

## **Основные понятия активной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в информационном аспекте**

Добиться позитивных результатов в решении проблемы наркомании невозможно без организации адекватной профилактической **работы**. **Профилактика** подростковой и юношеской наркомании сегодня становится одной из важнейших социальных задач общества. Это осознает сегодня подавляющее большинство населения: от государственных чиновников всех уровней до обычных, рядовых граждан. **Профилактика** злоупотребления психоактивными веществами представляет собой, согласно Концепции злоупотребления ПАВ в образовательной среде комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение распространения и употребления психоактивных веществ (ПАВ), а также предупреждение развития и ликвидации негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления ПАВ (безнадзорность, преступность, рост сопутствующих наркомании заболеваний).

Всемирная организация здравоохранения в зависимости от целей профилактической **работы** выделяет первичную, вторичную и третичную формы **профилактики**.

Первичная **профилактика** направлена на предупреждение приобщения к употреблению психоактивных веществ, вызывающих патологическую зависимость. Она ориентирована на популяцию условно здоровых лиц, а также на группы риска наркотизации. К ним относятся несовершеннолетние и молодые люди, в ближайшем окружении которых есть потребители наркотиков. В группу риска входят экспериментирующие с психоактивными веществами; имеющие генетическую предрасположенность к психическим и наркологическим

расстройствам, несовершеннолетние, находящиеся в неблагоприятных семейных или социальных условиях люди, а также дети с проявлениями школьной дезадаптации и педагогической запущенности.

Ввиду опасности развития зависимости даже после однократного приема ПАВ (особенно у детей и **подростков**), первичная **профилактика** для несовершеннолетних имеет приоритетное значение. Согласно современному пониманию механизмов развития патологической зависимости, “воротами” приобщения к наркотикам, является употребление алкоголя и курение. Поэтому ведение профилактической **работы** должно начинаться с **профилактики** употребления алкоголя и курения, а также предупреждения таких социальных явлений как педагогическая запущенность с самовольным оставлением школы, семейная безнадзорность.

Вторичная **профилактика** злоупотребления психоактивными веществами направлена на предотвращение формирования зависимости от психоактивных веществ, и предполагает **работу** с лицами, употребляющими ПАВ, но не обнаруживающими признаков наркомании как болезни. Иными словами, это **работа** с теми, кто злоупотребляет наркотиками, но без сформированной физической зависимости.

Третичная **профилактика** злоупотребления ПАВ проводится среди больных наркоманиями и токсикоманиями и направлена на предотвращение рецидивов заболевания. Она предполагает проведение комплекса мероприятий, способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного наркоманиями и токсикоманиями, включая возвращение его в семью, в образовательное учреждение, к общественно полезной деятельности.

Наполнение каждого их этапов **профилактики** наркозависимости (объект и предмет воздействия, стратегия и тактика профилактической **работы**) за период ее существования претерпевали существенные изменения. Многие аспекты первичной **профилактики** построены на анализе факторов, препятствующие приобщению к ПАВ.

Этому вопросу в литературе необоснованно уделено гораздо меньше внимания, чем факторам приобщения к ПАВ. Сравнительные исследования юношей-правонарушителей, эпизодически употреблявших одурманивающие вещества, и несовершеннолетних из контрольной группы, установили между ними различия в мотивации отказа от употребления ПАВ. Юноши контрольной группы опасались привыкнуть, боялись разрушения организма и психических расстройств. В группе **подростков** с аддиктивным поведением по частоте выбора преобладали: страх смерти, опасение привыкания, боязнь юридической ответственности.

Ряд авторов считают, что защищают от употребления психоактивных веществ такие личностные качества, как чувство юмора, внутренний самоконтроль, целеустремленность, стрессоустойчивость, положительные взаимоотношения хотя бы с одним взрослым помимо родителей, наличие привязанностей – способность жить по законам общества.

В целом факторы, защищающие от употребления ПАВ, являются антиподами факторов риска. В то время как в общепопулярной литературе, утверждаются данные о большой распространенности наркотизации среди школьников, социологические материалы с медицинской тематикой показывают, что наибольшую толерантность к предложению наркотиков проявляют учащиеся школ: 41,6% из них были объектами предложения наркотических и токсических

веществ и только 10,5% согласились попробовать их, тогда как среди учащихся техникумов соответственно 66,9% и 31,5%, а среди студентов 58,4% и 22,5% .

