Управление образования администрации г. Анжеро-Судженска

Муниципальное общеобразовательное учреждение

«Основная общеобразовательная школа № 38»

**НАРКОМАНИЯ**

(Реферат)

Выполнила:

Пугаева Оксана Викторовна,

заместитель директора

по воспитательной работе

Анжеро-Судженск

2010

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение………………………………………………………………………………………….3

1. Анатомия и физиология болезни……………………………………………………….4
2. Причины, вызывающие наркоманию…………………………………………………..6
3. Симптомы болезни и осложнения………………………………………………………8
4. Профилактика и методы лечения наркомании……………………………………….12

Заключение……………………………………………………………………………………...18

Литература………………………………………………………………………………………19

**ВВЕДЕНИЕ**

ХХ век – век технического прогресса - подаривший человечеству надежды на благополучное будущее и несомненное процветание с помощью новейших технологий и разработок, также открыл людям множество способов самоуничтожения. Ядерное, химическое, биологическое оружие, выбросы промышленных отходов в окружающую среду - все это еще подается разумному контролю. Гораздо коварнее другая химия – наркомания. Наркотики парализуют разум человека, уводят его к низменной страсти, сковывают силу воли. Нет никого, кто бы не был невосприимчив к наркотикам. Несмотря на все усилия мирового сообщества, до сих пор не найдено эффективных методов борьбы со злом наркомании, и число наркоманов возрастает лавинообразно. Так, в 1992 году по данным МАБНН (Международная ассоциация по борьбе с наркоманией и наркобизнесом) в России было официально зарегистрировано 1,5 млн. человек, пробовавших или систематически употреблявших наркотики. В 1994 г. число наркоманов составляло 6 млн. человек. К настоящему времени этот темп роста заболеваемости сохраняется.

Около 70% наркоманов – подростки (как мальчики, так и девочки). Наркомания поражает молодежь, используя ее неопытность и любознательность. Ради приобретения наркотиков многие идут на преступления, некоторые девушки становятся проститутками.

Все наркоманы являются потенциальными распространителями многих вирусных заболеваний. Например, вирусного гепатита «С» и СПИДа (путем передачи инфицированной крови через шприцы и через сомнительные половые контакты).

В наши дни наркомания является одной из ведущих проблем мирового сообщества. Последствия этой страшной болезни могут привести к глобальной катастрофе и вырождению всего человечества. Еще не изобретен универсальный метод борьбы с болезнью, и избавление кроется в своевременном лечении и профилактике наркотической зависимости.

1. **АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ**

**Наркомания** - это состояние временной или хронической интоксикации, вызываемой употреблением натуральных или синтетических токсических веществ (некоторые лекарственные препараты, пищевые и промышленные яды).

Причинами аддиктивного (от англ. addiction - пагубная привычка, порочная склонность) поведения являются социально-психологические факторы. Основные мотивы начала злоупотребления разделяют на гедонистические (желание испытать необычно приятное состояние), атарактические (стремление "забыться", "отключиться от неприятностей", ослабить действие эмоциональных стрессов) и субмиссивные (подчинение влиянию других людей, комфортность в компании).

Природа психической зависимости остается невыясненной. Согласно гипотезе И. П. Анохиной, она связана с дефицитом дофамина и норадреналина в гипоталамической области мозга. Гипотеза предполагает существование единого патогенетического механизма зависимости от всех известных веществ - от алкоголя до опиатов. Однако далеко не все средства способны заменять друг друга. В механизме развития опийных наркоманий нельзя не учитывать существования так называемых эндогенных (внутренних) опиоидов - эндорфинов и энкефалинов, продуцируемых организмом. Стимуляторы типа эфедрина и первитина химически сходны с эндогенными катехоламинами.

Наркомании характеризуются непреодолимым влечением к приему наркотиков (пристрастием к ним), тенденцией к повышению количества принимаемого вещества, психической (психологической), а иногда и физической (физиологической) зависимости от наркотиков. Психическая зависимость (привязанность) возникает в процессе привыкания к наркотику. Чаще всего наблюдается так называемая негативная привязанность: прием наркотика для того, чтобы избавиться от напряжения и плохого самочувствия. Позитивная привязанность отмечается тогда, когда наркотик принимают для достижения приятного эффекта (эйфории, чувства бодрости, повышения настроения). Физическая зависимость означает тягостные и даже мучительные ощущения, болезненное состояние при перерыве в постоянном приеме наркотика (так называемый абстинентный синдром - синдром воздержания или отмены). От этих тягостных ощущений избавляет прием наркотиков. Физическая зависимость - возможный фактор усиления психической зависимости, заставляющей человека продолжать прием наркотика или возобновлять его употребление после попытки воздержания.

Что побуждает человека принимать наркотические или токсические вещества? Здесь обязательно присутствует желание испытать новые ощущения, повысить свои способности, снять беспокойство и пр. Кроме простого любопытства, играет определенную роль стремление быть принятым в "свой круг", желание обрести чувство принадлежности, выразить свою независимость, а иногда и оппозицию к окружающим, приобрести новый волнующий опыт, а также потребность уйти от чего-то гнетущего, достичь искусственного покоя. Человек, становящийся наркоманом, словно идет по скользкому льду. Он все время падает, но старается подняться, поднять свое настроение, самочувствие, работоспособность, пережить внутренний подъем, ощутить иллюзорное чувство всемогущества, которого он в повседневной жизни лишен.  
Клиническое изучение наркоманов позволило ряду авторов ретроспективно выделить варианты предрасположения к недугу. Хотя точнее, на наш взгляд, говорить о психопатологической импрегнации - усилении путем "протравливания" наркотическими ядами различных теневых сторон личности.

