

КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**ПРОФИЛАКТИКА
АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ
В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

Учебное пособие

КАЗАНЬ 2012

Печатается по рекомендации Ученого совета
Института физической культуры, спорта и восстановительной медицины

УДК 371.7 (075.8)
ББК 74.200.55я73

Шайхелисламова М.В., Дикопольская Н.Б., Ситдигов Ф.Г.
**Профилактика алкоголизма и наркомании в школьном
возрасте: Учебное пособие. Изд. дополнен. / Казань, Отечество,
2012. 207 с.**

Учебное пособие посвящено актуальной проблеме современного общества – распространению алкоголя и наркотиков среди подрастающего поколения. Особое внимание уделено возрастным, психофизиологическим и индивидуальным особенностям наркотизации и алкоголизма детей и подростков, вопросам профилактики алкоголя и наркомании в семье и школе. В пособии приведены результаты современных научных, социологических, психологических исследований проблемы молодежного наркотизма (Институт возрастной физиологии РАО и др.), описаны формы и методы педагогической профилактики алкоголизма и наркомании в отечественных и зарубежных школах. Учебное пособие рекомендовано для педагогов средних и высших учебных заведений, студентов вузов и родителей.

Составители: **М.В. Шайхелисламова,**
доктор биологических наук, профессор;

Н.Б. Дикопольская,
кандидат биологических наук, доцент

Ф.Г. Ситдигов, доктор биологических наук,
профессор

Научный редактор: **Т.Л. Зефирова,** доктор медицинских наук,
профессор

Рецензенты: **Р.Г. Биктемирова,** доктор медицинских наук,
профессор;

Ю.С. Ванюшин, доктор биологических наук, профессор

© М.В. Шайхелисламова, Н.Б. Дикопольская, Ф.Г. Ситдигов 2012

ISBN 978-5-9222-0554-2

Содержание

Предисловие.....	4
Глава 1. История возникновения алкоголя и наркотиков	6
Глава 2. Тенденции распространения психоактивных веществ в молодежной среде.....	22
Глава 3. Факторы риска в развитии алкоголизма и наркомании у школьников.....	27
Глава 4. Нейрогуморальные механизмы наркотической и алкогольной зависимости.....	47
Глава 5. Этапы развития алкогольной зависимости у подростков.....	57
Глава 6. Этапы наркотизации несовершеннолетних.....	91
Глава 7. Наркотические и токсикоманические вещества, распространенные в молодежной среде. Осложнения, связанные с их применением.....	99
Глава 8. Осложнения, вызванные сопутствующими алкоголизму и наркомании факторами.....	115
Глава 9. Педагогическая профилактика алкоголизма и наркомании	133
Глава 10. Физическая культура – в профилактике алкоголизма и наркомании подростков.....	191
Литература.....	205

Предисловие

В настоящее время одной из важнейших медико-социальных проблем становится алкогольная и наркотическая зависимость. Если раньше более высоким был уровень злоупотребления алкоголем, то в последние годы отмечается значительное увеличение распространенности наркоманий разного вида. Исследованием аспектов проблемы наркотизма и алкоголизма несовершеннолетних занимаются ученые различных специальностей – медики, педагоги, психологи, физиологи... Актуальной теме посвящаются многочисленные передачи радио и телевидения, статьи газет и журналов. Однако, несмотря на изобилие устрашающей информации медицинского и криминального характера, ужесточение мер уголовной ответственности за хранение и распространение наркотических веществ, остановить процесс наркотизации общества и особенно молодежи оказывается невозможно. Мощные биологические природные стимулы человеческого организма, стремление к блаженству и удовольствию как основной жизненной ценности, заложенной в самой древней эволюционной программе развития человека, держат его в плену одурманивающих веществ, постоянно культивируют наркотики и им подобные вещества рядом с ним. По самым приблизительным подсчетам сегодня в мире потребляют наркотики свыше полтора миллиарда человек, среди них большое количество студентов и школьников, каждый второй наркоман умирает от передозировки. Внутривенное употребление наркотиков способствует быстрому распространению вирусных инфекционных заболеваний – СПИДа, гепатитов и др. Средний возраст приобщения к токсико-наркотическим веществам среди мальчиков и девочек снизился до 13,5 лет и 14,6 лет соответственно. Более того, около 15% несовершеннолетних начинают свою наркогенную карьеру

уже в младшем школьном возрасте. Злоупотребление алкоголем также часто выявляется в детско-подростковом возрасте.