Первые рекомендации по **профилактике** алкоголизма у молодежи в отечественной литературе относятся еще к концу XIX - началу XX века. В них рекомендовалось перенять опыт Финляндии в виде уроков трезвости, при этом особо подчеркивается, что труд учителей и других земских работников по пропаганде трезвости должен вознаграждаться. В России серьезных научных разработок профилактического антинаркологического направления в отличие от других дисциплин до последних лет не проводилось, в то время как в странах Запада **профилактика** стала одним из наиболее актуальных и востребованных направлений. Обобщая мировой опыт **профилактики** наркотизации, В. М. Ялтонский и Н. А. Сирота (1996) выделяют шесть основных подходов: информационный, обучение управлению эмоциями, поведенческий (обучение противостоянию давлению), формирование жизненных навыков, обучение альтернативной наркотикам деятельности, укрепление **здоровья**.

Традиционные представления о том, что первичная **профилактика** направлена на **работу** с группой риска и представляет собой систему наказаний и запретов, а также санитарное просвещение претерпели за последние годы видоизменение. В настоящее время она рассматривается как воздействие на популяцию населения.

В Швеции, США и других странах Запада в ее орбиту вовлекаются уже дети дошкольного возраста. В последние годы такие предложения высказываются и в отечественной литературе. Общая позиция заключается в том, что профилактическое вмешательство следует осуществлять до приобщения **подростка** с ПАВ и особенно это касается несовершеннолетних.

В течение многих лет первичная **профилактика** рассматривалась в основном с позиций информирования населения о состоянии проблемы, тяжести медицинских и социальных последствий при наркологических расстройствах.

Такая точка зрения сохраняется до настоящего времени, несмотря на использование полипрофессионального подхода с привлечением разных специалистов. Однако, как справедливо замечает Б. Спрангер (1994), передача информации не эквивалентна обучению, а именно информационный подход характерен для многих реализуемых программ, которые лишь формально меняют отношение, но не реальное поведение **подростка**.

Наиболее адекватным считается положение о том, профилактические проекты должны уходить от медикоцентрического и медикобиологического информационных подходов и это имеет различные основания. Доказано, что для перехода от “первых проб” к злоупотреблению из 20 причин вовлечения **подростков** в наркотизацию только 4 медицинских, остальные – социальные, культурные, биологические, педагогические.

В связи с этим взглядом **антинаркотическая профилактика** не может быть исключительной обязанностью государства и, в частности, органов здравоохранения. Она должна быть нацелена на детей и **подростков** школьного возраста с приближением профилактической помощи к семьям и учебным местам. Стратегией первичной **профилактики** является комплексность, дифференцированность, аксиологичность (ценностная ориентация), многоаспектность, легитимность.

В обсуждении проблем первичной **профилактики** важным аспектом остается отсутствие четкой позиции в вопросе отношения к употреблению алкоголя.

“Концепция **профилактики** злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде” (2000) подразумевает воздержание от употребления всех ПАВ, не дифференцируя отдельно легальные (никотин, алкоголь, некоторые психотропные препараты, летучие растворители) и нелегальные (наркотики) средства. Вместе с тем, точки зрения на этот вопрос разделяются. Одни специалисты по **профилактике** считают необходимым ориентировать молодежь на абсолютную трезвость, другие, исходя из реальной социальной ситуации, при формировании алкогольной политики рекомендуют призывать потребителей алкогольных напитков к “умеренности”, объясняя это трудностями отстаивания идеалов абсолютной трезвости. Последняя точка зрения поддерживается тезисом “безвредности” для **здоровья** малых доз алкоголя, поскольку в научной литературе есть сообщения об их профилактической роли в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, постстрессовых расстройств. Следует согласиться с мнением о том, что **профилактика** с ориентацией на абсолютную трезвость вряд ли может быть принята, во первых, в связи с существующим уровнем потребления; во вторых в связи с существующим многообразием личностных отношений; в третьих, в связи с тем, что установка на абсолютную трезвость всегда принимает характер идеологического и религиозного пафоса борьбы со злом, борьбы на уничтожение.

Призыв к абсолютной трезвости представляется невыполнимым еще и потому, что с позиций антропологической наркологии нельзя рассматривать человеческие проблемы вне ситуаций приема различных психоактивных веществ, начиная с чая, кофе, натуральных бродильных веществ и т.д.

Различие подходов к целям и задачам первичной **профилактики** существует и в странах Запада. В частности, ставится задача отсрочить возраст приобщения к алкоголю, а по мере взросления ставить задачу снижения его потребления.

