологии и малая доступность квалифицированной бесплатной консультативной и лечебно-реабилитационной помощи детям и подросткам, больным наркоманией, и превентивной помощи лицам, лишь приобщающимся к употреблению ПАВ. Около 60% опрошенных детей и подростков и 28% взрослых не представляли, куда можно обратиться при появлении наркотических проблем. Причем, в основном, население ориентировано на анонимную наркологическую помощь. В стране отсутствуют государственные детско-подростковые реабилитационные центры, а оплачивать услуги коммерческой наркологии большинство граждан не в состоянии.

В этой ситуации возникает особая ответственность со стороны профессиональных групп лиц, работающих с детьми и молодежью – учителей, воспитателей, школьных психологов, социальных педагогов, врачей, которые нуждаются в выработке совершенно нового подхода к решению проблем профилактики наркомании.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ**

Профилактическая деятельность, как правило, строится на комплексной основе и обеспечивается совместными усилиями воспитателей, учителей, психологов, медиков, социальных работников, сотрудников правоохранительных органов. Однако несмотря на все усилия и затраты, именно профилактика является наиболее уязвимым местом. Выявление лиц с наркотическими проблемами и до настоящего времени вызывает большие трудности. Фактически вся лечебно-профилактическая и реабилитационная работа в области наркологии касается явных, запущенных случаев наркоманий, токсикоманий и алкоголизма.

На государственном уровне ни одна, даже самая благополучная в экономическом отношении страна не финансирует весь спектр деятельности по борьбе с наркоманией и ее последствиями. Так, в Германии на долю общественных организаций приходится до 80 % всех специализированных наркологических медико-социальных служб. Ими создана собственная сеть медицинской и социальной помощи, включая консультационные пункты, амбулатории, стационары, юношеские и молодежные центры, приюты и т.д. Бюджетное здравоохранение Германии ориентированно в основном на прямую медицинскую помощь – снятие наркотической интоксикации и специализированное наркологическое лечение в острых случаях. В Дании, Бельгии, Норвегии создана достаточно разветвленная социально-реабилитационная сеть для помощи наркоманам. В этих странах обращается особое внимание на организацию альтернативного приема наркотиков отдыха, особенно в вечернее время. В профилактическую работу включаются бывшие

наркоманы, а также сверстники, так как подростки не верят в массовые акции, мало доверяют взрослым.

Вторым важным моментом зарубежного опыта в области предупреждения употребления психоактивных веществ и профилактики наркомании следует считать нацеленность мероприятий на контингент школьного возраста, т.к. именно эта возрастная группа несовершеннолетних и молодежи быстро втягивается в наркотизацию, осложняющуюся сопутствующими наркотизации заболеваниями вследствие отсутствия должной гигиены и случайных половых контактов. В ряде стран для детей и подростков “группы риска” развернута целая сеть учреждений социальной помощи – “жилые общины” для молодежи, женщин с детьми, “кризисные” молодежные временные убежища, ночные приюты.

Другой формой работы за рубежом является организация помощи на рабочих местах, позволяющая предотвратить наркотизацию несовершеннолетних, включенных и не включенных в “группы риска”. Примером этого могут служить институт социальных консультантов, входящих в штат многих учебных заведений в США, европейская программа “помощи на рабочих местах” (EAP) и др. Консультант выявляет в учебных заведениях проблемных детей, исследует причины возникновения проблем, вырабатывает совместно с администрацией, родителями и необходимыми медицинскими специалистами программу действий. Такой подход широко распространен во всем мире, а в нашей стране, к сожалению, делает только первые шаги.

В международной практике можно выделить следующие основные модели профилактики:

**медицинская модель** ориентирована преимущественно на медико-социальные последствия наркомании и предусматривает в



основном информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных психоактивных средств на физическое и психическое здоровье.

**образовательная модель** направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обеспечение свободы выбора при максимальной информированности.

**психосоциальная модель** своей главной целью утверждает необходимость развития определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению, в решении конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в ситуации предложения наркотиков.

В настоящее время различными являются и формы законодательного отношения к наркотикам – от разрешения на легальную торговлю “легкими” наркотиками (Дания, Нидерланды) до введения смертной казни за распространение наркотических средств (Китай, Ирак).

Система профилактических мер, несомненно, нуждается в экономической оценке. Настоящая Концепция требует дополнительного технико-экономического обоснования.

Данные, например, германских авторов показывают, что только в медико-реабилитационной области бюджетные расходы европейского государства составляют около 20%, тогда как остальные затраты приходятся на многочисленные общественные и благотворительные организации. Косвенным образом уровень необходимого финансирования можно представить, рассмотрев всю инфраструктуру наркологической помощи. Это особенно актуально потому, что в процессе профилактики выявляются также лица, нуждающиеся и в активных лечебно-реабилитационных мероприятиях. В свою очередь пациенты, прошедшие или проходящие реабилитацию, возвращаются в

среду первичной профилактики. Таким образом, происходит объединение первичной, вторичной и третичной профилактики.

Необходимо рассчитать затраты на профилактические мероприятия, проводимые в образовательных учреждениях, в первую очередь в школах. За основу расчетов в этом случае берутся учебные часы, необходимые для реализации той или иной программы. Наиболее широко (почти в 30 странах) распространена разработанная в США программа “Скил Лайфс” (“Успешная Жизнь”). Восемь базовых принципов этой программы в обязательном порядке реализуются в рамках специальных занятий. Занятия проводятся педагогами и психологами, прошедшими специализированную подготовку с малыми группами учащихся. На эти занятия отводится от 100 до 200 учебных часов в год, начиная с дошкольных учреждений и заканчивая старшими классами. Адаптированный экспериментальный вариант этой программы предлагает 62 урока в течение всех лет обучения в школе.

Ориентировочные оценки затрат на профилактику не могут быть полными без представления о материальном ущербе от потребителей наркотиков для системы образования. Аналогов подобных расчетов, к сожалению, пока нет. В качестве подхода используется региональная модель, которая учитывает существование различий между отдельными регионами. Так, известно, что разница в распространенности наркомании в больших и малых городах составляет 3,6 раза. Поэтому необходима разработка моделей, типичных для отдельных регионов.

Всего по категории ущерба можно выделить три группы факторов – медицинский ущерб, социальный ущерб, потери системы образования. Для образовательной среды это выглядит следующим образом:

ухудшение криминогенной обстановки в образовательной и микросоциальной среде;

снижение внутришкольной дисциплины и общей успеваемости учащихся и студентов;

распространение идеологии наркоманической среды и связанное с этим искажение иерархии ценностей у детей и молодежи.

Как итог этих потерь:

незавершенное среднее и высшее образование (в том числе зачастую – незаконченное основное общее образование);

нереализованное среднее образование;

снижение числа лиц, получающих профессиональное образование.

Медицинский ущерб включает в себя не только весь шлейф последствий наркомании – гепатит, СПИД, заболевания, полученные половым путем (ЗПП), и др.; следует дополнительно отметить рост общей заболеваемости, значительно возросшее число самоубийств среди детей и подростков, а также отвлечение от задач оздоровления учащихся огромных материальных средств, необходимых для лечения наркоманов.

Социальный ущерб, проявляющийся во всем негативном многообразии и в образовательных учреждениях, сводится к следующему:

криминализация общества;

распространение субкультуры наркозависимых;

деформация иерархии общественных ценностей;

ухудшение демографических показателей (в т.ч. снижение рождаемости уже в ближайшем будущем).

