

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Казанский (Приволжский) федеральный университет  
Институт физической культуры, спорта и восстановительной медицины  
Кафедра анатомии, физиологии и охраны здоровья человека

**ДОБРОТВОРСКАЯ С.Г., ЗЕФИРОВ Т.Л.**

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ  
МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ  
НАРКОМАНИИ У МОЛОДЕЖИ**

Монография

Казань, 2014

Печатается по решению кафедры анатомии, физиологии и охраны здоровья человека (протокол № 21 от 24.06.13);

Комиссии по НИР Института физической культуры, спорта и восстановительной медицины Казанского (Приволжского) федерального университета (протокол № 2 от 25.12.13);

Ученого Совета Института физической культуры, спорта и восстановительной медицины Казанского (Приволжского) федерального университета (протокол № 27 от 27.12.13).

**УДК 378**

**ББК 51.1(2)5**

**Д56**

**Рецензенты:**

зам. директора Института фундаментальной медицины и биологии по образовательной деятельности в области биологии КФУ, к.б.н. доц. Сабилов Р.М.;

зав. каф. «Промышленная и экологическая безопасность» КНИТУ КАИ, д.п.н., проф. Муравьева Е.В.

**Д56 Добротворская С.Г., Зефирова Т.Л. Физиологические, психологические и социальные механизмы формирования и профилактики наркомании у молодежи. – Казань: 2014. – 152 с.**

Предлагаемая монография предназначена для учащейся молодежи (старшеклассников и студентов), учителей, преподавателей вузов и родителей. Наряду с информацией и методическими рекомендациями по профилактике наркомании в монографии предлагаются диагностические методики, которые могут быть применены среди старшеклассников и студентов.

**УДК 378**

**ББК 51.1(2)5**

**Д56**

С.Г. Добротворская, Т.Л. Зефирова, 2014

## Оглавление

Оглавление...	3
Введение.....	5
1. Категория здоровья и ее современное понимание.....	7
2. Здоровый образ жизни и его значение для здоровья.....	14
3. Наркомания и механизмы ее формирования .....	17
4. Классификация людей, принимающих наркотики .....	29
5. История развития наркомании в мире.....	31
6. Современная наркотическая ситуация в России.....	33
7. Прогнозы на будущее.....	37
8. Социальные истоки наркомании.....	38
9. Личностные истоки появления вредных привычек у молодежи и взрослых.....	51
10. Последствия приема наркотических средств. СПИД - спутник «внутривенного» наркомана.....	59
11. Еще одна опасность – гепатит.....	65
12. Социальная деградация наркомана.....	70
13. Где же выход из ситуации?.....	71
14. Признаки развития наркомании.....	86
15. Наркоман - Ваш близкий родственник. Что делать?.....	89

16. Диагностические методики .....	92
А) Тест-анкета на выявление склонностей к употреблению наркотиков.....	92
Б) Медицинские тесты на определение наличия наркотиков в организме.....	95
В) Тест на выявление созависимости.....	97
Г) Диагностика готовности учащейся молодежи (студентов) к здоровому образу жизни.....	99
17. Методы лечения наркомании.....	106
18. Эффективность лечения наркомании.....	123
19. Возможно ли принудительное лечение наркомании?.....	124
20. Как оказать первую медицинскую помощь при передозировке наркотика.....	125
21. Методические рекомендации учащемуся или студенту по профилактике наркомании.....	129
Заключение.....	140
Литература.....	141

## Введение

Данная работа задумана как монография для учащихся, студентов, родителей и преподавателей. Цель издания данной монографии - представить обзорный материал по разным проблемам наркомании, взятый как из различных литературных первоисточников, так и экспериментальный материал, полученный при анкетировании студентов КФУ (применялась авторская анкета).

Авторы работы попытались представить монографию в доступном для восприятия молодежной аудитории виде, так чтобы каждый учащийся и студент, прочитавший данную монографию, сумел увидеть беду, которая может коснуться его, если он будет относиться к своему здоровью и судьбе легкомысленно.

Почему поставленная проблема является крайне актуальной? Посмотрим на официальную статистику в нашей стране. По предварительным данным Госкомстата в России за 2012 год:

- родилось 1 896 263 человек (на 102 435 человек или на 5,7 % больше, чем за 2011 год);
- умерло 1 898 836 человек (на 26 200 человек или на 1,4 % ниже, чем за 2011 год);
- убыль: 2 573 человек (в 2011 году убыль 131 208 человек).

Современная Россия столкнулась с беспрецедентным увеличением смертности. Каковы причины? Прежде всего – это вредные привычки. Россия опередила весь мир по количеству курящих людей. По данным Роспотребнадзора, которые озвучил на одном из своих выступлений Геннадий Онищенко, количество алкоголиков в России уже превысило 5 000 000 человек. Еще больше настораживает то, что именно эта пагубная

привычка является прямой или косвенной причиной смерти 15% женщин и трети всех мужчин в России. В численном выражении 500 000 человек преждевременно умирает каждый год, что гораздо больше всех эпидемий, стихийных бедствий и войн вместе взятых. Однако самое страшное то, что Россию захлестнула наркомания. Сегодня в стране регулярно употребляют наркотики около 9 млн. Но это те люди, которые встали на медицинский учет. При этом от общего числа наркоманов в России по статистике 20% составляют школьники, 60% – молодежь в возрасте 16-30 лет, 20% - люди старших возрастов.

В такой ситуации каждый человек должен пересмотреть отношение к своему здоровью и к образу жизни в пользу их оптимизации. Другого выбора быть не может.

Окружающая действительность может способствовать либо, наоборот, препятствовать развитию наркоманий, но каждый человек должен принять для себя единственно правильное решение - отказ от наркотиков.

В данной работе затронуты аспекты, связанные с историей распространения наркотиков в обществе, физиологическими, социальными и личностными причинами употребления наркотиков людьми разных возрастных категорий, негативным воздействием наркотиков на организм, а также проблемы, связанные с профилактикой и лечением наркомании. Несмотря на то, что данная монография адресована в основном молодежи, затронутая тема относится к злободневным проблемам, имеющим чрезвычайную значимость для всех групп населения, независимо от возраста, профессии и социального окружения, так как она связана с возможностью сохранения здоровья не только отдельного человека, но и всего общества в целом.

## 1. Категория здоровья и ее современное понимание

В настоящее время приходится признать отсутствие общепринятой трактовки понятия здоровья, хотя в литературных источниках встречаются самые разнообразные определения понятия «здоровья». Многообразие взглядов связано с тем, что здоровье представляет собой довольно сложное явление, характерные стороны которого достаточно трудно выразить однозначно. Но правильное понимание смысла понятия здоровья важно, в первую очередь, для выявления масштабов заболеваемости народонаселения. Здоровье - один из важнейших показателей «качества» человека и всей популяции людей, поэтому в литературе можно встретить довольно много определений категории «здоровья», но нет общепринятой трактовки [72]. При этом существуют научные, философские и религиозные подходы к пониманию сущности данной категории, в основу оценки здоровья могут быть положены разные оценочные критерии.

Согласно одному из научных физиологических определений здоровья, его степень зависит от уровня адаптации к меняющимся условиям окружающей среды и саморегуляции организма. Основой же здоровья можно считать стабильность гомеостаза - «постоянства внутренней среды и устойчивости функционирования основных физиологических функций организма» [72]. Поэтому любое стойкое отклонение гомеостаза можно считать болезнью, ибо любое патофизиологическое состояние, увеличивающее вероятность смерти, и есть болезнь [38]. Но следует отметить, что эти показатели и, следовательно, определения не отражают социальной сущности человека.

Существует другая группа определений категории «здоровье». В основу трактовки понятия «здоровье» в этой группе положен принцип противопоставления нормального физиологического и патологического состояний организма. Но такой упрощенный подход также не очень

продуктивен, так как можно дифференцировать достаточно большое количество промежуточных между здоровьем и болезнью состояний. Есть ли между здоровьем и болезнью резкая грань? Очевидно, что очень резкой грани нет, так, по Галену, существует три состояния человеческого тела: «Здоровое состояние - состояние, при котором тело человека полностью здорово; болезнь противоположное состояние; третье состояние - ни здоровье, ни болезнь». Пьющие, курящие, работники ночных профессий и др. - это люди, находящиеся в 3-ем состоянии. К этому состоянию приводит нерациональное питание и ряд других факторов (барьеров здоровья). Средствами выхода из этого состояния можно считать: сознание, физическую активность, правильное питание, здоровый сон. Поэтому здоровье - это не просто отсутствие болезни [76] - это более сложная категория.

Итак, «здоровье» - это комплексное и весьма сложное понятие. Большинство определений трактуют его «как способность человека к оптимальному физиологическому, психологическому и социальному функционированию». Здоровье - это именно благоприятное функционирование, а не только отсутствие болезни или физических дефектов у человека. Кого при этом следует считать здоровым, кого больным, а кого находящимся в 3-м состоянии? Скорее всего, здоровье следовало бы понимать как правильное функционирование и гармоничное протекание всех жизненных процессов в организме, но подобное весьма общее определение не имело бы практической ценности и не позволило бы врачу поставить диагноз и дать рекомендации больному. В обиходной практике под здоровьем часто понимают отсутствие жалоб на него и это – точка зрения многих медиков. «Часто цитируется выдержка из программы Международной организации здравоохранения, в которой здоровье определяется как вполне хорошее телесное, духовное и социальное самочувствие», но здоровье лучше рассматривать как подверженное влиянию



состояние хорошего телесного, духовного и социального самочувствия. Здоровье характеризуется ритмичным протеканием процессов регулирования деятельности организма, его оптимальной приспособляемостью к воздействию со стороны окружающей среды. Оно характеризуется способностью к изменениям внутренней среды, неограниченной работоспособностью и субъективной хорошей оценкой самочувствия самим человеком [79]. Это определение более полно отражает целостный подход к пониманию категории «здоровье».

Необходимо отметить, что сейчас на смену соматическому понятию здоровья в науку пришел именно такой подход, и в содержание понятия здоровья включаются все аспекты человека как члена сложной, открытой биокультурносоциальной системы, а эта система существует сейчас при наличии внешней среды - ноосферы (сферы разума). Здоровье - это и количество резервов в организме, это и максимальная производительность органов при сохранении качественных и количественных пределов их функций [76].

Попробуем определить понятие здоровья не только с научной точки зрения (медицинские и психологические подходы), но также с точки зрения религии и философии. Попытаемся увидеть в определениях общее и различия. До какой-то степени можно объединить научное, религиозное и философское понимание этой категории.

В философии можно дифференцировать два основных крыла - материалистическое и идеалистическое. Материалистические философские теории здоровье рассматривают, в основном, с точки зрения успешности выполнения человеком его социальных функций, что мы видим и в ряде научных определений понятия «здоровье», о которых в монографии речь пойдет далее. Идеалистические же взгляды на здоровье очень близки к религиозным взглядам, несмотря на большое разнообразие трактовок

категории «здоровье». Определим общую тенденцию. Так, с религиозно-философской позиции (идеалистическое направление в философии) болезнь – можно считать лекарством для души, которая должна страдать.

При этом страдание является лекарством для души несовершенной. Несовершенство же души может выражаться в агрессии. Еще в индийских философских литературных источниках говорится о том, что слишком сильная привязанность к земным ценностям, желание сделать их целью и смыслом жизни неизбежно приводят к накоплению агрессии, а при наличии агрессии рождается болезнь. Агрессию в данной ситуации рождают неверные приоритеты [56].

Если человек чувствует себя хорошо, ему бывает достаточно легко преодолевать одну трудность в своей жизни за другой. Для сохранения здоровья нужно преодолеть гнев, страх и другие отрицательные эмоции. Мы должны быть счастливыми, как дети, которые получают подарки. Если это невозможно по каким-то причинам, это значит, что у человека плохое здоровье. Количество друзей может быть также показателем его здоровья. Мерилом здоровья является и чувство любви ко всему существу. Надо любить все живые существа, все вещи вокруг. Необходимо заметить, что довольно редко встречаются приятные люди, потому что многие люди больны, сами того не подозревая, поскольку они не знают, как достичь хорошего душевного равновесия. Однако если человек сознает, как создана вселенная, он должен быть полон радости. Слепота духовная бывает гораздо более опасна, чем слепота физическая. Если человек радостен во всех обстоятельствах, непрерывно отдает это счастье другим, его будут любить все, и он тоже будет счастлив. Справедливость также является условием хорошего здоровья. Это означает: никогда не лгать, чтобы защитить себя от неприятностей. Другое качество, необходимое для здоровья, - терпимость к другим людям. В природе нет протестов - все находится в совершенном равновесии, в душе человека также должно быть равновесие [71].

В основе многих религий лежит определенная философия, по которой чаще всего принято считать, что счастливым может быть только человек, соблюдающий определенные поведенческие законы. Такого человека можно считать здоровым.

Поэтому целью многих религиозных направлений: христианства, ислама, джайнизма, буддизма, иудаизма, таоизма, шантонизма и т.д. может быть главная цель - научить человека достигать счастья через обретение здоровья. Согласно многим религиям, каждый рождается счастливым и если человек становится несчастлив, это, прежде всего, его вина, это происходит потому, что он нарушал и продолжает нарушать те или иные законы Вселенной. Вот одна из проверок счастья: если в этом мире есть хотя бы один человек или одна вещь, которые человек не может любить, он не будет счастлив, и это означает, что он болен телом и духом. При этом если он болен, ему надо излечиться самому; если его вылечат другие, исцеление будет неполным, так как он потеряет независимость и свободу. Здоровье и счастье, которое приходит от других людей, создают обязанность, за которую рано или поздно надо чем-то платить [71].

Философские материалистические понятия здоровья так же, как и медицинские или психологические, сильно отличаются друг от друга, и многие не дают полного представления о том, что же такое здоровье.

Так, по З. Фрейду, «здоровым» возможно считать того человека, который уже достиг половозрелого возраста. То есть - это человек, который живет взрослой жизнью, может трудиться, может производить вещи и воспроизводить род человеческий. «Здоровый человек, по З. Фрейду, тот, кто стал самому себе хозяином, независимым от отца и матери и полагающимся на собственный разум и собственные силы». Однако это понятие несколько неопределенно. Это образ благополучного представителя 20 века, состоятельного как в сексуальном, так и в экономическом отношении.

Интересно понимание здоровья К. Марксом. Здоровый человек, в его понятии, - «это человек продуктивный, подлинно заинтересованный в мире, откликающийся на его запрос; это богатый человек» [29].

В представленных трактовках на первый план выходит социальный аспект здоровья. Но при всех недостатках философских определений здоровья, в них улавливается очень важный момент: для философского рассмотрения здоровья важно то, что оно отражает необходимость, вытекающую из сущности этого явления – его закономерности, болезнь же отражает не имеющую всеобщего характера случайность. Проблема болезни, согласно философскому, психологическому или религиозному рассмотрению, происходит из ошибок, истоки которых находятся внутри самого человека [72]. Особенно же обостряет заболевания нежелание жить, депрессия, отрицательные психологические установки (жизненные смыслы, эмоции, ценности и т.п.).

Итак, рассмотрим далее понятие «болезнь». Так, В.М. Дильман считал болезнью любое стойкое нарушение гомеостаза (постоянства внутренних сред организма). И с этим можно согласиться. Болезнь можно рассматривать и как естественный процесс, порождаемый старением организма. Развитие неизбежно порождает старение, т.е. противоположное себе явление, так как сдвиги гомеостаза, обеспечивающие потребности развития организма, неизбежно достигают той степени отклонения, которая становится несовместимой с жизнью. Этот процесс проходит стадию, которую можно назвать болезнью. На настоящее время выделяют несколько главных болезней, от которых умирают люди на земном шаре. Главные болезни человека - это атеросклероз, рак, сахарный диабет, ожирение, гипертония, психическая депрессия, синдром экзогенной иммунодепрессии, болезни адаптации [38]. Можно соглашаться или не соглашаться с такой трактовкой, так как есть люди, доживающие до преклонного возраста в полном здравии,

но такая точка зрения позволяет представить понятие «идеальной нормы», достаточно хорошо объясняющее сущность здоровья и болезни.

При этом в 20-25 лет заканчивается развитие организма у человека. В эти годы минимальна смертность от всех главных болезней. Как известно, минимальная смертность наблюдается в более раннем возрасте: между 14 и 15 годами, но когда речь идет о минимальной смертности от главных болезней, то правильнее для начальной оценки здоровья или болезни избрать возраст 20-25 лет. Вот почему представляется наиболее разумным принять показатели, свойственные этому возрасту, за «норму», конечно, если человек в этот период серьезно не болен. Поэтому условно «норма», свойственная каждому человеку в 20-25 лет, была обозначена как «идеальная норма». Она может быть точкой отсчета, от которой начинается путь к возрастной патологии, и идеалом, к сохранению которого необходимо стремиться тогда, как любое отклонение от индивидуальной нормы молодого возраста у каждого есть движение по пути к возрастной патологии [38].

В связи с этим специалисты предлагают вводить в школах и вузах некие «паспорта здоровья». Тогда в основу оценочных показателей по данной системе могут быть заложены требования нормы. При этом относительно небольшой набор показателей определяется тем, что единообразные нарушения в регуляции, обусловленные действием закона отклонения гомеостаза, приводят, если старение протекает нормально, к однотипным сдвигам в организме. Поэтому, не зная многого о промежуточных этапах, можно на основании этих конечных, интегральных (главных) показателей судить о деятельности всей системы [76]. При этом могут быть выявлены и количественные характеристики здоровья.

Количественная же оценка соматического (физического) здоровья очень желательна: это критерий, который можно применять для диагностики и оценки деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья.

Показателями психосоматического здоровья могут быть тогда пять главных признаков: уровень и гармоничность физического развития; функциональное состояние организма (его резервные возможности, прежде всего, состояние сердечно-сосудистой системы); наличие какого-либо заболевания или дефекта развития; уровень иммунной защиты и неспецифической резистентности; уровень морально-волевых ценностей и мотивационных установок [76].

Итак, обобщив самые разные понятия, можно предложить следующее определение категории «здоровья». Здоровье - это состояние организма, обеспечивающее устойчивость основных его функций, а также ощущение хорошего телесного, духовного и социального самочувствия.

## **2. Здоровый образ жизни и его значение для здоровья**

Прежде чем начать разговор об оздоровительных и воспитательных мероприятиях в медицине, психологии или педагогике, важно определить, на что надо воздействовать. Необходимо представить факторы, влияющие на здоровье, а так же выявить их иерархию.

Эти факторы рассмотрены в различных литературных источниках. Так, по данным Ю.П. Лисицына и Ю.М. Комарова, факторы, в большей мере, влияющие на здоровье человека, следующие: образ жизни - 50%, экология - 20-25%, наследственность - 20%, здравоохранение - 10%. Из приведенных данных, очевидно, что в этом списке самым значимым оказывается такой фактор как «здоровый образ жизни» [59].

Причин неблагополучия в здоровье человека возможно много, основная же причина именно в его неправильном образе жизни. Поэтому способствовать профилактике здоровья должен, прежде всего, здоровый образ жизни, формирование потребности в его соблюдении, воспитание у

молодежи определенной системы здоровьесберегающих ценностных ориентаций.

Что подразумевается под понятием «здоровый образ жизни»? В литературе можно также встретить самые различные определения ЗОЖ. Вот одно из этих определений: «Под здоровым образом жизни следует понимать типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций» [101].

Под понятием «здоровый образ жизни» можно подразумевать также определенный способ переживания смысла жизни и соответствующие этому переживанию формы поведения человека, способствующие сохранению здоровья.

При этом возникают вопросы: «А как прожить жизнь без болезней? Как увеличить ее продолжительность и замедлить процессы старения?» Ответы на такие вопросы человечество ищет на протяжении многих веков. Как часто мы слышали известия об открытии различных средств, сохраняющих молодость, дающих возможность обрести даже бессмертие, создано множество лекарств, но люди болеют, стареют и умирают.

В последнее время многие лучшие умы общества подошли к осознанию того, что «лечить надо человека, а не болезнь», воздействуя, прежде всего, на причины заболевания. Люди стали понимать, что еще лучше не лечить, а предупреждать болезни, что здоровое будущее нашей планеты в ранней профилактике здоровья: обучении человека, особенно молодого, здоровому образу жизни. При этом необходимо ориентировать на формирование в обществе потребности в правильном образе жизни.

Считается, что здоровьем занимается медицина, но медицина занимается чаще не здоровьем, а болезнями. И даже профилактическая медицина, занимающаяся предупреждением заболеваний, не занимается профилактикой здоровья, ибо она не занимается педагогическими, психологическими, философскими и др. аспектами здоровья [59]. Поэтому, несмотря на то, что в арсенале современной медицины имеются сложные технологии и оборудование, здравоохранение вносит лишь 10%-ный вклад в национальное здоровье.

Какие изменения образа жизни могут содействовать укреплению здоровья и как сохранить подобные изменения в поведении?

В конце 50-х годов прошлого века стали осознаваться основные идеи о вреде курения, обогащенной жирами и животными белками диеты, избыточного потребления с пищей поваренной соли и, наоборот, о необходимости повышения физической активности человека, снижения артериального давления и увеличения в рационе овощей и фруктов, содержащих не перевариваемую клетчатку. Статистика показывает, что изменение образа жизни, учитывающего роль этих главных факторов здоровья, приводит к уменьшению смертности от коронарной болезни сердца примерно, на 31% и от кровоизлияния в мозг - на 41,6%. Этим результатам соответствует статистика о более ранней смертности тучных людей. Это подтверждает информация об уменьшении смертности за счет снижения уровня холестерина в организме. Подтверждают это данные о повышении смертности при наличии сахарного диабета, а также торможении атеросклероза путем лечения гиперлипидемии и о возможности уменьшения атеросклеротических поражений сосудов в организме человека. Было показано, что вегетарианская диета (с отношением полиненасыщенных и насыщенных жирных кислот около 2 и с содержанием холестерина в дневном рационе менее 100 мг) примерно за два года способна у тех, у кого эта диета улучшила метаболические показатели, привести к стабилизации



коронарного атеросклероза [76]. То есть риск развития инфаркта у таких людей уменьшается.

Можно представить довольно много компонентов основного фактора, влияющего на здоровье, - «образ жизни», но все их можно свести к нескольким, основным компонентам. Вот что должно способствовать здоровью: психическая уравновешенность, рациональная физическая нагрузка, оптимальный режим работы и отдыха, правильное питание, соблюдение определенных гигиенических норм, закаливание и др.

### **3. Наркомания и механизмы ее формирования**

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) все наркотики объединены в группу, так называемых, психоактивных веществ. При этом они имеют различные свойства и строение, но все они избирательно действуют на центральную нервную систему человека.

У нас в стране «психотропными веществами принято считать вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации в соответствии с законодательством РФ, международными договорами РФ, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 г.» [110].

«Наркотическими средствами считаются вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами РФ, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г.» [110].

Перечень наркотиков (наркотических средств и психотропных веществ) представлен в Федеральном законе РФ от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Однако с каждым годом количество веществ, оказывающих наркотическое воздействие, но не включенных в официальные списки во всем мире растет в геометрической прогрессии. Огромную и зачастую скрытую опасность несет именно процесс создания новых наркотиков. При этом синтетические наркотики относительно дешевы, но для них характерна исключительная вредность для организма. Часть из них относится к выпускаемым фабрично легальным препаратам, применяемым в медицинской практике для наркоза, а также при лечении онкологических больных.

Часть синтетических наркотиков – это уже нелегальные препараты. Большая доля производства синтетических нелегальных наркотиков приходится на крупные подпольные лаборатории и заводы, находящиеся в Нидерландах, Южной Америке и Афганистане.

Продукция крупных производителей наркотических веществ обозначена известной маркировкой, что гарантирует ее качество. Продукция, изготавливаемая в мелких нелегальных лабораториях, как правило, содержит в своем составе особо вредные примеси, что часто приводит к побочным эффектам и передозировкам. Согласно данным ООН, в настоящее время в мире наблюдается рост производства новых наркотических препаратов, повышается спрос на новые наркотики, отпускаемые по рецептам, и все это наносит огромный урон успехам в области снижения употребления известных наркотических препаратов. Большая опасность заключается и в том, что новые наркотики часто предлагают в виде вновь открытых медицинских средств. В 2010 году количество препаратов-заменителей наркотиков уже увеличилось примерно до 40. Так, в РФ широкое

распространение имеет такой новый вид наркотика, как дезоморфин (крокодил). Он обладает тем же эффектом, что и героин, но при этом во много токсичнее, поэтому оказывает более разрушающее влияние на ткани, сосуды и кожу человека. Он дешев, но представляет для человека огромную опасность [111].

В последнее десятилетие у нас в стране развивается нелегальное производство наркотиков. Ежегодно правоохрнительными органами выявляется огромное количество подпольных производств, в которых синтезируются наркотики. Они часто находятся в квартирах, частных домах, сараях, гаражах и т.п. В их деятельности часто участвуют дипломированные специалисты с высшим медицинским или химическим образованием, студенты, технический персонал научных и учебных учреждений. В таких лабораториях могут применяться современные технологии производства. При этом основными центрами по нелегальному производству синтетических наркотиков чаще являются столичные города России. Однако реальной является возможность появления таких центров и в других более мелких городах, где есть крупные нефтехимические производства, а также предприятия химического профиля.

Теперь разберемся с тем, что представляют собой наркомании.

«Наркомании (греч. *narkē* оцепенение, сон + *mania* безумие, страсть, влечение) - хронические заболевания, вызываемые злоупотреблением лекарственными или нелекарственными наркотическими средствами. Они характеризуются возникновением патологического влечения к наркотическому средству (психической зависимости), изменением толерантности к наркотическому средству с тенденцией к увеличению доз и развитием физической зависимости, проявляющейся абстинентным синдромом при прекращении его приема» [3]. Такова трактовка понятия «наркомании» в нашей стране.

Согласно Американской классификации наркотических средств химическая зависимость может определяться как «совокупность когнитивных, физиологических и поведенческих симптомов, которые указывают на то, что индивид продолжает принимать психоактивные препараты, не обращая внимания на вызванные ими симптомы и проблемы» [112].

При этом дифференцируют опииную наркоманию; наркоманию, вызванную злоупотреблением эфедрона; препаратами конопли; наркоманию, вызываемую галлюциногенами; барбитуровую и кокаиновую наркомании. Повторные приемы психоактивных веществ формируют пристрастие или «синдром зависимости».

Под «синдромом зависимости» подразумевается сочетание физиологических и психологических явлений, при которых употребление психоактивных средств занимает в жизни человека ведущую роль. Человек не сопротивляется влечению до тех пор, пока не получит удовлетворения от употребления наркотиков. Желание прекратить их прием может быть связано с синдромом зависимости и абстиненции. Тяжесть же абстиненции в результате лишения человека наркотического вещества зависит от степени проявления физических и психических отклонений, данный синдром иначе именуется «ломкой». Что такое «ломка»? Это крайне выраженный болевой синдром с расстройством соматических (телесных) функций, характеризующийся выраженными негативными симптомами. Тяжесть абстиненции в психической сфере: от легкого беспокойства и тревожности до глубоких нарушений психики с нарушениями сознания и судорогами. Далее у человека повышается устойчивость или толерантность к наркотику, который он употребляет. Поэтому для достижения состояния наркотического опьянения требуются все большие и большие дозы наркотика. Постепенно в наркотическом состоянии утрачивается чувство эйфории и легкости, оно заменяется тяжелым настроением, депрессией и беспокойным сном [3].

Разные авторы дифференцируют разное количество стадий развития наркомании. Вот пример (Рис. 1.).