Относительно большую группу (примерно 18-20%) составляют лица психопатического склада: беспокойные и жадные до новых впечатлений фантазеры и мечтатели без твердых принципов, "безвольно разнузданные" (по выражению одного клинициста), со склонностью к самообману, страхом перед жизненными трудностями, повседневной прозаической работой, а также неуравновешенные, тщеславные и инфантильные.

Риск ранней алкоголизации и токсикомании повышен у подростков неустойчивого и гипертимного (гипертимия - повышенное настроение, сопровождающееся усилением психической и физической активности) типа, а также у подростков с эпилептоидным складом характера. Юноши конформного типа не имеют изначальной склонности к употреблению спиртного, но у них и нет твердой отрицательной установки.

Другую группу (примерно 12-14%) составляют лица с невротическими чертами, их иногда называют невропатами. Среди них выделяют субъектов с истероидными чертами характера (эгоцентризм, крайнее тщеславие, стремление блеснуть перед окружающим своими мнимыми деяниями и заслугами, поступками) и лиц со скрытой неуверенностью в себе, с так называемым комплексом неполноценности.

**2. ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ НАРКОМАНИЮ**

Наркомания — это беда, поразившая всю планету.Человечеству различные наркотические вещества известны тысячелетиями, и только последние 70 лет незаметно, появившись как болезнь в США и некоторых других странах, наркомания стала растекаться все шире, поражая все новые и новые регионы. И вот достигла России. В начале своего «наркотического пути» каждый думает, что он-то никогда не станет рабом наркотиков, он не допустит этого. Так думали все: те, кого сейчас уже нет в живых; те, кто сейчас мучается в ломках и готов пойти не всё ради очередной дозы. Так думают и те, кто сегодня только первый раз попробовал наркотик…

Ежегодный ущерб от наркомании составляет примерно 150 миллиардов долларов. Что же Россия? Это и производство наркотиков внутри страны, и транзит через неё (наркотики лавиной движутся в Россию со всех концов света), и как следствие, потребление растет ужасающими темпами (потребление некоторых видов наркотиков среди молодежи за последние 5 лет увеличилось в десятки и сотни раз). И пока наше Правительство не предпримет кардинальных мер и не вовлечет все общество в эту работу — надеяться на быстрые изменения к лучшему сложно. А поэтому, защищать своих детей, родных, близких придется нам самим.

Некоторые родители считают, что их дети никогда не будут принимать наркотики. От других взрослых можно услышать фразу: «Да он балуется наркотиками». Ничего себе баловство, которое приводит ко многим заболеваниям: паранойе, конъюктивиту, астме, пневмонии, инфаркту, циррозу и некрозу печени, раку легких, бесплодию, импотенции и список может быть длинным. А еще многие взрослые считают, что если они не сталкиваются с наркотиками, значит их попросту и нет. Но это очень опасное заблуждение. Наркотики косят наших детей. И под угрозой смерти оказалось сейчас наше молодое поколение страны.

Что же подталкивает подростков к тому, чтобы начать принимать наркотики?А причин порой бывает не так уж и мало. Молодые люди начинают употреблять наркотики часто из-за глубоких личных внутренних проблем: девушка отвернулась, кроссовки старые, неприятный разговор с родителями (для подростка это все серьезные проблемы). И в такой момент найдется «доброжелатель», который «поможет» справиться с тяжелыми чувствами и мыслями — просто и легко — с помощью наркотика уйти от решения проблемы.

Некоторые начинают из любопытства: «Что же это такое, если о нем так много говорят и пишут?» Конечно, любопытство — это хорошая черта, и то, что наши дети хотят знать всё — это прекрасно. Но тем и опасно оно, что трудно управляемо. Многие школьники начинают потреблять наркотики не потому, что это нужно для организма, а потому, что есть мода на них. «Все, что модно — нам нужно». Это псевдоценность, и в ней нет позитивного переживания, а о последствиях они задумываться не хотят.

А иногда, чтобы просто поднять настроение; получить новые, необычные ощущения; вести себя раскованнее или чтобы не отстать от других и быть «как все». Все радуются, бесятся, смеются: «Смотри, как нам весело, присоединяйся и погружайся в наш мир. Ты не с нами, значит против нас, но тогда мы на тебя обидимся». И неважно, что выйти из «этого» мира не получится никогда. Но ради псевдодружбы, псевдосолидарности, псевдорадости подросток следует за «друзьями», не понимая истинного значения группового давления, не в состоянии противостоять им или отказать.

Часто это протест против образа жизни, против существующих отношений (в частности в семье — между родителями и близкими людьми). Если взрослые не дают возможности ребенку быть самим собой, значит, ему с ними неуютно и некомфортно. И он обязательно будет искать в другом месте возможности чувствовать себя человеком и личностью. Где он найдет желаемое — непредсказуемо. Плохое поведение подростка — это ответная реакция ребенка на неправильные действия родителей, педагогов и близких.