Анализируя обстановку в области профилактики наркомании в России, следует сказать, что первичной профилактикой наркомании преимущественно занимается система образования, в основном образовательные учреждения среднего звена – школы, профессиональные училища, менее активно – колледжи, лицеи и ВУЗы.

Введены новые учебные программы (“Основы безопасности жизнедеятельности”, “Валеология”), косвенным образом ориентированные на профилактику наркомании. Единой государственной программы нет, следовательно, существующие профилактические мероприятия фактически соответствуют образовательной и медицинской моделям профилактики. В некоторых регионах отмечаются попытки локального внедрения авторских или адаптированных психосоциальных моделей (Москва, Санкт-Петербург, Самарская, Калининградская области, Ямало-Ненецкий автономный округ и другие регионы).

Необходимо добавить, что до сих пор не создана система целенаправленной подготовки кадров для работы с детьми молодежью, имеющими проблемы с употреблением наркотических средств и одурманивающих веществ. Большинство педагогических работников образовательных учреждений признают свою неосведомленность в области предупреждения злоупотребления ПАВ детьми и молодежью. В системе повышения квалификации педагогических кадров и иных работников социальной сферы представлено минимальное количество курсов, ориентированных на профилактику наркозависимости у детей и молодежи.

В связи с этим одним из важнейших аспектов антинаркотической профилактической работы в системе образования является включение в программы образовательных учреждений, осуществляющих подготовку, переподготовку и повышение квалификации специалистов, работающих с детьми и молодежью, вопросов профилактики злоупотребления ПАВ.

Представляется важным анализ правового поля в России с точки зрения профилактики злоупотребления ПАВ.

Все стороны, заинтересованные в решении проблемы профилактики наркомании, ощущают потребность в конкретных законодательных актах, четко регламентирующих такую деятельность. Современное развитие законодательной базы характеризуется тем, что место профилактики среди других юридических понятий не определено, т.е. правовое поле профилактики не разработано и законодательное обеспечение государственной системы профилактики наркомании практически отсутствует.

В соответствии с Концепцией государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации (утверждена Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 22 июня 1993 г. № 5494-1) одним из главных направлений государственной политики является предупреждение незаконного потребления наркотиков, лечение и реабилитация больных наркоманией. В связи с этим в Концепции подчеркивается необходимость определить группы населения с повышенным риском незаконного потребления наркотических средств и обеспечить юридически обоснованные мероприятия по предупреждению потребления наркотиков и выявлению их незаконных потребителей.

Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах” (статья 4, пункт 2) особо отмечает, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду.

Федеральным законом от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ “Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних” к органам и учреждениям системы профилактики

отнесены органы управления образованием, которые разрабатывают и внедряют в практику образовательных учреждений программы и методики, направленные на формирование законопослушного поведения несовершеннолетних, и образовательные учреждения, обеспечивающие выявление несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении (в том числе употребляющих наркотики), и в пределах своей компетенции осуществляющих индивидуальную профилактическую работу с такими несовершеннолетними.

На пути решения поставленных задач профилактики стоит целый ряд серьезных препятствий.

Первое – Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах” предусматривает оказание наркологической (в том числе реабилитационной помощи) исключительно в учреждениях системы здравоохранения. В то же время представляется необходимым обеспечить возможность оказания реабилитационной помощи несовершеннолетним и молодежи в учреждениях системы образования, получивших в установленном законом порядке лицензию на указанный вид деятельности. До сих пор не принят федеральный закон “О социально-медицинской реабилитации лиц, больных наркоманией”, призванный регламентировать порядок оказания реабилитационной помощи лицам (включая несовершеннолетних), злоупотребляющим наркотическими средствами, в том числе совершившим общественно опасные деяния (преступления).

Второе – действующее законодательство допускает медицинское освидетельствование потребителей наркотических средств только по постановлению органов прокуратуры, органов дознания, следователя или судьи. В связи с этим в настоящее время возникают проблемы с оперативным освидетельствованием несовершеннолетних на предмет употребления наркотиков. Иногда приходится ждать недели, за это время

наркотик выводится из организма и в результате экспертный анализ биологических сред подростка, подозреваемого в употреблении наркотиков, не дает положительного результата.

Третье – российское законодательство запрещает потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, но не определяет меру ответственности за подобное нарушение закона. Отсутствие хотя бы административной ответственности для потребителя наркотиков создает целый ряд препятствий решению задач первичной профилактики наркозависимости, а также решению задач вторичной и третичной профилактики при осуществлении лечебных и реабилитационных программ для больных наркоманией.

Вместе с тем наркомания – это не личное дело каждого. В результате наркотизации у потребителя возникают серьезные проблемы со здоровьем, он легко заболевает тяжелейшими инфекционными заболеваниями – (гепатиты, ВИЧ-инфекция и СПИД, венерические болезни), и столь же легко их распространяет. Потребители наркотиков или больные наркоманией втягиваются в криминальную деятельность. Находясь в состоянии наркотического опьянения, особенно, если управляют транспортом или имеют доступ к оружию, они представляют серьезную опасность для здоровья и жизни окружающих. Практически невозможно сочетать учебу или работу с употреблением наркотиков. Ко всему прочему, наркоманы разрушают и деструктурируют семьи, они не могут выполнять свой долг перед обществом и защищать интересы государства. Тем самым они становятся обузой для семьи и общества, потенциально наркоман всегда опасен. Лица, злоупотребляющие наркотиками, должны знать, что им придется смириться с отступлениями от “правила неприкосновенности”, т.к. в конечном счете речь идет о том, что закон, мораль, общечеловеческие ценности имеют приоритет и должны господствовать в демократическом обществе.

Поэтому, чтобы обеспечить активную профилактическую работу, остановить эпидемию наркомании, оказать лечебно-реабилитационную помощь потребителям наркотиков и больным наркоманией, требуется совершенствовать законодательство и обеспечить вмешательство на всех

уровнях так называемой наркотической пирамиды. Прежде всего, должна быть введена административная ответственность за употребление наркотиков, обеспечена возможность оперативного обследования лиц, подозреваемых в употреблении наркотических средств, расширены правовые основы для профилактической работы и реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ. Совместно с МВД России, Минздравом России, Минтрудом России, иными заинтересованными министерствами и ведомствами должны быть определены формы межведомственного взаимодействия в вопросах выявления, взаимного информирования и учета обучающихся и студентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, пресечения распространения наркотических средств, психотропных и иных одурманивающих веществ в образовательных учреждениях.

## **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Первичная профилактика наркомании опирается в своей основе на долгосрочную общегосударственную политику, направленную на формирование в обществе непримиримого отношения к употреблению наркотиков. Такая политика позволяет надеяться, что противостояние наркомании станет действительно общенациональным делом и включит в себя усилия как на правительственном уровне, так и по линии неправительственных структур и движений.

При разработке новой целостной системы первичной профилактики нашей стране следует исходить из следующих основных условий:

социально-экономическое и правовое обеспечение государственной системы первичной профилактики;

этапность формирования государственной системы первичной профилактики с четким определением стратегических и тактических целей каждого этапа;



поддержка научных исследований в области профилактики наркомании;

реализация долгосрочной антинаркотической пропагандистско-информационной компании, прежде всего ориентированной на детей и молодежь, образовательную среду и семью;

целенаправленное и широкое подключение к антинаркотической деятельности общественных движений, организаций и граждан;

стимулирование коммерческих и финансовых структур, заинтересованных в осуществлении мероприятий по профилактике наркомании;

обязательное включение в программу первичной профилактики системы мониторинга не только распространенности употребления, но и эффективности действия системы первичной профилактики на каждом этапе ее становления и функционирования.