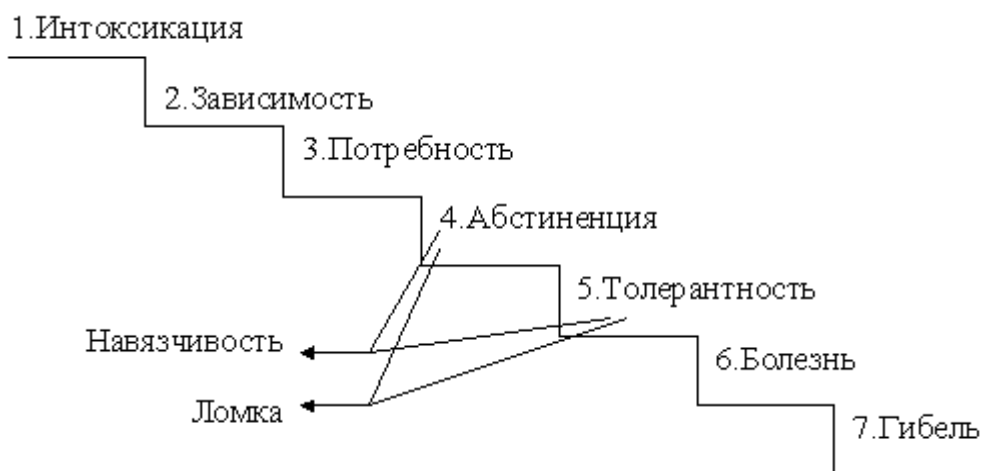


Рис. 1. Стадии наркомании (по С.П. Акининой [3])

Однако определение стадий развития наркомании имеет значение, прежде всего, для назначения лечения больного, так как терапия наркомании определяется степенью внедрения наркотика в процессы обмена веществ в организме и выраженностью его разрушающего действия. Для лечения можно выделять лишь три основных стадии наркотической зависимости:

**1 стадия** характеризуется повышением дозы принимаемого наркотика, что объясняется снижением выраженности получаемого от него состояния эйфории. При этом в стремлении достичь более ярких ощущений больной вводит все возрастающие дозы вещества, усугубляя развитие зависимости. Абстинентный синдром еще слабо выражен, однако в промежутках между введением вещества больной чувствует себя неуютно психологически: он раздражителен, его ничто не радует, все мысли могут быть направлены на прием новой дозы наркотика;

**2 стадия** определяется синдромом отмены с симптомами «ломки»: нарушениями сна, головокружением, сердцебиениями, рвотой, судорогами, потливостью, нарастанием тревоги и т.д.;

**3 стадия** – это стадия угасания организма человека с развитием истощения и различных хронических соматических заболеваний.

Продолжительность стадий определяют разные факторы. Это и характер наркотического вещества, способы его введения в организм и возможность заболеваний вследствие этого (гепатит, СПИД и др.), пол, возраст, исходное состояние физического и психического здоровья, условия питания, семейная обстановка, микросоциальное окружение и др. [3].

Но каковы механизмы формирования наркомании?

В настоящее время можно дифференцировать три группы механизмов, с позиции которых можно ответить на вопрос о том, как формируется у человека наркомания: социальные, медицинские и психологические.

**Социальные механизмы.** С точки зрения науки социологии наркомания – это форма поведения, имеющего отклонения от общепринятых в каком-либо обществе морально-нравственных законов. К нарушению этих законов приводит употребление наркотических веществ, ведущих к наркотической зависимости и влияющих, прежде всего, на нервную систему человека. Согласно данной концепции причиной формирования наркомании являются, прежде всего, дисгармоничные общественные отношения: между государством и гражданином, членами общества, родителями и детьми, сотрудниками в коллективе и т.п. В рамках данной группы теорий отмечается, что одной из причин развития проблемы зависимости от наркотиков также является их доступность, что в огромной мере провоцирует употребление наркотических средств. Поэтому в качестве способов профилактики и избавления от наркомании предлагается применять комплекс мер социального воздействия на население, репрессии и прочие запретительные мероприятия.

**Медицинские механизмы.** Сторонники медицинских теорий убеждены в том, что наркомания – это болезнь с ее соматическими симптомами, так как поражаются внутренние органы, возникают неврологические и психические расстройства в организме. При этом ответственной за формирование наркозависимости согласно такой концепции является деятельность головного мозга конкретного человека, следовательно, для излечения от наркомании необходимо применять, прежде всего, методы воздействия медицинского характера. Однако в медицине считается, что существует и врождённая предрасположенность к зависимости и механизмы взаимодействия психотропных веществ с медиаторами головного мозга.

Нужно отметить и то, что в Российской Федерации традиционно врачи-наркологи занимались лишь лечением химических форм зависимостей. В настоящее время к таковым относят: зависимость от опиатов, зависимость от барбитуратов и бензодиазепинов, зависимость от каннабиоидов, зависимость от прочих психостимуляторов (включая кофеин), зависимость от кокаина, зависимость от галлюциногенов, токсикоманию (зависимость от веществ, не признанных наркотическими: лекарств с психотропным эффектом, летучих растворителей и т.д.). Это также зависимость от алкоголя и табака.

Также с 2009 года в РФ в сферу компетенции врача-нарколога была внесена зависимость от азартных игр (гэмблинг) и другие виды аддиктивного поведения: интернет-аддикция, сексуальная аддикция и т.д.

Однако в данной монографии мы не будем рассматривать подробно данные виды аддикций. Можно отметить лишь то, что человек, склонный к одному виду аддикции, рискует стать зависимым и от других. По этой причине сейчас в мире широко распространена полизависимость и, в частности, полинаркомания, развивающаяся вследствие того, что при отсутствии препаратов, которым в основном пользуется наркоман,

используются различные заменители. Так, в качестве средств, заменяющих опиаты, используются снотворные препараты. Наркоман в какие-то периоды жизни переходит на алкоголь.

**Психологические механизмы.** Некоторые из психологов видят причину формирования зависимости от наркотического вещества в своеобразии личностных особенностей человека, а также особенностей его отношений с окружающими его людьми и предлагают воздействовать различными методами на личность человека с целью предупреждения злоупотребления наркотическими веществами, лечения и дальнейшей реабилитации наркоманов.

При этом преодолеть психологическую зависимость от наркотика крайне тяжело. Можно, пережив ломку, прекратить связь с объектом зависимости самостоятельно, можно закодироваться или провести лечение каким-то иным способом. И вроде бы всё хорошо при этом, но через какое-то время наркоман срывается. Это происходит потому, что продолжают действовать психологические механизмы – это механизмы аддикции (зависимости). При этом излечившийся наркоман уже и не колется, но остаётся наркоманом в своем сознании и воспроизводит аддиктивное поведение в его зеркальном отражении. То есть, если при использовании наркотика человек был безответственным, то когда он вроде бы вылечился, он становится свехрациональным, если был общительным, то становится совсем замкнутым. Всё это трудно переносится окружающими и, прежде всего, его семьёй, и жить с таким человеком не менее тяжело, чем с наркоманом, а учитывая наличие так называемой созависимости, скорее всего, труднее. Что такое созависимость? Обычно у наркомана есть семья и когда у него развивается химическая зависимость, близкие люди активно в происходящее вовлекаются, начиная за его благополучие бороться. Втягиваясь в этот процесс, родственники сами становятся жертвой зависимости. У них также проявляются симптомы химической зависимости:



нарушение сна, аппетита, подавленность, тревожные состояния, депрессии, часто они запускают себя внешне и т.п. Поэтому считается, что химическая зависимость – это заболевание семейное. При этом семья в какой-то момент снова начинает неосознанно подталкивать наркомана к наркотику. Помимо прочего, аддикция сама по себе не исчезает, чаще происходит, как уже отмечалось, лишь замена ее объекта: человек бросает наркотик, но начинает пить и наоборот. Поэтому реабилитация наркомании и других аддикций - дело крайне трудное. Отказ от приёма наркотика, очистка организма от продуктов его метаболизма - это только первый шаг на тернистом пути возвращения человека к нормальной жизни [113].

Среди психологов есть также мнение, что наркомания – это полунамеренный или завуалированный суицид. Поэтому лечить нужно наркомана-суицидента. При этом невозможно вылечить от наркомании человека, если он сам этого не желает, тем более что он просто не хочет жить.

Психологи также считают аддикцию способом ухода от решения кризисной проблемы, поэтому, кроме лечения физической зависимости крайне важной является психологическая реабилитация.

**Физиологические механизмы.** В среде физиологов также сформировалось достаточно много теорий относительно развития наркоманий. Так, например, есть теория, согласно которой действие всех наркотиков замыкается всего на одной молекуле, будто бы открытой недавно американскими учеными. По утверждению лауреата Нобелевской премии Пола Грингэрда, который исследовал ее роль в организме человека, эта молекула обобщает информацию мозга и подводит ей итог. Результаты своего исследования профессор П. Грингэрд доложил на заседании в Национальных институтах здравоохранения.

Есть другие варианты генезиса наркозависимости. Так, секрет действия наркотиков может заключаться в том, что они химически воздействуют на тормозные синапсы, вызывая длительный, пока они не разрушатся и не выведутся из организма, выброс тормозных медиаторов. При этом каждое последующее воздействие наркотиков на тормозной синапс вызывает снижение его работоспособности. Тормозные синапсы же выбрасывают в кровь все меньше и меньше тормозного медиатора (посредника). Таким образом, наркотики вызывают в ЦНС иррадиацию (распространение) процесса торможения, в результате чего человек и чувствует удовольствие. Однако чем сильнее воздействие этих веществ, тем большее удовольствие испытывает человек, тем более длительное последствие этих веществ, выраженное в резком ограничении образования медиаторов в тормозных синапсах. Такое ограничение образования тормозных медиаторов приводит к торможению центра удовольствия в головном мозге: все иницируемые им сигналы со временем не доходят до адресатов - возбужденных рефлекторных дуг. Иррадиации торможения уже не происходит. После прекращения действия наркотиков на какое-то время наступает существенное ограничение выделения тормозных медиаторов в тормозных синапсах [114].

Такое мощное химическое воздействие наркотиков на тормозные синапсы не может пройти бесследно для организма: требуется больше времени, чем при естественном торможении на восстановление их работы. Всю нервную систему человека охватывает волна возбуждения, пока не восстановится действие тормозных синапсов. На их восстановление же требуется значительное время, с каждым приемом наркотика все большее, выдержать которое, как правило, наркоман уже не может [114].

При этом разные наркотики могут действовать на организм через различные физиологические механизмы. Так, следствием приема героина является формирование физической зависимости. При невозможности своевременного получения наркоманом дозы развивается абстинентный

синдром («ломка»). Взаимодействуя с опиоидными рецепторами, героин угнетает синтез эндорфинов и снижает чувствительность рецепторов. При этом в случае прекращения приёма препарата происходит полное или частичное отключение противоболевой системы организма. Лица с небольшим стажем употребления наркотика могут перенести ломку без медицинской помощи, наркоманы со стажем более 1 года не могут перенести ее самостоятельно, поэтому они любой ценой стараются найти дозу наркотика. Если это не получается, они могут покончить жизнь самоубийством, а также ради наркотика пойти практически на любое преступление [115].

Другие наркотики запускают иные физиологические механизмы своего воздействия в организме. Так, психостимуляторы увеличивают уровень дофамина в среднем мозге, ингибируя транспортировку дофамина (DAT), который, как предполагается, инактивирует (удаляет) дофамин в синапсах. Дофамин – это возбуждающий нейротрансмиттер, который связан с системой удовольствия мозга, таким образом, дофамин отвечает за настроение [116]. При этом у человека, принявшего наркотик возникает состояние эйфории, отмечается ощущение легкого, приятного покоя, хорошего самочувствия и полного благополучия. Эйфория и является главной причиной опасного пристрастия. Есть мнение, что все наркотики, изменяют содержание дофамина в головном мозге человека. Однако сначала принятие наркотиков увеличивает количество выделяемого дофамина, но со временем прием наркотика вызывает обратный эффект, - считает директор Национального института наркомании доктор Алан Лешнер. Со временем количество выделяемого дофамина сокращается, и человек испытывают трудности с получением удовольствия. Он пытается поднять уровень дофамина в головном мозге, повторяя применение наркотика. Хотя способность производить дофамин при отказе от приема наркотиков со временем восстанавливается, однако неизвестно, происходит ли это полностью.

Поэтому первые факторы риска развития наркомании – и единственные, с которыми ничего нельзя сделать в плане профилактики – это генетические, так как существуют гормоны удовольствия – это серотонин, дофамин и эндорфины. На сегодняшний день известно семь генов, влияющих на формирование зависимого поведения и два генетически зависимых фактора. Первый – это генетически заложенный высокий уровень гормона дофамина, который может побуждать человека к постоянному поиску новых ощущений, подталкивая к рискованному поведению. Второй – это низкий уровень гормона серотонина, из-за чего такой человек склонен к стойкой депрессии [117].

А если у человека генетикой заложено и то и другое? Тогда есть большой риск развития любых аддикций.

Резюмируя сказанное можно констатировать, что разные факторы в той или иной степени влияют на развитие наркотической зависимости: вид употребляемого наркотика, (что запускает специфические физиологические механизмы); лица, употребляющие наркотики с их субкультурой, (что запускает психологические механизмы); особенности окружающей среды (нелегальный рынок наркотиков, общественное сознание, законодательство, которые запускают социальные механизмы формирования наркомании) и т.п.

Итак, наркотическая зависимость – это сложное явление, она обусловлена несколькими факторами. Наркотическая зависимость – это стремление человека с помощью стимуляторов решать жизненные проблемы, т.е. – это зависимость психическая. Наркотическая зависимость – это также зависимость физическая. При этом наркомания – это проблема для человека на всю жизнь, так как наркотики не растворяются в крови, но растворяются в жирах и затем, периодически попадая из жировых тканей в кровь, снова активируют эффекты употребления наркотиков. Иногда такие проявления бывают у людей, не употреблявших наркотики более 10 лет. Эти ощущения

ничтожно малы, однако, человек, в кровь которого попало даже самое ничтожное количество какого-либо наркотика, начинает испытывать необходимость в большем его количестве. Этим объясняется тот факт, что есть люди, которые после десятков лет нормальной жизни без наркотиков срываются и начинают их вновь употреблять [118].

Итак, говорить о том, что такое наркомания достаточно сложно. Видение, интерпретация и понимание данного феномена зависит от принадлежности исследователя к той или иной научной парадигме. Мы можем лишь с уверенностью утверждать, что наркомания - это хроническая болезнь, являющаяся результатом изменений в деятельности ЦНС, если придерживаемся медицинской и физиологической точек зрения, что это полунамеренный суицид, в случае принадлежности к психологии, что это проявление аномии, если мы - социологи.

#### **4. Классификация людей, принимающих наркотики**

Существуют различные классификации людей, употребляющих наркотики.

Так, в группе потребителей наркотиков можно дифференцировать ряд самостоятельных, хотя и связанных между собой групп:

1. «Относительного риска» (лиц, проявляющих интерес к наркотическим веществам).
2. «Повышенного риска» (лиц, приступивших к употреблению наркотиков, но употребляющих их редко).
3. Людей, употребляющих наркотики или злоупотребляющих ими.
4. Больных наркоманией [119].

В основу данной классификации положен такой критерий, как давность употребления наркотика, при этом представленная классификация не учитывает индивидуальных особенностей людей, принимающих психотропные вещества. В этом отношении более обоснованной можно считать классификацию Э.А. Бабаян и А.Н. Сергеева.

Согласно концепции Э.А. Бабаян и А.Н. Сергеева [118], наркоманами люди становятся не сразу, тут очень многое зависит от индивидуальных особенностей человека, а также от вида принимаемых наркотиков. В каких-то случаях привыкание к наркотическим препаратам наступает довольно быстро, чуть ли не с первого раза, а в других, требуются большие сроки: недели, месяцы и даже годы. Рассматриваемая категория людей, согласно данной концепции, может включать в себя пять групп.

«1. Экспериментаторы. Самая многочисленная популяция из всех пяти групп. К ней относятся лица, не возвращавшиеся затем к этому пагубному занятию после первого знакомства с наркотиками. К примеру, кто-то из них поверил книге, посвященной «чудодейственным» свойствам ЛСД познавать Вселенную. После жестокого приступа рвоты это стремление пропадает.

2. Эпизодические потребители. К ним относятся в основном те, кто прибегает к наркотикам в силу сложившихся обстоятельств. Допустим, в сомнительной компании молодой человек, опасаясь прослыть за «белую ворону», закатывает рукав рубашки для инъекции героина или, стоически борясь с дурнотой, выкуривает закрутку с марихуаной. Вне названных или иных обстоятельств желания принимать наркотики у этих людей не возникает.

3. Систематические потребители. Принимают наркотики по определенной схеме. Например, по дням своего рождения, по случаю достижения значимого результата в работе, раз в квартал и т.п. Наивно

полагают, будто бы этот самообман останется без каких-либо негативных последствий для психики и физиологии.

4.Постоянные потребители. Последовательно формируются из первых трех групп. Зачастую зависимы от наркотиков психологически и уже в силу этого вынуждены принимать препараты не только по случаю «знаменательного события», а по причине формирования привычки.

5.Больные наркоманией. Последняя группа - закономерный итог приема наркотиков без предписания врача. Входящие в нее индивиды зависимы от наркотиков не только психически, но и физически».

Данная классификация имеет большой плюс: классификация такого рода позволяет поспорить с теми, кто утверждает, будто человек, потребляющий наркотики, - больной человек, а, следовательно, наказывать его нельзя, можно только лечить, т.е. мы спорим с представителями медицинской концепции развития наркомании. Подобные умозаключения, основанные на ложном выводе, вводят общественность в заблуждение. При этом первые четыре группы - поведенческие, они требуют, в основном, принятия воспитательных мер, а вот пятая группа уже нуждается в лечении, а также в социальной реабилитации [118].

## **5. История развития наркомании в мире**

Наркотики знакомы человечеству уже несколько веков. Их применяли люди разных культур и для разных целей: для изменения сознания, во время проведения религиозных обрядов, снятия боли и восстановления сил. С древнейших времен человек испытывал потребность в каком-то чуде, и часто в уходе от реальности. Вера в сверхъестественные силы могла подкрепляться знаниями о растениях, способных приоткрыть человеку другую реальность на некоторое время. Существует предположение о том, что еще 25 тысяч лет

назад люди узнали о таинственном действии наркотиков. Немногочисленные источники, которые дошли до нас, свидетельствуют о том, что первооткрывателями психотропных средств были древние греки, китайцы и ацтеки. Сохранились манускрипты, наскальные рисунки, а также предметы культа. Так, известно, что в Мексике и на острове Крит люди возводили статуи богине мака, поклонялись и приносили ей жертвы. На это указывают также письменные и устные источники, мифы и легенды. Но, тем не менее, некоторые ученые утверждают, что в Древнем Риме и Древней Греции наркотики употреблялись лишь с медицинскими целями, хотя в редких случаях встречалось их единоличное применение. При этом большей популярностью пользовался опиум. В других странах, например, в Индии, в Империи Инков, и, начиная с I тысячелетия нашей эры в Китае, опиум был довольно широко распространен и применялся всеми слоями населения как «домашнее лекарство». Кроме того, инки употребляли листья коки при совершении религиозных ритуалов, они считали их даром Бога Солнца. В Индии опиумные смеси также давали солдатам перед боем «для поддержания их мужества и смелости». Но и в тех, и в других случаях потребление наркотиков было весьма ограничено. В Европу листья коки были завезены в 1500 г. путешественниками вместе с какао и табаком. Но в отличие от табака, они не были столь популярны, возможно, потому что во время длительного путешествия большая часть привезенных листьев утрачивала свои характерные эффекты. Позднее в 1550 г. интерес к опиуму и кокаину возрос. В Индии опиум в свое время был главным источником государственного дохода, но его употребляли все еще в незначительных количествах. Начиная с 1700 г., применение опиума уже распространилось в Англии. Интересно и то, что в Европе его активная пропаганда велась медиками. Но, примерно, начиная с 18 века, люди оказались лицом к лицу с проблемами, связанным с наркоманией, с этого времени начало проявляться и сопротивление их распространению. Уже в средние века многие правители в самых разных государствах, чтобы искоренить или хотя бы ограничить пределы



смертоносного влияния наркотиков на своих подданных, законодательно запрещали их употребление. Вводились и жесткие наказания для тех, кто их производил, а также продавал. Однако запретительные меры довольно часто вызывали сопротивление. На почве такого противостояния дело иногда доходило до войн. Истории известны случаи, когда угроза денежным интересам производителей и продавцов наркотиков приводила к войнам между странами. Итак, на протяжении столетий практически на всех континентах, во всех государствах и обществах шла борьба между противниками наркотиков и их производителями [103].

## **6. Современная наркотическая ситуация в России**

Нужно отметить, что до начала перестройки в СССР, а затем и реформ в России проблемы наркотиков в общественно значимом понимании не существовало. Жесткая позиция государства, страх перед общественным мнением. И еще: на колхозных и совхозных полях легально, на многих гектарах пашни возделывался масличный мак для пищевых целей. Не существовало запретов и на его выращивание в деревенских огородах. Но в 90-е годы, с перестройкой, новое увлечение вместе с западным стилем жизни пришло к молодежи, распространяясь все больше и больше. Очень быстро наркотиков накопилось столько, что правительство оказалось неспособным сдержать поток их ввоза. И тогда смерть с огромным напором обрушилась на молодежь [103].

Наркотическая ситуация в России в последние годы сильно ухудшилась: распространение наркомании осуществляется угрожающими темпами, растет объем незаконного оборота наркотических веществ, возросло потребление наркотиков. Характерно и то, что наркомания существенно помолодела, все большее число несовершеннолетних начинают потреблять наркотические и психотропные препараты. Так, более 60%

наркоманов – это молодые люди в возрасте 18–30 лет. Информация Минздрава РФ демонстрирует, что средний возраст приобщения к наркотикам людей в России - 15–17 лет. При этом участились случаи первичного употребления наркотиков детьми 11–13 лет, есть факты применения наркотических веществ детьми 6–7 лет. Все более широкое распространение среди детей и подростков получает внутривенное их употребление. Современные исследования, проведенные учеными в России показывают, что курение табака, употребление алкоголя и наркотиков наблюдается у детей практически одновременно. За последние пять лет число юных наркоманов возросло в 3,5 раза, а один случай заставил содрогнуться даже выдавших виды медиков: в московскую больницу доставили законченного шестилетнего наркомана. Пристрастили его к этому собственные родители. Бывают случаи, когда дети становятся наркоманами еще в утробе матери. Чаще всего такие дети уже рождаются неполноценными, и вскоре после рождения у них развивается синдром отмены наркотиков, так называемая «ломка», в результате которой они и погибают. Неуклонно растет количество женщин – потребителей наркотиков, довольно новым и опасным явлением стало появление «семейной наркомании» и приобщения к наркотикам детей их собственными родителями [64].

По данным Государственного таможенного комитета, в последнее время наблюдается изменение структуры рынка наркотических веществ на территории РФ. Дифференциация наркотиков обнаружила тенденцию к расширению потребления сильнодействующих препаратов. Так, если в 1993-1996 гг. наблюдался в основном рост приема одурманивающих препаратов (в основном клея «Момент») и наркотических средств, получаемых из конопли, то в 1997-1999 гг. эти средства уже заменяются героином, кокаином, галлюциногенами и амфетаминами. Характер контрабанды при этом свидетельствует о том, что такие растительные наркотики как: гашиш,

маковая соломка, марихуана вытесняются другими видами, преимущественно продуктами переработки опийной группы и синтетическими наркопрепаратами более сильного действия. Просматривается и тенденция преобладания в распространении героина. После августа 1998 г. существовало мнение, что в трафике наркотиков может увеличиться доля дешевых препаратов растительного происхождения, однако такой вариант развития событий не подтвердился. При этом расширение рынка героина и других сильнодействующих наркотиков крайне опасно в связи с быстрой наркозависимостью от них и, прежде всего, молодежи [103].

Распространение наркомании в нашей стране и смертность от нее представляет глобальную угрозу экономике страны, здоровью населения, безопасности и правопорядку государства. Ежегодно в РФ как и во всем мире увеличиваются темпы роста числа наркоманов.

Однако результаты многочисленных исследований специалистов показывают, что реальные масштабы злоупотребления наркотиками намного больше данных официальной статистики, так как на одного зарегистрированного наркомана приходится примерно 9-10 незарегистрированных. В целом, в той или иной степени, проблема наркомании затрагивает интересы 30 млн. человек в РФ, то есть практически каждого пятого жителя страны. Материальные потери от наркомании за последние годы составляют несколько миллиардов рублей. Моральный же ущерб обществу России не поддается никакому подсчету [103].

При всем этом отсутствует надлежащая система антинаркотического воспитания и пропаганды ЗОЖ среди детей, молодежи и взрослого населения. При наличии широких возможностей для нелегального изготовления наркотических средств, в совокупности с имеющимися условиями для их контрабанды, это приводит к расширению «черного

рынка» наркотиков и увеличению спроса на них. По этим причинам в последние годы зарегистрирован колоссальный рост преступности, связанной с употреблением наркотиков, практически во всех регионах страны [64].

По данным статистики БСМЭ в 2010 году смертность от наркотиков увеличилась по сравнению с 2007-2009 годами. Количество жертв составляет 7728 человек, хотя по сравнению с 2006 годом (10027 смертей), ситуация вроде бы несколько улучшилась. Однако мнение о том, что за 2010-2011 год наркоманов стало меньше, подтверждается лишь тем, что количество смертей растет именно от наркотической зависимости. Стоит учесть, что официальная статистика включает только те данные, в которых регистрируется смерть от передозировки наркотиками, тогда как летальные исходы от переохлаждения, заражений ВИЧ, самоубийства, ДТП, разрыва мочевого пузыря и т.д., причиной которых служит употребление наркотиков, сюда не входят. Также в статистику БСМЭ не входит смертность от новых синтетических наркотиков. Однако самым опасным наркотиком в России на сегодняшний день является героин. От него погибают 90% наркозависимых. 94%-95% среди умирающих от наркозависимости – это мальчики, юноши и мужчины. 100% девушек и 40% юношей, употребляющих героин, заражены ВИЧ-инфекцией. По данным соцопросов на наркотики подсадают с так называемых «легких наркотиков»: марихуаны, «спайсов» и «солей» [119].

Итак, можно утверждать, что употребление наркотиков в России уже носит характер эпидемии, что на территории страны развился мощный нелегальный наркобизнес, что размах незаконного оборота наркотических веществ уже приобрел характер общенационального бедствия.

## 7. Прогнозы на будущее

В Нью-Йорке в международном антинаркотическом центре находится документ, в котором указано, что число наркоманов на земном шаре - 1 000 000 000 человек. Что ожидает при этом население планеты дальше?