А желание казаться взрослее?! Желание самоутвердиться и быть принятым в кругу общения (пусть даже такой ценой)?! Или просто потому, что их легко достать, а так как они существуют и рядом, так почему бы их и не попробовать? Тем более, что приобрести наркотики сейчас в нашей стране не так уж и трудно. Их пытаются распространять даже в школах. И первый раз их предлагают, как правило, бесплатно, а затем могут насильственно вовлекать и даже шантажировать.

Каждый родитель должен сделать все, чтобы предупредить беду или остановить её на начальном этапе.Если этот момент упустить, то может случиться так, что уже ни кто: ни сами, ни кто-то другой не сможет помочь подростку. Мы всегда должны помнить, что наша поддержка, наше понимание, наша помощь необходимы для ребенка. Все дети могут попасть в трудные ситуации или в ситуации искушения наркотиками (от этой беды не застрахован никто), неважно, откуда они — из богатой семьи, или из бедной, и где учатся. Это не просто, быть всегда с детьми, помогать решать им их проблемы, но когда у нас появляется и есть время — очень важно, ЧТО мы говорим своим детям и КАК слушаем их. И, безусловно, мы должны их любить даже тогда, когда они делают что-то, что нам не нравится, и принимать их такими, какие они есть

**3. СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ И ОСЛОЖНЕНИЯ**

Наркомания как любое другое заболевание в медицинском понятии характеризуется наличием ряда симптомов болезни.

Основными характеристиками наркомании являются:

а) синдром измененной реактивности к наркотическому веществу;

б) синдром психической зависимости;

в) синдром физической зависимости.

Что входит в понятие синдрома измененной реактивности?

В понятие **синдрома измененной реактивности** входят изменение формы потребления, изменение толерантности (переносимости), исчезновение защитных реакций при передозировке и изменение формы опьянения.

Регулярный прием наркотика вызывает у здорового человека определенные дисфункции, особенно на первых этапах его употребления. Систематический прием наркотика, на фоне которого возможна психическая и физическая комфортность, свидетельствует об изменившейся реактивности организма к данному наркотику. По мере появления других признаков болезни, по мере углубления механизмов привыкания наркотизация становится непрерывной. Систематичность наркотизации теперь вынужденная. Механизмы, которые ее поддерживают, в клинике выражаются симптомами влечения, абстинентным синдромом, внешне видимым условием служит высокая толерантность. При некоторых формах наркотизма форма злоупотребления приобретает цикличный характер (стимуляторы). Способность к регулярному приему свидетельствует, что переносимость наркотика возросла.

Подъем толерантности наркотика может также быть оценен как проявление изменившейся реактивности. Толерантность, на высоте болезни превышающая изначальную, физиологическую в 5-10 раз (барбитураты), 8-12 раз (седативные), 100-200 раз (опиаты) показывает, что организм наркомана переносит смертельные дозы наркотика. Но наркотизирующийся измеряет дозу не своими детоксицирующими возможностями, а потребностью в опьяняющем эффекте. Эта доза вскоре начинает превышать предел безопасности, и возникают сигналы тревоги – защитные реакции. Поэтому защитные реакции являются показателем не изменившейся реактивности, нормы, здоровья.

Исчезновение защитных реакций наблюдается вскоре после начала регулярной наркотизации. Защитные реакции проявляются в форме рвотного рефлекса (алкоголь), инициального зуда (опиаты), профузного пота, икоты, слюнотечения, рези в глазах, чувства дурноты, тошноты. Уменьшение, а затем исчезновение защитных реакций свидетельствует о переходе организма на новый уровень реагирования, на котором прежние высокие дозы теперь нетоксичны, не требуют защиты.

Изменение формы опьянения появляется при сформировавшемся систематическом приеме наркотика, после того как установилась высокая толерантность и исчезли защитные реакции на передозировку. Этот симптом последний во времени из входящих в синдром измененной реактивности и развивается на фоне уже существующих других наркоманических синдромов. Вначале наркотик действует на организм наркотизирующегося физиологически, но с течением времени происходит извращение в его эффектах. Так, снотворные вызывают возбуждение, транквилизаторы не оказывают седативного эффекта, кодеин не подавляет кашля, опий не вызывает запоров. Первой изменяется интенсивность эйфории без изменений ее качества и фаз. Затем изменяется ее качество вплоть до тонизирующего вместо эйфоризирующего действия. Это совпадает с падением толерантности. Повышение дозы при этом не дает ожидаемого эффекта, да и опасно из-за возможных соматических осложнений.

Синдром измененной реактивности меняется в течение болезни, поскольку меняются его составляющие симптомы: форма потребления, толерантность, форма опьянения. Динамика синдрома отражает развитие процесса наркоманической зависимости.