Сегодня абсолютно всеми принято, что лобовая атака в антиалкогольном просвещении бесполезна. По данным опроса учащихся установлено, что они хотят получать сведения не о вреде психоактивных веществ, а о сохранении **здоровья**. Больше всего их интересует тематика, связанная с физкультурой, спортом, двигательной активностью, половым воспитанием.

Основной недостаток **работ** профилактического направления состоит в том, что в них переоценивается роль информирования в **профилактике** потребления ПАВ.

Например, на вопрос одной из анкет: “Если бы Вы знали о вреде алкоголя и наркотиков, стали бы Вы их принимать?” большинство опрошенных студентов (96,7%) ответило отрицательно. Конечно, такая методология социологического опроса является некорректной и не отражает истинного отношения к проблеме. Проблема состоит в том, что достаточно большая часть несовершеннолетних готова их попробовать, несмотря на знание об их вреде. Поэтому неэффективность отдельных профилактических проектов объясняется их ориентированностью на формирование страха перед наркотизацией.

В целом мнение населения о целесообразности различных форм **профилактики** зависит от опрашиваемого контингента. При этом имеет значение как статус опрашиваемой социальной группы и степень вовлеченности в употребление алкоголя. Учащиеся ПТУ отнесли к числу наиболее важных методов **профилактики** кинофильмы и телепередачи (более 50%), тогда как

положительное отношение к лекциям и беседам снижалось по мере вовлечения **подростков** в алкоголизацию (с 32,4% до 16,0%).

Имеется положительный опыт использования специальных видеокассет с целью ранней **профилактики**. Более эффективным этот метод оказался среди младших **подростков**, по сравнению со старшими, и у девочек, по сравнению с мальчиками.

Для старших **подростков** более значимой формой является доверительная беседа, которая может носить характер консультирования по проблеме. В частности имеются данные об использовании несовершеннолетними для этих целей Интернет-сети.

В настоящее время системная оценка профилактических проектов должна учитывать не только воздержание от ПАВ, но и социальный эффект, связанный, например, с оптимальным развитием социальной ситуации в обществе и общим позитивным развитием ребенка.

При доминировании информационного подхода образовательные программы до настоящего времени остаются в числе основных методов воздействия.

Большое внимание исследователи обращают в последние годы на позитивную первичную **профилактику**, выходящую за рамки информационного подхода. Она рассматривается сквозь призму формирования полноценно функционирующей личности. В ней большое значение придается психологической **работе** с семьей и наиболее эффективным признается системный подход в семье, школе, окружающей социальной среде, социальном регионе.



Все большее место начинают занимать проекты, в которых отмечается смещение акцентов с проблем поведения (программы типа “Как сказать “нет””), к проектам, связанным с обсуждением роли и места смысла жизни, ценностей здорового образа жизни, положительно направленных социальных установок. Это формирует новую проблему. Кому конкретно в первую очередь следует поручить первичную **профилактику**? Если учесть, что информацию о **здоровье** школьники могут получать, прежде всего, на школьных уроках, то главным действующим лицом должен быть педагог и психолог. По данным социологических опросов действительно более половины учителей-предметников используют учебный материал для антиалкогольного просвещения, не имея, однако, для этого необходимых методических пособий. Одновременно международный опыт отрицательно относится к приглашению специалистов-наркологов для проведения информационной **работы** в школе по проблеме наркомании, поскольку это “разжигает любопытство и ведет к усилению экспериментирования”. Запугивание последствиями злоупотребления у **подростков** (в отличие от взрослых) не действенно. Более того, оно может вызвать парадоксальный повышенный интерес к наркотику.

Детальное изучение потенциальных возможностей использования феномена страха для деструкции нежелательных и формирования желательных социальных установок выявило их принципиальную ограниченность. Слабая и средняя интенсивность запугивающей информации больше влияет на поведение, чем сильная, а сильная способствует принижению значимости или даже отрицанию угрозы. Эффективность сильного страха, как правило, кратковременна. Изучение модели параллельных процессов - страха и социальных установок - обнаружило, что для реального изменения последних необходимо сопровождать

запугивающую информацию рекомендациями по целесообразным практическим действиям.

Применительно к информационным изданиям специальными исследованиями показано, что информационный подход неэффективен. Широко практиковавшиеся запугивающие сообщения в СМИ, включая свидетельства бывших наркоманов, приводили к искажению баланса информации в пользу мрачных сторон явления. Устные или печатные лекции специалистов нередко имели обратное действие, возбуждая интерес к психоактивным веществам.