### **Цели первичной профилактики**

Целями первичной профилактической деятельности на данном этапе становления государственной системы профилактики злоупотребления ПАВ и наркомании в образовательной среде являются:

изменение ценностного отношения детей и молодежи к наркотикам, формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающие снижение спроса на психоактивные вещества в детско-молодежной популяции;

сдерживание вовлечения детей и молодежи в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни, формирования антинаркотических установок и профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений.

### **Стратегия первичной профилактики**

Современная концепция первичного, раннего предупреждения употребления наркотиков и роста наркомании среди детей и подростков основана на том, что в центре ее должны находиться личность

несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность - семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение.

Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на:

формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ;

формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку ребенку, начавшему употреблять наркотики, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема наркотиков;

внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от “пробы” и приема наркотиков, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися;

развитие социально-поддерживающей инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение ребенка “группы риска наркотизации” и ребенка, заболевшего наркоманией.

Перечисленные условия определяют необходимость стратегического направления профилактики употребления ПАВ и развития наркомании. Наиболее адекватной, с учетом всех моментов, является стратегия сдерживания. Ставить сегодня вопрос о полном

предупреждении употребления наркотиков и избавлении от наркомании абсолютно нереально.

Следует уточнить, что негативно-ориентированная профилактика злоупотребления ПАВ, т.е. традиционный проблемно-ориентированный подход, акцентирование на отрицательных последствиях приема ПАВ не обеспечивают достижение поставленных целей. Специфические проблемно-ориентированные воздействия безусловно необходимы, но недостаточны. Проблема предупреждения злоупотребления ПАВ только на их основе принципиально не может быть решена, так как не устраняются причины, порождающие психическую и личностную дезадаптацию и побуждающие детей и молодежь вновь и вновь обращаться к ПАВ.

Именно поэтому стратегическим приоритетом первичной профилактики следует рассматривать создание системы позитивной профилактики, которая ориентируется не на патологию, не на проблему и ее последствия, а на защищающий от возникновения проблем потенциал здоровья - освоение и раскрытие ресурсов психики и личности, поддержку молодого человека и помощь ему в самореализации собственного жизненного предназначения. Очевидная цель позитивно направленной первичной профилактики состоит в воспитании психически здорового, личностно развитого человека, способного самостоятельно справляться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами, не нуждающегося в приеме ПАВ.

## **ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Вторичная профилактика зависимости от ПАВ касается лиц, которые уже испытывают на себе влияние проблемы, связанной с употреблением наркотических средств, но не обнаруживают признаков болезни. Ее цель – максимально сократить продолжительность воздействия ПАВ на человека, ограничить степень вреда, наносимого злоупотреблением ПАВ как потребителю, так и окружающей его среде – учащимся образовательного учреждения и семье, предотвратить формирование хронического заболевания. Комплекс мероприятий вторичной профилактики направлен на полное прекращение дальнейшей наркотизации и восстановление личного и социального статуса учащегося.

Важнейшими составными частями вторичной профилактики являются: создание системы раннего выявления потребителей ПАВ, обеспечение доступности комплексного обследования и оказание квалифицированной психологической, медицинской, педагогической и социальной помощи.

В связи с этим необходимо решить вопрос легитимности использования диагностических тестов на определение ПАВ в биологических средах организма учащихся, а также предусмотреть обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С, венерические заболевания, которые, как правило, сопутствуют употреблению ПАВ.

Педагоги, школьные психологи, социальные работники вместе с родителями таких учащихся должны стремиться создать психотерапевтическую атмосферу непримиримости к повторному употреблению ПАВ и оптимизировать их здоровые личные и социальные устремления. Очень важно обеспечить длительное пребывание таких учащихся в нормативных средах (учебный класс

в общеобразовательной школе, учреждения дополнительного образования, семья и т.д.), в которых, как правило, вероятность распространения наркотиков сведена к минимуму.

В случаях, когда ставится диагноз “наркомания”, учащийся нуждается в специальном комплексном обследовании, лечении и реабилитации. Прежде всего необходимо выяснить, какие биологические, психологические, характерологические и микросредовые особенности способствовали наркотизации, имеется ли соматическая патология, какова степень поражения личности и каков предполагаемый реабилитационный потенциал.

Профилактика, лечение и реабилитация – это взаимосвязанный процесс. Реабилитация начинается с первого контакта больного с медицинской службой и продолжается до тех пор, пока не будет восстановлен его личностный, профессиональный и социальный статус. Если учесть, что прием “тяжелых” наркотиков типа героина способен в максимально короткие сроки превратить “экспериментатора” в больного наркоманией, то лечебно-реабилитационная программа должна начинаться как можно раньше, быть интенсивной и комплексной. Вместе с тем без включения больного в образовательный и осознанный трудовой процесс невозможно решить проблемы третичной профилактики, т.е. реабилитации.

Мероприятия, направленные на предотвращение срывов и рецидивов наркомании, относятся к третичной профилактике. Собственно, это и есть реабилитация, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет собой комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне.

Несмотря на высокий уровень участия психиатров-наркологов в осуществлении вторичной и особенно третичной профилактики, активное участие в этом процессе воспитателей, педагогов, школьных психологов, социальных педагогов не только не может быть исключено, но должно рассматриваться в качестве одного из основных факторов решения проблем реабилитации. Именно специалисты образовательных учреждений осуществляют общеобразовательное и профессиональное обучение, обеспечивают организацию технических и иных кружков, спортивных секций, оказывают социально-психологическую и педагогическую помощь, формируют законопослушное поведение, без которых реадaptация и ресоциализация просто невозможны.

Задачи вторичной и третичной профилактики могут быть решены в специализированных государственных центрах реабилитации детей и молодежи в системе Министерства образования Российской Федерации. Помимо специализированных центров, в целях профилактики злоупотребления психоактивными веществами может и должна активно использоваться уже существующая сеть образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи - ППМС-центров. Спектр деятельности таких центров должен быть многогранным и многопрофильным:

- оказание консультативно-диагностической, медико-социальной и правовой помощи детям и молодежи, употребляющим психоактивные вещества и имеющим болезненную зависимость;

- оказание консультативной помощи и правовой поддержки родителям по вопросам наркозависимости детей и молодежи;

- организация общеобразовательного и профессионального обучения и с этой целью создание учебных классов, студий, спортивных секций,

трудовых мастерских и других специальных структур для обеспечения духовного и творческого роста реабилитируемых;

оказание организационно-методической и консультативной помощи специалистам образовательных учреждений по вопросам профилактики наркомании и зависимости от ПАВ;

взаимодействие с заинтересованными ведомствами и организациями по вопросам реадaptации и реабилитации детей и молодежи, вовлеченных в употребление психоактивных веществ;

разработка и апробирование реабилитационных программ для детей и молодежи с зависимостью от ПАВ;

разработка программ профилактики срывов и рецидивов наркомании у детей и молодежи, прошедших лечение и реабилитацию, и интегрированных в образовательное учреждение.

Дети и подростки, успешно прошедшие реабилитацию (третичная профилактика), должны возвращаться в образовательные учреждения на общих основаниях.