Что характеризует синдром психической зависимости? **Синдром психической зависимости** включает психическое (обсессивное) влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в интоксикации. Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствии наркотика. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике это дает основание называть психическое влечение обсессивным. Если компульсивное влечение диктует поведение больного, то психическое, обсессивное определяет настроение, эмоциональный фон. В своем течении обсессивное влечение волнообразное. Оно не выражено, если необходимый ритм наркотизации соблюдается без задержки, в этом случае возникающее влечение удовлетворяется тут же. Оно может временно подавляться крупным конфликтом вследствие наркотизации, госпитализацией больного, каким-либо эмоционально сильным увлечением, не связанным с наркотиком. Влечение обостряется при неприятных переживаниях, встречах с друзьями-наркоманами, разговорах о наркотиках.

Влечение больного к наркотику неспецифично. Оно может удовлетворяться любым другим наркотическим веществом. Поэтому наркоманы в ремиссии могут менять форму наркотизма. Постепенно наркотизирующийся начинает осознавать, что только под действием наркотика его психическое самочувствие удовлетворительно. Эта психическая комфортность в интоксикации своей исключительностью и отличается от того психического комфорта в опьянении, который видим у здорового. Если здоровый человек способен получать удовольствие и испытывать психический комфорт в ряде ситуаций, то наркоман – только при условии приема наркотика.

Что характеризует синдром физической зависимости? **Синдром физической зависимости** включает: 1) физическое (компульсивное) влечение; 2) способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации; 3) абстинентный синдром.

Физическое (компульсивное) влечение, один из широко известных признаков наркоманий, выражается в неодолимом стремлении к наркотизации. Влечение достигает высокой интенсивности, вытесняя даже такие витальные влечения, как голод и жажду. От обсессивного компульсивное влечение отличается не только своей интенсивностью, но и тем, что способно подчинять все содержание сознания в настоящий момент, не оставляя места другим, не связанным с наркотизацией представлениям. Компульсивное влечение не только определяет умонастроение и аффективный фон, оно диктует поведение, подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль. Компульсивное влечение определяет поступки больных, мотивацию их действий. При компульсивном влечении все направлено на поиск наркотика и на преодоление препятствий к этому. Кроме того, компульсивное влечение сопровождается характерными вегетативными проявлениями в виде расширения зрачков, гипергидроза (повышенной потливости), сухости во рту, гиперрефлексии, тремора, даже при тех наркоманиях, для которых тремор не типичен. Можно выделить три вида компульсивного влечения: 1) возникающее вне интоксикации; 2) входящее в структуру абстинентного синдрома; 3) возникающее при опьянении.

Симптом способности достижения состояния физического комфорта при интоксикации можно выделить по аналогии с симптомом способности достижения состояния психического комфорта при интоксикации. Практически одновременно с развитием компульсивного влечения светлого промежутка (вне интоксикации) больной убеждается, что его самочувствие улучшается только при интоксикации, а без наркотика он уже не чувствует себя довольным и здоровым. Вне наркотизации больной несобран, с трудом работает, самочувствие скверное, мысли разбегаются. Это состояние сопровождается влечением той или иной степени выраженности. Приняв какую-то индивидуально необходимую дозу, наркоман испытывает и психический, и физический комфорт, хотя эта доза еще недостаточна для возникновения эйфории. Эту дозу называют необходимой для удовлетворения потребности.

Еще более наглядным показателем того, что вне наркотизации удовлетворительное функционирование у наркомана невозможно, является абстинентный синдром. Абстинентный синдром развивается не при всех формах наркоманий. Например, при злоупотреблении некоторыми психодизлептиками формирование болезни ограничивается компульсивным влечением. Формируется постепенно, в разные сроки при различных формах наркомании. Возникает вслед за обрывом наркотизации спустя какой-то срок после последнего приема наркотика (от нескольких часов при алкоголизме до 20-24 ч при опиомании и гашишизме). Время полного формирования абстинентного синдрома определяется частной формой наркотизма. Замедленно абстинентный синдром формируется при алкоголизме, скорее – при гашишизме, еще быстрее – при злоупотреблении снотворными и стимуляторами, самый короткий срок – при опиоманиях.

Абстинентный синдром состоит из фаз, появляющихся последовательно и закономерно во времени. Эта временная последовательность видима как при наблюдении конкретного случая абстинентного синдрома, так и при анализе постепенного его формирования в процессе развития болезни. Абстинентный синдром представлен симптомами, которые можно разделить на две группы: симптомы психические и симптомы вегетативные, соматоневрологические. В картине абстиненции удельный вес симптоматики психопатологической и вегетопатологической различен, что определяется формой наркомании. Например, психопатологическая симптоматика рельефнее при отнятии снотворных, вегетопатологическая – при лишении гашиша и опиатов. Различие определяется также и давностью болезни. Переносимые состояния абстиненции в начале заболевания и в конце его различны.

Абстинентный синдром является показателем сформировавшейся физической зависимости от наркотика. Это состояние характеризуется необходимостью в постоянном присутствии наркотика для относительно нормального функционирования организма, теперь уже на качественно ином уровне. Приспособившийся к уровню постоянной интоксикации организм в отсутствие наркотика дает первый сигнал о том, что нужна очередная доза препарата. Возникает компульсивное влечение, имеющее значение жизненной необходимости для больного.