Что касается России, то по прогнозам специалистов, количество контрабандного ввоза наркотиков и их производство внутри страны в ближайшие годы еще более возрастут. Ожидается широкое распространение наркотиков во всех социальных группах и слоях общества. Известно, что втянувшийся в потребление психотропного средства наркоман, в течение года приобщает к наркотическому пристрастию от 14 до 17 человек. При этом дальнейшее уменьшение количества наркологических учреждений, которое наблюдается у нас сейчас, и наступление наркобизнеса приведут к резкому росту количества смертей от передозировки наркотика. Только по этой причине число погибших в ближайшие сроки может достигнуть 3-4 тысяч детей и молодых людей в год. Социологические исследования показывают, что уже каждый восьмой, а в некоторых школах и вузах каждый четвертый ученик или студент хоть раз употреблял наркотик, но это не предел. Распространенность группового, внутривенного употребления наркотиков во много раз увеличит число ВИЧ-инфицированных людей. Кроме того, увеличится число несчастных случаев и аварий на производстве. Произведя простые арифметические подсчеты, приходим к зловещему выводу: у России может не быть какого-то будущего, ибо по прогнозам Министерства здравоохранения, нация, 7% которой подвержено наркомании, обречена на вырождение [103]. Вырождение общества связано с тем, что наркомания влечет за собой деградацию как отдельных ее членов, так и всего общества в целом. Наркомания приводит к полному поражению личности, при этом наркоманы становятся не только «грузом» общества, но и представляют собой для него реальную угрозу.

## 8. Социальные истоки наркомании

Известно, что люди, регулярно потребляющие наркотики, не живут больше 8-10 лет. Несмотря на это, в начале XIX века многие страны Европы охватила эпидемия курения наркотика - опиума. Толчком к такому увлечению послужили мемуары поэта Томаса Де Куинси, использованные производителями опия в корыстных целях. В мемуарах поэт очень красочно описал, как ему удалось избавиться от алкоголизма за счет опиумного опьянения. У него тут же появились многочисленные последователи. Производители опия уловили удобный момент и тут же снабдили рынок опиумом и достаточным количеством курительных трубок. Сложилось определенное общественное мнение: появление в обществе без трубки стало считаться плохим тоном. Понадобились многие десятилетия, чтобы отучить целое поколение людей от пагубного пристрастия. Но последствия того периода дают о себе знать и сейчас. Сегодня английская молодежь увлечена другим наркотиком - «экстази», который активно применяется ею, опять же вместо алкоголя. Из-за «экстази» посещаемость алкогольных баров за последние годы упала на 10%, но зато увеличилось число летальных исходов на дискотеках от «перегрева» и почечной недостаточности, так как «экстази» вызывает жажду и требует обильного потребления жидкости. Новая волна увлечения захлестнула не только английскую молодежь, но и молодежь других Европейских стран. С появлением рок-ансамблей и групп в артистическую среду была подброшена идея, что кокаин, героин и другие виды наркотиков стимулируют вдохновение и творчество, прибавляют энергии. Их потребление было окружено ореолом романтизма, налетом элитарности. Многие «звезды» эстрады стали потреблять наркотики. Им тут же стали подражать поклонники. И последствия не заставили себя ждать. Молодежные кумиры один за другим стали преждевременно умирать. В 1994 году от передозировки наркотика ушла из жизни 27-летняя бас-гитаристка группы «Hole» Кристен Пфафф. В 1995 году от приема избыточной порции

кокаина в возрасте 28 лет умер вокалист группы «Blind Melon» Шенон Хун, а за два месяца до него ушел в мир иной барабанщик Дуэин Готтель. На этом скорбный список жертв наркомании не кончается - это не один десяток певцов, музыкантов, художников. О каждом таком случае сообщалось в печати, по телевидению и радио, но было поздно. Наркомания распространилась и в среде поклонников рок-искусства. И не только в ней. В Италии смертность от злоупотребления наркотиками с 1996-го по 1990 год возросла в 4,7 раза (с 292 до 1383 человек). В Германии ежегодно по этой же причине умирает до 2 тыс. молодых людей; во Франции – около 1 тыс. И так по всем европейским странам. Не обошла сия судьба и Россию. С начала 80-х годов для наркобоссов на российской почве все складывалось удачно, особенно в среде артистов. Именно в эти годы почти каждый второй из артистов «клянул» на наркотик как на стимулятор вдохновения и энергии. Но вскоре большинство осознало опасность и нашло в себе силы отказаться от пагубной привычки. На многих отрезвляюще подействовала смерть В.Высоцкого [103].

Важным фактором развития вредных привычек можно также считать неблагоприятные социальные воздействия, особенно со стороны семьи [120].

Существует врожденный фактор риска развития наркомании – употребление во время беременности матерью психотропных веществ: сигарет, алкоголя, и тем более, наркотиков.

Наличие этого фактора риска серьезно увеличивает вероятность развития зависимостей у будущего ребенка. Все психоактивные вещества проникают через кровоток в плаценте и пуповине, далее они действуют на мозг плода, меняя его биохимию.

Некоторые факторы, увеличивающие риск развития наркомании у будущего ребенка, могут появиться также при родах: наркоз, регулируемые роды, их стимуляция и кесарево сечение. Эти факторы серьезно повышают

риск возникновения зависимости из-за травм мозга плода и воздействия на него психотропных препаратов.

Еще один стимулирующий фактор - комплекс «мать-дитя». Ребенок в первые месяцы жизни всему учится у своей матери. Основы личностного развития закладываются в основном в период до двух лет. Если мать проявляет в это время какие-то отклонения от нормального поведения – она слишком эмоциональна и навязчива, либо слишком холодна и отстраненна от ребенка – это увеличивает риск развития у ребенка зависимого поведения в будущем. Не говоря уже о том, что ребенок может видеть свою мать в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также курящей.

Дети судят родителей не по словам, а по делам, и если родители употребляют наркотические вещества, подросток может не видеть ничего плохого в подобной практике.

Фактор риска развития зависимостей – это и проблемы детей 2–6 лет, появляющиеся синдром дефицита внимания и гиперактивности. Такие дети неусидчивые, у них проблемы с сосредоточением внимания, они все время в бесцельном движении. Этот синдром может быть также связан с повышением внутричерепного давления, что со временем, в свою очередь, может увеличивать риски развития зависимостей.

Ошибки в раннем воспитании так же могут стать причинами развития аддиктивного поведения. «Тепличное» воспитание, когда дети не знают ни в чем отказа входит в диссонанс с ситуациями взрослой жизни. Когда такие дети вырастают и выходят в мир, они вдруг видят, что этот мир не совершенен. Тогда они ломаются и могут стать зависимыми людьми.

Чтобы избежать подобной ситуации, уже в раннем детстве детей необходимо обучить правильному восприятию отказов от выполнения их



требований. Ребенок с младшего возраста должен усвоить, что у него есть обязанности [120].

Еще одна причина стойкости наркомании – это созависимость в семье.

При нарушении равновесия члены семьи прилагают усилия для того, чтобы его восстановить. Каждый член семьи играет в этом процессе определенную роль. Если наркоман предпринимает попытки изменения своего поведения, остальные могут мешать ему. Психотерапевты считают, что некоторые члены семьи создают помехи в лечении наркомана, предпринимают попытки включиться в процесс лечения или саботировать его.

Другие члены семьи часто испытывают ухудшение состояния, в то время, когда состояние пациента улучшается, как будто его «болезнь» является необходимой составляющей функционирования семьи. В семье наркомана меняются поведенческие реакции всех ее членов в полном составе. Поэтому, если ноша инициатора изменений в той или иной семье возлагается только на самого пациента, он может получать в ответ лишь усиление критики от семьи и ее противодействие лечению [120].

Факторы развития наркомании у молодежи это: доступность наркотиков, пережитое насилие, общение с друзьями-наркоманами и разлад в семье.

Так, согласно полученным нами данным, главным фактором, способствующим появлению вредной привычки, студенты считают присутствие в семье алкоголика или наркомана. При этом у 52,3% опрошенных среди знакомых, друзей и родственников есть люди, употребляющие наркотики. Но 40% студентов приходится близко общаться с людьми, употребляющими наркотики.

Условием формирования наркомании является также доступность наркотиков. Довольно часто для начинающих потребителей первые дозы предлагаются бесплатно. На этот прием вовлечения в наркоманию указали 64 подростка-потребителя наркотиков из каждых 100 опрошенных. В ряде городов наркобоссы снабжают старшеклассников зельем бесплатно, ставя их, таким образом, в зависимость. Добившись цели, уже берут за наркотик плату. Другой источник получения наркотиков - медицинские учреждения (аптеки и больницы). Третий источник - профессиональные торговцы наркотиками на рынках, вокзалах, станциях метро, дискотеках, в вузах, в кинотеатрах и т.д. [103]

Причины, по которым наркотики прижились в России, следующие: изменение социального статуса населения - расслоение в обществе; исчезновение детских и молодежных организаций; влияние культуры Запада и пропаганда западного жизненного стиля; потеря смысла жизни, изменение системы ценностей в обществе, ослабление семейных связей и традиций. Укреплению наркомании в России также способствовала перестройка, которая привела не только к разрушению тоталитарного строя, но и вызвала появление многих свобод, негативной стороной которых оказались наркотики. Кроме того, в результате войны в Афганистане десятки тысяч солдат пристрастились к употреблению наркотических препаратов. Вернувшись с войны, они уже не смогли от них отказаться. И к концу восьмидесятых годов сформировалась сеть наркомафии. При этом наблюдается падение стоимости наркотиков и рост количества наркоманов. С 1996 года наблюдается сдвиг в сторону потребления населением более дорогих наркотиков, к примеру, опиума и героина. И наркотики становятся в России модными [64].

## **9. Личностные причины формирования вредных привычек у молодежи и взрослых людей**

При всей значимости социальных причин развития наркомании среди населения больными становятся не все. К развитию наркомании предрасполагают определенные личностные факторы. Рассмотрением личностных причин возникновения вредных привычек занимались разные исследователи: В.В. Дунаевский, Г.Б. Федосеев, П. Чисхольм и др. Причины, приводящие к формированию вредных привычек, дифференцированные этими авторами, довольно разнообразны, но их все же, можно подвергнуть классификации.

В первую очередь, формированию вредных привычек способствуют неудовлетворенные потребности у человека. Они вызывают стресс, для снятия которого могут применяться различные психотропные средства. Необходимо учитывать, что набор потребностей человека индивидуален. Чем богаче духовный мир человека, тем шире представлены духовные потребности, уменьшающие вероятность формирования различных вредных привычек, духовность также позволяет избавиться от негативного поведения. Особенностью любого психотропного вещества является возможность химически подменить, симулировать удовлетворение той или иной потребности. Человек с помощью психотропных препаратов может подменить любую свою потребность, начиная от базовых физиологических потребностей: в еде, питье, и заканчивая завуалированными потребностями: в агрессии или поиске смысла жизни.

Развитию наркомании способствует потребность в новизне. Психологи и наркологи связывают чувство наркотического опьянения с ощущениями «райского» периода, которые ребенок испытывает в раннем детстве - это период человеческой жизни до 3-х лет. В этом возрасте ребенок живет как в раю: он полностью защищен от любых опасностей, все его потребности

удовлетворяются, любое желание он в состоянии реализовать, каждый день его жизни - праздник. Когда человек взрослеет, праздничный мир начинает тускнеть. Маленький человек вдруг осознает, что он и его родители не всемогущи. Чуть позже приходит понимание ответственности за свои поступки, однако память о «райском» периоде жизни в глубинах сознания сохраняется навсегда. Нам на протяжении всей жизни хочется вернуть ощущения новизны окружающего мира из переживаний раннего детства.

Психологи утверждают также, что более склонны к развитию наркоманий люди, которые любят риск. Яркие ощущения – удачи, новизны и всемогущества чаще возникают у тех людей, которые склонны к риску. Более того, именно потребность в ярких ощущениях и в новых впечатлениях многие психологи считают той потребностью, которая часто приводит людей к профессиям и увлечениям, связанным с авантюрами и риском для жизни. Наркологи утверждают, что люди, склонные к азарту, рискуют, чтобы добиться примерно тех же самых ощущений, которые вызывают психостимуляторы.

Другой причиной формирования вредных привычек является заниженная самооценка. В этом случае высокая духовность может не спасти человека от развития вредных привычек. Так, специалисты считают, что в качестве причины наркомании может выступать неудовлетворенность самим собой, которая бывает сильно выражена и при высоком развитии духовных потребностей. Кроме того, человек с заниженной самооценкой часто склонен к проявлениям депрессии, для него могут быть затруднены социальные контакты. Выход из сложной ситуации он может находить в применении психотропных средств.

Дефекты воспитания также могут приводить к появлению вредных привычек. К таким дефектам можно отнести низкую культуру, слабую волю и отсутствие потребности в соблюдении здорового образа жизни. Так,

например, человек слабовольный может выбирать легкие пути получения положительных эмоций, а когда отрицательная привычка укрепилась, он не может ее бросить.

Причиной развития наркомании может быть стремление принадлежать к значимой социальной группе.

Исследователями показано, что эмоциональная усталость тоже может вызывать появление вредных привычек, но это чаще свойственно людям зрелого возраста, в основном после 30 лет. Применение наркотиков взрослыми редко бывает вызвано любопытством. Основной мотив их употребления - стремление достичь спокойствия, попытки забыться.

Психические нарушения в сильной степени предрасполагают к появлению вредных привычек. Психопатический склад характера, неврозы, черепно-мозговые травмы, а также слабое соматическое здоровье способствуют появлению вредных привычек.

Наследственные факторы также являются предрасполагающими. Но наследственность не всегда приводит к появлению у детей той вредной привычки, которая была у родителей.

В целом же появление вредных привычек у молодежи, так же как и у взрослых, связано с целым комплексом личностных и социально-экономических причин. Среди них можно выделить наиболее распространенные причины: подражание, стремление казаться взрослым, любопытство, потребность быть «своим» в группе сверстников, стремление к независимости, попытки испытать удовольствие, определенный образ жизни, сложившийся в семье и др.

Закреплению вредных привычек у молодых людей способствуют особенности организма, а также определенные социальные и психологические факторы. Способствовать закреплению вредных привычек

может плохая социальная адаптация. Процесс общения со сверстниками и родителями может идти не так, как хотелось бы. В таком случае некоторые молодые люди используют наркотики, сигареты и алкоголь в знак протеста. Закреплению вредных привычек способствует также плохая информационная осведомленность. Недостаточная осведомленность о последствиях вредных привычек приводит к тому, что многие молодые люди, да и взрослые имеют плохое представление об ущербе, который наносят организму наркотики. Даже если о чем-то и знают, то считают, что с ними-то такого произойти не может, что с ними все будет в порядке.

Необходимо отметить недостаточную информационную осведомленность молодежи относительно наркотиков. Так, при проведении анкетирования авторами данной работы в Казанском (Приволжском) Федеральном университете было выявлено, что 95% студентов считают наркоманию болезнью. В том, что наркоманы виноваты сами, студенты не сомневаются. Но признались в том, что пробовали наркотики один или несколько раз, - 16,5% студентов. Ведущее место занимают престижные факультеты. Однако никто из студентов не считает себя наркоманом. На косвенный вопрос: «Какой наркотик вы бы попробовали, дешевый или дорогой», 67% студентов сошлись на мнении, что попробовали бы наркотик средней цены, 43% студентов ответили, что вовсе не стали бы пробовать наркотик. Почти все опрошенные считают, что наркоманы - это выходцы из обеспеченных семей. 38% студентов получали предложение попробовать какой-либо наркотик.

Практически все студенты знают, сколько живут люди, употребляющие героин. При этом 16% студентов считают, что есть наркотики, от которых не возникает зависимости, и это, например, марихуана. Есть институты-лидеры, так, 68% студентов-журналистов считают, что есть безопасные в плане привыкания наркотики. Есть студенты (например, 22% студентов-историков), считающие, что алкоголь и табак

больше вредят здоровью, нежели наркотики. 87,5% студентов знают, что частое употребление снотворных и успокаивающих средств может привести к наркотической зависимости. Однако 13% студентов применяют эти средства для снятия нервного и эмоционального напряжения, успокаивающие и снотворные средства. 34,4% студентов не знают о несовместимости алкоголя и некоторых наркотиков, небольшое количество студентов не знают, что СПИД - это болезнь наркоманов. 8% студентов не известно, что такое «ломка».

79% студентов знают о мерах наказания за распространение наркотиков. О том, куда можно обратиться за помощью наркоманам, знают 45,2% студентов.

Ниже среднего оценивается студентами возможность излечения от наркомании. При этом студенты плохо информированы о способах и стоимости лечения. Многие студенты не знают, как оказывать первую помощь при отравлении наркотиками.

Особенно настораживает то, что все из опрошенных студентов оценивают свою волю выше среднего и полагают, что смогут, в случае необходимости, отказаться от вредной привычки.

Необходимо отметить, что опросом были охвачены студенты, посещающие лекции, а это более или менее прилежные студенты. Степень распространения наркомании в вузах может быть гораздо большей, чем мы это представили в данном обзоре, а уровень осведомленности об опасностях, которые несут наркотики, гораздо ниже.

Как уже было сказано, в качестве причины появления вредных привычек у молодежи можно выделить любопытство. Кто-то из молодых людей попробовал наркотик, его рассказы могут вызвать любопытство у его друзей. Разговоры об эффектах воздействия психотропных веществ могут

иметь сильную привлекательность. Опасно то, что многие молодые люди считают, что нужно поэкспериментировать, а потом можно будет отказаться от негативного поведения. Так, некоторые студенты считают, что в жизни все нужно попробовать. Но при этом дурная привычка быстро закрепляется.

Поиски удовольствий также часто приводят к беде, так как существует «закон роста потребностей».

И все это приводит к тому, что молодежь начинает употреблять наркотики. При этом наркоманией, в первую очередь, оказываются задетыми низшие слои общества. Дети из малообеспеченных, пьющих семей, находящиеся без присмотра родителей, начинают в раннем возрасте употреблять алкогольные напитки, затем переходят на анашу, маковую соломку, паркопан, кетамин. Потом уже пробуют такие наркотики, как винт и «подсаживаются»... И если для них это способ уйти от окружающей «грязной» действительности, то отпрыски богатых родителей принимают наркотики ради «крутизны». Как ни странно, для них низший слой является неким олицетворением свободы, и они по-своему ему завидуют. Богатые начинают с паркопана, анаши, экстази, переходя на героин и кокаин [103].

Однако, несмотря на многообразие личностных причин развития наркомании, основная причина наркотизации общества кроется в падении его духовной культуры. Глубинные первопричины социально-экономического кризиса и катастрофического ухудшения здоровья нации находятся не столько в сфере экономики, сколько в сфере духовно-нравственного воспитания, в чудовищной деформации духовно-нравственных ценностей и идеалов значительной части населения и особенно молодежи, в бездуховности. Один из пациентов реабилитационного наркологического центра сказал замечательную фразу, которую теперь часто цитируют наркологи: «Покупка разных наркотиков - это все равно, что покупка разных программ для компьютера. У тебя нет души - она абсолютно



пуста. Колешься наркотиком, как будто на несколько мгновений покупаешь себе программу – иллюзию того, что у тебя тоже есть живая душа» [120].

Как связано физическое и психическое здоровье, продолжительность жизни, благополучие человека с его духовностью? Дело в том, что духовность человека определяет смысл жизни, цели, ценности и, как следствие, его поведение, образ жизни, здоровье и долголетие.

Обратимся к смыслу жизни. Необходимо отметить, что человек может иметь высший альтруистический смысл жизни, он может иметь обыденный эгоистический смысл существования, он может доходить и до полного отсутствия всякого смысла. При отсутствии смысла человек мало жизнеспособен, он даже может отказаться от жизни. Наблюдения ученых показали, что ощущение бессмысленности больше распространено среди молодых людей, чем среди старших. Так, было выявлено, что среди причин смертности у американских студентов второе место после дорожно-транспортных происшествий занимают самоубийства. Причем попыток суицида примерно в 15 раз больше. Учеными было обнаружено, что большинство таких студентов не видели в жизни никакого смысла. При этом 93% из них были физически и психически здоровы, жили в хороших материальных условиях и в согласии со своей семьей. Эти студенты участвовали в общественной жизни и имели основания быть довольными своими успехами в учебе. Об объективной неудовлетворенности каких-то потребностей не было речи. Но они были несчастны, так как не видели в жизни смысла и поэтому отказывались от нее [103].

Отсутствие смысла, по мнению некоторых специалистов, является главной причиной появления вредных привычек. Если у человека нет смысла жизни, он пытается добиться счастья в обход здравого смысла, в частности с помощью химических препаратов. Принятие алкоголя также извращенно реализует эту возможность. Так, по наблюдениям Б.А. Маки, директора

Центра реабилитации алкоголиков военно-морских сил США, 90% случаев хронического алкоголизма вызваны утратой смысла жизни. А Стэнли Криппнер - специалист по реабилитации наркоманов, 100% случаев наркомании связывает с утратой смысла. Утрату смысла жизни иногда называют экзистенциальной фрустрацией, причем, у наркоманов она в два раза выше, чем у трезвенников. Этот факт можно использовать для лечения или профилактики появления вредных привычек у молодежи и взрослых. Так, Фрейзер, возглавляющий в Калифорнии центр реабилитации наркоманов, применил своеобразный метод терапии. Работа велась над обретением смысла жизни. Фрейзер добился 40% излечения наркоманов, по сравнению с 11% в среднем при использовании традиционных методов лечения [103].

Обретение смысла жизни оказывается важным фактором для сохранения здоровья человека. Только с наличием у человека смысла жизни, содержание которого должно быть высоко духовно связана возможность сохранения его здоровья. Напротив, человек, который уже не в состоянии найти в своей жизни смысл, создает либо бессмысленность, либо находит смысл в алкоголе или с помощью наркотиков. Люди, которые не осознают, для чего живут, достигают незначительных успехов в жизни, они несчастны, социально опасны и, как правило, деградируют. Причем, человеку нужен именно высший смысл жизни, он должен быть высоконравственен, направлен на благие цели, учитывать интересы других людей [97]. Это предполагает развитие духовной культуры. Поэтому основой профилактической работы по борьбе с вредными привычками учащихся и студентов должно стать воспитание их духовно-нравственной культуры.

## **9. Личностные причины формирования вредных привычек у молодежи и взрослых людей**

При всей значимости социальных причин развития наркомании среди населения больными становятся не все. К развитию наркомании предрасполагают определенные личностные факторы. Рассмотрением личностных причин возникновения вредных привычек занимались разные исследователи: В.В. Дунаевский, Г.Б. Федосеев, П. Чисхольм и др. Причины, приводящие к формированию вредных привычек, дифференцированные этими авторами, довольно разнообразны, но их все же, можно подвергнуть классификации.

В первую очередь, формированию вредных привычек способствуют неудовлетворенные потребности у человека. Они вызывают стресс, для снятия которого могут применяться различные психотропные средства. Необходимо учитывать, что набор потребностей человека индивидуален. Чем богаче духовный мир человека, тем шире представлены духовные потребности, уменьшающие вероятность формирования различных вредных привычек, духовность также позволяет избавиться от негативного поведения. Особенностью любого психотропного вещества является возможность химически подменить, симулировать удовлетворение той или иной потребности. Человек с помощью психотропных препаратов может подменить практически любую из своих потребностей, начиная от базовых физиологических потребностей: в еде, питье, и заканчивая завуалированными потребностями: в агрессии или поиске смысла жизни.

Развитию наркомании способствует потребность в новизне. Наркологи и психологи тесно связывают чувство наркотического опьянения с ощущениями «райского» периода, которые ребенок испытывает в раннем детстве - это период человеческой жизни до 3-х лет. В этом возрасте ребенок живет как в раю: он полностью защищен от любых опасностей, все его

потребности удовлетворяются, любое желание он в состоянии реализовать, каждый день жизни - праздник. Когда человек взрослеет, праздничный мир начинает тускнеть. Маленький человек вдруг осознает, что он сам и его родители не всемогущи. Чуть позже приходит понимание ответственности за свои поступки, однако память о «райском» периоде жизни в глубинах сознания сохраняется навсегда. Нам на протяжении всей жизни хочется вернуть ощущения новизны и волшебства окружающего мира из переживаний своего раннего детства.

Психологи утверждают также, что более склонны к развитию наркоманий люди, которые любят риск. Яркие ощущения – удачи, новизны и всемогущества чаще возникают у тех людей, которые склонны к риску. Более того, именно потребность в ярких ощущениях и в новых впечатлениях многие психологи считают той потребностью, которая часто приводит людей к профессиям и увлечениям, связанным с авантюрами и риском для жизни. Наркологи утверждают, что люди, склонные к азарту, рискуют, чтобы добиться примерно тех же самых ощущений, которые вызывают у человека психостимуляторы.

Другой причиной формирования вредных привычек является заниженная самооценка. В этом случае высокая духовность может не спасти человека от развития вредных привычек. Так, специалисты считают, что в качестве причины наркомании может выступать неудовлетворенность самим собой, которая бывает сильно выражена и при высоком развитии духовных потребностей. Кроме того, человек с заниженной самооценкой склонен к проявлениям депрессии, для него могут быть затруднены социальные контакты. Выход из сложной ситуации он может находить в применении психотропных средств.

Дефекты воспитания также могут приводить к появлению вредных привычек. К таким дефектам можно отнести низкую культуру, слабую волю

и отсутствие потребности в соблюдении здорового образа жизни. Так, например, человек слабовольный может выбирать легкие пути получения положительных эмоций, а когда отрицательная привычка укрепилась, он не может ее бросить.

Причиной развития наркомании может быть стремление принадлежать к значимой социальной группе.

Исследователями показано, что эмоциональная усталость тоже может вызывать появление вредных привычек, но это чаще свойственно людям зрелого возраста, в основном после 30 лет. Применение наркотиков взрослыми редко бывает вызвано любопытством. Основной мотив их употребления - стремление достичь спокойствия, попытки забыться.

Психические нарушения в сильной степени предрасполагают к появлению вредных привычек. Психопатический склад характера, неврозы, черепно-мозговые травмы, а также слабое соматическое здоровье способствуют появлению вредных привычек.

Наследственные факторы также являются предрасполагающими. Но наследственность не всегда приводит к появлению у детей той вредной привычки, которая была у родителей.

В целом же появление вредных привычек у молодежи, так же как и у взрослых, связано с целым комплексом личностных и социально-экономических причин. Среди них можно выделить наиболее распространенные причины: подражание, стремление казаться взрослым, любопытство, потребность быть «своим» в группе сверстников, стремление к независимости, попытки испытать удовольствие, определенный образ жизни, сложившийся в семье и др.

Закреплению вредных привычек у молодых людей способствуют особенности организма, а также определенные социальные и

психологические факторы. Способствовать закреплению вредных привычек может плохая социальная адаптация. Процесс общения со сверстниками и родителями может идти не так, как хотелось бы. В таком случае некоторые молодые люди используют наркотики, сигареты и алкоголь в знак протеста. Закреплению вредных привычек способствует также плохая информационная осведомленность. Недостаточная осведомленность о последствиях вредных привычек приводит к тому, что многие молодые люди, да и взрослые имеют плохое представление об ущербе, который наносят организму наркотики. Даже если о чем-то и знают, то считают, что с ними-то такого произойти не может, что с ними все будет в порядке.

Необходимо отметить недостаточную информационную осведомленность молодежи относительно наркотиков. Так, при проведении анкетирования авторами данной работы в Казанском (Приволжском) Федеральном университете было выявлено, что 95% студентов считают наркоманию болезнью. В том, что наркоманы виноваты сами, студенты не сомневаются. Но признались в том, что пробовали наркотики один или несколько раз, - 16,5% студентов. Ведущее место занимают престижные факультеты. Однако никто из студентов не считает себя наркоманом. На косвенный вопрос: «Какой наркотик вы бы попробовали, дешевый или дорогой», 67% студентов сошлись на мнении, что попробовали бы наркотик средней цены, 43% студентов ответили, что вовсе не стали бы пробовать наркотик. Почти все опрошенные считают, что наркоманы - это выходцы из обеспеченных семей. 38% студентов получали предложение попробовать какой-либо наркотик.