Совершенно очевидно, что вторичная и третичная профилактики имеют свои особенности. Между профилактическими блоками (первичная, вторичная и третичная профилактики) как составляющими единой системы имеет место взаимопроникновение и пересечение. Именно такой подход позволит структурировать целостную концепцию профилактики злоупотребления психоактивными веществами и перейти к созданию профилактических программ на всех трех уровнях.

## **КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ АКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ (КАПР)**

Антинаркотическая профилактика - это целостная, организуемая в рамках единой государственной программы система мер, которая имеет

свое содержание, свою этапность и динамику развития, свой определенный конечный результат и реализуется государственными и общественными структурами.

Такое понимание профилактики как системы деятельности позволяет в общегосударственной системе профилактики употребления и оборота наркотических средств выделить подсистему профилактической деятельности в образовательной среде, которая имеет специфические цели, задачи, средства и находится в компетенции прежде всего Министерства образования Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов управления образованием и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Отечественный и зарубежный опыт свидетельствует, что в плане профилактики наиболее предпочтительными являются программы, направленные на пропаганду здорового образа жизни и ориентированные на применение социально-психологического тренинга. Базовой основой всех профилактических мероприятий признается информационно-когнитивное (образовательное) направление. Исходя из объективных условий состояния наркологических проблем в стране и стратегии сдерживания наркомании, разработана **Концепция комплексной активной профилактики и реабилитации (КАПР)**, которая предлагает в качестве кардинального решения проблемы профилактики наркомании объединение в единый комплекс образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающих достижение общей цели. Такой методологический подход позволяет максимально опереться на уже имеющиеся ресурсы и возможности общеобразовательных учреждений, учреждений начального, среднего,



высшего профессионального образования и других образовательных учреждений, а также использовать последние достижения современных образовательных, психологических и медико-социальных технологий в области профилактики наркомании. Следовательно, КАПР позволяет решать задачи не только первичной, но и обязательно вторичной и третичной профилактики, т.е. вовремя, на максимально ранних этапах обеспечить выявление наркозависимых и перейти к лечению и реабилитации с последующей профилактикой срывов и рецидивов заболевания. При таком подходе обеспечивается решение вопросов контролирования групп детей и подростков, прошедших первичное лечение или реабилитацию по поводу наркомании и вернувшихся в то или иное образовательное учреждение.

Профилактическая деятельность в образовательной среде согласно Концепции КАПР включает следующие основные принципы:

### **1. Комплексность**

Согласованное взаимодействие:

на межведомственном уровне - органов и учреждений, отвечающих за различные аспекты государственной системы профилактики наркомании в рамках своей компетенции (органы и учреждения образования, здравоохранения, социальной защиты населения, правоохранительные органы и др.);

на профессиональном уровне - специалистов различных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты профилактики (воспитатели, педагоги, дошкольные, школьные и медицинские психологи, врачи, наркологи, социальные педагоги и социальные работники детства, работники комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних);

в системе образования - органов управления образованием на федеральном, региональном, муниципальном уровнях, а также образовательных учреждений, отвечающих за взаимодействие и координацию различных профилактических мероприятий в русле единой целостной программы комплексной профилактики.

## **2. Дифференцированность**

Дифференциация целей, задач, средств и планируемых результатов профилактики с учетом: во-первых, возраста. По возрасту наиболее значимо выделение группы детей старшего дошкольного возраста (5-6 лет), младшего школьного возраста (7-10 лет), среднего школьного возраста (11-14 лет), старшего подросткового возраста (15-16 лет), юношеского возраста (17-18 лет) и молодежи (от 18 лет); во-вторых, степени вовлечения в наркогенную ситуацию. При этом значимо выделение детско-подростковых и молодежных групп, не вовлеченных в наркогенную ситуацию, но относящихся к “группе риска наркотизации”, например, лишенных родительского попечения и находящихся в условиях безнадзорности; имеющих различные проблемы в развитии и поведении (“трудные и проблемные” дети и подростки); начавших употреблять наркотики (потребители наркотиков); заболевших наркоманией. В этом контексте приобретает свою специфику профилактическая работа со студентами средних и высших профессиональных учебных учреждений.

## **3. Аксиологичность (ценностная ориентация)**

Этот принцип включает формирование у детей и молодежи мировоззренческих представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, законопослушности, уважении к человеку, государству, окружающей среде и др., которые являются ориентирами и регуляторами их поведения. Принятие общечеловеческих ценностей и

норм поведения является одним из основных морально-этических барьеров потребления ПАВ, а в случае заболевания служит основанием для социальной реадaptации и реабилитации.

#### **4. Многоаспектность**

Сочетание различных направлений целевой профилактической деятельности. Ведущими аспектами профилактической деятельности в образовательной среде являются:

**социальный аспект**, ориентированный на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни, отрицательного отношения к пробе и приему психоактивных веществ, в том числе наркотиков, меняющих психическое состояние;

**психологический аспект**, направленный на формирование стрессо-устойчивых личностных установок, позитивно-когнитивных оценок, а также навыков “быть успешным”, быть способным сделать позитивный альтернативный выбор в трудной жизненной ситуации, включая ситуацию предложения наркотиков;

**образовательный аспект**, формирующий систему представлений и знаний о социально-психологических, медицинских, правовых и морально-этических последствиях злоупотребления ПАВ.

Многоаспектность комплексной профилактики включает также направленность ее воздействия на различные уровни в поле субъект-объектных взаимодействий при осуществлении профилактических мероприятий:

социально-средовое воздействие, направленное на разрушение групп наркотизирующихся детей и подростков и на создание социально-поддерживающей инфраструктуры;

воздействие на “саморазрушающее” поведение детей и подростков, вовлеченных в наркотизацию, а также на другие отклоняющиеся (“девиантные”) формы поведения детей группы риска;

воздействие, связанное с индивидуальными или групповыми формами оказания профилактической помощи.

### **5. Последовательность (этапность)**

Принцип последовательности или этапности предусматривает, что ее цели и задачи должны быть:

разделены на общие стратегические и частные (этапные), т.е. не могут быть реализованы одномоментно или аврально, по типу разовой кампании;

на каждом этапе возможность реализации поставленных целей и задач должна быть поддержана соответствующим целевым финансированием;

для обеспечения последовательности или “алгоритма” шагов в реализации системной профилактики в нее должен обязательно входить социально-психологический мониторинг, ориентированный не только на оценку субъективных и объективных факторов распространенности наркотиков, но и на формирование структур и элементов системы сдерживания распространения, системы социально-психологической поддержки.

### **6. Легитимность**

Легитимность предусматривает необходимую правовую базу антинаркотической профилактической деятельности. К правовой базе указанной деятельности, безусловно, относятся все нормативные акты о правах и обязанностях лиц, которые в пределах своей компетенции и статуса обязаны заниматься профилактикой. К правовой базе относятся также права и обязанности детей и молодежи, которые затрагиваются в

различной степени, когда по отношению к ним осуществляются активные профилактические мероприятия. Таким образом, правовые границы антинаркотической профилактики предусматривают:

действия, не нарушающие установленную в законе компетенцию органа или лиц, осуществляющих профилактические меры;

действия, не нарушающие права несовершеннолетнего как гражданина и члена общества, к которому относятся эти профилактические мероприятия.

При этом может возникать правовая ситуация, когда те или иные действия в границах осуществления первичной и вторичной профилактической помощи не запрещены, однако не регламентированы нормативными актами. Например: доврачебная и врачебная диагностика наркотического опьянения в образовательном учреждении; диагностика употребления наркотиков методом тестирования; социальное вмешательство специалиста в семью при риске наркотизации для ребенка.