Чтобы справиться с проблемой, необходимо для начала изучить весь доступный материал и избавиться от иллюзий. Самое главное понять: наркомания - это болезнь. Это давно признала всемирная организация здравоохранения и внесла эту болезнь в свои классификаторы с определением: «Наркомания- первичное, хроническое , прогрессирующее и смертельное заболевание. Экспертами всего мира, работающими в области лечения наркомании, это признается давно и безоговорочно. Наркомания по смертности и степени разрушений приравнивается к сердечно - сосудистым заболеваниям, сахарному диабету и онкологическим болезням, так как имеет огромный процент смертности – около 95% больных умирает.

Осложнения наркомании связаны с тем, что при использовании кустарно приготовленных препаратов происходит хроническое отравление больных теми веществами, которые используются для вытяжки наркотиков. Например, при приготовлении так называемой султы-ги используются производные хлора и ацетон. Эти чрезвычайно токсические вещества, которые опиоманы из-за плохой очистки вводят вместе с наркотиком, оказывают влияние на все внутренние органы. Развиваются токсический гепатит и цирроз печени, кардиомиопатия, дистрофия почек, и смерть наступает из-за тяжелых поражений жизненно важных органов.

Смертность при наркоманиях высока. Причиной этого являются острая сердечно-сосудистая недостаточность, хронические заболевания внутренних органов, которые протекают крайне тяжело из-за общего истощения, отсутствия нормального питания и пренебрежения диетой, режимом и лечением. Эти заболевания еще больше обостряются в состоянии абстиненции. Могут возникнуть кровотечения при язвенной болезни, туберкулезе (частое явление у наркоманов), отек легких и другие состояния, представляющие угрозу для жизни. А поскольку большинство больных опиоманией теряют семью и живут одни или в притонах, то в таком состоянии им никто не может помочь, вызвать врача для оказания своевременной медицинской помощи и спасения их жизни.

Погибают наркоманы и от самоубийств и передозировок, особенно в тех случаях, когда для достижения прежнего эффекта или с целью облегчить свое состояние в абстиненции они принимают большие дозы снотворных средств. Разница между наркотической и смертельной дозой для снотворных невелика, и несколько лишних таблеток могут привести к смерти. Многих наркоманов убивают, в частности, в местах заключения, куда они нередко попадают. Из-за своего заболевания они не могут соблюдать неписаные законы криминальной среды, поэтому их избивают, «наказывают», вплоть до убийства.

Мало кто из наркоманов доживает до 35 - 40 лет. Старше 40 лет больных наркоманией практически нет. Они доживают до этого возраста лишь в тех редких случаях, когда начали принимать наркотики будучи взрослыми. Но чаще всего наркотизация начинается в подростковом или юношеском возрасте. Если посчитать общую продолжительность стадий: первая стадия длится всего несколько месяцев (от 1 до 3-4 месяцев), вторая - 5-10 лет, то при раннем начале приема наркотиков уже в 22-25 лет у больных наступает третья стадия. Многие из них погибают уже во второй стадии.

**4. ПРОФИЛАКТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОМАНИИ**

Лучшая методика борьбы с наркоманией и алкоголизмом - профилактика. Как показывает мировая практика, излечить от наркомании удается не более 2-3 процентов заболевших.

Большая нагрузка на исполнительные органы власти каждого региона ложится в связи с острой необходимостью пропаганды здорового образа жизни. Для этого следует задействовать все средства массовой информации, максимально расширить социальную базу здравоохранения, привлекая к работе с медиками на основе партнерских отношений объединения граждан, клубы, благотворительные фонды больных и их родственников, религиозные организации.

В последнее время особенно обострилась проблема борьбы с наркоманией, уже превратившейся в социальное бедствие. И здесь сотрудничество власти с общественными организациями и медиками способно внести решающий вклад в локализацию очагов наркотической эпидемии. Огромную роль могут сыграть и средства массовой информации, которые в значительной степени формируют общественное мнение. Очевидно, что та мощь и изобретательность, которые демонстрирует пресса в продвижении товаров крупных зарубежных компаний, может быть использована и в борьбе с наркоманией. К сожалению, социальная реклама у нас – в отличие от западных стран - до сих пор в диковинку. Только в последнее время власть и средства массовой информации стали использовать новые формы и способы антинаркотической пропаганды.

Основные наркотики, которые бытуют в странах СНГ, растительного происхождения, их выращивают крестьяне в Средней Азии, на Дальнем Востоке, в Сибири и других регионах. И это не вина этих людей - это их беда, потому, что это в основном люди престарелого возраста, инвалиды, пенсионеры, у них нет другого способа прокормить свои семьи. Многие, особенно в отдаленных, высокогорных районах, живут только за счет этого. В этих местах наркотики - это деньги, которыми расплачиваются, меняют на товары, продукты. Это не бизнес для них, это способ выжить. И сколько бы с воздуха не опыляли ядохимикатами эти плантации, сколько бы не вводили войска в период цветения конопли и мака, сколько бы не проводили красивых милицейских облав - победить крестьянство невозможно. Но у государства нет выбора. В данном случае государство должно проявить патронаж над этой отраслью и ввести это в свои аграрные программы. Вообще в борьбе с наркоманией наибольшего успеха, как ни странно, добились Сингапур и Малайзия, где за все операции, связанные с наркотиками - смертная казнь.