Применение информационной модели первичной **профилактики**, основанной на предположении, что предъявления "правды" о наркотиках достаточно для предотвращения их потребления, имело важнейшие последствия. Широко распространилось убеждение: возрастания объема знаний о наркотиках в принципе недостаточно для изменения социальных установок **подростков**: в то же время оно может способствовать пробуждению интереса и приобщению к психоактивным веществам.

В связи с этим предлагаются профилактические программы воспитания, начиная с первого класса, в основном в виде рассказов и демонстрации вреда алкоголя для **здоровья** и социума. Дальнейшее развитие этого подхода предложено в виде участия психолога в уроках литературы, обществознания, биологии и химии.

В последнее время в нашей стране накопился опыт внедрения зарубежных программ **антинаркотического** воспитания. Вместе с тем их некритичный перенос на нашу почву без необходимой адаптации вызвал обратный социальный

эффект (Голландский опыт либерализации наркотиков при ориентации профилактических программ на потребителей “тяжелых” наркотиков).

Например, не достаточно критично обсуждается популярная идея подготовки волонтеров и субспециалистов для профилактической **работы** с несовершеннолетними из среды бывших больных наркоманией или созависимых с детьми-наркоманами родителей. Если специалисты ЮНЕСКО не рекомендуют привлекать их к **работе**, то в некоторых отечественные **работах**, наоборот, считают это целесообразным.

Мы должны констатировать, что многие рекомендации по **профилактике** состояний зависимости несовершеннолетних отражают сильный идеологический уклон в сторону или мер либерализации, или мер устрашения, или находятся в противоречии с современным законодательством, а другие отражают лишь отдельные стороны проблемы, в частности, направлены на повышение уровня знаний педагогов в области **профилактики** наркотизации. Опубликованные в последние десятилетия на Западе справочники по антинаркоманическому воспитанию, хотя и провозглашают многосторонний подход, но требуют адаптации к культуральным условиям. В связи с этим разрабатываются программы повышения квалификации специалистов различных социальных практик в области **профилактики** наркоманий.

Типичная содержательная отечественная комплексная программа разработана Н. А. Сиротой и соавторами (1998). Она включает в себя разнообразную **работу** с **подростками**, их родителями и учителями. Методы **работы**: групповая, тренинг поведения, личностный тренинг, дискуссии, мозговые штурмы, беседы, лекции, ролевые игры, психогимнастика, психодрама, элементы индивидуальной и

групповой терапии, круглые столы, совещания, супервизия, методические занятия с супервизорами.

В последние годы в большинстве программ основной составляющей являются психологические тренинги, адресованные к **работе** с малыми группами. Считается, что они носят широко направленный характер, способствуя как развитию личности, так и определенным социальным навыкам - способности противостоять групповому давлению наркотизирующейся среды, навыкам самостоятельности и лидерства у **подростков** с целью **профилактики** наркомании. Именно многосторонний подход в **работе** с личностью показывает положительные результаты.

Значительная часть **работ** профилактического характера посвящена выявлению групп риска. С этой целью обсуждаются идеи организации приема **подростков** в кабинетах медико-психологического консультирования в школах, в центрах психического **здоровья**. Однако, при этом практически не обсуждаются различные аспекты отсутствия нормативно-правовой базы, позволяющей эффективно выявлять **подростков**, злоупотребляющих ПАВ.

Например, последняя такая дискуссия была связана с обсуждением допустимых мер с целью выявления группы риска в связи с появлением стрип-тестов, позволяющих быстро определять наличие ПАВ в биологических жидкостях. В частности целесообразность и законность применения этих тестов для выявления потребителей наркотиков в учебных заведениях обсуждается в журнале “Нарконет: Россия без наркотиков” (№1, 2000).

Продолжается малопродуктивная дискуссия: усилиями каких специалистов - педагогов, врачей, психологов, социальных работников, специалистов СМИ -

должна вестись первичная **антинаркотическая работа** с детьми и молодежью. Усилия педагогов недостаточны в силу их низкой осведомленности в вопросах формирования зависимости; усилия медиков ограничены недостаточностью навыков **работы** с детьми; усилия специалистов СМИ иногда имеют обратный социальный эффект, например, в сторону более дозволенного отношения к получению “личного опыта по наркотикам”. Во всех подобных подходах наблюдаются различные аспекты некомпетентности, которые формируют профилактическую модель, основанную на устрашении или дезинформации. Узкопрофессиональное видение приводит к формированию восприятия наркомании как болезни, как психоза, как особой формы личностного реагирования или личностной защиты. Одновременно игнорируется системное понимание наркоманической проблемы и системный подход к ее предупреждению. 3.