Массовое распространение наркотических веществ обусловлено прежде всего причинами объективного характера и в первую очередь общим ростом наркотизма в мире. Наркобизнес является наиболее выгодной сферой вложения денег, дающей до 300% прибыли. При этом Россия становится объектом особого внимания международного наркобизнеса. Наркотики наступают с двух сторон: с Востока (прежде всего из стран Средней Азии, входивших в состав СССР) через Россию идет поток традиционных средств – анаша, гашиш, героин. С Запада поступают синтетические наркотики. Сегодня страна переживает один из сложнейших этапов своего развития. Экономическая и социальная нестабильность, разрушение традиционной системы ценностей и нравственных ориентиров – все это способно породить ощущение беспомощности и отчаяния даже взрослого человека. Особенно сложно найти себя в столь непостоянном мире молодому человеку, чей взгляд на жизнь только формируется. Наркотики и алкоголь создают для многих юношей и девушек иллюзию «внутренней безопасности», на время дают возможность испытать чувство психологического комфорта, благополучия.

Профилактика алкоголизма и наркомании в семье и школе должна носить опережающий характер, предполагающий развитие индивидуальных механизмов, способных обеспечить ребенку или подростку социальную адаптацию. Эффективная организация профилактики алкоголизма и наркомании в школе требует от педагога знания психофизиологических особенностей наркотизации детей и подростков, современных тенденций в развитии молодежного алкоголизма и наркотизма, осведомленности о наиболее «популярных» среди несовершеннолетних одурманивающих веществах, а также владения методами педагогической профилактики, воспитания личностной устойчивости ребенка к наркогенному соблазну.

Глава 1.
История возникновения
алкоголя и наркотиков

Наилучшее понимание проблемы алкоголизма и наркомании в современном обществе требует хорошего знания истории, традиций производства и употребления психоактивных веществ.

Когда именно появился алкоголь, сказать сложно. Однако вполне можно предположить, что он не намного моложе самого человечества. Папуасы Новой Гвинеи, еще не знавшие огня, уже имели свои способы получения алкоголя. Многие древние племена использовали его в своих многочисленных обрядах: с его помощью общались с богами и умершими. В более позднее время появился обряд побратимства. В чашу с вином капали кровь участников обряда и пускали чашу по кругу. Возможно, именно отсюда пошла традиция - собирать гостей и непременно ставить на стол бутылку вина.

С изобретением керамической посуды (примерно VIII тысяч лет до н.э.) появилась возможность приготовления разнообразных алкогольных напитков из меда, винограда и других плодов. Один из самых древних напитков – пиво. Известно, что его варили еще в Вавилоне за VII тысяч лет до н.э. Клинопись, обнаруженная археологом Е.Хубером содержит рецепты 15 сортов этого напитка. Древние вавилоняне готовили пиво из молодых семян проса и ячменя. Пиво пили из общего котла длинными трубками, после того как наступало опьянение, переходили к песням и пляскам.

В Древнем Египте пиво было очень популярно и употреблялось каждый день наряду с хлебом и луком – основными продуктами питания большей части населения. Дневная норма строителя пирамид состояла из нескольких пучков лука и чеснока, трех буханок хлеба и трех жбанов пива. Бочки с пивом ставились в гробницы египетских фараонов, врачи прописывали его для лечения зубной боли. Считалось, что готовить пиво научил сам Озирис – бог производительных сил природы и возрождения, один из наиболее почитаемых богов в египетской мифологии. На многих рисунках того времени изображаются люди

пьющие или изготавливающие пиво, боги и правители с кубками в руках.