Практически все студенты знают, сколько живут люди, употребляющие героин. При этом 16% студентов считают, что есть наркотики, от которых не возникает зависимости, и это, например, марихуана. Есть институты-лидеры, так, 68% студентов-журналистов считают, что есть безопасные в плане привыкания наркотики. Есть студенты

(например, 22% студентов-историков), считающие, что алкоголь и табак больше вредят здоровью, нежели наркотики. 87,5% студентов знают, что частое употребление снотворных и успокаивающих средств может привести к наркотической зависимости. Однако 13% студентов применяют эти средства для снятия нервного и эмоционального напряжения, успокаивающие и снотворные средства. 34,4% студентов не знают о несовместимости алкоголя и некоторых наркотиков, небольшое количество студентов не знают, что СПИД - это болезнь наркоманов. 8% студентов не известно, что такое «ломка».

79% студентов знают о мерах наказания за распространение наркотиков. О том, куда можно обратиться за помощью наркоманам, знают 45,2% студентов.

Ниже среднего оценивается студентами возможность излечения от наркомании. При этом студенты плохо информированы о способах и стоимости лечения. Многие студенты не знают, как оказывать первую помощь при отравлении наркотиками.

Особенно настораживает то, что все из опрошенных студентов оценивают свою волю выше среднего и полагают, что смогут, в случае необходимости, отказаться от вредной привычки.

Необходимо отметить, что опросом были охвачены студенты, посещающие лекции, а это более или менее прилежные студенты. Степень распространения наркомании в вузах может быть гораздо большей, чем мы это представили в данном обзоре, а уровень осведомленности об опасностях, которые несут наркотики, гораздо ниже.

Как уже было сказано, в качестве причины появления вредных привычек у молодежи можно выделить любопытство. Кто-то из молодых людей попробовал наркотик, его рассказы могут вызвать любопытство у его

друзей. Разговоры об эффектах воздействия психотропных веществ могут иметь сильную привлекательность. Опасно то, что многие молодые люди считают, что нужно поэкспериментировать, а потом можно будет отказаться от негативного поведения. Так, некоторые студенты считают, что в жизни все нужно попробовать. Но при этом дурная привычка быстро закрепляется.

Поиски удовольствий также часто приводят к беде, так как существует «закон роста потребностей».

И все это приводит к тому, что молодежь начинает употреблять наркотики. При этом наркоманией, в первую очередь, оказываются задетыми низшие слои общества. Дети из малообеспеченных, пьющих семей, находящиеся без присмотра родителей, начинают в раннем возрасте употреблять алкогольные напитки, затем переходят на анашу, маковую соломку, паркопан, кетамин. Потом уже пробуют такие наркотики, как винт и «подсаживаются»... И если для них это способ уйти от окружающей «грязной» действительности, то отпрыски богатых родителей принимают наркотики ради «крутизны». Как ни странно, для них низший слой является неким олицетворением свободы, и они по-своему ему завидуют. Богатые начинают с паркопана, анаши, экстази, переходя на героин и кокаин [103].

Однако, несмотря на многообразие личностных причин развития наркомании, основная причина наркотизации общества кроется в падении его духовной культуры. Глубинные первопричины социально-экономического кризиса и катастрофического ухудшения здоровья нации находятся не столько в сфере экономики, сколько в сфере духовно-нравственного воспитания, в чудовищной деформации духовно-нравственных ценностей и идеалов значительной части населения и особенно молодежи, в бездуховности. Один из пациентов реабилитационного наркологического центра сказал замечательную фразу, которую теперь часто цитируют наркологи: «Покупка разных наркотиков - это все равно, что



покупка разных программ для компьютера. У тебя нет души - она абсолютно пуста. Колешься наркотиком, как будто на несколько мгновений покупаешь себе программу – иллюзию того, что у тебя тоже есть живая душа» [120].

Как связано физическое и психическое здоровье, продолжительность жизни, благополучие человека с его духовностью? Дело в том, что духовность человека определяет смысл жизни, цели, ценности и, как следствие, его поведение, образ жизни, здоровье и долголетие.

Обратимся к смыслу жизни. Необходимо отметить, что человек может иметь высший альтруистический смысл жизни, он может иметь обыденный эгоистический смысл существования, он может доходить и до полного отсутствия всякого смысла. При отсутствии смысла человек мало жизнеспособен, он даже может отказаться от жизни. Наблюдения ученых показали, что ощущение бессмысленности больше распространено среди молодых людей, чем среди старших. Так, было выявлено, что среди причин смертности у американских студентов второе место после дорожно-транспортных происшествий занимают самоубийства. Причем попыток суицида примерно в 15 раз больше. Учеными было обнаружено, что большинство таких студентов не видели в жизни никакого смысла. При этом 93% из них были физически и психически здоровы, жили в хороших материальных условиях и в согласии со своей семьей. Эти студенты участвовали в общественной жизни и имели основания быть довольными своими успехами в учебе. Об объективной неудовлетворенности каких-то потребностей не было речи. Но они были несчастны, так как не видели в жизни смысла и поэтому отказывались от нее [103].

Отсутствие смысла, по мнению некоторых специалистов, является главной причиной появления вредных привычек. Если у человека нет смысла жизни, он пытается добиться счастья в обход здравого смысла, в частности с помощью химических препаратов. Принятие алкоголя также извращенно

реализует эту возможность. Так, по наблюдениям Б.А. Маки, директора Центра реабилитации алкоголиков военно-морских сил США, 90% случаев хронического алкоголизма вызваны утратой смысла жизни. А Стэнли Криппнер - специалист по реабилитации наркоманов, 100% случаев наркомании связывает с утратой смысла. Утрату смысла жизни иногда называют экзистенциальной фрустрацией, причем, у наркоманов она в два раза выше, чем у трезвенников. Этот факт можно использовать для лечения или профилактики появления вредных привычек у молодежи и взрослых. Так, Фрейзер, возглавляющий в Калифорнии центр реабилитации наркоманов, применил своеобразный метод терапии. Работа велась над обретением смысла жизни. Фрейзер добился 40% излечения наркоманов, по сравнению с 11% в среднем при использовании традиционных методов лечения [103].

Обретение смысла жизни оказывается важным фактором для сохранения здоровья человека. Только с наличием у человека смысла жизни, содержание которого должно быть высоко духовно связана возможность сохранения его здоровья. Напротив, человек, который уже не в состоянии найти в своей жизни смысл, создает либо бессмысленность, либо находит смысл в алкоголе или с помощью наркотиков. Люди, которые не осознают, для чего живут, достигают незначительных успехов в жизни, они несчастны, социально опасны и, как правило, деградируют. Причем, человеку нужен именно высший смысл жизни, он должен быть высоконравственен, направлен на благие цели, учитывать интересы других людей [97]. Это предполагает развитие духовной культуры. Поэтому основой профилактической работы по борьбе с вредными привычками учащихся и студентов должно стать воспитание их духовно-нравственной культуры.

## **10. Последствия приема наркотических средств. СПИД - спутник «внутривенного» наркомана**

Особое внимание к проблеме формирования наркомании важно еще и потому, что наркомания в последние годы стала главной причиной заболеваемости ВИЧ. Еженедельно в Российский научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом поступает информация о 1000-1500 новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. По данным СПИД-центров, на 95% - это наркоманы, применявшие наркотики внутривенно. Данные статистики свидетельствуют о высокой связи роста наркомании в РФ с ростом заболеваемости СПИДом, вирусным гепатитом и др. серьезными заболеваниями [109].

СПИД – это заболевание, проявляющееся, прежде всего, дефицитом иммунитета. Этим термином обозначается совокупность механизмов, обеспечивающих защиту организма от болезнетворных бактерий, грибков, вирусов и других чужеродных агентов. Для осуществления защитной функции в организме человека существует иммунная система, в состав которой входят: костный мозг, лимфатические узлы, селезенка и др. ВИЧ-инфекция приводит к сопутствующим заболеваниям в результате ослабления иммунитета [109].

Посмотрим на историю. Первые заболевшие СПИДом были выявлены не так давно - в 1981 году. Однако сначала распространение вируса-возбудителя заболевания шло преимущественно среди определенных групп населения, которые называли «группами риска» - это наркоманы, проститутки, гомосексуалисты, больные гемофилией. Однако сейчас СПИД во многих странах уже вышел за пределы названных «групп риска» в основную популяцию населения. И к 1991 году СПИД был зарегистрирован во всех странах мира кроме Албании. В Соединенных Штатах уже в то время один из каждых 100-200 человек был инфицирован ВИЧ [109].

С 1992 года начался второй этап распространения пандемии данного заболевания. К концу 1991 года СПИД в США вышел уже на третье место по смертности, обогнав раковые заболевания. В Африке же, по прогнозам специалистов, в ближайшие 7-10 лет 25% сельскохозяйственных ферм могут остаться без рабочей силы из-за вымирания населения от последствий СПИДа. Это страшное заболевание, т.к. больной без лечения умирает примерно через 11 лет [109].

Ни одна страна не смогла избежать последствий глобальной эпидемии СПИДа, в том числе и Россия.

- В Российской Федерации на 1.09.2012 официально зарегистрировано 678560 людей с ВИЧ – инфекцией, из них 6099 детей в возрасте до 15 лет.

При этом среди ВИЧ–инфицированных людей в Российской Федерации преобладают мужчины, однако они активно вовлекают в эпидситуацию женщин детородного возраста, не относящихся к группам риска и инфицирующихся половым путем. И каждый час инфицируются ВИЧ еще 570 человек, каждые сутки - 13698 человек [109].

Существует много теорий о происхождении СПИДа, однако все они довольно противоречивы. Как развивается болезнь ученым полностью неясно. Откуда взялся вирус ВИЧ, также непонятно. До сих пор не доказано, что ВИЧ – это не результат исследований маньяка-генетика или военно-промышленного комплекса. А может он был «заимствован» у обезьян?

Вот одна из теорий специалистов о происхождении ВИЧ: ВИЧ всегда существовал в Африке, в районах, ранее недоступных не только для европейцев, но и для исконно местного населения - самих африканцев. Когда уровень техники вырос до такой степени, что люди стали путешествовать по всему миру, в африканских странах началось активное перемещение населения, и таким образом произошел перенос ВИЧ в различные популяции.

Однако ранее в самых глухих районах африканского континента продолжительность жизни составляла для взрослого человека около 30 лет. Половую жизнь в племенах начинали, примерно, в восемнадцать лет, и даже если сразу же абориген заражался ВИЧ, то чаще всего он погибал еще до того, как у него развивалось заболевание - он погибал на охоте и т.п. Для современного человека с его большей продолжительностью жизни вирус стал заметным, так как невозможно не заметить гибели молодого человека в возрасте 30-40 лет. Возможно, когда люди будут жить по 200-300 лет, по мнению ученых, откроется много новых бактерий и вирусов, которые будут убивать молодых 135-летних девушек и юношей, просто для их развития в организме человека нужен будет еще более длительный срок [109].

При этом загадочно происхождение, лечение и механизмы развития данного заболевания. Возникает ощущение, что СПИД - это проклятие для всего человечества. До сих пор нет эффективного средства лечения. Это связано с тем, что вирус СПИДа погибает, примерно, в тех же условиях, что и сам человеческий организм. И пока лечение ВИЧ-инфекции - дело мало результативное. Высока стоимость современных методов терапии заболевания. Борьба со СПИДом во всем мире в значительной мере осложняется из-за отсутствия эффективных лекарственных препаратов, а также из-за невозможности проводить профилактическую вакцинацию. Ученые считают, что для создания вакцины может потребоваться от 8 до 20 лет. Именно поэтому главное значение в борьбе с эпидемией СПИДа имеет профилактика: полная и объективная информация для широких слоев населения об актуальности проблемы СПИДа и эффективных способах предупреждения заражения им и санитарное просвещение людей.

За все время, прошедшее с момента появления первых фактов постановки диагноза СПИД, не было зарегистрировано ни одного достоверного случая излечения от этого заболевания. Все носители ВИЧ (вируса иммунодефицита) являются потенциально больными людьми. Однако

ВИЧ-инфекция - это довольно медленная инфекция и она развивается годами. При этом в описании клинической картины ВИЧ-инфекции можно дифференцировать три основных периода:

I.Заражение. От момента заражения до начала выработки организмом антител проходит примерно 3 месяца.

II.Бессимптомное течение болезни. В среднем 5-7 лет человек - носитель вируса чувствует себя нормально. И чем крепче было здоровье на момент заражения, тем продолжительнее этот период.

III.СПИД – это уже синдром приобретенного иммунодефицита. В этот период ВИЧ настолько разрушает иммунитет, что организм утрачивает способность к защите. В это время появляются достаточно серьезные проблемы со здоровьем, обусловленные нарушением обмена веществ, различными инфекциями и если не применяется адекватное лечение, этот период может длиться до 3 лет, заканчиваясь летальным исходом [95].

Труднее всего распознать болезнь в самом начале. Симптоматика заражения вирусом иммунодефицита человека, вызывающим СПИД, многолика. Сначала этот вирус интенсивно размножается, и первая волна репликации ВИЧ может сопровождаться жаром, сыпью, явлениями, подобным симптомам гриппа, неврологическими симптомами. Затем ненадолго количество вируса, циркулирующего в крови и цереброспинальной жидкости, уменьшается. Тем не менее, вирус все же присутствует в организме. И когда болезненный процесс заходит слишком далеко, у заболевшего человека наблюдается три основных вида нарушений.

Прежде всего, более чем у половины больных развиваются различные вторичные инфекции, обусловленные бактериями, вирусами, грибами и простейшими организмами. Это могут быть следующие инфекции.

1. Пневмоцистная пневмония. Возбудитель - бактерия *Pneumocystis carinii*, обитающая в окружающей среде, избежать ее попадания в организм невозможно.

2. Грибковые инфекции. Наиболее распространенные грибковые заболевания - кандидозы, возникающие практически на любой стадии развития ВИЧ-инфекции. При низком иммунитете наиболее опасным становится кандидоз пищевода. Опасен результат грибковой инфекции - криптококковый менингит.

3. Токсоплазмоз, возбудитель которого - внутриклеточный микроорганизм *Toxoplasma gondii*, вызывающий у людей с низким иммунным статусом воспаление головного мозга - энцефалит. Заражение токсоплазмой чаще происходит от употребления плохо проваренного мяса и от контакта с кошками (их пометом). После заражения токсоплазма может находиться в организме в скрытой форме, пока снижение иммунитета человека не приведет к опасному заболеванию.

4. Туберкулез. Избежать заражения микобактериями туберкулеза при наличии в организме ВИЧ довольно трудно, поскольку инфекция передается в основном воздушно-капельным путем.

5. Бактериальные инфекции. Заражения бактериями при ВИЧ-инфекции может привести к бактериальной пневмонии. При нормальном иммунном статусе у человека редко развивается пневмония. Но риск серьезно повышается, если человек курит сигареты или употребляет наркотики. Бактерии могут быть также причиной желудочно-кишечных расстройств.

6. Цитомегаловирус (ЦМВ). ЦМВ присутствует в организме большинства здоровых людей и является условно-патогенной инфекцией, однако он также передается и половым путем. Цитомегаловирус может вызывать у людей с низким иммунным статусом опасное воспалительное

заболевание глаз, которое, в свою очередь, может привести к потере зрения. ЦМВ также провоцирует нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, нервной системы и других органов.

7. Герпес-вирусы. Герпес при низком иммунитете представляет серьезную проблему. Заражение может произойти при контакте с людьми, болеющими как активной формой герпеса, так и половым путем.

Более чем у половины больных СПИДом наблюдаются психические и неврологические нарушения. У каждого третьего больного СПИДом развиваются опухоли - саркомы, меланомы, глиомы, лимфомы и др. [95].

Можно дифференцировать несколько основных групп повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией.

1. Гомосексуалисты и бисексуалы – главная группа риска. В США, где количество больных СПИДом на сегодняшний день наибольшее в сравнении с другими странами мира, 73,6% больных приходится именно на данную группу.

2. Наркоманы, применяющие наркотики внутривенно.

3. Проститутки. Инфицированность среди проституток достигает 40%, а в африканских странах 90%.

4. Больные гемофилией и лица, подвергающиеся переливаниям крови или каких-либо её компонентов во время медицинских манипуляций. Так, исследования специалистов показывают, что инфицированность ВИЧ у больных гемофилией во Франции достигает 48%, в США вирусом СПИД инфицировано более 33% пациентов-гемофиликов.

5. Больные вирусным гепатитом В и сифилисом. Эпидемиологическая и патогенетическая связь между сифилисом и СПИД настолько существенна,



что ряд ученых даже рассматривают СПИД как сопутствующую инфекцию у больных сифилисом.

6. Дети ВИЧ-инфицированных женщин. Такие дети заражаются через плаценту или в процессе родов в 75 - 90 % случаев [95].

Итак, рассматривая пути и факторы передачи вируса СПИД, необходимо отметить, что передача ВИЧ бытовым путём: через объятия, поцелуи, рукопожатия, посредством предметов обихода, посуду и т.п. является практически невозможной. Нет достоверных данных о передаче ВИЧ через кровососущих членистоногих: комаров, клещей, москитов и пр.

Это информация А. Уильяма, Н. Джонатана, А. Робина, Р. Яркоана, Х. Мицуя, С. Бродера, К. Роберта и др. [95, 109].

## **11. Еще одна опасность - гепатит**

Почти половина пациентов инфекционных клиник в России в настоящее время составляют больные гепатитом, а вторым по важности фактором канцерогенеза, способствующим возникновению рака, после курения сигарет, является перенесение инфекции вирусом гепатита В.

Специалисты дифференцируют несколько разновидностей вирусного гепатита, при этом для людей, употребляющих наркотики, наибольшую опасность представляют гепатиты В и С, поэтому рассмотрим их подробнее.

Гепатит В. Передается при применении нестерильных шприцев, при переливании крови, половым путем, при поцелуе, от матери к ребенку при родах и кормлении.

Инкубационный период заболевания 1-6 месяцев. Симптомы: может быть желтуха, симптомы воспаления печени, боли в животе.

Но гепатит В довольно часто протекает бессимптомно.

В немногих случаях он протекает в скоротечной форме (возможна смерть) в виде непропорционально сильного иммунного ответа организма: Т-лимфоциты атакуют клетки печени, что приводит к быстрому ее разрушению. Активная форма хронического гепатита также может приводить к первичному раку и циррозу печени.

При этом в большинстве случаев больной полностью выздоравливает, и иммунитет к гепатиту у человека остается на много лет. Если иммунитет ослаблен, то гепатит может перейти и в хроническую форму. Однако масштабного производства вакцин к вирусам гепатита у нас в стране нет.

Гепатит С. Основным механизмом заражения гепатитом С является парентеральный, т.е. преимущественно вирус передается через кровь, хотя возможно заражение и через другие биологические жидкости: через вагинальный секрет, сперму, слюну, мочу (в последних двух случаях редко). В настоящее время самой значимой группой риска являются не больные гемофилией, а наркоманы, применяющие наркотики внутривенно. Это «инъекционный» или «трансмиссивный» путь заражения инфекцией. Передача вируса происходит при использовании общей иглы или шприца. Бывают случаи, когда зараженным оказывается уже сам наркотик. Доля людей, инфицированных вирусом гепатита С среди наркоманов очень высока, но значительно колеблется в разных странах и достигает примерно до 50% в некоторых регионах нашей страны. Дополнительным фактором риска для этой группы служит увлечение татуировками и пирсингом.

Часть заразившихся «трансмиссивным» путем составляют пациенты, инфицированные в медицинских учреждениях, где нарушаются правила стерилизации медицинских инструментов. Не исключена возможность инфицирования в центрах гемодиализа и даже в стоматологических и гинекологических кабинетах, что происходит при несоблюдении требований

асептики и антисептики. Иногда наблюдается инфицирование самого медперсонала из-за случайных травм при различных медицинских манипуляциях.

Есть данные о большей частоте инфицирования женщин, контактировавших с больными гепатитом С мужчинами, нежели мужчин - партнеров больных женщин. У гомосексуалистов, не принимавших внутривенно лекарственные препараты или наркотики, инфицирование обнаруживается примерно в 1-18% случаев, и тем чаще, чем больше было в их жизни разных сексуальных партнеров.

Бытовым путем гепатит С передается до 11% случаев лицам, контактировавшим с больными гепатитом С.

Вирус гепатита С, как предполагается, проник в человеческую популяцию около 300 лет назад и в настоящее время представляет серьезную угрозу здоровью и жизни людей на всей планете. Этот вирус в человеческом обществе весьма распространен, но природный резервуар его при этом до сих пор не известен. Кроме человека болеют гепатитом С шимпанзе. Данные о частоте встречаемости гепатита С от общей численности населения (Западная Европа, США) колеблются от 0,5-3% до 4-20% (Африка, Восточная Европа, Азия). На территории бывшего СССР гепатит С встречается чаще всего в республиках Средней Азии, а также в Молдове (5-10%).

Инкубационный период данного заболевания примерно 6-8 недель. Симптомы гепатита С: желтуха (бывает не во всех случаях), горечь во рту, тошнота, отрыжка, диспепсические явления, умеренное увеличение и уплотнение печени и селезенки, чувство тяжести или тупые боли в области правого подреберья, снижение аппетита, нарушение функций печени, слабость, лихорадка, снижение веса, кожный зуд, нередко также кровотечения из носа. Но в 50% случаев гепатит С протекает бессимптомно,

поэтому большинство инфицированных людей является скрытыми носителями. Течение доброкачественного хронического гепатита может быть до 20 лет. Обострения возникают редко и в основном под воздействием сильных провоцирующих факторов.

У 85% заболевших гепатит С переходит именно в хроническую форму, при этом 5-20% хронических носителей гепатита С в течение первых 5-7 лет зарабатывают цирроз или рак печени.

Агрессивный гепатит характеризуется частыми рецидивами, частота которых может быть, однако, весьма различной. Более частые рецидивы приводят к быстрому прогрессированию дистрофических и воспалительно-рубцовых изменений в печени и развитию ее цирроза. Прогноз при этой форме довольно тяжелый, поэтому гепатит С в России опасен как угроза жизни человека. Агрессивный гепатит С без своевременного медицинского лечения приводит к летальному исходу уже через год-полтора после заражения.

У наркоманов гепатит быстро приводит к дистрофии печени – со всеми вытекающими отсюда последствиями гораздо быстрее. В результате заболевания гепатитом организм не может противостоять сопутствующим наркомании заболеваниям – сепсису, флегмонам, тромбофлебитам, воспалению легких и прочим заболеваниям. Поражение иммунитета обычно очень высоко, и его можно сравнить только с заболеванием СПИД-ом. При этом условия инъекций в среде наркоманов очень далеки от стерильных, поэтому результатом внутривенного применения наркотиков может стать сепсис и так называемая гипертоксическая реакция, когда в кровь вместе с наркотиком попадает большое количество живых и погибших бактерий, грибков и др. микроорганизмов. Это осложнение сопровождается резким повышением температуры, ознобом, головокружением, тошнотой,

слабостью, болью в суставах и пояснице. Случаи гибели больных в такой ситуации весьма многочисленны.

Механизмы иммунного ответа при гепатите С до сих пор остаются не вполне ясными. Исследования специалистов показывают, что перенесенная инфекция не исключает заражения другими штаммами (разновидностями) вируса гепатита С, что является одной из причин отсутствия эффективной вакцины для ее профилактики. В связи с этим основными методами профилактики гепатита С остаются тщательный контроль препаратов крови и всех биологических препаратов, используемых в медицинской практике, применение одноразовых медицинских инструментов и шприцев, а также активная профилактическая просветительская деятельность. В современных условиях, когда лечение является крайне дорогостоящим (у больного на лечение в месяц может уходить по 80 тыс. рублей) и часто неэффективным, профилактика гепатита С имеет важнейшее значение для ограничения инфицирования населения.

В России хроническим гепатитом В, только по официальным данным, страдают около 3 миллионов человек и еще более 5 миллионов больны хроническим гепатитом С. Когда в стране, по официальной статистике, болен каждый семнадцатый (при этом реальные цифры могут быть существенно выше), становится ясно, что вирусные гепатиты являются одной из самых актуальных глобальных медицинских и социальных проблем нашего общества.

Это информация Е. Акулова, Е. Матвеева, П. Маркевича, Ю. Максимова, М. Скотникова [95].

## 12. Социальная деградация наркомана

Длительное употребление наркотиков, приводит к глобальным изменениям в личности наркомана. При регулярном приеме разных наркотических средств эти изменения имеют некоторые особенности, но общими являются симптомы духовной, физической, психологической и социальной деградации личности.

На всех стадиях наркотической зависимости при приеме различных наркотиков для человека характерно отрицать свою зависимость от них. На ранней стадии наркоман часто просто не понимает, что он уже серьезно заболел. Потом человек, уже страдающий наркотической зависимостью, все же отрицает это, потому что не связывает симптомы, которые у него появляются с проблемами, связанными с употреблением наркотиков. На стадии хронической болезни страдают логическое мышление и память, поэтому наркоман теряет способность трезво оценивать реальность. Кроме того, у наркомана часто появляется убеждение в том, что, только принимая наркотические вещества, он свободен духовно, а жизнь без наркотиков он считает неинтересной и скучной [122].

Наиболее серьезные личностные изменения возникают при приеме наркотиков-опиатов (метадон, героин). Наркоман становится совершенно безразличным ко всему, кроме деятельности по добыче и употреблению наркотиков. При этом ранее отзывчивый человек становится грубым и черствым, жестким, его не интересуют страдания, которые он доставляет окружающим людям.

При приеме амфетаминов и кокаина человек становится агрессивным, появляется повышенная возбудимость, нервозность, галлюцинации, резкие перепады настроения.

При злоупотреблении галлюциногенами личностные изменения могут напоминать симптоматику шизофрении. Больные становятся подозрительными, они выглядят то заторможенными и отрешенными от окружающей действительности, то становятся чрезмерно возбужденными и напоминают душевнобольных, однако они продолжают ориентироваться в реальном мире [122].

При злоупотреблении снотворными средствами также развивается серьезная социальная деградация. Наркоманы становятся безразличными ко всему, агрессивными, неаккуратными. В дальнейшем у них снижается сообразительность, речь становится замедленной [122].

Наркомания связана и с преступностью, так как регулярное употребление наркотиков порождает тревогу, агрессию, злобность. В состоянии наркотического опьянения наркоманы совершают множество преступлений: убийства, хулиганские действия, телесные повреждения, изнасилования, грабежи и др. Главным мотивом совершения данных преступлений становится желание завладеть наркотиками или деньгами для их приобретения. Нередко встречаются и «заказные» убийства связанные с конкуренцией на рынке распространения наркотиков.

### **13. Где же выход из ситуации?**

До начала 20 века в нашей стране и за рубежом почти не было ограничений на производство и употребление наркотиков, но все же иногда делались попытки запретить или сократить использование определенных психоактивных веществ, однако они были непродолжительными и, как правило, неудачными. Например, кофе, табак и чай были сначала встречены Европой агрессивно. Первый европеец, закуривший табак, - спутник Колумба Родриго де Херес – по прибытии в Испанию был заключен под стражу, так

как власти решили, что в его душу вселился дьявол. Было реализовано несколько попыток объявить незаконным употребление чая и кофе. Однако известны случаи, когда государство содействовало процветанию торговли наркотиками, вводя какие-либо запретительные меры [103].

Профилактика наркомании на сегодняшний день регулируется системой нормативно-правовых актов разных уровней, т.е. сюда входят и законы, постановления различных уровней, указы, приказы, Конвенции и т.п. [168].