В первичных профилактических проектах, имеющих социокультуральный характер, продолжает доминировать медико-центрическая установка, когда в основном используется медицинская информация ознакомительного характера. Достаточно часто это сопровождается позицией некритичного распространения зарубежного опыта без учета культурологических аспектов молодежной наркомании. 4.

Системный подход к проблемам формирования зависимости от наркотиков предполагает понимание проблем первичной **профилактики** с позиций системных представлений о **здоровье**. Современная превентология, ориентированная на здоровый образ жизни, формирует системное представление о физическом, психическом и духовном **здоровье**. Психическое и духовное **здоровье** представляют по своей природе психосоциальный и социокультурный

феномен. Поэтому в первичной **профилактике** зависимости от психоактивных веществ (никотина, алкоголя, наркотиков) с позиций системных представлений о **здоровье** приоритетное значение приобретает социокультурологическая составляющая и, в особенности (психогигиеническая функция) культуры. При этом методы первичной **профилактики**, связанные с “устрашением” через информацию должны заменяться на конструктивные подходы, направленные на формирование таких социальных установок и такой смысловой ориентации личности, при которых алкоголь и наркотики утрачивают свой ценностный характер.

Оппозиционная к традиционным методам санитарного просвещения и специальной пропаганды конструктивная первичная **профилактика** стала в странах Запада необходимым элементом воспитания подрастающего поколения. Предпосылки формирования конструктивной первичной **профилактики** впервые возникли около 30 лет тому назад, когда **антинаркотическое** информирование детей было объявлено в США одним из национальных приоритетов. В последующем специальными исследованиями было показано, что информационный подход неэффективен. Широко практиковавшиеся запугивающие сообщения в СМИ, включая свидетельства бывших наркоманов, приводили к искажению баланса информации в пользу мрачных сторон явления. Лекции специалистов нередко имели обратное действие и возбуждали интерес к психоактивным веществам.

Таким образом, применение информационной модели первичной **профилактики** показало, что по мере предъявления факторов риска или “правды” о наркотиках не происходило закрепления информации, достаточной для предотвращения их потребления, и это имело важные психосоциальные последствия. Широко

распространилось убеждение: само по себе возрастание объема знаний о наркотиках в принципе недостаточно для изменения социальных установок **подростков**: в то же время оно может способствовать пробуждению интереса и приобщению к психоактивным веществам.

Информационный подход к развитию моделей первичной **профилактики** способствовал прояснению многих спорных моментов. Переосмыслению подверглись цели, конкретные методы и процедуры первичной **профилактики**. На место прежней цели - полный отказ от потребления каких-либо психоактивных веществ, встала другая - формирование здорового стиля жизни. Это комплексная психосоциальная проблем, предполагающая вероятность ответственного минимального потребления психоактивных веществ. Осознание такой необходимости ответственного поведения детей привело к последующей перестановке акцентов в профилактической **работе** с несовершеннолетними. При этом в фокусе **антинаркотической** профилактической деятельности оказались не столько химические вещества и вызываемые ими эффекты, а люди и анализ причин потребления ими наркотиков. Именно фиксация этого поворотного момента означала рождение нового подхода.

Описанию принципов, содержания и структуры современной модели первичной **профилактики** следует предварить уточнение ее рабочих понятий, т. к. многие из них сформировались по мере перехода к данной модели от предыдущей информационной модели. В круг психоактивных веществ включаются некоторые лечебные препараты, табак, алкоголь, средства бытовой химии и наркотики. Злоупотребление психоактивными веществами понимается по-разному в соответствии с политикой конкретного государства по отношению к алкоголю и наркотикам. Например, конечной целью первичной **профилактики** в Голландии

считается снижение риска потребления "тяжелых" наркотиков; а в Англии - умение ответственно употреблять психоактивные вещества; в США, Австралии - полный отказ от немедицинского потребления психоактивных веществ.

Системность или единство факторов риска для всех форм девиантного поведения, частным случаем которого является аддиктивное поведение. Это означает, что при узконаправленном воздействии, предупреждающем лишь аддиктивное (противоправное) поведение, создаваемое массивом факторов риска, "напряжение" всегда найдет другой выход и девиантное поведение вдруг неожиданно примет вид повторяющихся суицидальных намерений и действий. Психологическая иммунизация должна предупреждать девиантное поведение в целом.