Любимым богом в греческом пантеоне был бог вина и веселья – Дионис, чело которого было увенчано веткой винограда. В его честь регулярно проводились празднества (дионисии) с огромным количеством спиртного. Александр Македонский особенно почитал культ Диониса и донес его до границ Индии. Это привело к тому, что одно из индийских племен – оксидраки – часто предаваясь пьянству, впоследствии стало выдавать себя за потомков Диониса.

Отрицательно относились к злоупотреблению вином спартанцы. Согласно заветам полумифического законодателя Ликурга, целью которых было воспитание доблестных юношей, превыше всего ставящих интересы отечества, пьянство рассматривалось как страсть, позорящая человека. Чтобы спартанская молодежь могла наглядно убедиться, к каким мерзким последствиям ведет злоупотребление вином, илотов (государственных земледельцев) порой принуждали напиваться допьяна и в таком виде выставляли напоказ в общественном месте.

Чистый спирт получили арабы еще в начале VII века. Само слово «алкоголь» арабского происхождения, в переводе означает «одурманивающий». В старинной арабской легенде рассказывается, что некий алхимик в поисках философского камня случайно обнаружил опьяняющее действие этилового спирта. Изумленный его поразительными свойствами прогонять печаль и вызывать бодрость, алхимик решил, что ему удалось открыть «эликсир жизни». Успехи арабских алхимиков снова привели к процессу перегонки, забытому со времен древних египтян. Перегонка вина для получения спирта резко усугубило пьянство.

В Западной Европе изготавливать крепкий алкоголь научились в средние века. Водка постепенно стала вытеснять из употребления виноградные вина, медовые напитки и домашние алкогольные рецепты. В результате чего во многих странах Европы пьянство превратилось в настоящее бедствие. Общественность делает попытки его

уменьшить, и под ее влиянием вводятся государственные ограничения. С начала XVIII века застрельщиком выступает Англия: с 1736 года резко увеличивается налог на водку, нарушители облагаются очень высоким денежным штрафом и даже подвергаются телесным наказаниям. Следующий акт направлен на поощрение пивоварения. Инициативу Англии подхватила Швеция, где начиная с 1865 года была организована система, значительно снизившая доходность от продажи алкоголя, а в последующие годы была даже введена карточная система на его продажу.

Борьбу с пьянством стихийно взяли на себя американские женщины. Движение началось в 1874 году, когда они организовали крестовый поход против держателей питейных заведений. Женщины осаждали кабаки с молитвами, пением псалмов, колокольным звоном. Осада могла продолжаться в течение недель, и измученный хозяин заведения обычно не выдерживал и сдавался: вино торжественно выливали из бочек в канаву. Антиалкогольное движение женщин всколыхнуло общественность, появились требования об ограничении и запрещении продажи водки, и отдельные штаты начали вводить запрещающие законы. В 1917 году конгрессом был принят закон, запрещающий производство и продажу алкогольных напитков в 48 штатах. «Сухой закон» просуществовал до 1932 года, однако он не сыграл той роли, которую на него возлагали, так как контрабандный привоз и подпольная продажа приняли такие размеры, что фактически пьянство если не увеличилось, то, во всяком случае, не уменьшилось.