Так, в Уголовном Кодексе РФ есть статья о незаконном хранении наркотических препаратов, их распространении, употреблении и изготовлении, ее нарушение приводит к серьезным последствиям - административной или уголовной ответственности. Применение наркотиков допустимо только в медицинских целях в лекарстве, в качестве успокаивающего, обезболивающего или снотворного средства [168].

Употребление наркотического или психотропного вещества без назначения врача, исключая случаи, оговоренные в ч. 3 ст. 20.20 Кодекса РФ ведет к административному штрафу в размере от 4 до 5 тыс. рублей, или же аресту на 15 суток. Если же это действие было совершено иностранцем, то статья кроме штрафа предполагает его депортацию из страны [168].

Статья 228 Уголовного Кодекса РФ за незаконное приобретение, хранение, перевозку, переработку и изготовление для употребления в личных целях, психотропных и наркотических веществ, и аналогов этих веществ, предполагает штраф до 40 тыс. рублей. Сумма может быть заменена штрафом в размере зарплаты, или другого дохода за период до 3 месяцев или лишением свободы до 3 лет [168].

За то же самое, но совершенное в размерах, относящихся к разряду «особо крупные размеры» статья 228 Уголовного Кодекса РФ наказывает



лишением свободы от 3 до 10 лет с сопутствующим штрафом в 500 тыс. руб., который может быть заменен размером зарплаты за период до 3 лет [168].

Лица, совершившие преступление, связанное с употреблением наркотиков и вытекающими из этого действиями, но добровольно сдавшие наркотики, и активно оказывающие помощь правоохранительным органам в раскрытии и пресечении преступлений по незаконному распространению наркотических и психотропных веществ освобождаются от уголовной ответственности. Незаконное производство, пересылка и сбыт наркотиков может привести к лишению свободы сроком до 4-8 лет. Лица, совершившие это преступление по сговору, а также, если его размер был особо крупным, могут получить наказание на срок от 5 до 12 лет и заплатить штраф 500 тыс. руб. Такое же наказание ждет совершеннолетних лиц, которые вовлекли в преступление несовершеннолетних граждан [168].

При этом есть общее мнение, что статья за распространение наркотиков должна стать более жесткой. Многие Россияне на сегодняшний день считают, что наркоманам и наркоторговцам надо дать реально почувствовать жесткость общества по отношению к противоправной деятельности, связанной с наркотиками, причем организаторы должны нести наибольшее наказание.

Вот какие существуют предложения в направлении ужесточения Российских законов:

- вновь ввести статью об уголовной ответственности за пропаганду и рекламу наркотиков;

- в части хищения или вымогательства наркотиков, за которые установлена уголовная ответственность, к последним добавить прекурсоры и установить жесткий контроль над их легальным оборотом;

- ввести уголовную ответственность за противоправные деяния с психотропными веществами и наркотическими средствами, совершаемые лицами с использованием химических познаний либо в химических лабораториях [123].

Однако существовало и существует противоположное предложение: легализовать наркотики. Основной аргумент сторонников легализации у нас в стране - экономический эффект от их продажи. Утверждают, что казна нашей страны может существенно пополниться. Кроме того, уменьшится коррупция в государственном аппарате, лишатся дохода мафиозные структуры, и будет определенный контроль над распространением СПИДа. Однако большинство наркологов страны отрицательно относятся к легальной торговле наркотическими веществами. Кроме того, легализация возможна только для совершеннолетних потребителей, при этом наркомафию не очень интересуют взрослые люди, главный упор в торговле делается на молодежь - школьников и студентов. При этом, возможно, что родители не смогут оказать помощь своим детям, так как выросли в «чистой» стране и практически не знают этой проблемы. Легализация наркотиков в нашей стране может быть чрезвычайно опасна: население, особенно молодая его часть, просто не готовы ни к серьезному обсуждению этой темы, ни к принятию ответственных решений. Кстати, европейское движение за легализацию наркотиков сегодня отвергают многие страны, и особенно Швеция. Правительство данной страны считает, что доступность и удешевление наркотиков не только не снимают проблему, а только обостряют ее, поэтому легализация наркотиков рассматривается в Швеции как угроза национальной безопасности. Поэтому в данной стране легализация наркотиков была отменена [123].

Лечить наркоманов - дорогое удовольствие. При этом лечение наркомании не только дорогое, но и крайне трудное дело. Эффективность лечения медицинского составляет, примерно, 5% - столько излечившихся

воздерживается от приема наркотиков в течение года. Если к лечению прибавляется хорошая индивидуальная психотерапия, то эффективность повышается до 26%. За счет улучшения структуры оказания наркологической помощи эффективность может возрасти до 28%, и самые высокие результаты лечения, которых добиваются лучшие зарубежные и российские клиники, - 30-40%, что возможно при лечении по индивидуальной дорогостоящей программе. По силам ли стране с неустойчивой экономикой заниматься лечением и реабилитацией нескольких сот тысяч наркоманов? Последствия легализации наркотических веществ в России могут быть непредсказуемы и ужасны. Сейчас наркотики употребляет примерно 3-4% населения России, легализация же может увеличить число наркоманов до 10%. И эта цифра будет лишь расти в течение 10-15 лет. Медицинские последствия употребления наркотиков гораздо серьезнее в сравнении с табакокурением и алкоголизмом. Наркоман – это инвалид, для него уже нет обратной дороги [33].

Существует довольно много методов лечения наркомании, но они малоэффективны. Почему? Во-первых, потому, что людям, особенно молодым, с трудом удается задумываться о последствиях своего неправильного поведения. При этом тяжело поддаются перевоспитанию привычки, связанные с сексом, пищевыми традициями, алкоголем, наркотиками и курением; во-вторых, потому, что люди, злоупотребляющие наркотиками, вообще не часто обращаются за медицинской помощью. Редкость обращений связана с тем, что депрессия отмены психостимуляторов сопровождается у наркоманов чувством безнадежности, болезненным самолюбием и утратой смысла жизни. Таким больным кажется, что избавиться от потребности в героине или амфетамине абсолютно невозможно, а обращаться к врачу совершенно бессмысленно. Главная проблема зависимости от наркотиков заключается в формировании условных рефлексов. Как считают специалисты, рецидивы после лечения в виде

повторного приема наркотиков происходят из-за столкновения человека с обстоятельствами и факторами, напоминающими ему о них. Пациенту крайне трудно находиться в том же дворе или в той же комнате, где он принимал наркотик. Ему трудно общаться с теми же людьми, с которыми он имел дело во время приема психостимуляторов. Наркотическая среда способна в любой момент «включить» условный рефлекс в виде непреодолимого желания принять наркотик, а сменить место жительства может не каждый наркоман, да и где его найти это место проживания, где нет наркотиков и наркоманов. Есть более надежный способ предотвращения распространения наркомании – профилактика. При этом важно, чтобы эта проблема постоянно оставалась в поле зрения государственных органов власти. Опыт зарубежных стран показывает, что средства, вложенные в профилактическую борьбу с наркоманией, окупаются сторицей в сравнении с теми суммами, которые требуются на преодоление последствий роста употребления наркотиков [33].

Зарубежный опыт в области предупреждения употребления психоактивных веществ и профилактики наркомании показывает, что мероприятия по профилактике наркоманий необходимо направить, прежде всего, на контингент лиц школьного возраста и студентов, т.к. именно эти возрастные группы быстро формируют пристрастие к наркотикам, осложняющееся сопутствующими заболеваниями вследствие отсутствия должной гигиены и случайных половых контактов. Профилактическая работа по профилактике наркомании должна осуществляться на всех уровнях образования – от дошкольного образования до высшего профессионального.

В соответствии с классификацией ВОЗ профилактика наркомании дифференцируется на первичную, вторичную и третичную.

**Первичная профилактика** является наиболее массовой. Ее цель - формирование активного, адаптивного, функционального стиля поведения у

населения, направленного на здоровый образ жизни. Первичная профилактика призвана менять негативные формы поведения на более позитивные, но они должны быть направлены не столько на предупреждение болезни, сколько на формирование здоровьесберегающего поведения. Основной контингент для профилактической работы – дети и молодежь. Все должно начинаться еще с детских садов, школ. Профилактика должна продолжаться в вузах. При этом должны быть соответствующие занятия [124].

**Вторичная профилактика** подразумевает как социально-психологические, но и неспецифические медицинские мероприятия. Ее контингентом являются уже люди, склонные к аддикциям, при этом:

- выявляются лица, злоупотребляющие наркотиками и склонные к совершению на этой почве тех или иных преступлений;
- устраняются причины и условия индивидуального противоправного поведения;
- устраняются обстоятельства, приводящие к употреблению наркотиков;
- осуществляется обеспечение контроля над образом жизни и поведением лиц, злоупотребляющих наркотиками;
- в отношении указанных выше лиц реализуются меры воспитательного, правового, медицинского и др. характера с целью профилактики правонарушающего поведения [124].

**Третичная профилактика** является преимущественно индивидуальной, медико-социальной, и направлена она на предупреждение перехода уже существующего заболевания на более тяжелые стадии [124].

При этом региональные общественные организации и Центры в нашей стране должны заниматься исследовательской деятельностью по разработке территориальных моделей профилактики наркозависимости среди детей и молодежи, при необходимости осуществлять экстренную психологическую помощь молодым людям, медико-социальную реабилитацию, формировать волонтерские движения.

В настоящее время во всех регионах РФ осуществляются комплексные программы, объединяющие усилия государственных и общественных организаций при планировании и реализации антинаркотической пропаганды среди детей и молодежи [125].

Однако, к сожалению, в России, в последнее время, даже государственные наркологические учреждения из-за недостатка финансирования сокращаются. За последние годы, несмотря на бурное проникновение наркотиков во все слои и социальные группы населения, их количество уменьшилось на 30%, число койко-мест в них - на 60%, а врачей-наркологов - на 25%. Частных и общественных пунктов, где можно получить высококвалифицированную медицинскую помощь и моральную поддержку, вообще единицы [65].

Многовековой опыт человечества доказал, что ни запреты, ни свобода потребления наркотиков от наркомании не спасают, только сам человек не допустит ее, если скажет наркотику решительное «НЕТ!». И это должно сделать большинство людей. При этом крайне важно проводить профилактическую ориентацию молодой части населения на здоровый образ жизни. Желательно приобщение молодежи к спорту. Важно также развитие общей и культуры здоровья детей и взрослых. В Уставе ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) записано, что «здоровье» – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В этом определении понятия

здоровья, которое часто цитируется в книгах и статьях о здоровье, хотелось бы особо обратить внимание на «духовное благополучие», на духовность как важнейший элемент здоровья человека. В последние годы в связи катастрофическим ухудшением здоровья молодежи педагоги-исследователи большое внимание уделяют культуре здоровья. При этом основное внимание отводится физическому благополучию и физическому развитию человека. Однако здоровье человека нельзя сохранить без развития его духовных основ. Выход из сегодняшнего положения состоит в изменении мнения относительно вредных привычек среди молодых людей, в профилактической работе с раннего возраста, в совершенствовании системы ценностей молодежи. В молодежной среде должна быть привита мода на здоровье. Молодежи необходимо прививать навыки здорового образа жизни, привычку заниматься спортом или по какой-либо оздоровительной системе, ибо человек, длительно занимающийся оздоровлением, склонен отказаться от всего, что наносит ущерб здоровью.

Поэтому самой эффективной может быть только первичная профилактика, проводимая с детьми и молодежью. Она заключается в целом комплексе социально-педагогической деятельности.

Основными направлениями в профилактической работе с детьми и молодежью могут быть следующие направления [49]:

1. Теоретическое направление.
2. Ориентационно-пропагандистское направление.
3. Лекционное направление.
4. Спортивно-оздоровительное направление.
5. Организация праздников, шоу, познавательных мероприятий, презентаций.

6. Видеолектории, мультимедийные презентации, цифровые образовательные ресурсы.

7. Социально-психологическое направление.

*1. Теоретическое направление:*

1. Изучение детьми и молодежью древних и современных систем оздоровления.

2. Формирование знаний об основных средствах домашней и автомобильной аптечки.

3. Изучение народной медицины, знакомство и обсуждение лечебно-оздоровительных практик народных целителей. Изучение оздоровительных систем Александра Иванова, Поля Брега, Андрея Малахова и др.

4. Знакомство с основными правилами ЗОЖ. Анализ ситуаций, представляющих угрозу для здоровья и изучение правил оказания первой помощи пострадавшим с привлечением к занятиям медицинских работников.

5. Формирования у детей и молодежи представлений о преодолении вредных привычек. Изучение основных причин появления, профилактики и преодоления вредных привычек.

6. Формирование у детей и молодежи представлений об основах диетического питания. Формирование представлений об основных диетических направлениях, их задачах и последствиях.

7. Раскрытие значения закаливания и физических упражнений для здоровья. Формирование представлений о пользе различных видов спортивных занятий: гимнастики, плавания, лыж, волейбола и т.д. [49].



## *2. Ориентационно-пропагандистское направление:*

1. Проведение спортивных соревнований; смотров-конкурсов на лучшую постановку спортивно-массовой работы с детьми и молодежью.
2. Пропаганда медицинских и санитарно-гигиенических знаний среди детей и молодежи, пропаганда ЗОЖ.
3. Обучение спортивным и народным играм и соревнованиям.
4. Проведение бесед о спорте и здоровом образе жизни.
5. Проведение бесед о вреде наркотиков с привлечением медиков и работников правоохранительных органов.
6. Изучение состояния здоровья детей и молодежи, составление карт здоровья, оценка спортивной подготовленности, отношения к физической культуре и спорту.
7. Организация спортивных вечеров и встреч, написание рефератов по физвоспитанию.
8. Участие детей и молодежи в соревнованиях.
9. Организация и проведение конкурсов газет и плакатов, посвященных ЗОЖ.
10. Приглашение на оздоровительные беседы врачей, диетологов, педагогов и психологов с целью пропаганды ЗОЖ [49].

## *3. Спортивно-оздоровительное направление:*

1. Информирование о том, что физическая культура и спорт являются частью полноценного всестороннего развития личности.

2. Воспитание решительности, силы воли к преодолению физических нагрузок.

3. Выработка двигательных навыков, правильной техники выполнения физических упражнений.

4. Специальные знания относительно теории и методики занятий физическими упражнениями в различных видах физической культуры.

5. Организация акций «Мы за здоровье нации», «Нет - наркотикам».

6. Проведение концертов и фестивалей на тему: «Культура и здоровье».

7. Мастер–классы по дзюдо, айкидо, каратэ и т.д.

8. Занятия спортом с помощью музыка-терапии, ароматерапии и специальных дыхательных упражнений.

9. Создание спортивных площадок, организация групп «Здоровья», занятий по шейпингу, бодибилдингу, йоге и др.

10. Проведение соревнований между командами по футболу, баскетболу, настольному теннису, волейболу и т.п.

11. Организация туристических походов, лыжных прогулок, выездов на природу.

12. Организация спортивных праздников [49].

*4. Лекционное направление:*

1. Лекции: «Вред алкоголя, наркотиков и курения».

2. Лекции: «Профилактика употребления психоактивных веществ».

3. Лекции: «Основы медицинских знаний».

4. Лекции: «Современная мода и здоровье. Татуаж и пирсинг».

5. Лекции: «Культура спорта».

6. Лекции «Здоровье девочек и девушек» [49].

5. *Мультимедийные презентации (интернет-технологии):*

1. Тематический подбор видеоматериалов с использованием передач телеканала «Здоровье», Программы «Здоровье» с Е. Малышевой, молодежной программы «Лабиринт» (канал «Эфир»), программы здоровья «Малахов+», «Аптечка», видеозаписи по следующим тематическим направлениями:

- цифровые образовательные ресурсы о вреде наркотиков;
- цифровые образовательные ресурсы видеоматериалы об организме человека,
- цифровые образовательные ресурсы видеоматериалы о пропаганде здорового образа жизни,
- тематические фильмы профилактического характера,
- цифровые образовательные ресурсы просветительской ориентации,
- киноматериалы о лечении различных заболеваний,
- киноматериалы о лекарственных традиционных и народных средствах [49].

6. *Организация праздников, шоу, познавательных мероприятий, презентаций:*

1. Организация и проведение «Всемирного дня здоровья».

2. Проведение фестиваля «Рок против наркотиков».
3. Подготовка и проведение праздника «Здоровье – богатство на все времена» с использованием современных материалов о сохранении здоровья.
4. Организация и проведение шоу-программы «Путь к здоровой жизни» с использованием концертных номеров и песен тематической направленности.
5. Подготовка и реализация оздоровительного праздника «Культура здоровья».
6. Рецензирование и проведение просветительской программы «Культура питания» с использованием образцов полезных продуктов.
7. Реализация познавательно-праздничного выставочного направления фито: «Фитодизай», «Фито-бар» и др.
8. Подготовка и проведение оздоровительных акций «Минута здоровья» с участием преподавателей физкультуры и спорта, спортсменов и тренеров.
9. Организация и проведение праздничной фото-презентации «Мой дом - мое здоровье».
10. Проведение интеллектуально-творческой шоу-программы «Этикет. Культура. Здоровье» с применением материалов по истории, теории этикета, практических игровых форм реализации здорового образа жизни [49].

#### *7. Социально-психологическое направление.*

1. Социально-психологическое направление предусматривает осуществление социальной поддержки, оказания психологической помощи с

целью формирования неприятия к употреблению наркотиков и способности к принятию решения в ряде социальных и психологических проблем, снижающих риск наркотизации.

2. Оздоровление детей и молодежи: организация профилактических мероприятий осуществляется совместно с тренерами физического воспитания по специально разработанным планам.

3. Организация системы культурно-досуговой деятельности: создание условий для профессионально-творческой самореализации участников, устойчивого неприятия наркотиков.

4. Организация системы мониторинга уровня наркотизации, состояния здоровья детей и молодежи.

5. Совершенствование образовательной работы с детьми и молодежью, а также с преподавателями в области профилактики наркотизации и формирования здорового образа жизни; совершенствование системы воспитательной работы.

6. Использование популярных средств массовой информации и системы Интернет в целях профилактики наркотизации детей и молодежи, а также формирования положительного имиджа.

7. Организация молодежных программ, проведение конкурсов на лучшие публикации и репортажи, подготовленные самими учащимися и студентами по проблеме ЗОЖ.

8. Профилактика аддиктивного поведения детей и молодежи; своевременное обнаружение негативных явлений в молодежной среде и предотвращение их распространения [49].

С остальными группами населения также должна проводиться разъяснительная работа, направленная на пропаганду ЗОЖ и отказ от употребления наркотиков. Методы такой работы очень разнообразны, например:

- организовываться встречи и беседы с разными группами населения специалистов, осуществляющих противодействие распространению наркотических средств и обеспечивающих лечение наркоманов;

- распространяться предметы агитационного характера (буклеты, листовки и т.п.);

- проводиться теле- и радиопрограммы, выступления в средствах массовой информации о вреде незаконного оборота и употребления наркотиков;

- проводиться предупредительная работа с отдельными категориями граждан, находящихся в «зоне риска» (маргиналами, несовершеннолетними и молодежью и др.);

- устраняться источники незаконного изготовления и распространения наркотических средств [126].

#### **14. Признаки развития наркомании**

Но что делать, если беда пришла?

Ценной информацией для педагогов, родителей или родственников может быть список ряда признаков наступающей наркомании у детей и подростков. Замеченные признаки наркомании могут помочь предотвратить вовремя развитие зависимости или принять меры для борьбы с развившейся наркоманией [127].

### *1. Изменения в поведении подростка.*

К характерным признакам наркомании в поведении подростка можно отнести смену прежнего круга общения. Он уже не общается со своими прежними друзьями. Вместо старых появляются новые приятели. Общаясь по телефону, он разговаривает туманными фразами, скрытно. Подросток часто остается один, запирается в своей комнате или в ванной. Чаще уходит из дома и возвращается обратно поздно. Перестает заниматься теми делами, которые любил раньше. Может появиться интерес к фармакологии и медицине. Появляются резкие перепады настроения, повышенная веселость либо агрессивность. Движения становятся довольно резкими и не всегда они скоординированы. Одним из главных признаков наркомании является исчезновение из дома ценных вещей, а также увеличение денежных расходов у подростка [127].

### *2. Изменения во внешнем виде.*

Признаками наркомании могут быть: стремление носить вещи черного (темного) цвета, неряшливость в одежде. Подросток одевает рубашки и блузки с длинными рукавами для того, чтобы спрятать следы от уколов. Меняется цвет лица - он становится землистым, волосы теряют свой блеск и приобретают ломкость [127].

### *3. Ухудшение самочувствия.*

Заметны у подростка симптомы развивающейся наркомании и в самочувствии. Отсутствие аппетита сменяется неумеренным приемом пищи. Меняется давление, нарушается сон, часто проявляется расстройство желудка. Заметен нездоровый блеск глаз, сужение или, наоборот, расширение зрачков, затуманенность взгляда или покраснение глаз. Возможен неприятный запах изо рта, насморк, а также кашель [127].

#### *4. Появление новых предметов в доме.*

Это могут быть зажигалки, свечи, фольга, иголки от шприцев, закопченные ложки и папиросы и т.д. Постарайтесь приглядеться к мелочам [127].

Таковы основные признаки появления употребления наркотиков у детей и подростков. А каковы признаки наркомании у взрослых?

Если за поведением ребенка можно тихонько понаблюдать или же задать ему несколько вопросов, и все, скорее всего, прояснится, то со взрослыми людьми все намного сложнее. Люди, попавшие в зависимость от наркотиков, становятся скрытными и на все вопросы у них есть вполне логичные объяснения.

Однако все же есть ряд признаков, которые также могут насторожить. Это частое отсутствие на работе, неопрятность, возросшие финансовые потребности, бледность кожных покровов, лицо у них вялое, отмечается сонливое состояние, иногда они чрезмерно возбужденные, но при этом запаха алкоголя нет. Могут быть следы уколов на руках, дома обнаруживаются трубочки, шприцы, пузырьки [127].

Но эти признаки характеризуют начало применения наркотиков. Как определить, что зависимость уже сформирована?

Для диагностики химической зависимости DSM-IV предлагает следующие ее критерии:

1. Толерантность, которая определяется необходимостью увеличения дозы применяемого препарата для достижения желаемого результата, а также уменьшением эффекта от препарата при той же дозе.



2. Абстиненция, которая выявляется по наличию характерных симптомов абстинентного синдрома, который присущ для данного препарата.

3. Существует постоянное влечение или неудачный опыт бросить прием наркотика, а также отсутствует постоянный контроль над его употреблением.

4. Наркотики принимаются в весьма больших дозах или дольше по времени, чем планировалось.

5. В результате приема наркотика снижается или полностью прекращается какая-либо не связанная с этим деятельность.

6. Большая часть времени проводится в поисках наркотика, с последующим его употреблением и восстановлением организма.

7. Прием наркотиков продолжается, несмотря на знание об их разрушительном воздействии на организм [127].

Если подозрения есть, и признаки наркомании у близкого человека Вами замечены, то необходимо откровенно поговорить с человеком и, несмотря на его протесты, настоять на проведении анализов на содержание наркотических веществ в моче или слюне.

Можно также воспользоваться для диагностики специальным тестом, в основу которого положены некоторые из представленных критериев. Данный тест будет приведен далее.

## **15. Наркоман - Ваш близкий родственник. Что делать?**

Итак, как уже было сказано, в результате жизни вместе с наркоманом его родственники часто «зарабатывают» себе психическую патологию, при

этом специалисты придумали для близких наркомана диагноз – «созависимость» - это комплекс черт характера, которые препятствуют их нормальной счастливой жизни.

При этом одна из весьма часто встречающихся ошибок родственников наркомана - как можно дольше и тщательнее скрывать несчастье от окружающих людей. Если Вы узнали, что Ваш родственник употребляет наркотики, свяжитесь с общественными организациями и социальными службами, предоставляющими консультативную и психологическую помощь.

Стоит ли при этом выгонять наркомана из семьи? Ведь при этом велика вероятность того, что вне семьи он пойдет на преступление и окажется в тюрьме, где люди не становятся ни здоровее, ни лучше характером, и от наркомании там не излечиваются. Ваш родственник может и вовсе погибнуть.

Однако посоветовать, как правильно вести себя с наркоманом - дочерью или сыном, крайне трудно. Ситуация в семьях очень разная, причем она часто меняется. Физически и духовно родители могут быть сильно истощены либо, наоборот, крепки. Семьи различаются и по своим материальным возможностям, поэтому в каждой семье придется принимать решение, опираясь на собственную интуицию и опыт [127].

Можно также последовать следующим рекомендациям психологов [128].

Прежде всего, беду нужно принять и постараться жить с ней. Однако при этом постарайтесь избавиться от собственной вины за проступки своего близкого. Если он достаточно взрослый, чтобы не выполнять предъявленных Вами требований, - значит, он может и должен отвечать за свое поведение. Лучше сконцентрируйтесь на чем-нибудь более конструктивном, например,

постарайтесь жить счастливо, несмотря ни на что или хотя бы лучше изучите вопросы, касающиеся современных методов лечения наркотической зависимости.

Отношения с наркоманом лучше строить на твердых, но понятных ему правилах. Он должен знать, как вы отнесетесь к той или иной его выходке или поступку и что предпримите при этом в ответ. И если он совершил что-либо предосудительное, Вам стоит следовать собственным правилам до конца. Однако не забывайте похвалить родственника за хорошие дела и правильные решения - это поддержит его самоуважение, которое необходимо ему для избавления от зависимости.

Нужно быть правдивым с родственником-наркоманом. Если он знает, что ему могут солгать, он будет склонен не выполнять Ваши правила.

Необходимо ли давать детям деньги на наркотики? Ведь если их не давать, они будут вынуждены совершать преступления. Это уже дело семьи, и родители принимают решение, как поступить, исходя из своих жизненных правил и условий. И все же нужно понимать, что, давая деньги на наркотики, мы поощряем безбедное существование наркомана и у него при этом остается меньше причин порвать со своей привычкой.

Кроме того, никаких Ваших денег на наркотики не хватит, и наркоман будет воровать все равно или сам приторговывать наркотиками.

Несомненно, родителям не стоит поощрять дружбу между детьми-наркоманами, ничего хорошего в будущем от нее ожидать не стоит. Скорее всего, они будут стараться использовать Вашего ребенка в своих целях, в том числе и для добывания наркотиков.

То же самое следует сказать о браках. Как правило, в семейной паре, в которой оба супруга являются наркоманами, отказ от употребления наркотиков невозможен. Партнеры часто невольно провоцируют друг друга

на употребление наркотика, причем психологические роли, внутри самой пары могут меняться: какое-то время более активным наркоманом является один супруг, затем становится другой. В то же время внешне, но только на словах, они оба могут отказываться от наркотиков. Беда в том, что своим поведением они не дают другому супругу шанса забыть о психотропных препаратах.

## 16. Диагностические методики

### А) Тест-анкета на выявление склонностей к употреблению наркотиков

Предлагаемые ниже вопросы позволят педагогам вовремя заметить, что учащийся или студент употребляет наркотики. (Таблица 1.)