Следовательно, компетенция органов и лиц, осуществляющих профилактическую работу, и степень взаимодействия различных ведомств и специалистов должны быть закреплены в соответствующих нормативных актах. Это ставит перед участниками системы профилактики специфические задачи: максимальный учет отраслевых законов, их согласование в рамках концепции активной, системной первичной профилактики; использование мирового и российского опыта в правовом обеспечении диагностики употребления наркотиков, организации раннего выявления потребителей и их оздоровления, социально-психологической реабилитации, с одной стороны; защиты их прав и законных интересов – с другой. Для этого необходима соответствующая специальная, в том числе правовая, подготовка

специалистов, участвующих в оказании профилактической помощи. Особое внимание должно быть обращено на правовые гарантии прав несовершеннолетнего во всех случаях применения к нему активных профилактических мер, влекущих принуждение и ограничение его прав. Нельзя предоставлять органам и лицам, осуществляющим профилактику, право проводить диагностику наркотического опьянения, употребления ПАВ, не сформировав в том же нормативном акте механизм защиты прав и достоинства ребенка, по отношению к которому осуществляются эти действия.

### **Цели Концепции КАПР в образовательной среде**

снижение спроса на наркотики и другие психоактивные вещества;  
снижение заболеваемости наркоманиями, токсикоманиями и алкоголизмом, а также сопутствующих заболеваний;  
снижение численности групп риска потребления ПАВ;  
снижение тяжести медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ.

### **Основные задачи Концепции КАПР в образовательной среде**

вовлечение в профилактическую антинаркотическую деятельность всех без исключения учреждений системы образования;  
улучшение качества воспитания и формирования у детей и молодежи антинаркотических установок;  
улучшение качества образования за счет повышения уровня здоровья и изменения ценностной ориентации учащихся;  
повышение качества здоровья детей и молодежи;  
улучшение криминогенной обстановки в регионе; разъединение наркотических асоциальных групп;

возвращение в образовательные учреждения детей и молодежи, прошедших лечение и реабилитацию в связи с наркозависимостью и осуществление профилактической работы с ними по предотвращению срывов и рецидивов заболевания;

оказание детям и молодежи консультативной, психокоррекционной и реабилитационной помощи;

осуществление антинаркотической профилактической работы в семьях учащихся, а также в местах досуга детей и молодежи;

создание в образовательных учреждениях атмосферы негативного отношения к наркотикам и лицам, употребляющим наркотики, с привлечением к этой работе нравственно устойчивых учащихся;

создание системы раннего выявления и контроля лиц, приобщенных к употреблению наркотиков и наркозависимых на уровне школы, семьи и мест досуга (секции, кружки и пр.);

реализация этапов профилактической деятельности: создание организационных структур; подготовка: кадров, нормативно-правовой базы, дифференцированных программ профилактики, программ научных исследований; взаимодействие с различными государственными, общественными, частными учреждениями и организациями, а также со средствами массовой информации.

Концепция КАПР учитывает все многообразие факторов, способствующих развитию наркомании, главным образом, личностные особенности детей и подростков, значимых для образовательных учреждений. Благодаря использованию последних достижений современных медицинских технологий (иммунохроматические тесты на наркотики), мероприятия в рамках концепции КАПР позволяют активно и целенаправленно не только выявлять заболевших на ранних стадиях заболевания (диспансеризация, профосмотры и т.д.), но и изменять

менталитет учащихся, показывая, что прием наркотиков скрыть невозможно.

Однако нельзя не брать в расчет приведенного выше условия – ограниченного финансирования, т.е. ни одна структура не может взять на себя все расходы по профилактике. В условиях нашей страны, когда практически нет благотворительных организаций, необходимо включить в КАПР максимально возможное число семей учащихся, которые должны взять на себя целый ряд функций по реализации профилактической программы.

Активная антинаркотическая профилактическая помощь семье в рамках КАПР сегодня должна проводиться в условиях различия мнений и отношения отдельных семей к самой проблеме, дефицита компетентности по вопросам формирования у детей антинаркотических установок, ценностей здорового образа жизни, трудностей установления контактов и взаимодействия со специалистами при необходимости консультативной, специализированной и социально-правовой помощи, в условиях, когда сами профессиональные группы лиц, работающие с детьми и подростками – учителя, школьные психологи, социальные педагоги и социальные работники, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних (ПДН) также нуждаются в выработке нового подхода к взаимодействию со своими подопечными.

Фактически 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. Прообраз такой структуры может быть смоделирован в виде двух базовых федеральных центров Минобразования России –



организационно-методического и реабилитационного. Эти центры должны соответствовать трем основным задачам:

учебно-методический полигон мероприятий по профилактике наркозависимости в образовательных учреждениях, включая решение задач реабилитации;

действующий в реальной образовательной среде прототип будущих региональных центров профилактики и реабилитации;

информационный узел, позволяющий адекватно интерпретировать результаты мониторинга по различным регионам с целью оценки развития наркологической ситуации и эффективности профилактики наркозависимости.

Внедрение новой системы профилактики происходит в конкретных реальных условиях. Невозможно одномоментное введение в практику всех желательных нововведений. Главным является четкое определение этапов внедрения, что позволяет сделать КАПР наиболее эффективной.

**ПЕРВЫЙ ЭТАП** – этап неотложных мероприятий. Организационно-методически данный этап может быть реализован в рамках текущего финансирования и действующего законодательства. Принятие концепции КАПР в качестве стратегического направления позволяет использовать существующие возможности и объединить разрозненные усилия по профилактике наркомании в системе образовательных учреждений. Внедрение первого этапа происходит постепенно по мере готовности отдельных составляющих:

создание единого организационно-методического центра в структуре системы образования согласно концепции КАПР с соответствующими тематическими отделами (организационно-методический, учебный, профилактический,

реабилитационный, юридический, медицинский, отдел мониторинга, отдел информационной службы и взаимодействия с общественностью);

разработка нормативно-правовой базы профилактической деятельности в образовательной среде;

создание центра реабилитации детей и молодежи с наркозависимостью;

открытие профилактических кабинетов в средних и высших профессиональных учреждениях;

создание инструктивно-методологической базы для профилактики наркозависимости и реабилитации детей и молодежи с проблемами зависимости от ПАВ в действующих ППМС-центрах;

модификация действующих программ профилактики;

внедрение интернет-информационной системы по вопросам профилактики злоупотребления ПАВ среди детей и молодежи;

разработка системы показателей и методического обеспечения проведения мониторинга наркотической ситуации в детско-молодежной среде;

модификация системы профилактических осмотров;

создание пакета информационно-методической документации для начальной переподготовки кадров на местах.

**ВТОРОЙ ЭТАП** – этап организационных мероприятий:

создание системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации воспитателей, педагогов, психологов дошкольных образовательных учреждений и школ, социальных работников;

создание региональной сети учебно-методических центров профилактики;

создание специализированного издательства, включая издание газеты и журнала;

разработка альтернативных программ в системе концепции КАПР, адаптированных к различным регионам;

создание полномасштабной системы мониторинга в России, позволяющей оценить не только уровень распространения наркомании, но степень эффективности профилактических мероприятий, в том числе и в отношении сопутствующих заболеваний и других осложнений;

разработка различных моделей позитивных ценностных ориентаций в области социально-духовной деятельности;

организация спортивных соревнований и иных эффективных форм досуга.