Второй обязательный признак активной профилактической **антинаркотической работы** заключается в ее конструктивном характере. Она не преследует цели разрушения или изменения неблагоприятных установок, она изначально строит желательные, позитивно ориентированные установки. Например, конструктивная первичная **профилактика** служит предупреждению девиантного поведения, а не борется с ним, и способствует формированию здоровой личности ребенка. Возникающие при этом задачи: моральное развитие, построение ценностной сферы, развитие коммуникативности, устранение эгоистических позиций, развитие эмпатии и дружбы детей. Следовательно, в подобных профилактических проектах конструктивная **профилактика** выступает не только как психосоциальное, но и мощное развивающее средство.

Третий важный признак - опережающий характер воздействия ПП. Создание стойких желательных установок возможно лишь до момента, когда дети самопроизвольно усвоят распространенные традиции потребления



психоактивных веществ. Попытки их создания позже более трудны и менее продуктивны, т. к. теперь необходимо перестраивать уже готовые, например протабачные или проалкогольные установки.

**Что необходимо предпринимать преподавателю, при подозрении, что обучающийся употребляет психоактивные вещества**

1. Целесообразно при первом контакте избегать репрессивной и осуждающей тактики, постараться убедить ребенка в необходимости обращения за медицинской помощью. Указать на недопустимость появления в школе в состоянии одурманивания, вовлечения сверстников в потребление психоактивных веществ, сообщить, что в этом случае администрация школы будет действовать в установленном для такой ситуации порядке.
2. Предложение помощи подростку должно быть корректным и, если ситуация позволяет, ненавязчивым.
3. Недопустимо разглашение информации о заболевании подростка, поскольку это приводит к полному прекращению продуктивного контакта.
4. Необходимым представляется информировать учащегося и его родителей об учреждениях, оказывающих наркологическую помощь несовершеннолетним. Особо следует сказать о возможности анонимного лечения. Целесообразна информация о реально работающих с этой проблемой общественных организациях.

5. При работе с подростком, употребляющим психоактивные вещества, надо точно знать, какова ситуация в семье подростка, могут ли родители реально влиять на поведение своего ребенка, каково его микросоциальное окружение по месту жительства.

**Алгоритм действий, если у Вас возникли подозрения, что подросток употребляет наркотики должен быть следующим:**

1. Корректно сообщить о своих подозрениях родителям или опекунам подростка.
2. При подозрении на групповое потребление наркотиков необходимо вести повторные беседы с родителями всех членов “наркоманической” группы, в некоторых случаях, это целесообразно осуществить в виде собраний с приглашением специалиста, занимающегося вопросами подростковой наркологии.
3. Предоставить подросткам и их родителям информацию о возможности анонимного обследования и лечения, указать адреса и телефоны организаций, работающих в таком режиме.

**Если у Вас возникли подозрения в том, что подросток находится в состоянии наркотического опьянения, то в таком случае необходимо:**

1. Удалить учащегося из класса, отделить его от одноклассников.
2. Срочно вызвать медицинского работника школы.
3. Немедленно поставить в известность руководителей школы.
4. В случае, если состояние подростка может быть расценено как состояние наркотического или алкогольного опьянения, немедленно известить о случившемся родителей или опекунов подростка.

5. Нецелесообразно проведение немедленного разбирательства причин и обстоятельств употребления алкоголя или наркотиков.

### **Что нужно делать при “передозировке психоактивных веществ”**

Самым грозным осложнением употребления наркотиков и токсических средств является передозировка. В этом случае может наступить смерть от остановки дыхания, сердца или перекрытие рвотными массами дыхательных путей. Важно вовремя оказать первую помощь и вызвать “скорую медицинскую помощь”. Признаками передозировки являются: потеря сознания, резкая бледность, неглубокое и редкое дыхание, плохо прощупываемый пульс, отсутствие реакции на внешние раздражители, рвота.

### **Этапы оказания первой помощи при передозировке наркотиков**

1. Вызвать “Скорую помощь”.
2. Уложить, повернуть на бок.
3. Очистить дыхательные пути от рвотных масс.
4. Следить за характером дыхания до прибытия врачей.
5. При частоте дыхательных движений 8-10 в минуту искусственное дыхание “изо рта в рот”