В Россию водку, а точнее ее прообраз – крепкий напиток *aqua vitae* («вода жизни») впервые привезли генуэзцы в 1386 году, направлявшиеся в Литву по торговым делам. Путь их пролегал через Москву, в которой иноземцы получили аудиенцию у князя Дмитрия Донского. Будучи польщенными гостеприимством московского правителя, они подарили ему сосуды с упомянутым хмельным напитком. Но особого впечатления на наших предков этот продукт перегонки забродившего

сока винограда не произвел. На Руси в то время пили очень мало, отдавая предпочтение медовухе и пиву, крепость которых не превышала десяти градусов. Напитки варились только для себя и никогда на продажу. Сам процесс питья значительно отличался от современного: в чарку наливали напиток и пускали по кругу. Причем каждый мог сделать только один или два глотка. Если кто употреблял спиртное в будний день, это было грехом и великим позором.

В 1429 году виноградный спирт был вновь привезен в Москву иноземцами в качестве универсального лекарства. Очень вероятно, что идея разведения спирта послужила толчком к производству русской водки из зерна. Свой собственный оригинальный напиток русские изобрели в 1448-1474гг. Тогда водка представляла собой разбавленный хлебный спирт, поэтому имело другое название – хлебное вино или хлебная водка.

Еще около ста лет после изобретения традиционного для русского народа спиртного напитка на Руси никакого пьянства не было. Во многом этому способствовал патриархальный уклад жизни русских людей и их глубокая религиозность. Пьянство приходит на Русь в тот момент, когда государство берет на себя управление производством и потреблением спиртных напитков.

Уже в начале XVI столетия алкоголь повезли не в Россию, а из нее. Это был первый опыт русского водочного экспорта, которому позднее было суждено завоевать мир. Примечательно, что уже в конце XV века великий князь Московский и государь всея Руси Иван III, отличавшийся прозорливостью и стратегическим мышлением, ввел государственную монополию на производство и продажу водки, равно как и на все прочие алкогольные напитки.

Как принято считать, в 1953 году, в Москве был первый «царев кабак» - питейное заведение, в котором продавались разные спиртные напитки, в том числе и водка. Во времена Ивана Грозного кабаки получили известное распространение, причем их посетителями были по преимуществу царские опричники, легко

расстававшиеся с несправедливо нажитыми деньгами. Кабацкий бизнес приносил государству немалый доход, тем не менее, уже тогда пытались ограничить потребление спиртных напитков. Так, в 1652 году вышел Указ «продавать водку по одной чарке на человека». Запрещалось выдавать вино пьющим, а также во время постов, по средам, пятницам и воскресеньям. Однако, из-за финансовых соображений, вскоре была внесена поправка: «Чтобы великого государя казне учинить прибыль, пьющих с кружечного двора не отгонять», чем фактически поддерживалось пьянство.

Порядок производства и продажи водки в России неоднократно менялся. Система винных откупов, т.е. право производить водку или торговать ею, платя при этом государству небольшой процент, сказочно обогатившая так называемых откупщиков, то вводилась, то отменялась. Петр I сочетал откупы с казенной продажей водки, стремясь обеспечить наибольшие поступления в казну. В Петровскую эпоху было положено начало династиям русских «водочных королей», заводчиков. В 1716 году первый Император Всероссийский предложил дворянскому и купеческому сословию исключительное право заниматься винокурением на своих землях.

В середине XVIII века производством водки в России, наряду с казенными заводами, занимались дворяне-землевладельцы, хозяева разбросанных по стране поместий. Императрица Екатерина II, покровительствовавшая дворянскому сословию, пожаловавшая ему множество разных льгот, сделала винокурение исключительной привилегией дворян. Императорский Указ от 31 марта 1765 года разрешал «курить вино» только дворянам, при этом они были освобождены от налогообложения. Богатые купцы, нажившие свои состояния в те времена, когда в России производить водку мог любой – лишь бы платил «винокурную пошлину» - пытались держать винокурни на паях с дворянами или вообще записывать их на подставных лиц. Однако правительство следило за

соблюдением этой дворянской привилегии и немилосердно наказывало ослушников, конфисковывая такие предприятия.