Фактически данный этап следует рассматривать как переходный, подготовительный для 3 этапа. Выделение этого этапа в достаточной мере условно, поскольку его реализация начинается уже в период действия 1 этапа. Задачи 2 этапа реализуются постепенно по мере готовности организационной, нормативно-правовой, научно-методической и финансово-материальной базы.

**ТРЕТИЙ ЭТАП** – этап полного развертывания программ, соответствующих концепции КАПР. Данный этап вводится дифференцированно по различным регионам:

внедрение в большинстве регионов;

мониторинг наркологической ситуации и эффективности внедрения профилактических мер;

разработка новейших методов и приемов профилактики;

сравнительное обобщение российского и международного опыта.

Концепция КАПР предполагает создание следующих профилактических программ:

активная профилактическая деятельность в образовательных учреждениях;

активная профилактическая деятельность в семье;  
активная профилактическая деятельность в организации  
внеучебной и досуговой деятельности детей и молодежи.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В настоящее время во всем мире в образовательной среде борьба с наркоманией проводится путем использования различных профилактических моделей. Структура последних зависит от конкретных условий отдельных стран и регионов. Концепция профилактики в нашей стране должна строиться с учетом трех основных сфер жизнедеятельности детей и молодежи – семья, образовательное учреждение, досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение. В настоящее время наиболее адекватным ориентиром является стратегия сдерживания. Конкретная реализация профилактических программ возможна только в рамках концепции комплексной активной профилактики и реабилитации. Данная Концепция нацелена на профилактическую работу не только с “группами риска”, но и с лицами, прошедшими курс терапии и реабилитации. Кроме того, она обеспечивает комплексный подход и активное выявление заболевших, динамический контроль за процессом реабилитации, а также позволяет оценить эффективность профилактических программ.

Внедрение новой Концепции в силу особенности сложившейся ситуации необходимо проводить в три этапа. Первый – этап неотложных мероприятий, второй – этап научно-организационных мероприятий, третий – этап полного развертывания КАПР.

Для обеспечения внедрения системной профилактики в образовательной среде необходимо предварительно решить ряд

организационных вопросов – учредить Координационный совет по профилактике наркомании в образовательной среде при Министерстве образования Российской Федерации, создать организационно-методический и реабилитационный центры в рамках того же министерства. Указанные центры будут являться:

учебно-методическими полигонами всеобъемлющих мероприятий по профилактике наркозависимости в образовательных учреждениях, включая решение задач реабилитации;

действующими в реальной образовательной среде прототипами будущих региональных центров профилактики и реабилитации;

информационными узлами, позволяющими адекватно интерпретировать результаты мониторинга по различным регионам с целью оценки развития наркологической ситуации и эффективности профилактики наркозависимости.

Кроме того, любым конкретным шагам в области профилактики должно предшествовать создание и утверждение соответствующего нормативно-методического обеспечения, полностью учитывающего современные правовые, социальные, педагогические нормы. Наличие указанной нормативно-методической базы позволит непосредственно приступить к реализации мероприятий первого и последующих этапов КАПР.

Предложенная Концепция является основой для разработки конкретных нормативных документов и программ в области профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде.



# ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

## ГЛОССАРИЙ

**Для целей настоящей Концепции употребляются следующие основные термины:**

**Образовательная среда** – совокупность учреждений, служб системы образования, а также семей обучающихся.

**Психоактивные вещества (ПАВ)** – химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое

состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся наркотики, транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

**Злоупотребление психоактивными веществами** – неоднократное употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

**Профилактика злоупотребления психоактивными веществами** – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ, предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления психоактивными веществами (безнадзорность, беспризорность, преступность, рост случаев ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемых половым путем и т.д.).

**Первичная профилактика злоупотребления ПАВ** – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость.

**Вторичная профилактика злоупотребления ПАВ** – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнений наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, но не обнаруживающих признаков болезни.

**Третичная профилактика злоупотребления ПАВ, или реабилитация** – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, т.е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, токсикомания и алкоголизм) и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

**Образовательная модель профилактики** – основанная на воспитательно-педагогических методах деятельность специалистов образовательных учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.

**Медицинская модель профилактики** – основанная на информационно-лекционном методе совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических (наркологических) учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о негативном воздействии наркотических и других



психоактивных веществ на физическое и психическое здоровье человека, а также гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий наркомании – заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.

**Психосоциальная модель профилактики** – основанная на биопсихосоциальном подходе к предупреждению злоупотребления психоактивными веществами совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ, а также развитие психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

**Реабилитационный потенциал** – прогностическая оценка потенциальных возможностей наркологического больного к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, социальном статусе, особенностях био-психо-духовного развития, а также тяжести наркологического заболевания. В практическом отношении – это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива.

**Центр реабилитации детей и молодежи с наркозависимостью** – учреждение, осуществляющее комплекс педагогических, медико-психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление психического и социального статуса детей и молодежи, страдающих зависимостью от психоактивных веществ.

**Стратегия сдерживания** – государственная политика, направленная на предупреждение (сдерживание) незаконного распространения и роста злоупотребления психоактивными веществами, а также увеличения масштабов медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ.

**Наркотики** – психоактивные вещества, включенные в официальный список наркотических средств.

**Наркомания** – хроническая болезнь, которая возникает в результате злоупотребления наркотиками и характеризуется наличием у больного психической и физической зависимости от наркотиков, морально-этической деградацией, асоциальным поведением и рядом других патологических проявлений.

**Токсикомания** – хроническая болезнь, возникающая в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенными в официальный список наркотических средств.

**Потребители наркотиков** – лица, приобретающие или хранящие наркотические средства с целью личного потребления.

**Группа риска наркотизации** – группа несовершеннолетних и молодежи, выделенная на основании определенного набора социально-демографических, личностных, психологических и сомато-физических признаков, характеризующаяся большой склонностью к злоупотреблению наркотиками и иными психоактивными веществами. Группа риска наркотизации является самостоятельным объектом профилактики. К ней относятся дети и молодые люди:

лишенные родительского попечения, ведущие безнадзорный образ жизни, не имеющие постоянного места жительства;  
экспериментировавшие с первыми пробами различных психоактивных веществ;

имеющие проблемы в развитии и поведении, обусловленные нервно-психической неустойчивостью или сопутствующими психическими отклонениями.

**Мониторинг наркотической ситуации** – повторяющиеся с установленной регулярностью на основе выбранной системы регистрации учет и оценка показателей развития наркотической ситуации (распространенность наркотиков и иных психоактивных веществ, частота случаев злоупотребления и состояний зависимости, вредных последствий злоупотребления психоактивными веществами, отношение отдельных лиц и групп к наркотикам и наркотической ситуации). Объектом мониторинга может быть группа несовершеннолетних или молодежи, система учреждений, отдельный регион. Мониторинг может быть частичным, отражающим социологические и психологические показатели, и полным, включающим оценку факторов, улучшающих или ухудшающих наркотическую ситуацию, и социальных структур, предупреждающих развитие наркомании.

**Диагностические тесты на наличие психоактивных веществ** – медицинское изделие в виде бумажных полосок для иммунохроматографического выявления в моче испытуемого ПАВ (морфин, героин, метадон, экстази, марихуана, кокаин, амфетамины и др.). Используются монотесты и мультитесты; последние применяются для диагностики нескольких ПАВ.

## Приложение 2

**Профилактическая антинаркотическая работа  
в образовательных учреждениях общего и начального  
профессионального образования**

Основные направления работы:

**1. Профилактическая работа с родителями:**

заместитель директора по воспитательной работе, классные руководители, школьный психолог, социальный педагог.