Безусловно, антипропаганда очень эффективна, как и Программы профилактики и борьбы с наркоманией. И, несмотря на нехватку средств в милиции, на таможне и ФСБ созданы специальные отделы борьбы с наркотиками, но этих мер все равно недостаточно.

Существующая система наркологической помощи ориентирована, прежде всего, на помощь лицам уже страдающим химической зависимостью и недостаточно эффективна для оказания помощи потребителям наркотиков на этапе начала заболевания. Профилактические программы направленные на предотвращение злоупотребления наркотиками и токсикантами не получили должного распространения в нашей стране.

Несмотря на наличие богатого мирового опыта в области профилактической наркологии, оригинальных отечественных разработок, коллективов способных реализовать профилактические программы, эта основная сфера антинаркотической деятельности остается без должного внимания заинтересованных ведомств. Основной причиной такой ситуации является межведомственная разобщенность отсутствие единой стратегической концепции профилактики.

Попытки решить проблему путем активизации деятельности наркологической службы страны не приносят должного результата. Причин этому несколько: отсутствие реального постоянного контакта наркологов с коллективами несовершеннолетних (которые являются основной средой для приобщения к наркотикам), трудность первичного выявления начальных этапов алкоголизма и наркомании, слабая материально- техническая база наркологических учреждений[[1]](#footnote-2).

Реальным выходом из создавшейся ситуации является привлечение к профилактической работе педагогов и психологов средних школ и других учреждений системы образования. Очевидно, что максимальной возможностью при проведении профилактики обладают люди, имеющие постоянный контакт с детьми и подростками, которые могут уловить те нюансы состояния и поведения, зачастую ускользающие от родителей и специалистов наркологов.

Обучение педагогов основам профилактической работы, предоставление им адекватной информации о наркологических заболеваниях, вооружение их конкретными психотехническими и психотерапевтическими приемами (ролевые игры, тренинги, психодрама, дискуссионная работа), способами формирования системы альтернативных наркотикам увлечений, позволит уже в ближайшем будущем оградить подрастающие поколение страны от наркотической эпидемии.

Организация мероприятий по профилактике наркомании строится на основе целевых программ, объединенных общей концепцией профилактической работы. Цели такой работы - создание в молодежной среде ситуации, препятствующей злоупотреблению наркотиками и алкоголем и снижающей вред от их употребления.

Любая профилактическая программа должна включать в себя определенные виды деятельности в каждом из следующих направлений:

* Распространение информации о причинах, формах и последствиях злоупотребления наркотическими средствами.
* Формирование у подростков навыков анализа и критической оценки информации, получаемой о наркотиках, и умения принимать правильные решения.
* Предоставление альтернатив наркотизации.

Цель работы в данном направлении - коррекция социально-психологических особенностей личности.

Целевая работа с группой риска - определение групп риска и оказание адекватной помощи в преодолении проблем, ведущих к появлению тяги к наркотикам. Взаимодействие с организациями и структурами, проводящими профилактическую работу. Работа по изменению отношения к злоупотребляющим наркотиками - оно должно стать более гуманным. Однако необходимо пресекать любые попытки распространения идей о легализации наркотиков, правомочности их употребления и облегчении доступа к ним.

Это общие принципы ведения профилактической работы. Школа, как социальный институт, обладает рядом уникальных возможностей для их успешной реализации:

- Возможность привития навыков здорового образа жизни в процессе обучения и контроль за их усвоением.

- Влияние на уровень притязаний и самооценку.

- Свободный доступ к семье подростка для анализа и контроля ситуации.

- Возможность привлечения специалистов по профилактике.

Можно сформулировать ряд правил построения профилактических программ в школе:

Любая работа в области антинаркотического просвещения должна проводиться только специально обученным персоналом из числа работников школы в рамках комплексных программ на базе утвержденной концепции профилактической работы. Подготовка квалифицированных кадров - одно из важнейших условий профилактической работы. По данным немецких исследователей эффективность от профилактической деятельности составляет всего лишь 20%, от медикаментозного лечения - 1%. Эти цифры подтверждают, что болезнь легче предотвратить, чем тратить силы и средства на ее лечение.

Просветительские программы должны вестись на протяжении всего периода обучения ребенка в школе, начинаться в младших классах и продолжаться до выпуска. В ходе программ должна предоставляться точная и достаточная информация о наркотиках и их влиянии на психическое, психологическое, социальное и экономическое благополучие человека.

Информация должна быть уместной и предоставлять знания о последствиях злоупотребления наркотиками для общества. Необходимо делать акцент на пропаганде здорового образа жизни и на формировании жизненных навыков, обязательных для того, чтобы противостоять желанию попробовать наркотики или «приблизиться» к ним в моменты стресса, изоляции или жизненных неудач.

Родители и другие взрослые, играющие важную роль в жизни ребенка, должны вовлекаться в разработку стратегии антинаркотического просвещения.

Чего не следует допускать, работая в области антинаркотического просвещения:

1. Использования тактики запугивания: неэффективность такой тактики доказана.
2. Искажения и преувеличения негативных последствий злоупотребления наркотиками при описании их воздействия.
3. Разового характера действий, направленных на профилактику. Такой подход не дает возможности подросткам развивать навыки противостояния наркотикам.
4. Ложной информации. Даже после однократной ее подачи вся дальнейшая информация будет отторгаться подростками, которые сегодня достаточно хорошо информированы.
5. Оправдания употребления наркотиков, какими бы то ни было причинами.