*Т а б л и ц а 1.*

<b>Баллы</b>	<b>Признаки</b>
50	Снижение успеваемости в течение последнего года
100	Резкое снижение успеваемости
50	Неспособность рассказать о том, как протекает общественная жизнь в учебном заведении
50	Утаивание вызова родителей в учебное заведение
50	Потеря интереса к спортивным занятиям и хобби
50	Сообщение педагогов или соучеников о прогулах занятий, драках, воровстве
100	Задержание в связи с вождением транспортных средств в состоянии опьянения
100	Задержание в связи с употреблением опьяняющих средств на дискотеках, вечерах и т.д.
300	Арест в связи с хранением, перевозкой, приобретением или

		сбытом наркотиков
100		Другие противоправные действия, встречающиеся только в состоянии опьянения, включая алкогольное
100		Совершение краж
100		Пропажа из дома денег, ценностей, книг, одежды и т.п.
50		Частое вымогание денег у родителей и родственников
150		Пропажа одежды, пластинок, кассет и т.п.
300		Наличие значительных сумм денег без понятного источника
50		Частая непредсказуемая смена настроения
50		Снижение настроения, негативизм, критическое отношение к обычным вещам и событиям
50		Самоизоляция, уход от участия в семейных делах
50		Скрытность, уединенность, задумчивость, длительное прослушивание магнитофонных записей
100		Нарастающая лживость
50		Позиция защиты в разговоре об особенностях поведения
50		Избегание общения с домашним окружением
50		Гневливость, агрессивность, вспыльчивость, потеря энтузиазма
100		Нарастающее безразличие, безынициативность
100		Высказывания о бессмысленности жизни
100		Общие психологические изменения: нарушения памяти, неспособность мыслить логически
50		Частые простудные заболевания
50		Потеря аппетита
100		Отказ от утреннего туалета, незаинтересованность в смене одежды и т.п.
300		Внешний вид нездорового человека, бледность, отеки,

		покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке, следы от уколов
50		Частые синяки, порезы, не находящие удовлетворительного объяснения («просто упал»)
100		Появление татуировок, следов от ожогов сигаретой, порезов на предплечьях
100		Бессонница, повышенная утомляемость, сменяющаяся необъяснимой энергичностью
300		Отстаивание, утверждение своего права на употребление спиртного, наркотиков
300		Частый запах спиртного или появление запаха гашиша на одежде
200		Чрезмерно расширенные или суженные зрачки
300		Потеря памяти на события, происходящие в период опьянения
300		Наличие шприца, игл, флаконов, закопченной посуды, марганца, уксусной кислоты, ацетона, растворителей
300		Наличие неизвестных таблеток, порошков, соломы и т.п., особенно когда эти вещи скрываются
50		Пренебрежение к домашним правилам
50		Незаинтересованность в домашних делах
50		Избегание участия в семейных делах
50		Нарастающая напряженность в семейных отношениях
100		Не возвращается ночевать домой
50		Скрывает свой круг общения, избегает подробных телефонных разговоров и т.п.

\*Вопросы анкеты заимствованы из газеты «Первое сентября» № 88 от 14 сентября 1996 г.

При наблюдении более 10 признаков (их суммарная оценка превышает 2000 баллов) не откладывайте, срочно обращайтесь за квалифицированной помощью! Вашему ученику грозит беда.

## **Б) Медицинские тесты на определение наличия наркотиков в организме**

Эти тесты просты, результат будет готов в течение нескольких минут. Приобрести тесты можно как в аптеке, так и пройти обследование в наркологических центрах. Однако показания этих тестов все же не очень точны.

В Российской Федерации для определения присутствия наркотиков в организме чаще всего используют мочу.

В моче, к примеру, экспресс-тест улавливает следы наркотиков-опиатов в срок до 5 суток после их однократного приема.

Каждая полоска экспресс-теста рассчитана на определение одного типа наркотика. Сейчас существуют полоски для обнаружения следующих веществ:

- опиатные наркотики (все производные, в т.ч. героин и морфин);
- эфедрон и эфедрин;
- тетрагидроканнабиол (алкалоид конопли) - на упаковке написано ТНС;
- кокаин;
- кодеин;

- метадон;
- экстази;
- амфетамин (фенамин) и др.

При этом количество веществ, поддающихся обнаружению экспресс-методами, со временем будет увеличиваться.

Тестовые полоски можно опускать в мочу, а также смачивать их слюной.

Если в средней части полоски при опускании ее в мочу появятся две коричневато-красных поперечных черточки, то наркотик считается не обнаруженным. Если поперечная черточка одна, то наркотик в образце мочи имеет место. Если же черточек вообще нет, значит, тест проведен неверно. Так, причиной неудачи может быть, например, замена мочи подкрашенной водой [129].

Дольше всего следы употребления психотропных препаратов остаются в волосах и ногтях. Но следует отметить, что выявление наличия наркотиков этих тканей человеческого организма трудоемко и поэтому дорого, чаще в качестве материала для теста берется моча. В случае если уровень метаболитов наркотиков в моче человека превышает 50 ng/l – тест считается положительным (это означает, что наркотики человек употребил). Погрешность составляет примерно 25%. Если результаты тестирования спорны, назначается более точная, но, как правило, дорогостоящая диагностика [129].

Кроме лабораторного исследования мочи на содержание наркотических веществ, существуют и экспресс тесты слюны. Они позволяют с большой точностью выявить, употреблял ли человек в ближайшее время какие-либо наркотические вещества. Кроме того, такие



тесты позволяют определить не только наличие в организме наркотиков, но даже присутствие в организме человека повышенного содержания никотина и алкоголя. Однако пройти такой тест, обманув при этом окружающих наркоману при желании достаточно легко: есть специальный детоксикатор, которым тестируемый может прополоскать перед тестированием полость рта. Через 2 минуты в слюне исчезают все ожидаемые следы употребления наркотиков [129].

### **В) Тест на выявление созависимости**

Поставьте цифры от 1 до 4 в скобки перед каждым вопросом:

1 — никогда

2 — иногда

3 — часто

4 — почти всегда

( ) Я склонен (склонна) брать на себя ответственность за чувства и/или поведение других людей.

( ) Я затрудняюсь идентифицировать свои чувства, такие как счастье, злость, смущение, уныние или возбуждение.

( ) Мне тяжело выражать свои чувства.

( ) Я испытываю страх или беспокойство при мысли о том, как другие отреагируют на мои чувства или поведение.

( ) Я свожу к минимуму проблемы и отрицаю или изменяю правду о чувствах или поведении людей, с которыми общаюсь.

( ) Мне трудно устанавливать или поддерживать тесные взаимоотношения.

- ( ) Я боюсь быть отвергнутым (отвергнутой).
- ( ) Я стараюсь добиваться во всем совершенства и сужу себя строго.
- ( ) Мне трудно принимать решения.
- ( ) Я склонен (склонна) полагаться на мнения других, а не действовать по своему усмотрению.
- ( ) Я склонен (склонна) ставить желания и потребности других людей на первый план.
- ( ) Я склонен (склонна) ценить мнение других людей выше своего собственного.
- ( ) Мое ощущение собственного достоинства идет извне, в зависимости от мнения или действий других людей, которые, как мне кажется, больше в этом разбираются.
- ( ) Я нахожу, что тяжело быть уязвимым (уязвимой) и просить о помощи.
- ( ) Я всегда подвергаюсь контролю или стремлюсь контролировать, и наоборот, всегда слежу за тем, чтобы никогда не оказаться ответственным (ответственной).
- ( ) Я слишком лоялен (лояльна) к другим, даже в том случае, когда эта лояльность не оправдывается.
- ( ) У меня привычка рассматривать ситуации по принципу «все или ничего».
- ( ) Я очень толерантен (толерантна) к непоследовательности и смешанным поручениям.

( ) В моей жизни происходят эмоциональные кризисы и хаос.

( ) Я стараюсь искать взаимоотношения там, где чувствую себя «нужным» («нужной»), и пытаюсь затем сохранять их.

Подсчет очков: чтобы получить общий результат, сложите цифры. Чтобы интерпретировать свой уровень созависимости, воспользуйтесь следующей шкалой:

60—80 — очень высокая степень созависимых моделей.

40—59 — высокая степень созависимых моделей.

30—39 — средняя степень созависимых и/или контрзависимых моделей.

20—29 — очень мало созависимых и/или высокая степень контрзависимых моделей [130].

### **Г) Диагностика готовности учащейся молодежи (студентов)**

#### **к здоровому образу жизни (Добротворская С.Г.)**

Инструкция: «Чтобы помочь Вам выявить уровень готовности учащихся (студентов) к здоровому образу жизни, предлагаем перечень вопросов. Подумайте, перед тем, как ответить на каждый вопрос. Постарайтесь дать как можно более точный ответ. Оценка производится по 10-балльной шкале. Отвечайте на каждый пункт, не пропуская ни одного. Если у Вас возникают вопросы, спрашивайте сразу же. Время заполнения листа не ограничивается».

1.Оцените наиболее значимую для Вас ценность в 10 баллов, менее значимую – в 9 и т.д., дойдя до наименее значимой ценности и оценив ее в 1

балл.

Список ценностей:

здоровье,

интересная работа,

любовь,

материально обеспеченная жизнь,

наличие хороших и верных друзей,

общественное признание,

познание,

развлечения,

счастливая семейная жизнь,

счастье близких людей.

Далее ответьте на следующие вопросы, также используя десятибалльную шкалу градации ответов.

2. Как часто Вы совершаете поступки, вредные для Вашего здоровья (выпиваете, курите и т.д.) из чувства солидарности к кому-либо. Чем чаще, тем больше баллов.

3. Насколько Ваши вредные привычки вызваны протестом по отношению к родительскому контролю или поведению? Чем сильнее, тем больше баллов.

4. Оцените интенсивность Вашей борьбы с вредными привычками окружающих. Чем интенсивнее, тем больше баллов.

5. Оцените силу Вашего желания совершенствоваться духовно. Чем сильнее, тем больше баллов.

6. Оцените силу желания совершенствоваться физически. Чем сильнее, тем больше баллов.

7.Оцените степень Ваших сомнений в необходимости самосовершенствования. Чем больше сомнений, тем больше баллов.

8.Оцените степень Вашего безразличия к процессу самосовершенствования. Чем безразличнее, тем больше баллов.

9.Оцените выраженность Вашей лени в отношении к процессу самосовершенствования. Чем Вы ленивее, тем больше баллов.

10.Оцените свой интерес к занятиям по дисциплинам: медицине, физиологии, ЗОЖ и т.д. Чем больше Ваш интерес, тем больше баллов.

11.Оцените свой интерес к литературе по самооздоровлению. Чем он сильнее, тем больше баллов.

12.Оцените свое самочувствие. Чем оно лучше, тем больше баллов.

13.Оцените регулярность и систематичность Ваших занятий по самооздоровлению. Чем регулярнее занятия, тем больше баллов.

14.Оцените регулярность и систематичность занятий по духовному самосовершенствованию. Чем регулярнее Ваши занятия, тем больше баллов.

15.Оцените свою двигательную активность:

занимаетесь спортом пять раз в неделю хотя бы по полчаса – 10 б, четыре  
раза в неделю – 9 б,

три раза – 8б,

два раза – 5 баллов,

один раз – 3 балла,

ни разу – 0б.

16.Оцените выраженность вредной привычки – «курение»:

выкуриваете больше трех пачек в день – 0 баллов,

одну пачку – 2 балла,

меньше пачки – 4 балла,

иногда в компании – 7 баллов,

не курите – 10 баллов.

17.Оцените наличие и выраженность других вредных привычек, разрушающих здоровье. Чем их больше, тем больше баллов.

18.Оцените прикладываемые усилия и попытки отказаться от Ваших вредных привычек. Чем они сильнее, тем больше баллов.

19.Как часто Вы спите днем? Чем чаще, тем больше баллов.

20.Как часто Вы бодрствуете ночью? Чем чаще, тем больше баллов.

21.Оцените рациональность своего питания. Чем оно правильнее, тем больше баллов.

22.Если Ваш вес, по сравнению с нормальным для Вашего возраста и роста, превышает 20 кг, поставьте 8 баллов, если 15-20 кг – 4 балла, если 5-15 кг – 2 балла.

23.Оцените свою агрессию. Чем более Вы агрессивны, тем больше баллов.

24.Как часто Вы чувствуете себя несчастным? Чем чаще, тем больше баллов.

Обработка результатов.

1.Отметьте, сколько баллов получила ценность «здоровье». Просуммируйте полученное количество баллов, с количеством баллов, полученных по 4,5,6,10,11 вопросам. Вычтите из этого количества баллов сумму баллов, полученную за 2,3,7,8,9,12 вопросы. Полученный результат отложите на шкале «У». Это составляющая культуры ЗОЖ.

2.Просуммируйте количество баллов, полученных по 13,14,15,16,18,21 вопросам. Вычтите из этого количества баллов сумму баллов, полученную за 17,19,20,22,23,24 вопросы. Полученный результат отложите на шкале «Х». Это составляющая образа жизни. Точка на пересечении осей Х и У покажет, к какому типу и уровню готовности к здоровому образу жизни Вы относитесь. (Рис. 2.)

I.Самооздоравливающийся тип. Ценность «здоровье» находится в ценностной структуре личности на 1-2 месте. Имеет осознанную цель вести здоровый образ жизни, взрослую позицию, усиливающую готовность к соблюдению здорового образа жизни, высокий уровень духовного развития. Человек такого типа, активно занимается спортом или самооздоровлением по различным оздоровительным системам, не имеет вредных привычек, разрушающих здоровье.

II. Позитивный стабильный тип. Ведет здоровый образ жизни, но не столь целеустремленно, как первый. Не очень высокий уровень положения ценности «здоровье» в системе ценностной ориентации, слабое здоровье или недостаток воли и целеустремленности не позволяют людям этого типа систематично заниматься оздоровлением. Людям такого типа необходимо развивать свою духовность и культуру, заниматься самооздоровлением с восполнением недостающих компонентов здорового образа жизни.

III. Умеренно-негативный восприимчивый тип. Возможно наличие вредных привычек, разрушающих здоровье, но человек такого типа имеет некоторую готовность избавиться от них. К такому шагу его может

подтолкнуть ухудшение самочувствия, педагогический и медицинский контроль. Людям такого типа желательно систематично и регулярно заниматься самооздоровлением и совершенствованием своего образа жизни.

IV. Имеющий вредные привычки, но готовый вести здоровый образ жизни тип. Имеет вредные привычки, разрушающие здоровье, но этот тип имеет высокую готовность избавиться от них и вести здоровый образ жизни. Ценность «здоровье» в ценностной структуре занимает одно из первых мест. Имеет «взрослую» позицию по отношению к своему здоровью, сам способен избавиться от вредных привычек, но в силу сформированности вредных привычек желательна медицинская помощь.

V. Позитивнонеустойчивый тип. Плышет по течению. Ведет здоровый образ жизни, но это не его заслуга. В эти рамки его ставят окружающие: родители, педагоги и т.д. Позиция «ребенка» по отношению к своему здоровью или хорошее самочувствие – вот основные причины, по которым данный тип не склонен к самооздоровлению, хотя он и ведет здоровый образ жизни. Необходимо заниматься самовоспитанием: развивать духовность и культуру, регулярно заниматься самооздоровлением.

VI. Ложнопозитивный тип. Не готов вести здоровый образ жизни. Еще более неустойчив, чем предыдущий тип. Ведет здоровый образ жизни, однако склонен к формированию вредных привычек в отсутствие педагогического контроля или в случае потери ценных для него отношений. Желательно развитие духовности и культуры.





**Рисунок 2. Типология готовности личности к ЗОЖ**

**VI. Негативный тип.** Не готов вести здоровый образ жизни, часто сопротивляется педагогическим воздействиям. По отношению к своему здоровью имеет позицию «ребенка». Людям такого типа важно осознать ценность «здоровье», нужно формировать взрослую позицию по отношению

к своему здоровью, воспитывать волю и духовность, заниматься самооздоровлением.

УШ. Педагогически запущенный тип. Не готов вести здоровый образ жизни. Имеет серьезные вредные привычки, но по отношению к своему здоровью занимает детскую позицию, не понимая ценности здоровья. Люди этого типа нуждаются в профессиональной психолого-педагогической и медицинской помощи. Сами они вряд ли в состоянии справиться со своими вредными привычками.

Если у Вас появились подозрения в серьезных нарушениях ЗОЖ у близкого Вам человека, в развитии лично у Вас созависимости, воспользуйтесь опытом специалистов, чтобы убедить человека начать коррекцию поведения.

## **17. Методы лечения наркомании**

Сейчас существует большое количество разнообразных центров по лечению наркоманий, которые реализуют в своей деятельности самые разнообразные методы [54, 79, 102, 131-133]. Все эти центры в основном снимают физическую зависимость, после чего бывает небольшой курс психологической реабилитации наркомана. Но снятие физической зависимости в деле лечения наркомана это только первый шаг, главное - это уменьшение зависимости психологической, т.к. наркоман на всю оставшуюся жизнь останется с этой психической зависимостью. Какому методу лечения отдать предпочтение? Какой выбрать центр? Для того чтобы прийти к определенному и правильному выбору, нужно иметь верные представления о рекламируемых методах лечения наркомании.

1. Метод Назаралиева [132]. Доктор Назаралиев живет в городе Бишкек в Киргизии. В чем особенность его методики? Необходимо отметить, что

Министерство Здравоохранения России предлагало в свое время доктору Назаралиеву поддержку в распространении его подхода в РФ при условии, что он опубликует описание своей методики. Однако он отказался. Известно то, что лечение в Центре Назаралиева начинается с процедуры центральной холинолитической блокады (ЦХЛБ) или так называемой «атропиновой комы». При этом данная методика позволяет существенно снизить проявления как физической, так и психической зависимости.

Итак, для лечения «ломок» или наркотической абстиненции доктор Назаралиев применяет на первом этапе, так называемые, «атропиновые комы». Таким образом, абстинентный синдром снимается с помощью обмороков, вызванных атропином как сильным сосудорасширяющим средством. «Обмороки» уменьшают «тягу» к наркотическим веществам, да и «ломки» в состоянии обморока человеком переносятся легче.

Однако такого рода лечение довольно тяжело переносится больными. Нужно отметить, что применение атропина разрешено в медицинской практике, но применение атропиновых ком является рискованным.

На втором этапе методики Назаралиева уже применяются психотерапевтические методы лечения. Характерно то, что они базируются на подавлении самолюбия пациента. Все это директивные методы внушения, включающие в себя различные формы наказания больного при невыполнении им инструкций, которые дает врач. Сюда относятся требования соблюдения строгого режима, длительного нахождения в неестественных и неприятных позах и т.д.

При этом официальная западная психотерапия уже более 20-ти лет назад признала опасность применения подобных способов воздействия на личность из-за склонности больных, прошедших через подобные методы, к суицидальным попыткам, возникновения позднее неконтролируемой агрессии и т.д.

Заканчивается этап реабилитации тем, что больному вводят препарат, якобы провоцирующий смерть наркомана, при приеме наркотика в период действия введенного лекарства. Судя по тому, что большое количество пациентов, лечившихся в городе Бишкек, чаще всего срывались задолго до конца действия данного препарата и до сих пор живы, данного препарата вообще не существует.

Но в целом, не смотря на все, метод доктора Назаралиева имеет право на свое существование. Лечение у доктора Назаралиева стоит примерно 6 тысяч долларов, оно дает достаточно высокую результативность - 5-10% людей, прекративших прием наркотических препаратов более чем на 1 год. В клинике также проводится курс реабилитации для родственников пациента.

## 2. Программа «Детокс» [132].

Программа «Детокс», прежде всего, подкупает обещанной высокой скоростью выздоровления. Пациент, проходящий лечение по данной программе, избавляется от ломок всего лишь за 6 часов. И эти часы он находится в состоянии сна, вызванного наркозом. Сутью методики «Детокс» является введение пациенту, находящемуся под наркозом, препарата из класса опиоидных антагонистов. Препараты этой группы вытесняют остатки наркотика из нервных клеток пациента. Поэтому болезненный период отмены наркотиков протекает безболезненно и довольно быстро.

На втором этапе, больному, по его желанию, также может вводиться «магический» эндорфиновый препарат, который должен на полгода удалить и «приход», возникающий после приема героина у наркомана, и патологическое влечение к наркотику, снять депрессию. Однако эндорфинового препарата также не существует. Химический состав вещества, которое вводят в соответствие с методикой «Детокс», также представляет собой коммерческую тайну.

Врачи «Детокса» утверждают, что их программа используется широко за рубежом: в Израиле и США. Это так. Однако это касается только первой части программы, а именно дезинтоксикации под наркозом. За рубежом такие подходы применяют, но не в качестве основы лечения зависимости, так как зарубежные врачи считают, что переживание сильных ломок имеет очень большое психологическое значение для эффективного лечения наркоманов, поскольку «ломками» наркоман платит за полученное удовольствие. Практика доказывает, что чем безболезненнее наркоман прошел период ломок, тем больше вероятность более быстрого возвращения к приему наркотиков.

Самое неприятное в такой терапии, что при платной помощи меняется психология не только больного, но и самого врача, которому становится выгодным, чтобы больной обращался к нему вновь и вновь. При этом необходимо осознать одно: сделать так, чтобы человек стал «независимым от наркотиков за шесть часов», наука на современном этапе развития пока, к сожалению, не в состоянии.

По этой причине лечение от наркомании должно проводиться в комплексе с другими мероприятиями, направленными на восстановление жизненно важных функций организма больного, прежде всего, коррекции у него соматических и психических нарушений. Этап, на котором больному оказывается терапевтическая и психологическая помощь очень важен. Огромное влияние оказывает и окружение пациента: если после лечения наркоман продолжает общение с другими наркоманами, живет с созависимыми членами семьи и имеет доступ к наркотикам, то он, скорее всего, быстро вернется к своей привычке.

3. Метод Маршака [132]. Программа, которую предложил С.Я. Маршак и его центр «Кундала», также содержит 2 основных этапа помощи наркоманам.

На первом этапе проводится та же дезинтоксикация организма больного под наркозом, что и в программе «Детокс».

Второй этап - реабилитационный или психотерапевтический. Он базируется на двух основных направлениях религиозной психотерапии: либо на «йоге кундалини», которая в данном случае называется «його-терапией», или на программе «12 шагов» движения «Анонимных алкоголиков» и «Анонимных наркоманов». Этими этапами реабилитации руководят специалисты, которых пригласил С.Я. Маршак из США.

В центре «Кундала» применяются приемы медитации, которые основаны на развитии особой «энергии кундалини». При этом психологические упражнения с применением энергии «кундалини» моделируют состояние наркотического опьянения. Предполагается, что при этом человек тренируется при желании произвольно вызывать у себя состояние наркотического опьянения, но без наркотиков.

Специалисты центра также регулируют настроение зависимого человека путем коррекции синдрома дефицита удовлетворенности с помощью определенных психологических приемов и методов.

Коррекция данного синдрома очень важна. Так, технологический прогресс и изобилие в жизни, а также утрата моральных норм в обществе вызвали неожиданный эффект: рождается все больше детей с несовершенной системой регуляции настроения, т.е. «синдромом дефицита удовлетворенности». Тоска или тревога преследует таких детей с раннего возраста, а впоследствии и некоторых взрослых людей. Несобранность, лень, неусидчивость, и другие, плохо поддающиеся педагогической коррекции

отклонения, являются симптомами того, что данные люди нуждаются в той или иной компенсации внутреннего дешевого дискомфорта. У таких людей также высок риск развития аддикций: наркомании, алкоголизма, интернет-зависимости, гемблинга (пристрастия к азартным играм) и т.д.

Специалисты подобных центров работают с негативными эмоциями и психическими состояниями пациентов, реорганизуя их в более конструктивные и позитивные.

В целом, эта программа выглядит вполне корректной, так как в ней быстрая дезинтоксикация применяется не как способ «мгновенного излечения», а как «вход» в последующую психотерапевтическую программу. Что же касается эффективности деятельности центра, то истинная эффективность центра составляет примерно 5-10%.

#### 4. «Кодирование» [132].

В свое время словом «кодирование» доктор А.Р. Довженко назвал созданный им еще при СССР в середине 80-х годов «метод» лечения алкоголизма.

В настоящее время под термином «кодирование» понимают группу применяемых в российской наркологии методов лечения алкогольной и наркотической зависимости всего за один сеанс.

Однако на деле комплекс процедур, называемый «кодированием», известен давно. Этим «таинственным» способом пользовались еще жрецы в древнем Египте. В классической психотерапии этот метод имеет название «шоковой терапии».

Целью такой «шоковой терапии» является вселение в пациента чувства страха (или, наоборот, благоговения) по отношению к какому-либо процессу

или явлению. Состоит эта методика из двух основных этапов, которые проводятся в один день и следуют друг за другом.

На первом этапе врач читает для пациентов лекцию и проводит внушение, во время которого монотонным гипнотическим голосом разъясняет задачу данной терапии и рассказывает о высоких результатах применяемого лечения.

После группового внушения проводится «стрессотерапия» или «кодирование». Что именно с пациентом в этот момент делают, решающего значения не имеет. Важно, чтобы пациент испытал неожиданные и отрицательные эмоции.

Сам А.Р. Довженко брызгал в горло пациентам на вдохе струю хлорэтила. Хлорэтил - это довольно дешевый препарат, применяемый для местного обезболивания. При этом доктор Довженко не рассказывал пациентам про хлорэтил, он называл его разработанным им самим «секретным» препаратом для проведения процедуры «кодирования».

Брызгая хлорэтилом в горло и надавливая на точки выхода глазного нерва в районе бровей, Довженко объявлял пациенту, что теперь он «закодирован» на определенный по договоренности срок. И если он будет употреблять наркотики до истечения этого срока, то с ним могут случиться параличи, инсульты и т.д.

Этот метод, в целом – обман, однако в нашей стране уже долгие годы его называют «психотерапией». Такие методы в медицине приемлемы, прежде всего, в силу необразованности пациентов.

Кодирование эксплуатирует так называемый «эффект-плацебо», то есть веру пациента в эффективность какого-либо нейтрального воздействия. Е. М. Крупицкий дифференцирует следующие виды подобно декорированного «шаманства» в Российской наркологии:



1. Фармакологически декорированное шаманство: «Торпедо», «Эспераль», «Блок» и т. п.

2. Инструментально декорированное шаманство: транскраниальная стимуляция, магнитно-резонансная терапия и т. п.

3. Психотерапевтически декорированное шаманство: видеодемонстрации, кодирование и т.д. [54]

Механизм действия данных методов состоит в том, что врач очень убедительно говорит своему пациенту: «Выпьешь - умрешь». Однако данные методики используют «неведение людей» для поддержания страха, который заставляет людей воздерживаться от употребления наркотика [54]. Механизм «подшивки» состоит в профессионально организованном воздействии на тело пациента, его семью, образ жизни, а также его финансы. Главным в этом механизме воздействия является угроза смерти, которую через посредничество врача-профессионала применяет по отношению к самому себе пациент [102].

Однако Российское общество не информировано о том, что практики так называемой «подшивки», «кодирования» и прочих разновидностей «плацебо-лечения» являются по своей сути шарлатанскими манипуляциями, основанными на не предоставлении достоверной информации о заболевании и запугивании. Значительная часть таких вмешательств в работу ЦНС пациента может представлять опасность. Подобные виды воздействия практикуются только в РФ и некоторых странах СНГ и противоречат общепринятой мировой практике лечения наркологических больных. Можно отметить еще и то, что эта процедура была достаточно эффективной для больных алкоголизмом и наркоманией, пока в стране ею занимался один человек - Александр Романович Довженко [79].

Он делал все возможное, для того, чтобы вокруг него существовал ореол слепой веры больных. К нему было трудно попасть. Но как только большое количество врачей разных специальностей поняли, что этот метод прост, и не надо особо ничему учиться, чтобы им пользоваться, огромное количество врачей в России для увеличения заработков стали практиковать подобное «кодирование».