**1.1. Формирование нетерпимого отношения родителей к наркотизации детей в той среде, в которой растет и общается их ребенок:**

родительский университет, организация групп родительской поддержки для “проблемных” семей.

### **1.2. Предупреждение внутрисемейного вовлечения детей в раннюю алкоголизацию, случаев эмоционального отвержения детей и жестокого обращения с ними:**

семейное консультирование, привлечение групп родительской поддержки, специалистов комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, служб социальной защиты населения, органов внутренних дел для оказания помощи “проблемной” семье.

### **1.3. Оказание помощи семье в конфликтных ситуациях (ребенок начал наркотизироваться; уходит из дома; прошел антинаркотическое лечение, находится на реабилитации и т.д.):**

консультирование по вопросам “семейного примирения”, информирование родителей о целесообразности внутрисемейного тестового контроля наркотизации, помощь семье в установлении контактов со специалистами, с группой родительской поддержки, оказание коррекционной помощи по программам тематических семинаров-тренингов “Как жить с ребенком, который начал употреблять ПАВ”.

## **2. Воспитательно-педагогическая работа с детьми:**

заместитель директора по воспитательной работе, классный руководитель, педагоги ОБЖ, физической культуры, учителя-предметники, школьный врач, лекторы – специалисты по вопросам развития и здорового образа жизни.

### **2.1. Разработка и модификация образовательных программ, ориентированных на формирование ценностей здорового образа жизни**

(обучение и воспитание через предмет – валеология, ОБЖ, физическая культура).

### **2.2. Разработка и модификация превентивных образовательных программ, ориентированных на предупреждение употребления ПАВ**

(обучение и воспитание через предмет – валеология, ОБЖ, литература, история, биология, химия и другие предметы, формирующие понимание социальных и медицинских последствий наркозависимости).

### **2.3. Разработка и внедрение обучающих программ-тренингов активной психологической защиты для обучающихся среднего и старшего школьного возраста.**

**2.4. Разработка и внедрение общешкольных антинаркотических мероприятий:** тематические “круглые столы”, дискуссии и конференции; ролевые игры и спектакли по проблемам противодействия наркотикам и иным ПАВ.

**2.5. Формирование волонтерских групп из подростков с лидерскими установками для оказания поддержки сверстникам с проблемами зависимости от ПАВ.**

### **3. Организационно-методическая антинаркотическая профилактическая работа в образовательном учреждении**

Зам. директора по воспитательной работе, школьный психолог, воспитатель, социальный педагог, школьный врач, специалисты по вопросам предупреждения безнадзорности, правонарушений, ранней алкоголизации и наркотизации детей и подростков.

**3.1. Организация внутришкольного наркопоста при школьном медицинском кабинете,** включая следующие формы работы: учет обучающихся с “риском” наркотизации и проблемами наркозависимости; методическое обеспечение просветительской антинаркотической работы в образовательном учреждении; проведение при информированном согласии обучающихся тестовой доврачебной диагностики наркотизации; консультирование родителей по проблемам взаимоотношений с наркотизирующимся ребенком.

**3.2. Организация внутришкольных и межшкольных обучающих семинаров,** внедрение обучающих программ-тренингов для специалистов образовательных учреждений по методам и средствам предупреждения злоупотребления ПАВ в детско-подростковой среде.

**3.3. Организация взаимодействия между образовательным учреждением, комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, наркологической службой, органами внутренних дел, службами социальной защиты населения и группами родительского актива** и поддержки “проблемных” семей в целях создания на уровне дома, двора, школьного микрорайона микросреды, благополучной в отношении распространения психоактивных веществ и употребления их детьми и подростками.

**3.4. Организация условий для проведения на регулярной основе мониторинга распространенности употребления психоактивных веществ** для систематического анализа наркоситуации в школьном микрорайоне и принятия упреждающих мер, позволяющих активно воздействовать на наркоситуацию.

## Приложение 3

**Профилактическая антинаркотическая работа  
в образовательных учреждениях среднего и высшего  
профессионального образования**

Основные направления работы

**1. Профилактическая работа с родителями**

1.1. Информирование родителей о случаях наркотизации студента; о целесообразности внутрисемейного контроля наркотизации на основе доврачебных диагностических тестов употребления наркотиков.

1.2. Организация среди родителей, нетерпимо относящихся к наркотизации обучающихся подростков и молодежи, групп родительской поддержки при наркопостах и кабинетах профилактики, созданных в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

## **2. Воспитательно-педагогическая работа с подростками и молодежью, обучающимися в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.**

2.1. Разработка превентивных воспитательных и информативных программ, ориентированных на предупреждение употребления ПАВ в условиях студенческого общежития.

2.2. Разработка и внедрение обучающих программ-тренингов для воспитателей общежитий образовательных учреждений среднего и высшего профессионального образования.

2.3. Организация наркопостов и кабинетов профилактики в общежитиях образовательных учреждений среднего и высшего профессионального образования.

2.4. Проведение регулярных и тематических антинаркотических мероприятий: тематические “круглые столы”, дискуссии, тематические дискотеки “Молодежь против наркотиков”.

2.5. Формирование групп психологической поддержки лиц с проблемами зависимости среди подростков и молодежи, обучающихся в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования. Организация взаимодействия между указанными группами и руководством образовательных учреждений.

## **3. Организационно-методическая антинаркотическая профилактическая работа в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.**

3.1. Разработка методического обеспечения наркопостов и кабинетов профилактики при образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

3.2. Разработка и внедрение моделей межвузовского центра реабилитации подростков и молодежи с наркозависимостью и организация подобных центров.

3.3. Организация моделей мониторинга распространенности употребления наркотиков среди подростков и молодежи, обучающихся в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

## Приложение 4

**Профилактическая антинаркотическая помощь семье  
Основные направления работы:**

1. Формирование активного отношения родителей к риску наркотизации в той микросреде, в которой растет и общается их ребенок.
2. Предупреждение случаев вовлечения детей в раннюю алкоголизацию, эмоционального отвержения детей, жестокого обращения с ними в семье.
3. Оказание помощи семье, когда ребенок начал злоупотреблять психоактивными веществами.



4. Организация на уровне дома, двора, уличного микросоциума благополучной ненаркотической среды, нетерпимой к антиобщественному поведению детей, распространению среди них алкоголя, наркотиков и иных психоактивных веществ.

*Пути взаимодействия специалистов и групп социальной поддержки*

### **Образовательное учреждение**

(заместитель директора по воспитательной работе, классные руководители, школьный психолог, социальный педагог, школьный врач)

<p><b>Активная семья</b> родительский университет группы родительской поддержки</p>	<p><b>Проблемная семья</b> родители с риском наркотизации ребенок, столкнувшийся с ПАВ</p>	<p><b>Центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи</b></p>
---	--	---

Формирование на уровне дома, двора, школьного микрорайона благополучной ненаркотической среды

### **Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав**

**Органы внутренних дел**

**Органы и учреждения социальной защиты населения**

### **Основные формы и средства антинаркотической помощи семье**

**1. Лекционная** – через родительские собрания, семинары, занятия в родительском университете.

Заместитель директора по воспитательной работе, классные руководители, лекторы – специалисты по проблемам профилактики злоупотребления психоактивными веществами, предупреждения безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи.

**2. Индивидуальное семейное консультирование** родителей из “проблемных” дисфункциональных и конфликтных семей по

предупреждению ранней алкоголизации, наркотизации, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи.