В XIX веке, начало которого ознаменовалось Отечественной войной 1812 года, российская казна оскудела, правительство же ввело государственную водочную монополию на большинстве территорий Российской империи. Характерно, что после окончания Наполеоновских войн русская водка была высоко оценена во Франции, при этом ее уже воспринимали не просто как экзотический напиток, а как нечто благородное и чистое, привнесенное во французскую жизнь победителями Бонапарта. В России же механизм производства и продажи водки продолжал меняться.

Появление водки «Московской Особой» непосредственно связано с именем знаменитого химика Д.И.Менделеева. Ученый, в течение полутора лет искавший идеальное соотношение объема и веса частей спирта и воды, решил эту задачу и опубликовал результаты своих исследований в докторской диссертации «Рассуждение о соединении спирта с водою». Выводы Д.И.Менделеева были по достоинству оценены и с успехом использованы в алкоглометрии и водочном производстве. В 1894-1896 годах был установлен государственный эталон на водку, введена государственная водочная монополия, постепенно распространившаяся на всей территории страны. Почти одна четвертая часть доходов царской России зависела от продажи водки, поэтому возникшие в XIX столетии общества трезвости, поддержки от государства не встречали. Несмотря на то, что алкоголь неизменно присутствовал в повседневной жизни человека, его чрезмерное потребление всегда порицалось обществом.

С годами протест против алкоголя нарастал. В 1898 году была образована «Комиссия врачей против алкоголизма», а в 1909 и 1912 годах состоялись два Всероссийских конгресса по борьбе против алкоголя.

Первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством проходил в Петербурге с 27 декабря 1909 года по 6 января

1910 года. Он имел широкий отклик среди общественности. Так, Лев Николаевич Толстой писал члену организационного комитета Д.Н.Бородину: «Очень рад буду содействовать, чем могу Вашему прекрасному намерению.... Избавится от него (пьянства) человек не тогда, когда он будет лишен возможности пить, а тогда, когда он не станет пить, хотя бы перед ним в комнате стояло бы вино, и он слышал бы его запах, и ему стоило бы протянуть руку». Пьянство и связанные с ним преступления, самоубийства, истязание женщин, унижение личности, рабская зависимость от кабатчика, нищета, отупение глубоко волновали лучших представителей русского народа - прогрессивных ученых, писателей, художников. Их протест был направлен как против самого пьянства, так и против безобразных социальных условий, порождающих его. Этот протест звучит в рассказах и пьесах Горького, Чехова, Успенского, в картинах Перова, Маковского, Репина.

Таким образом, алкогольные взгляды, привычки и обычаи, формировавшиеся в течение многих столетий и глубоко внедрившиеся в быт широких слоев населения, превратились в огромную, грозную силу, довлеющую над сознанием и поведением людей. Идеи, мировоззрение, возникнув в определенных исторических условиях, превращаются в привычку, в традицию и продолжают очень долго существовать и после исчезновения причин, их породивших. Специфические условия развития "питейного" дела в дореволюционной России во многом обусловили содержание алкогольных нравов, создали своеобразный характер употребления спиртных напитков. В этом исторически сложившемся характере можно выделить следующие черты: употребление преимущественно крепких алкогольных напитков, предпочтение разового употребления спиртного в больших дозах, стремление добиться скорейшего состояния сильного опьянения, моральное осуждение лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя.

Наркотические вещества также были известны с

глубокой древности. Начало их применения, вероятно, совпадает с возникновением человеческого рода. Наркотики употребляли люди разных культур и в разных целях: в лечебных – для снятия боли, восстановления сил, как снотворное; в культовых – для изменения сознания во время религиозных обрядов; как одурманивающее средство, приводящее человека в состояние беспричинной радости, снимающее неприятные ощущения.