**Основные методы и принципы лечения наркоманий.**

Необходимо отметить, что лечение наркоманий в настоящее время не имеет четкой патогенетической ориентации и во многом носит симптоматический характер, поскольку единых подходов и общепризнанных методов лечения зависимостей не выработано. В связи с этим, эффективное лечение различного рода зависимостей от ПАВ является одной из основных проблем современной психиатрии и наркологии. В настоящее время принято считать, что лечение должно быть направлено на купирование основных проявлений зависимости: психической зависимости, физической зависимости и толерантности.

Процесс лечения наркоманий условно делится на три этапа.

I этап

- дезинтоксикационные мероприятия

- купирование абстинентного синдрома

II этап

- восстановление нарушений метаболизма

- нормализация психического сотояния

III этап

- поддерживающая терапия (противорецедивное лечение)

На каждом этапе используются различные методы фармакологического и немедикаментозного лечения. Причем, обычно первые два этапа медикаментозная терапия превалирует.

При выполнении первого этапа используются традиционные методы дезинтоксикации: растворы реополиглюкина, гемодез, изотонический раствор хлорида натрия. Обязательной считается достаточно массивная витаминотерапия: витамины группы В – В1 6% в/м до 10,0мл в сутки, аскорбиновая кислота – в/в 5-10,0 мл на 40% растворе глюкозе, витамин В6 1-2мл. Используются растворы магнезии 2,0-8,0 мл с 15-20 мл 40% раствора глюкозы. Выраженным дезинтоксикационным эффектом ноотропы. Ноотропил вводится в/в или в/м в дозе 3,0-4,0 г. В сутки. Кроме того, для дезинтокискационной терапии используются форсированный диурез, гемосорбция, гемодиализ. Рекомендуется ежедневное введение в/в 5,0-10,0 мл 10% раствора хлорида кальция вместе с 10,0 мл 40% раствора глюкозы на протяжении 7-10 дней или ежедневно в/в введение 10,0 мл 30% раствора тиосульфата натрия вместе с 10,0 мл 40% глюкозы; ежедневное в/м введение 5,0-10,0 мл 25% раствора сульфата магния на протяжении 5-15 дней или ежедневное введение в/м 5,0-10,0мл 5% раствора унитиола.

Для купирования болевого синдрома, сопровождающего абстинентные состояния используется достаточно широкий спектр препаратов, обладающих обезболивающим эффектом (от анальгина до трамала). Физическая зависимость в структуре абстинентного синдрома часто представлена нарушениями аффективного и психопатоподобного характера в виде снижения настроения, его колебаний, раздражительности, тревожности и т.п. В этом случае целесообразным считается введение в терапию нейролептиков (в основном, т.н. малых), транквилизаторов (в основном, бензодиазепинового ряда), антидепрессантов, нормотимиков. В качестве специфических дезинтоксикационных препаратов используются клофелин, хлорметиазол, нейропептиды (холецистокинин), тиаприд.

В настоящее время разработаны и достаточно успешно используются различные схемы лечения антагонистами, антагонистами опиатов. К ним относятся бупренорфин, налоксон, налтрексон. Для лечения абстинентного синдрома при употреблении психостимуляторов используется бромкриптин, флувоксамин, при абстиненции, вызванной употреблением седативных препаратов – милдранат. Перспективными в настоящее время считаются методики, использующие пептидные регуляторы типа ПВДС (вызывает дельта-сон), динорфина и др.

Отдельно стоит остановиться на заместительной терапии.

Ее принцип заключается в том, чтобы путем введения агонистов μ-опиатных рецепторов (метадона, LAAM, бупренорфина, налбуфина и др.) восстановить сниженный уровень эндорфинов, что ведет к купированию абстиненции.

Наиболее часто данный вид терапии в нашей стране применяется у больных, злоупотреляющих препаратами седетивно-снотворной группы (в основном, барбитуратами). При этом дозы препаратов снижают постепенно, дабы избежать проявление судорожного синдрома. При этом, заместительная терапия чаще всего проводится фенобарбиталом (приблизительно 1/3 дозы) с постепенным снижением его дозировки.

Заместительная терапия метадоном в нашей стране не используется. Метадон - синтетический наркотический анальгетик, полный μ-опиатный агонист. Благодаря сродству с μ-опиоидными рецепторами, метадон по фармакологическим свойствам идентичен препаратом опийной группы. В некоторых странах Западной Европы и США в лечении опийной наркомании официально признанными являются так называемые «Программы Метадоновой Поддержки» (ПМП) или «Methadone Maintenance Therapy» (MMT), где их реализация закреплена соответствующими законами этих государств. Считается, что применение этих программ позволяет уменьшить преступность среди наркоманов, уменьшить риск инфицирования заболеваниями, передающимися половым путем. Метадон используется  в виде пероральной формы и действует в течение 24 часов, в отличие от героина (6часов). При этом 1мг метадона замещает действие 4г морфина, 50мг метадона могут заместить действие 200мг героина. Данный препарат используется для купирования абстинентного синдрома и как поддерживающая терапия. При этом считается, что путем сложных схем можно сначала полностью заместить прием героина метадоном, а затем, путем снижения доз метадона прекратить полностью его прием. К сожалению, на практике второй этап этого процесса удается крайне редко.