Заместитель директора по воспитательной работе, школьный психолог, социальный педагог, специалисты психолого-медико-педагогических комиссий, центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

### **3. Формирование из родительского актива групп родительской поддержки для “проблемных” семей.**

зам. директора по воспитательной работе, школьный психолог, социальный педагог, специалисты центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи несовершеннолетним и молодежи.

### **4. Выявление родителей группы “риска” алкоголизации и наркотизации и обеспечение им поддержки в оказании социальной и медико-психологической помощи.**

Школьный психолог, социальный педагог, специалисты центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи несовершеннолетним и молодежи, служб социальной защиты населения, органов внутренних дел, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

### **5. Социальное вмешательство в семью при асоциальном образе жизни в семье, жестоком обращении с ребенком, при вовлечении его в раннюю алкоголизацию, наркотизацию, безнадзорное существование.**

Заместитель директора по воспитательной работе, социальный педагог, специалисты служб социальной защиты населения, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органов внутренних дел.

### **6. Оказание помощи родителям в возвращении ребенка в семью (семейное примирение) в случае ухода ребенка из дома.**

Социальный педагог, школьный психолог, специалисты служб социальной защиты населения, работники органов внутренних дел.

Приложение 5

## **Профилактическая антинаркотическая работа во внешкольных учреждениях и сфере досуга**

### **Основные направления работы**

Основы профилактической помощи должны быть развернуты на уровне конкретного муниципального образования и микрорайона через программы типа “Образовательное учреждение – микрорайон - семья” при непосредственном участии социальных педагогов образовательного

учреждения, социальных работников службы социальной защиты населения. Цель внедрения методов профилактической работы в микрорайоне - обеспечение преемственности и непрерывности воспитательно-оздоровительной работы с детьми в образовательной среде.

## **1. Организационно-методическая антинаркотическая профилактическая работа в микрорайоне**

1.1. Составление социального паспорта микрорайона с определением “зон риска”, связанных с распространением наркотиков, учетом “трудных и проблемных семей” микрорайона, нерешенных социальных проблем (наличие спортивных площадок и секций для детей и подростков, контроль за работой баров, кафе и дискотек, в которых допускается употребление алкогольных напитков или психоактивных веществ детьми и подростками).

1.2. Организация на уровне конкретного муниципального образования, микрорайона под социальным патронажем образовательного учреждения общественных многопрофильных детско-подростковых клубов; создание клубного пространства с обязательным привлечением к работе клубов специалистов органов и учреждений по делам молодежи, социальной защиты населения, общественных и религиозных объединений для участия в постоянно действующих кружковых, студийных формах работы, в организации на уровне микрорайона праздников, спортивных и развлекательных программ.

1.3. Установление через социальных педагогов образовательного учреждения взаимодействия с депутатской группой, общественными благотворительными объединениями, которые работают в микрорайоне и в рамках своей деятельности оказывают социально-психологическую помощь и поддержку проблемным семьям и детям с риском наркотизации.

## **2. Воспитательная антинаркотическая профилактическая работа с детьми и подростками в микрорайоне**

2.1. Организация и развитие на уровне микрорайона через общественные клубы, учреждения дополнительного образования детей, центры социально-реабилитационной направленности различных форм внешкольной детской и юношеской инициативы по оказанию поддержки инвалидам, престарелым, многодетным семьям микрорайона; участие социальных педагогов образовательного учреждения, школьного врача

совместно с социальными работниками в организации из числа положительно ориентированных подростков и молодых людей групп взаимопомощи по предупреждению употребления ПАВ среди несовершеннолетних и молодежи.

2.2. Организация социально значимой деятельности детей, подростков и молодежи по месту жительства (благоустройство микрорайона, проведение микрорайонных конкурсов на лучшие дворовые площадки); установление через социальных педагогов школы взаимодействия с муниципальными органами службы занятости населения для обеспечения рабочих мест и помощи в оформлении договоров на работу подростков во время каникул, в свободное от учебы время.

2.3. Организация летнего спортивно-ориентированного отдыха для детей и подростков, состоящих на профилактическом учете в органах внутренних дел, а также для детей и подростков из групп риска наркотизации.

### **3. Учебно-методическая антинаркотическая профилактическая работа со специалистами в микрорайоне**

3.1. Разработка для курсов последиplomной подготовки и переподготовки социальных работников и социальных педагогов программ развития активной антинаркотической работы в семье и микрорайоне, программ организации для детей и молодежи досуга, свободного от употребления психоактивных веществ.

3.2. Распространение нового социально-педагогического опыта в предупреждении употребления психоактивных веществ, освещение антинаркотической профилактической работы в местных средствах массовой информации.

Приложение 6

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ**

### **1. КОМПЛЕКСНОСТЬ**

**СОГЛАСОВАННОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ:**

- **ВЕДОМСТВ И УЧРЕЖДЕНИЙ**
- **СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ - ПЕДАГОГОВ, ШКОЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ, ВРАЧЕЙ НАРКОЛОГОВ, СОЦИАЛЬНЫХ ПЕДАГОГОВ, СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ И ДР.**

- **ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЕМ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ, РЕГИОНАЛЬНОМ, МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЯХ.**

## **2. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ**

- **ПО ВОЗРАСТУ**
- **ПО СТЕПЕНИ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В НАРКОГЕННУЮ СИТУАЦИЮ (ЗДОРОВЫЕ, “ПОТРЕБИТЕЛИ”, БОЛЬНЫЕ)**
- **ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ РИСКА**

## **3. АКСИОЛОГИЧНОСТЬ (ЦЕННОСТНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ)**

## **4. МНОГОАСПЕКТНОСТЬ**

- **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ**
- **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**
- **СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

## **5. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ (ЭТАПНОСТЬ)**

- **1 ЭТАП - НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**
- **2 ЭТАП - ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**
- **3 ЭТАП - ПОЛНОЕ РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ**

## **6. ЛЕГИТИМНОСТЬ**

Приложение 7

### **КОНЦЕПЦИЯ КАПР**

### **(КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ АКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ)**

#### **ЦЕЛИ КАПР**

**СНИЖЕНИЕ: СПРОСА, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ПОСЛЕДСТВИЙ**

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА: ОБРАЗОВАНИЯ, ВОСПИТАНИЯ, ЗДОРОВЬЯ,  
ЦЕННОСТНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

**СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ: ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ****УЧРЕЖДЕНИЕ, СЕМЬЯ, ДОСУГ****ВОЗВРАЩЕНИЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ****НАРКОЗАВИСИМЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОШЕДШИХ ЛЕЧЕНИЕ  
И РЕАБИЛИТАЦИЮ****СУБЪЕКТНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ КАПР****ДЕТИ****ПОДРОСТКИ****МОЛОДЕЖЬ****РОДИТЕЛИ****СРЕДЫ РЕАЛИЗАЦИИ КАПР****ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ****УЧРЕЖДЕНИЯ****СЕМЬЯ****МЕСТА ДОСУГА****ПРИНЦИПЫ КАПР****КОМПЛЕКСНОСТЬ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ,****АКСИОЛОГИЧНОСТЬ, МНОГОАСПЕКТНОСТЬ,****ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ, ЛЕГИТИМНОСТЬ****ЭТАПЫ КАПР****I****НЕОТЛОЖНЫЕ  
МЕРОПРИЯТИЯ****II****ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ  
МЕРОПРИЯТИЯ****III****ПОЛНОЕ  
РАЗВИТИЕ  
ПРОГРАММ**