«Кодировать» стали лекарствами, способными вызвать обморок, разрядом электрического тока или яркой вспышкой света. И как только метод стал применяться широко, его эффективность для наркоманов опустилась до 2-3%. Стоит кодирование на сегодняшний день от 100 до 500 долларов.

5. Следующие методы лечения наркомании - Гемосорбция и «искусственная почка».

В медицине эти методы применяются при тяжелых отравлениях и тяжелых болезнях внутренних органов. В случае резкого нарушения работы естественных фильтров организма в кровь начинают проникать вещества, токсины человеческого организма, которые могут вызвать летальный исход у больного. В таких случаях кровь приходится освобождать от токсинов вне организма. С целью фильтрации используют в основном две методики: гемосорбция и плазмоферез.

Гемосорбция состоит в пропускании крови в специальном аппарате через искусственный фильтр, состоящий из материалов, которые впитывают и осаждают на себя молекулы токсинов.

Плазмаферез - это разделение крови с помощью центрифуги на две составных части: форменные элементы и плазму. После центрифугирования плазма вместе с токсинами выбрасывается, а клетки крови возвращаются

обратно в кровеносную систему больного, объем жидкости восстанавливается с помощью специальных растворов.

Вот эти две процедуры и стали применять при лечении алкоголизма и наркомании. Пациенту объясняется, что во время данных процедур его кровь освобождается от токсинов или наркотиков.

Однако методы гемосорбции и плазмафереза показаны наркоманам в случае передозировки наркотиков или отравления веществами, которыми продавец наркотика разбавлял порошок. Действительно же, такая процедура показана наркоманам только при отказе функции почек. Но такие ситуации возникают редко. В большинстве случаев и печень, и почки наркомана долго продолжают справляться с выведением из организма токсинов, и провести дезинтоксикацию можно менее опасными для организма способами. Экстракорпоральная детоксикация быть опасной для здоровья наркомана.

Если в случае смертельной опасности врачи пренебрегают теми осложнениями, к которым могут привести процедуры гемосорбции и плазмафереза, то осложнения, такие как: разрушение некоторого количества кровяных телец, снижение иммунитета, нестабильность артериального давления, могут быть значимыми.

Единственное, что можно сделать с помощью гемосорбции - это вывести из крови, сохранившиеся там продукты метаболизма самого героина. Однако при этом мы добьемся только одного: ускорим появление ломок.

Но через 10-12 часов, если пациент откажется от приема наркотиков, ломки начнутся сами по себе, без гемосорбции. А проводить экстракорпоральную дезинтоксикацию во время ломок, когда морфина уже нет в крови, просто бессмысленно.

Никаких «шлаков» на самом деле в организме не существует. Все мелкие посторонние частички раствора, состоящие из веществ, которыми

разбавляли героин, попадают в кровь и захватываются лейкоцитами, далее они переносятся в печень и там уничтожаются. То, что печень уничтожить не смогла, может откладываться в ней до конца жизни. С годами это может вызвать необратимые изменения в печени - цирроз. Но, ни гемосорбция, ни плазмаферез, не в состоянии вывести эти вещества из клеток печени.

Из различных регионов России поступает информация о том, что время от времени врачи применяют для лечения наркомании ликворосорбцию. Эта процедура представляет собой пропускание через искусственный фильтр (такой же, как при гемосорбции) ликвора - жидкости, которая циркулирует в спинном и головном мозге. При этом для проведения процедуры врачу нужно провести пункцию - прокол позвоночника с помощью специальной толстой иглы.

Использование пункции и ликворосорбции для лечения наркоманов крайне опасно. Малейшая ошибка в действиях врача может привести к непредсказуемым последствиям вплоть до параличей и инвалидности.

Никакая чистка ликвора больному наркоманией не нужна. Морфин концентрируется в нервных клетках, а не в спинномозговой жидкости. Извлечь его из нервной ткани ликворосорбция не в состоянии. Эта процедура является жестокой формой все той же шоковой «психотерапии».

Еще более жестоким методом такой «психотерапии» является, стереотаксическая операция на головном мозге.

Основная идея данного метода базируется на существовании гипотетического «центра удовольствия». Но, если даже он и существует, то удалить его из мозга невозможно, не рискуя сделать человека инвалидом до конца жизни.

Однако никаких операций на самом деле и не производится. Больному проводится предоперационная подготовка, его укладывают в очень сложный аппарат для проведения стереотаксических операций и... на этом все.

6. Существует также методика лечения наркоманов Метадоном [132].

Метадон – это наркотик из группы опиатов, полученный синтетическим путем. Однако пациенты, которых «лечили» метадоном, вместо зависимости от одного наркотика, становятся после такого «лечения» зависимыми от двух.

Ломка - абстиненция после лечения метадоном протекает тяжелее и дольше, чем синдром отмены героина. Более того, прием героина во время метадоновых ломок практически не уменьшает болевых ощущений у больного.

Опасности при приеме метадона те же, что и при приеме героина. Он очень быстро вызывает зависимость, быстро способен вызвать передозировку и угнетение дыхательного центра, причем с большей вероятностью, чем героин. Не известно ни одного случая выздоровления больного наркоманией, абстинентный синдром которого бы купировался с помощью препарата метадона. И, самое главное, метадон в России запрещен законом.

Каждая из рассмотренных выше программ может применяться и поможет определенному проценту пациентов. Но, кроме описанных подходов, остается целый мир современной традиционной медицины. Поэтому перечислим то, что сегодня легальная медицина может сделать на различных этапах лечения наркомана.

7. Методы официальной медицины.

Первый этап – это дезинтоксикация.

Дезинтоксикация, проводимая в клинике - это этап выведения из организма продуктов распада наркотиков с одновременным симптоматическим лечением (лечение по появившимся симптомам) абстинентного синдрома (ломки) пациента, она проводится с целью нормализации деятельности организма в условиях отказа от наркотиков.

Общим для этого этапа является введение с помощью капельницы препаратов опийных антагонистов, а также подбор фармакологической терапии для снятия слабости, болевого синдрома, бессонницы, рвоты и других проявлений ломки.

В комплекс лекарственной терапии входят сосудистые препараты, а также витамины, анальгетики, стимуляторы обмена веществ, с точно подобранными дозами успокоительных препаратов, антидепрессантов и т.д. Процесс дезинтоксикации продолжается, как правило, 7-14 дней.

Второй этап – это лечение депрессии.

Считается, что злоупотребление наркотиками, а также формирование зависимости от них имеет под собой ярко выраженную депрессивную почву. С чем это связано? Депрессия довольно частый спутник людей способных и талантливых, имеющих тонкую душевную организацию. Стрессы, которые во всем своем многообразии присутствуют в нашей жизни, также могут быть стимулом для развития депрессивных состояний. При этом человек может начать переживать депрессию в компании бутылки или под действием психотропного препарата, а также стать склонным к какой-либо иной аддикции.

При этом сначала человеку кажется, что депрессия уйдет, если он будет принимать время от времени химические вещества или алкоголь. Но механизмы депрессии таковы, что наблюдается обратный результат: депрессия усугубляется и позже накладывается на наркологическую

патологию. Итак, депрессия может быть как причиной аддикции, так и ее следствием.

Как узнать депрессию? Каковы ее симптомы? В течение двух недель и более человека преследует подавленное, угнетенное или тревожное состояние психики, он теряет интерес к жизни, чувство удовлетворенности от привычных дел и общения с прежними знакомыми, появляются нарушения сна, аппетита, сонливость днем, а ночью бессонница, снижается самооценка, возникает чувство собственной неполноценности. При наличии данных симптомов необходимо обращаться к врачу или психологу.

Наркомания также может быть катализатором развития депрессии. Если удастся вылечить депрессию у наркомана, то можно считать, что большая часть пути в борьбе с аддикцией пройдена. Однако следует помнить, что депрессия – это серьезное и распространенное заболевание, усугубляющееся с возрастом, и это заболевание нуждается в эффективном лечении. Более того, лечение депрессии возможно.

Однако лечение или коррекцию депрессии стоит доверять только квалифицированным врачам и психологам. Чтобы получить хороший эффект от лечения, нужно следовать советам специалистов. Как правило, препараты, которые назначает врач, не вызывают зависимости, они помогают улучшить состояние человека за счет выработки в организме собственного серотонина - вещества, которое отвечает за чувство радости и ощущение счастья. При этом лечить депрессию стоит осознанно, то есть человек должен хотеть быть счастливым, он должен работать над собой, понимая, что ощущение счастья зависит, прежде всего, от него. Важно периодически консультироваться с врачом или психологом, который будет отслеживать динамику состояния депрессии [131].

Таковы общие принципы лечения любой формы депрессии. Нужно помнить, что депрессия после отмены наркотика может сохраняться очень

длительное время. Она может возвращаться после длительного периода ремиссии.

Так, этап отмены героина, во время которого у пациентов сохраняется болезненное желание принять наркотик, длится до полугода, и этот период наркоман испытывает депрессию. Весь этот период бывший наркоман должен наблюдаться у врача. Главным направлением работы с пациентом в этот период является психотерапия. Главной целью реабилитационных программ является развитие опыта жизни без наркотиков и искусство сопротивления влиянию наркотической среды.

8. В лечении наркомании может помочь ассоциация «Анонимные наркоманы».

В начале 30-х годов в Америке люди, которые хотели прекратить употребление алкоголя или наркотиков и не находили поддержки в окружающем мире, объединились в, так называемую, «Ассоциацию Анонимных Алкоголиков». К 1938 году сформировалась программа психотерапевтической помощи бывших алкоголиков и наркоманов друг другу. Она получила название «12 Шагов».

Эта программа завоевала признание среди пациентов и специалистов всего мира. Главной задачей программы является изменение взгляда человека на мир, возвращение его к общепринятым в обществе человеческим ценностям. При этом «терапевтами» выступают сами больные.

В 1953 году анонимные наркоманы («NA») отделились от ассоциации анонимных алкоголиков и до сегодняшнего дня представляют собой уже отдельную общественную организацию именуемую «12 шагов».

Организация эта анонимная, независимая, бесплатная, немедицинская, негосударственная.



Программа этого братства опирается на религиозность, хотя и не требует веры в конкретного бога или принадлежности к какой бы то ни было религиозной конфессии. Процент выздоравливающих наркоманов благодаря участия в программе «12 Шагов» очень высок. И действие лучше бездействия. Наркоману важно в любом состоянии начать ходить в какие-либо группы. При этом выздоравливающих по программе «12 Шагов» значительно больше, чем выздоравливающих наркоманов по другим методикам.

#### 10. Наркоману призвана помочь семейная психотерапия.

Семья, которая смогла осознать свои беды, объединившись, способна создать «реабилитационную программу» для родственника, попавшего в беду.

Для того чтобы организовать внутри семьи поддержку и создать эффективную реабилитационную программу, нужно обратиться в один из центров семейной психотерапии. Семейная психотерапия способна разрушить наиболее типичные для людей, употребляющих наркотики механизмы психологической защиты.

Один из таких механизмов – вытеснение. Из сознания человека вытесняются не столько факты употребления наркотиков, сколько психологически травматичные обстоятельства, сопутствующие их употреблению. К таким обстоятельствам может относиться: гибель знакомого от передозировки наркотика, помещение его в места лишения свободы. Вытеснение наиболее характерно для людей с акцентуированной психикой. В силу существования данного явления наркоман может не считать себя вообще зависимым, но в этом его может убедить семья.

Рационализация - защитный механизм, с помощью которого человек стремится найти достойное объяснение употреблению им наркотических

веществ. Наиболее популярны у наркомана следующие объяснения приема им психотропных препаратов: «это все делают», «для того, чтобы успокоиться» и т. д. [132].

Другой механизм защиты – проекция. Наркоман часто не ощущает страха и вины, он приписывает свои негативные качества другим людям. Наркоман знает, что он употребляет наркотики и подвергается опасности, но он приписывает употребление наркотиков большому числу своих сверстников: «гашиш курит каждый второй в училище», «почти все нюхают» [132].

Семья чаще слышит такие утверждения, поэтому членам семьи при поддержке определенных специалистов легче воздействовать на психику наркомана.

11. Еще одна техника, которая применяется в борьбе с наркоманией – это гипноз.

Слово гипноз в медицине обозначает технику внушения в состоянии искусственного сна. Техника эта применяется с середины 19 века.

Внушение под гипнозом - эффективная лечебная техника, применяемая при лечении неврозов. Но эффект гипнотического внушения весьма неустойчив. Внушенная под гипнозом информация перестает влиять на человека где-то в течение суток после проведения сеанса. Значимых для личности человека изменений после проведения гипнотического сеанса не происходит. К сожалению, невозможно вылечить одним лишь гипнозом желание принимать наркотики. Гипноз может явиться поддерживающей методикой в той или иной реабилитационной программе.

В целом, резюмируя все сказанное, нужно отметить, что наркология в нашей стране стала местом для заработка лёгких денег. Никакую другую специальность не окружает такое количество лжи и сплетен. Вдумайтесь,

почему на улицах на многих столбах и заборах, а также во всех газетах так много объявлений о платной помощи наркоманам и алкоголикам на дому и нет никаких объявлений, предлагающих такую же помощь при сердечных заболеваниях, при язве желудка, при сахарном диабете и т.д. Всё просто. Лечение наркоманов и алкоголиков до сих пор считается «простым и не пыльным» делом. Пациенты, абсолютно не разбирающиеся в медицине, платят за это хорошие деньги. Разобраться во всём этом человеку, не имеющему специального образования, просто-напросто невозможно [133].

Главное: никогда не пытайтесь проводить лечение наркомана самостоятельно дома.

## **18. Эффективность лечения наркомании**

Еще раз поговорим об эффективности лечения наркомании. Естественно, что этот вопрос волнует, как наркозависимых, так и их близких ему людей. Эффективность лечения наркомании определяется процентом годовых ремиссий и процентом больных, остающихся на лечении в течение года. Эффективным в наркологии считается показатель - 30-40% годовых ремиссий при добровольном обращении. Хотя некоторые специалисты считают, что эффективность должна быть на уровне 75%. Но такие высокие результаты обычно наблюдаются только при научных исследованиях новых лекарственных препаратов или методик лечения от наркомании.

Ремиссии более двух лет дают гораздо меньший процент. Эффективность лечения зависит и от вида наркомании.

О полном выздоровлении от наркомании вообще трудно говорить и, тем более, доверять статистике, которая обещает слишком много. При этом достоверную статистику, которой можно верить в России могли бы предоставлять государственные наркологические диспансеры, они

отслеживают состояние наркомана на протяжении трёх лет, но они охватывают статистикой только наркоманов, поставленных на диспансерный учёт в государственных клиниках.

Что касается частных клиник, то их статистика в принципе не может быть точной, так как пациент редко обращается в одну и ту же клинику дважды, при срыве он обращается в другую клинику в поисках более действенного метода излечения. Частные клиники не осуществляют обратную связь с выписавшимся пациентом вообще или делают это на протяжении очень короткого времени [134].

### **19. Возможно ли принудительное лечение наркомании?**

Многие родственники, потерпев крах в беседах с наркоманом-родственником, могут задуматься о принудительном лечении наркомании. При этом они часто попадают в руки различных шарлатанов, которые готовы помочь вылечить наркомана без его присутствия или по фотографии, что совершенно бесполезно. Последствия же принудительного лечения наркомании могут быть даже опасны [132].

Родственники могут навредить человеку, если будут пытаться принудительно его лечить. Поэтому лучше продолжать беседы с зависимым человеком и пытаться его уговорить лечиться добровольно. Можно вызвать на дом нарколога, который поможет человеку создать мотивацию на лечение.

Желание человека добровольно лечиться – главный фактор успешности его лечения. Принудительное лечение наркомании в России запрещено законом. Кроме того, такое лечение вообще не имеет смысла. Человек должен серьезно и сознательно подходить к лечению своей зависимости.

Для выявления готовности вести ЗОЖ предлагаем провести тестирование по методике, представленной выше.

## **20. Как оказать первую помощь при передозировке наркотика?**

Если произошла передозировка и наркоману плохо, его рвет и он без сознания. Что делать? Прежде всего, повернуть его (или только его голову) на бок. Постараться очистить полость рта от слизи и рвотных масс. Желательно поднести к носу вату с нашатырным спиртом, обязательно, и как можно скорее, вызвать «Скорую помощь». Необходимо постоянно следить за дыханием и деятельностью сердца. При отсутствии экскурсии грудной клетки, пульса на сонных артериях и отсутствии реакции зрачков на свет приступить к реанимации (искусственной вентиляции легких и непрямому массажу сердца). Как ни противно, но лучше способом «рот в рот». Недопустимо: оставлять человека лежать на спине, при признаках остановки дыхания не попытаться поддержать его искусственно и тем более ни в коем случае нельзя отказываться от мысли вызвать врача [103].

Состояние человека после остановки сердца и дыхания называется клинической смертью. Длиться 3–6 минут.

Признаки:

- потеря сознания;
- зрачки расширены, не реагируют на свет (не суживаются);
- отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии.

Необходимо срочно приступить к реанимации:

-уложить пострадавшего на ровную жесткую поверхность, освободить грудную клетку от одежды, расстегнуть пояс;



-прикрыв мечевидный отросток двумя пальцами, нанести удар кулаком по груди в нижнюю треть тела грудины с высоты 25–30 см., если пульс не появился – удар повторить;



-если пульс на сонной артерии не появился, то нужно проводить наружный (закрытый) массаж сердца и ИВЛ (искусственная вентиляция легких).



Перед ИВЛ необходимо восстановить проходимость дыхательных путей:

-очистить полость рта механическим путем от инородных тел (на указательный палец намотать марлю или носовой платок), удалить протезы;

-запрокинуть голову, подложить под плечи вещи пострадавшего;



-выдвинуть нижнюю челюсть вверх и вперед (большие пальцы в полости рта, остальные в области височно-челюстных суставов).



ИВЛ делают в виде максимального выдоха или через рот (через платок), зажав нос или через нос, придерживая подбородок, чтобы не было утечки воздуха через рот. Если воздух проходит, то грудная клетка приподнимается, затем пассивно опускается.

Если вздувается живот в области желудка за счет попадания воздуха, нужно надавить кулаком ниже пупка.

Наружный массаж сердца (закрытый массаж сердца) выполняется у взрослого человека двумя руками (основанием ладони) крест–накрест на нижней трети грудины (на 2 поперечных пальца выше мечевидного отростка). Выполняют ритмично толчкообразными движениями, продавливая грудину на 3–4 см. со скоростью 1 толчок в секунду.



Если реанимацию проводит один человек, нужно 2 «вдоха» ИВЛ чередовать с 15 надавливаниями на грудину; если делают 2 человека – на 1 вдох делают 5 толчков.



Реанимацию проводят до восстановления сердечной и дыхательной деятельности, либо до первых признаков биологической смерти (до 30 минут).



## **21. Методические рекомендации учащемуся или студенту**

### **по профилактике наркомании**

Итак, наркомания - трудноизлечимая болезнь, и у наркомана две реальности. Первая, когда он колется. При этом ему нужно каждый день принимать наркотики, а они стоят дорого. В месяц наркоману необходимо 7 - 30 тысяч рублей. Заработать такие деньги, не нарушая законов, практически невозможно, и, если наркоман продал телевизор родителей, не спросив их, это может и не уголовное преступление, но явное нарушение человеческих норм. Ему приходится воровать, грабить. Вторая - это когда он бросил колоться, (как будто бы бросил). В это время его либо запирают в квартире, либо он находится в больнице, в реабилитационном центре, в монастыре, в коммуне... Сначала он выдерживает ломки, потом надолго депрессия... Эти две реальности повторяются до тех пор, пока наркоман не умрет от истощения, передозировки... Ну, кто хочет колоться? Кому еще не ясно, что колоться не престижно? Наркотики - это твоя смерть, и в жизни ты ничего не сделаешь. Умрешь рано, все тебя будут проклинять, ненавидеть, так и будет за что [40]. Поэтому постарайся придерживаться трех основных рекомендаций:

1. Умерь свое любопытство и найди в себе силы сказать наркотику: «НЕТ!» Прежде, чем купить наркотик, подумай о тех проблемах, которые у тебя обязательно возникнут. Но, если в твои руки наркотик все-таки попал, не ленись, донеси его до унитаза и не вздумай отдать его другу - так с друзьями не поступают! Тот же, кто предлагает тебе наркотик, – это не друг. Но иногда приходится общаться с такими людьми. Как быть в этом случае? Следует иметь в виду, что рассчитывать на серьезные отношения с наркоманами можно, только если они ожидают от знакомства ощутимой выгоды. Истории, рассказанные ими, даже самые жалостливые, часто являются прелюдией к... мошенничеству. Если новый друг уверяет, что ради тебя покончит с наркотиком, не спеши верить этому. Если все же ты

попробовал и испытываешь желание повторить эксперимент, знай ты на пути к своей безвременной смерти [103].

## 2. Постарайся быть счастливым без наркотиков.

Быть счастливым, но как? Много ли вокруг нас счастливых людей? Скорее всего, нет. Проблема в том, что много людей предпочитает быть несчастными, счастье же - один из величайших даров жизни, и оно доступно каждому. Важно понять, что счастье люди не находят, но его создают, независимо от обстоятельств, каждый способен создать собственное счастье. Для того чтобы его испытывать, совсем не нужно иметь много денег, большой дом или лучшую работу, необходимо изменить свое отношение к жизни и к себе самому. «Источник удовлетворения должен находиться в разуме; и тот, кто обладает настолько малыми знаниями о человеческой природе, что стремится к счастью, пытаясь изменить все, кроме своего собственного характера, лишь растратит свою жизнь и приумножит ту печаль, от которой хотел избавиться». Несчастливыми или счастливыми тебя делают только твои мысли, а не внешние обстоятельства. Управляя своими мыслями, можно управлять своим счастьем. Поэтому измени свои мысли. Прежде всего, постарайся думать о себе хорошо. Человек является тем, что он о себе думает, мы такие, какими себя считаем, и если мы недовольны собой, то недовольны и всей жизнью. Поэтому для того, чтобы обрести счастливую жизнь, следует научиться быть довольным самым собой [98].

Измени отношение к окружающим. Счастье нельзя найти в обладании и приобретении чего-то только для самого себя. Но оно кроется в умении давать и помогать другим. Чем больше радости и счастья мы приносим другим, тем больше обретаем сами. Каждый день можно творить собственное счастье, отыскивая способы подарить его окружающим. Качество жизни определяется качеством взаимоотношений с людьми. Каждый человек испытывает потребность в других. Радость, которой

делятся, - двойная радость; проблема, которой делятся, - половина проблемы. Цени людей и относись к каждому человеку так, словно никогда больше его не увидишь. Секретом, открывающим двери счастья, является и умение прощать окружающих. Невозможно быть счастливым, если у тебя остались ненависть и обиды. От твоих обид не страдает никто, кроме тебя самого. Ошибки и неудачи представляют уроки жизни, поэтому прощай других и самого себя [98].

Найди в себе способность верить. Разрушителем счастья является отсутствие веры. Без веры не может быть продолжительного счастья. Вера успокаивает разум и освобождает душу от сомнений, тревог, беспокойств и страха [98].

Больше смейся. В общении с окружающими старайся быть легкими и веселыми, ибо стрессы облегчает чувство юмора, оно также вызывает ощущение счастья. Смех усиливает способность к сосредоточению и повышает умение решать задачи. В любых обстоятельствах можно найти смешные стороны. Вместо вопроса: «Что плохого в этой ситуации?» спрашивай себя: «Что в ней смешного?» [98].

Найди смысл в жизни, поставь перед собой какую-либо цель. Наличие цели дает возможность занять себя чем-либо. Великий Бернард Шоу написал: «Секрет несчастья заключается в том, что у человека есть свободное время на размышления о том, счастлив он или нет». Если у тебя есть цель, ты сосредоточишься на достижении удовольствия, а не на избавлении от страдания, цели становятся тем, ради чего стоит подниматься с постели по утрам, они делают трудные периоды жизни более легкими, а хорошие времена – еще более приятными. Смысл жизни - понятие рациональное, и в его характеристике велика роль интуиции, поэтому человек не всегда думает о смысле жизни в повседневных заботах, чаще всего это впервые происходит в юности, когда молодой человек, думая о жизни, не хочет смириться с

мыслью о смерти. О смерти и смысле жизни человек начинает задумываться, когда появляются болезни, когда рушатся идеалы или же когда человек обнаруживает какие-либо признаки старения [108].

В чем же смысл человеческой жизни? Интересно мнение Р. Моуди, который проводил опрос людей, перенесших клиническую смерть. Проведя исследования, он пришел к выводу: смысл жизни - научиться любить людей и научиться получать знания. Этот вывод был сделан на основе многочисленных свидетельств людей, перенесших клиническую смерть. Они рассказывают, придя в себя, что существо, излучающее свет, на роковом пороге задает человеку два вопроса: «Научился ли ты любить людей и научился ли ты получать знания?» Может быть, действительно смысл жизни можно видеть в любви к людям и в получении знаний? Тогда люди, нашедшие такой смысл жизни, должны отличаться от остальных людей. Да, они действительно отличаются и, прежде всего, продолжительностью жизни [68].

Возьмем любовь к знанию, которая удлиняет жизнь. Так продолжительность жизни детей неквалифицированного рабочего равна всего 63 годам, в семье учителя - 73. Интеллигенты живут в среднем на 10 лет дольше. Ознакомление с жизнью людей старше 85-90 лет также показывает, что интерес и любовь к умственному труду, творчество на протяжении всей жизни способствуют ее продлению. (А. Сови) Но многие люди видят смысл жизни в достижении личного счастья. Стремление к счастью в человеке неискоренимо [90].

Каковы пути для достижения счастья? Существуют много способов, но нет легкого. Однако всегда помни фразу: «Не волнуйся о мелочах. Жизнь состоит из мелочей». Наличие цели не должно стать препятствием к достижению счастья. Лучший способ преодоления беспокойств и страхов – жизнь в одном мгновении. Вместо того чтобы обращаться к тому, что позади

или впереди, следует сосредоточиться на том, что прямо перед тобой. Счастье кроется не в годах, месяцах, неделях и даже не в днях, но его можно найти в каждом мгновении [98]. И здесь необходимо найти золотую середину.

3. Веди здоровый образ жизни. О значении для сохранения здоровья образа жизни написано в начале данного пособия. Какие можно дать практические советы?

Занимайся физкультурой и спортом. Движение влияет на чувства, помогают изменить восприятие. Ученые обнаружили, что физические упражнения способствуют выделению мозгом химических веществ - эндорфинов и энкефалинов, являющихся естественными стимуляторами, которые вызывают у человека ощущение удовольствия и «подъема». Любая подвижная деятельность, любой спорт, приводящие к интенсификации дыхания, например, – плавание, катание на велосипеде, быстрая ходьба и даже танцы, принесут тебе пользу. С другой стороны, «не-аэробика» подразумевает физические упражнения, не связанные напрямую с дыханием или требующие задержки дыхания, такие виды спортивных занятий, как спринт или тяжелая атлетика, менее полезны для чувств и здоровья. Достаточно получаса в день и физические упражнения могут помочь тебе почувствовать себя счастливым, но заниматься следует регулярно, по возможности, ежедневно. И тебе будут не нужны искусственные психостимуляторы [98].

Физическая активность и регулярные спортивные занятия благотворно влияют на организм. Происходит улучшение самочувствия и настроения. Они вселяют в человека уверенность в себе. Занятия спортом дают возможность приобрести хорошую физическую форму, улучшить фигуру, осанку и др. Но все это нельзя приобрести за короткий срок, многие люди

ждут сиюминутных результатов. Не увидев скорых эффектов, люди часто бросают занятия, поэтому найди в себе силы заниматься регулярно.