Психотерапевтические методы, применяемые для лечения зависимостей от ПАВ условно делятся на:

* методы матипулятивной стратегии (целью данных методов является изменение поведения. Терапия непродолжительна, результат достигается быстро, но не всегда устойчив. Характерно принятие терапевтом всей ответственности за результат на себя. К данным методам относятся суггестивные методики (гипносуггестивные, аверсивные и т.п.), поведенческая психотерапия (например, талонная, жетонная методика);
* методы, развивающие личность (пациент рассматривается как субъект воздействия. Целью терапии является рост личности. Взаимоотношения пациента и терапевта характеризуются партнерством. К этой группе относятся психоанализ, экзистенциальный анализ, гештальттерапия, клиент – центрированная терапия по Роджерсу и т.п.);
* синтетические методы (объединяют различные подходы вышеперечисленных методов, к данной группе относятся и групповые методики (различные общества и группы анонимных алкоголиков, наркоманов и т.п.).

**Народные средства лечения наркомании.**

[Наркомания](http://hnotes.ru/info/narkomaniya) - страшное заболевание. Наркоманы готовы все отдать, чтобы получить еще одну дозировку. Больше всего от этой болезни страдают близкие. Они видят, что мало могут помочь больному. Конечно, наркомана необходимо положить в клинику для лечения. Но после возвращения оттуда велика вероятность, что наркоман опять вернется к прежней жизни.

Существуют народные советы в борьбе с наркоманией. Они помогут на ранних стадиях развития болезни, а так уже вылечившемуся человеку, снова не встать на этот путь.

1. Необходимо попробовать «трудотерапию», то есть лечение трудом. Привезите больного на дачу. Пусть он займется прополкой грядок, поливом растений.
2. Необходимо психологически поддерживать человека, показывать свое благоприятное отношение к нему.
3. Надо ограничить больного во всем. Лучше вывести за город, например на дачу, где он не сможет приобрести наркотик. Кормить только витаминами. Можно еще закрыть в комнате, не отпускать гулять и так далее. Но более гуманный способ вывести за город.
4. Можно обратиться к знахарке. Она даст травы, и прочитает заговор.
5. Необходимо, ограничить доступы к наркотику. Если человек болен наркоманией, то, скорее всего он общается с такими же наркозависимыми людьми. Поэтому их необходимо вычеркнуть из окружения. Иначе пройдя курс лечения человек, опять начнет принимать наркотики.

Все эти советы больше подходят для реабилитации уже выздоровевших людей. В этом деле нельзя отрицать традиционную медицину. Если больного наркомана резко ограничить в приеме наркотиков, то начнется «ломка». Лучше доверить лечение специалистам, а уж после применять вышеперечисленные средства.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Наркотики - страшный враг, коварный и безжалостный. И избежать несчастий, которые несет в себе наркомания, легче всего одним способом – никогда не пробовать наркотики.

В демографической пирамиде возрастного состава населения наркомания выбирает, прежде всего, самый многочисленный и репродуктивный слой – людей 20 –50 -ти летнего возраста. А ведь все экономическое благосостояние общества, как воспроизведение населения, в первую очередь зависит от этих людей. Потери значительной части населения в возрасте 20 –50-ти лет могут нанести любому обществу огромный ущерб, поскольку оно утрачивает наиболее трудоспособную часть своего производственного и воспроизводственного потенциала.

Наркотики – бич ХХI века. Для профилактики этой страшной беды специалисты разрабатывают целые программы, включающие в себя следующие тенденции:

- тенденция включить семью, особенно родителей, в движение против наркотиков;

- развитие способности сопротивляться;

- выявление социальных групп, склонных к употреблению алкоголя и других наркотиков и разработка программ специально для них;

- возрастающее внимание к программам, призванным минимизировать риск и негативные последствия от уже начавшегося употребления наркотиков.

Эти программы не разрешают употребление наркотиков, а ищут возможности минимизировать негативные последствия, связанные с их употреблением, для человека и общества.

Проблема наркомании многограна. А механизмы возникновения наркотического пристрастия еще до конца не изучены. Предстоит сделать многое, чтобы наркотики в будущем перестали угрожать России и человечеству.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Алферов В.П. Наркотики и человек. – М.: Луч.,1997.
2. Альтшулер В.Б., Надеждин А.В. Наркомания: дорога в бездну.- М.: Просвещение, 2000.
3. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. – М.: Бином, 1999.
4. Еникеева Д.Д. Как предупредить наркоманию и алкоголизм у подростков.- М.: Академ А, 1999.
5. Ланцман М.Н. Психология современного подростка. - М.:, «Луч, 1998.
6. Петров В.И. Наркомания: избавление от зависимости, лечение и профилактика. – Новгород: Современный литератор, 1998.
7. Савина Л.Б. Наркотики и наркомания. – М.: Иллойн, 1998.

1. [↑](#footnote-ref-2)