Еще один секрет хорошего мироощущения – правильная осанка. Если у тебя плохая осанка: ты сутулишься или наклоняешься в сторону, вместо того, чтобы держаться прямо, страдают твои эмоции и здоровье, правильная же осанка вызывает ощущение счастья [98].

Физическая активность интенсифицирует мышление. О влиянии физической активности на умственную деятельность знали известные педагоги, так Ушинский говорил, что основа памяти коренится в нервной системе, что для развития памяти большое значение имеют прогулки на свежем воздухе. Такой эффект связан с воздействием на мозг сигналов от рецепторов мышц, связок и сухожилий, которые повышают общий тонус коры головного мозга, что способствует умственной деятельности.

Физическая активность действует как антистрессор. У людей, активных в физическом отношении, улучшаются показатели сопротивляемости организма, у них выше адаптационные возможности. Упражнения повышают устойчивость организма к перепадам температуры тела, они дают возможность легче переносить перегревание и переохлаждение. У нетренированного человека при 37-38<sup>0</sup>С температуры тела наступает снижение физической работоспособности, тогда как спортсмены при температуре тела до 41<sup>0</sup>С могут справиться с большой физической нагрузкой [70].

При регулярных тренировках повышается физическая выносливость. Наоборот, у физически нетренированного человека после нескольких приседаний нарушается ритм дыхания, возрастает частота сердцебиений. Спортсмен же легко переносит дополнительные нагрузки на организм. Это связано с тем, что при физической тренировке организм отвечает тренировочным эффектом: возрастает объем крови, увеличивается объем

легких, укрепляется сердечная мышца, возрастает ударный объем сердца [81].

У спортсменов активизируется иммунитет: становится устойчивее гемостаз; увеличивается фагоцитарная активность - за счет этих процессов повышается устойчивость к отдельным заболеваниям, повышается также общий системный иммунитет. Поэтому реже обостряются хронические заболевания. Так, хронический тонзиллит у спортсменов встречается значительно реже, чем у людей, не занимающихся спортом. Наблюдается также повышение устойчивости к инфекционным заболеваниям [70].

Мышечная активность препятствует новообразованиям. Такой эффект показан на животных. Специалистами экспериментально установлено, что у физически активных мышей с фибросаркомами, по сравнению с неактивными животными, рост опухоли замедлен. Поэтому у мышей, пораженных раком, продолжительность жизни повышается, если они много двигаются, однако, не перенапрягаясь при этом. При высокой мышечной активности происходит смягчение последствий облучения организма. У животных экспериментально выявлено положительное влияние предварительной 45-дневной тренировки на устойчивость организма к воздействию проникающей радиации. Физически «тренированные» крысы лучше переносили облучение. При этом в группе «тренированных» крыс выжило 81,1%, а в группе «нетренированных» - только 55,5%. Есть данные о влиянии физической тренировки и на здоровье облученных людей - она также предупреждает и смягчает течение лучевой болезни у человека. У физически тренированных, по сравнению с нетренированными, находившихся на одинаковом расстоянии от эпицентра взрывов атомных бомб в Хиросиме и Нагасаки, степень лучевого поражения была меньше. Ежедневные умеренные физические нагрузки, применяемые после облучения, снижают смертность либо отдалают срок смерти [70].

Спортивные тренировки повышают механические свойства костей и увеличивают их сопротивляемость к воздействию повреждающих факторов. Так, у борцов вещество, из которого состоят позвонки, имеет крупноячеистую структуру, межпозвоночные диски утолщены. Исследования показали, что даже у 70-летних женщин, занимающихся ежедневно теннисом, кости по прочности практически такие же, как и у 30-летних [41].

Многие знают о пользе, которую оказывает на организм физическая активность, но во всех сферах жизнедеятельности человека происходит уменьшение двигательной активности. Явление гиподинамии (дефицита физических движений) распространено среди населения. Так, специалисты проанализировали двигательную активность взрослых работающих людей и выявили, что 58,2% обследованных долгое время вели малоактивный образ жизни, у 25,8% двигательная активность находилась на среднем уровне, и только у 16% она была высокой. Получив такие результаты, ученые решили выяснить, от каких факторов зависит уровень физической активности человека. Оказалось, что уровень физической активности человека зависит от целого ряда факторов. Во-первых, от удовлетворенности деятельностью, которой человек занимается. Чем выше эта удовлетворенность, тем больше физическая активность. Во-вторых, уровень физической активности человека зависит от социально-гигиенических условий, в которых он находится. При благоприятных условиях физическая активность выше. В-третьих, среди людей, со средней тяжестью труда, с большим числом физических движений находится наибольшее число лиц, занимающихся спортом в качестве отдыха [70].

Итак, спортом в свое удовольствие чаще занимаются люди благополучные, а здоровье, физическая активность и позитивное мироощущение тесно взаимосвязаны. Но если из этой цепочки что-то



выпадает, может быть, тогда занятия в спортивной секции приведут тебя к двум другим составляющим?

Очень важно правильно питаться. Пища, которой ты питаешься, влияет на то, что ты чувствуешь. Важно правильно подбирать продукты. Разные продукты по-разному влияют на настроение. Компоненты пищи несут в себе, кроме энергии и пластических материалов, определенную информацию, при ее недостатке появляются болезни, ухудшается настроение. Поговорим о натуральных продуктах. Все ли они одинаково полезны для здоровья? Какие продукты можно считать наиболее ценными для человека? Таких продуктов довольно много: гречка, пророщенные зерна, чеснок, мед, урюк и т.д.

Так ученые обнаружили, что рутин, который содержится в гречке, оказывает благотворное влияние на мозг, он способен «извлекать» людей из депрессии. Но в целом очень важно соблюдать диету, основанную на естественных продуктах, - богатую свежими фруктами, овощами, бобовыми и грубым зерном, поскольку такое питание помогает регулировать уровень сахара в крови, снижает раздражительность и последствия стрессов [78].

В пророщенных зернах содержится много витаминов, а также минеральных и биологически активных веществ, белка.

В чесноке также содержится огромное количество полезных веществ. Учеными показано, что в странах, население которых потребляет большое количество чеснока, смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы в 3-4 раза ниже, чем в тех странах, где едят его мало. Ежедневное добавление в пищу чеснока снижает вязкость крови, что тормозит развитие атеросклероза. Так, на протяжении нескольких лет учеными проводилось наблюдение за 202 испытуемыми в возрасте от 50 до 80 лет, половине из которых ежедневно давали таблетки, содержащие от 600 до 900 миллиграмм чеснока. Уровень холестерина у этих пациентов снизился на 12%. Соответственно, уменьшилась вероятность возникновения сердечно-

сосудистых заболеваний. К тому же, чеснок способен подавлять развитие злокачественных опухолей и препятствовать образованию метастазов. Он обладает омолаживающим и бактерицидным действием, улучшает настроение, повышает либидо и потенцию у мужчин [1].

К веществам, продлевающим жизнь и улучшающим настроение, можно отнести продукты, содержащие пищевые волокна (клетчатку и пектин). Они содержатся в крупах, овощах и фруктах. Пищевые волокна снижают продукцию инсулина, что также оказывает тормозящее влияние на развитие атеросклероза. Пищевые волокна адсорбируют холестерин и глюкозу, препятствуя развитию диабета из-за более равномерного всасывания углеводов. Пищевые волокна особенно ценны для лиц умственного труда, для людей, ведущих сидячий образ жизни. Поэтому желательно включать пищевые волокна в рацион питания учащимся и студентам. Но продукты, содержащие пищевые волокна, по-разному влияют на продолжительности жизни. Так, самая высокая продолжительность жизни при преимущественном потреблении кукурузы; средняя у тех, кто питается рисом; а самая низкая продолжительность жизни у населения, в питании которого преобладает пшеница. Все дело в современном способе обработки зерна - в цельных зернах пшеницы содержится специфический фактор, который при обработке теряется. В целом же, пищевых волокон ежедневно требуется не менее 50-60 г, 50% следует восполнять за счет зерновых продуктов, 50% - за счет овощей и фруктов. Однако в России зерновых продуктов потребляется только около 25 г в сутки и употребляется преимущественно пшеница - это одна из причин низкой продолжительности жизни россиян [37].

При составлении рациона питания следует избегать депрессантов: кофе, чая, алкоголя, богатых сахаром продуктов и искусственных добавок. Необходимо учитывать, что нет идеальной диеты для всех людей. При составлении диеты надо принимать во внимание много факторов: место

жительств, самочувствие, состояние здоровья и многое другое. При всем этом меню должно быть разнообразным - это является условием получения организмом достаточного количества питательных веществ и необходимого количества структурной информации пищи. Этого легче добиться при смешанном и разнообразном пищевом рационе. Однообразный рацион дает меньше возможностей для получения всего необходимого организму, он быстро надоедает.

Необходимо учитывать и положительное влияние психики при соблюдении диеты. Если веришь в диету, то скорее достигнешь цели.

Кроме гиподинамии и нерационального питания, депрессия может быть вызвана недостатком естественного освещения. Такая депрессия даже имеет свое медицинское обозначение, как «Сезонное эмоциональное расстройство», именно из-за него в зимние месяцы происходит намного больше самоубийств. Поэтому выходи на свежий воздух, по крайней мере, на час в день, либо, если это невозможно, используй лампы дневного света [78].

Необходимо отметить, что при всей многоаспектности, основой здорового образа жизни должно быть духовное самосовершенствование. Физическое совершенствование и правильное питание являются важными мероприятиями, но это только пути для достижения здоровья и хорошего настроения. Во многих оздоровительных системах выработаны свои способы коррекции здоровья, однако каждый человек может выбрать программу для оздоровления по своему усмотрению, но в основе любой оздоровительной программы должно быть именно духовное и нравственное совершенствование. С другой стороны, можно не обливаться холодной водой и не заниматься физкультурой, но быть здоровым и счастливым. Все это - лишь различные пути достижения здоровья. Если «внутри» у человека ничего нет, если он бездуховен, он не сможет отказаться от соблазнов, разрушающих его здоровье.

## Заключение

Итак, наркомания – это страшная беда.

При этом на настоящее время в мире не существует единого подхода к определению, как самого понятия «наркомания», так и пониманию механизмов ее формирования. Существуют физиологические, психологические и социальные факторы развития этой аддикции. Наркомания с трудом поддается лечению, при этом процент излечившихся полностью людей крайне низок. Поэтому лучше предотвратить эту ужасную болезнь, чем ее лечить. При этом основное внимание общества должно быть обращено на профилактику. Самой эффективной считается первичная профилактика наркомании. Основной контингент профилактической деятельности – это дети и молодежь, которым с раннего возраста нужно прививать готовность вести здоровый образ жизни.

Факторы ориентации учащихся и студентов на ЗОЖ следующие:

- создание в школах и вузах среды, способствующей ориентации на ЗОЖ как учащихся и студентов, так и преподавателей;
- обеспечение гигиенических условий, способствующих сохранению здоровья учащихся, студентов, преподавателей;
- активное вовлечение учащихся, студентов и преподавателей к занятиям спортом;
- введение учебных курсов, смещающих ценность здоровье на приоритетные места;
- показ позитивных примеров;
- ориентация всех участников воспитательного процесса на духовное саморазвитие.

## Литература

1. *Агаджанян Н.А., Барсукова О.И.* Активный образ жизни студента. / Под ред. Г.Ф. Коротько. - Ташкент: Медицина, 1985. – 307 с.
2. *Агаджанян Н.А., Катков А.Ю.* Резервы нашего организма. - 2-е изд. - М.: Знание, 1981. - 239 с.
3. *Акинина С.П.* Первичная профилактика наркоманий в школе. <http://www.psi.lib.ru/statyi/sbornik/profnark.htm>.
4. *Артюхова И.С.* Ценности и воспитание. // Педагогика. – 1999. - № 3. - С. 117-123.
5. *Атаханова С.П.* Некоторые факторы формирования сознания здорового образа жизни студенческой молодежи / С.Л. Атаханова // Молодой ученый. - 2011. - № 5. Т.2. - С. 118-120.
6. *Банщиков В.М., Короленко Ц.П.* Алкоголизм и алкогольные психозы. - М., 1968. – 256 с.
7. *Бездухов В.П.* О ценностном подходе к отбору содержания нравственного воспитания. // Интеграционные процессы в образовании взрослых: Сб. науч. трудов. - Санкт-Петербург, 1997. – С. 107-111.
8. *Белогуров С.Б.* Популярно о наркотиках и наркоманиях. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб: Невский Диалект, 2000, - С. 112.
9. *Грачева А.Г.* Тяжелые последствия легких наркотиков. – М.: Знание, 1012. – 64 с.
10. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры: Пер. с англ. / Под ред. М.С. Мацковского. - Л: Лениздат, 1992. - 400 с.

11. *Бодров В.Л.* Нервно-психическое состояние студентов как валеологическая проблема. // Высшее образование в России. - 1996. - № 2. - С.65-73.

12. *Бестужев-Лада И.В.* Пьянство как социальная проблема. - М.: Физкультура, образование и наука, 1999. - 184 с.

13. *Блинов Г.М.* История болезни № 689. Записки психиатра. Документальная повесть. – М.: Московский рабочий, 1983. – 151 с.

14. *Блюмкин В.А.* Мир моральных ценностей. // Новое в жизни, науке, технике. - Сер. «Этика». – М.: Знание, 1981. - № 8. – 64 с.

15. *Братусь Б.С.* Нравственное сознание личности. (Психологическое исследование). // Новое в жизни, науке, технике. - Сер. «Этика». – М.: Знание, 1985. - № 3. – 64 с.

16. *Братусь Б.К.* О механизмах целеполагания. // Вопросы психологии. – 1977. - № 2. – С. 121-124.

17. *Братусь Б.С.* Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. - М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1974. – 96 с.

18. *Братусь Б.С., Сидоров П.И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 96 с.

19. *Бреслав Г.М.* Эмоциональные отклонения как первичный показатель деформации процесса формирования личности. // Личность в системе общественных отношений. – М., 1983. – Ч. 2. – С. 274-276.

20. *Бреслав Г.М.* Эмоциональные процессы. - Рига, 1984. – 140 с.

21. *Брехман И.И.* Валеология - наука о здоровье. - М., 1990. – 206с.

22. *Брэгг П.С.* Формула совершенства: Пер. с англ. - СПб: Лейла, 1993. – 494 с.
23. *Бушля А.К.* Нравственное воспитание детей в семье. - Л., 1954. – 78 с.
24. *Буянов М.И.* Размышление о наркомании. - М.: Просвещение, 1990. – 77 с.
25. *Вальдман А.В. и др.* Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. - М.: Медицина, 1979. - 359 с.
26. *Ведяев Ф.П.* Мозг, эмоции, здоровье. - М.: Знание, 1983. – 64 с.
27. *Висьневска-Рошковска К.П., Пиотровякова В.Н.* Вегетарианство. Вегетарианские блюда. - Минск: Полымя, 1992. – 128 с.
28. *Владиславский В.Р.* О твоём питании, человек. - Минск: Вышэйш. Школа, 1982. – 128 с.
29. *Волков А.Г.* О связи брачного состояния и смертности. // Вестник статистики. - 1979. - № 4. - С. 34-41.
30. *Вохмянин Г.И.* Не подлежит оправданию: профилактика алкоголизма в семье. - М.: Педагогика, 1986. - 127 с.
31. *Гиппиус А.Э.* Письма врача к учителю. - М., 1889. – 72 с.
32. *Гребенников И.В.* Воспитательный климат семьи. - М.: Знание, 1976. – 40 с.
33. *Готтлиб А.* Энциклопедия незапрещенных психоактивных средств. – Харьков: Авангард, 1997. – 245 с.

34. *Гурова Р.Г.* Духовный мир молодежи в меняющейся России XX века (лонгитюдное социологическое исследование 1960-2000 гг.). // Мир психологии. – 2000. - № 4. – С. 147-158.
35. *Гурски С.* Внимание – наркомания. - М.: Медицина, 1988. – 140 с.
36. *Джонатан Н., Робин А.* Взаимодействие вируса СПИДа с клеткой. //В мире науки. – 1988. - № 12. – С. 15.
37. *Дильман В.М.* Большие биологические часы: Введение в интегральную медицину. – М.: Знание, 1986. – 208 с.
38. *Дильман В.М.* Четыре модели медицины. – Л.: Медицина, 1987. – 286с.
39. *Заиграев Г.Г.* Борьба с алкоголизмом. - М., 1986. – 155 с.
40. *Зосин А. Н.* Наркомания. <http://www.deathnark.chat.ru>
41. *Зверева Е.Л.* Развитие физической культуры старшеклассников-спортсменов как фактор формирования здорового образа жизни: автореф...канд.пед.наук / Зверева Е.Л. – Воронеж, 2012. - 25 с.
42. *Иванова Е.Б.* Как помочь наркоману. - Санкт-Петербург: Комплект, 1997. – 180 с.
43. *Иззард К.* Эмоции человека. - М.: Изд-во МГУ, 1980. – 427 с.
44. *Ильинич В.И.* Физическая культура студента: Учебник. М.: - Гардарики, 2004. - 304 с.
45. *Кара-Мурза С.* Манипуляция сознанием. – М.: Алгоритм, 2000. – 124с.



46. *Капранов В.А.* Объективные основы осмысленности человеческого бытия. // Смысл человеческой жизни. Диалог мировоззрений: Материалы симпозиума. - Нижний Новгород, 1992. - С. 20.

47. *Карпов А.М.* Самозащита от наркомании. // Здоровое общество. - Казань, 1997. - № 1. - С. 4-33.

48. *Караганова С.А., Малащенко И.Е., Федорова А.В.* Наркомания в России: угроза нации. Аналитический доклад. Совет по внешней и оборонной политике. - М., 1998. – С. 7.

49. *Касимов И.Р.* Формирование ориентации подростков на здоровый образ жизни средствами культурно-досуговой деятельности. Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. - Казань. - 2013. – 180 с.

50. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. – М.: Наука, 1983. – 368 с.

51. *Кобыляцкий И.И.* Научно-педагогические основы воспитательной работы в высшей школе. (Тексты лекций). - Одесса, 1974. – 156 с.

52. *Колесов Д.В.* Предупреждение вредных привычек у школьников. – М.: Педагогика, 1984. – 173 с.

53. *Кондрашенко В.Т.* Нарушение соматических функций при алкогольной интоксикации. – Л.: Медицина, 1977. – 176 с.

54. *Крупицкий Е. М.* Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. // Неврологический вестник — 2010, № 3. - С. 25-27.

55. *Кутырев Ю.* Сначала живи, потом философствуй. // Смысл человеческой жизни. Диалог мировоззрений: Материалы симпозиума. - Нижний Новгород, 1992. - С. 57.

56. *Лазарев В.В.* Диагностика кармы. – Санкт-Петербург: Академия парапсихологии, 1996. – Т. 2. – 235 с.

57. *Лакуста В.Н.* Купирование алкогольного абстинентного синдрома воздействием на различные сочетания точек акупунктуры. // Теория и практика рефлексотерапии. - Кишнев, 1981. - С. 138-139.

58. *Леонтьев А.Н.* Потребности, мотивы, эмоции. – М.: Изд-во МГУ, 1971. – 40 с.

59. *Лисицин Ю.П.* Основной вопрос медицины. Образ жизни. Общественное здоровье. Санология. // Актовая речь ВНИИМИ. - М., 1987. – С.7-14.

60. *Лисовский В.Т.* Личность студента. - Л., 1974. – 184 с.

61. *Литвак М.Е.* Психологическая диета. - Ростов-на-Дону: Психологическое айкидо, 1993. – 60 с.

62. *Лихачев Б.Т.* Введение в теорию и историю воспитательных ценностей. – Самара: СамИУ, 1997. – 85 с.

63. *Лихачев Б.Т.* Нравственное разложение и православие. // Педагогика. – 1999. - № 6. – С. 114-119.

64. *Матосян А.А.* Вставай страна... - М.: Международная ассоциация по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, 1999. – 40 с.

65. *Майерс Д.* Социальная психология: Пер. с англ. – Санкт-Петербург: Питер, 1996. – 688 с.

66. *Михайлова, О.Н.* Доступность здорового образа жизни для молодежи: региональный аспект: автореф...канд.пед.наук / Михайлова О.Н. – Саратов, 2007. - 22 с.

67. *Морозов Г.В., Романенко В.А.* Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии. - М.: Медицина, 1982. – 384 с.
68. *Моуди Р.* Жизнь после жизни: Исследование феномена выживания после физической смерти. - Л.: Лениздат, 1991. – 90 с.
69. *Никандров Н.Д.* Воспитание ценностей: российский вариант. – М.: Магистр, 1995. – С. 141.
70. *Обысов А.С.* Резервы организма человека. - М.: Медицина, 1972. – 72с.
71. *Осава Г.* Макробиотический дзен или искусство омоложения и долголетия. - М., 1993. – 189 с.
72. *Панкратьева Н.В. и др.* Здоровье - социальная ценность. - М.: Мысль, 1989. – 140 с.
73. *Паламарчук В.А., Теличук, П.П.* Воспитательная работа в вузе: Методы рекоменд. – Киев: Вища школа. Изд-во при Киевском ун-те, 1981. – 47с.
74. *Панова, О.В.* Педагогическое сопровождение семейной социализации подростков группы риска: дисс...канд.пед.наук / Панова О.В. - Ульяновск, 2010. - 208 с.
75. *Панкратьева Н.В. и др.* Здоровье - социальная ценность. - М.: Мысль, 1989. – 140 с.
76. *Петленко В.П.* Валеология человека: Здоровье - Любовь - Красота - Физическое и психическое здоровье. – Санкт-Петербург: РЕТРОС; Минск: ОРАКУЛ, 1996, - Т. 3. - 334 с.

77. *Попов В.Ф.* Основные направления антиалкогольной пропаганды. //Советское здравоохранение. - 1986. - № 10. - С. 22-23.

78. *Пронастин Г.Н.* Через века... М.: Физкультура и спорт, 1983. – 192с.

79. *Райхель Е.* Применение плацебо в постсоветском периоде: гносеология и значение в лечении алкоголизма в России. Часть II // Неврологический вестник. – 2010. - Т. XLII, № 4. - С. 49-57.

80. *Роберт К.* Вирус синдрома приобретенного иммунного дефицита. //В мире науки. - 1987. - № 3. – С. 14.

81. *Рийв Ю.* Систематическая физическая тренировка как метод профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. // Проблемы физического воспитания и физического развития молодежи в связи с состоянием здоровья. - Тарту, 1968. - С. 106.

82. *Рувинский Л.И.* Нравственное воспитание личности. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 184 с.

83. *Сегал Б.М.* Алкоголизм. Клинические, социально-психологические и биологические проблемы. /Под ред. проф. Федотова Д.Д. М.: Медицина, 1967. - 578 с.

84. *Селье Г.* Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1982. – 124 с.

85. *Семенова А.Н., Шувалова О.П.* Лечебные свойства зерна и крупы. – СПб.: Нев. проспект, 2000. – 122 с.

86. *Симонов П.В.* Теория отражения и психофизиология эмоций. – М., 1986. – 141 с.

87. *Скотт Д. Г.* Сила ума.- СПб.: Спикс, 1993. – 429 с.

88. *Скурихин И.М., Шатерников В.А.* Как правильно питаться. – М.: Аграрпромиздат, 1986. – 239 с.
89. *Смирнов В.Е.* От вредной привычки к болезни. Проблемы женского алкоголизма. – М.: Знание, 1968. – 62 с.
90. *Сови А.* Общая теория населения. - М., 1997. - Т. 2. – С. 25.
91. *Соколов Д.К.* Злоупотребление алкоголем и образ жизни. //Здравоохранение РСФСР. - 1987. - № 2. - С. 37-38.
92. *Соколова Е.Т.* Мотивация и восприятие в норме и патологии. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1976. – 128 с.
93. *Соловьев Ю.* От наркомании - к народной коме? //Восточно-Сибирская правда. – 1998. - 30 сентября. – С. 4.
94. *Уваров И.А.* Воспитание морально-волевых качеств кадетов военно-учебных заведений дореволюционной России: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М.: МПГУ им. В.И.Ленина, 1996. – 16 с.
95. *Уильям А. и др.* Молекулярная биология вируса СПИДа. //В мире науки. – 1988. - № 12. – С. 24.
96. *Ходаков Н.М.* Алкоголизм излечим. (Заметки нарколога). - Свердловск, Средне-Уральское кн. изд., 1967. – 55 с.
97. *Франкл В.* Человек в поисках смысла: Пер. с англ. /Под ред. Л.Я.Гозмана и Д.А.Леонтьева. - М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
98. *Фромм Э.* Бегство от свободы. – М.: Прогресс, 1990. – 272 с.
99. *Фромм Э.* Человек и его душа. - Москва: Республика, 1992. - 326 с.

100. *Фридман Л.С.* Наркология. - Спб: Невский проспект, 1998. – С. 134.

101. *Чумаков Б.Н.* Валеология. - М.: Российское пед. агентство, 1997. – 246с.

102. *Чепурная О., Эткинд А.* Инструментализация смерти. Уроки антиалкогольной терапии. Отечественные записки № 2 (29), - 2006. – С. 34.

103. *Шашков В.Н.* В сетях нарколоббии. – Москва: ЗАО Газета «Правда», 1999. – С. 7.

104. *Шевердин С.Н.* У опасной черты: как уберечь детей от алкоголя. – М.: Педагогика, 1985. – С. 149.

105. *Шерпаева, А.Ю.* Технология культурно-досуговой деятельности в здоровьесбережении детей: автореф.дис...канд.пед.наук / Шерпаева А.Ю.- 2009. – Челябинск. - 23 с.

106. *Яркоан Р., Мицуя Х., Бродер С.* Средства лечения СПИДа. //В мире науки. - 1988. - № 12. – С. 32.

107. *Ярошенко, Н.Н.* Ценности досуга в контексте цивилизационного развития / Ярошенко Н.Н. // Вестник МГУКИ. – 2011. - №6. – С. 66–73.

108. *Яшин В.В.* Смысл жизни и общечеловеческие ценности. // Смысл человеческой жизни. Диалог мировоззрений: Материалы симпозиума. - Нижний Новгород, 1992. - С. 95.

Интернет-ресурсы:

109. <http://be5.biz/pravo/k003/24.htm>

110. <http://www.narconon-standard.ru>

111. <http://knowledge.allbest.ru>
112. [tvoidoktor.ru](http://tvoidoktor.ru)
113. [galeevrk.ru](http://galeevrk.ru)
114. <http://notabenoid.com>
115. <http://www.takzdorovo.ru>
116. Наркотическая зависимость. <http://www.narconon-spb.ru>
117. [netnarkoticov.ru](http://netnarkoticov.ru)
118. <http://www.lifeline-center.ru>
119. [24vz.ru](http://24vz.ru)
120. [www.pmed.ru](http://www.pmed.ru)
121. <http://www.google.ru>
122. <http://narcolikvidator.ru>
123. <http://diplomnajarabota.ru>
124. <http://be5.biz/pravo/k003/24.htm>
125. <http://knowledge.allbest.ru>
126. [nodrugs.ksu.ru](http://nodrugs.ksu.ru)
127. <http://www.apatity.mels.ru>
128. <http://1-i-z-7.livejournal.com>
129. <http://narkokliniki.ru>

130. <http://ru.wikipedia.org>

131. <http://www.scorcher.ru>

132. <http://www.proza.ru>

133. <http://www.lifeline-center.ru>