Существует гипотеза, что культ древнегреческого бога Диониса имеет корни в древнеиндийском культе Сомы (XI век до н.э.). Название Сомы относилось и к божеству и к напитку, употреблявшемуся при ритуалах в его честь. Напиток готовился из красного мухомора, содержащего вещества, вызывающие галлюцинации. Свообразным «производителем» этого наркотика был сам человек. «Божественное» зелье представляло собой мочу человека, объевшегося этих грибов. Считалось, что при таком приготовлении напиток очищается от веществ, вызывающих побочные действия: тошноту, рвоту и головокружение. В X веке до н.э. культ Сомы под именем Гаомы переместился в Персию, потом в древний Израиль и в V веке до н.э. оказался в Греции.

Известно, что наркотическими веществами пользовались многие цивилизации. Майя и ацтеки использовали листья коки для поддержания сил в дальнем походе; китайцы тысячелетиями курили опиум – для снятия стресса и как снотворное; жители древней Аравии с такими же целями употребляли гашиш (от арабского «трава»). В древнем Египте, Древней Греции и Древнем Риме также были знакомы с лечебными свойствами опия и других наркотических веществ. На стенах погребальных комплексов индейцев Центральной и Южной Америки есть изображения людей, жующих листья коки, датируемые серединой третьего тысячелетия до н.э.

Самую древнюю историю имеет употребление опия. Находки каменного века на территории Европы, древнеегипетские рукописи повествуют о ритуально-мистических обрядах с использованием мака. Древнегреческие рукописи, еврейский Талмуд V века до

н.э. повествуют о лечебном применении этого растения для «облегчения страданий». Об этом в своих эпосах писали Гомер, Геродот, Теофаст, Гиппократ.

Нужно иметь в виду, что факт использования наркотика в одной культуре не означает, что и в других культурах люди знали этот наркотик и употребляли его. На протяжении всей истории контакты между далекими культурами происходили благодаря торговле и войнам. Например, в результате крестовых походов и путешествий Марко Поло европейцы узнали опиум и гашиш, широко распространенные на Востоке. Основные психоактивные вещества привезены в Европу из Америки – кокаин (из Южной Америки), различные галлюциногены (из Центральной Америки), табак (из Северной Америки). Между культурами происходил двусторонний обмен. Родина кофейного дерева – Эфиопия. Европейцы познакомились с кофейным напитком в XVII веке, моряки завезли кофейные зерна в Южную Америку, которая теперь является главным мировым производителем кофе. Из Европы в Америку пришел алкоголь, полученный в результате перегонки, а в Чили в 1545 году появилась конопля.

До начала XX века практически не существовало ограничений на производство и употребление наркотиков. Иногда делались попытки сократить или вообще запретить использование определенных веществ, но они были непродолжительными и, как правило, неудачными. Например, табак, кофе и чай были поначалу встречены Европой «в штыки». Первый европейец, закуривший табак – спутник Колумба Родриго де Херес – по прибытии в Испанию был заключен в тюрьму, так как власти решили, что в него вселился дьявол.

Известны случаи, когда государство не запрещало наркотики, а наоборот, содействовало процветанию торговли ими. Лучший пример – вооруженные конфликты между Великобританией и Китаем в середине XIX века. Они называются опиумными войнами, потому что английские торговцы ввозили в Китай опиум. К середине XIX века несколько миллионов китайцев пристрастились к

опиуму, большая часть которого выращивалась в Индии и переправлялась в страну англичанами. Китайское правительство приняло множество законов о контроле над импортом опиума, но ни один из них, включая полное запрещение, не возымел желаемого действия. Англичане не желали прекращать опиумную торговлю по двум причинам: во-первых, это давало большие прибыли, а во-вторых, в самой Англии не наблюдалось такого всплеска наркотической зависимости, хотя опиум широко использовался в медицине. В 1839 году разразился конфликт: китайское правительство уничтожило большой груз опиума, принадлежавший американским и английским торговцам. Началась первая опиумная война. Британия все же смогла в ней победить. Торговля опиумом продолжалась и в 1856 году привела ко второй войне, которая закончилась в 1858 году, однако по условиям Тиенсинского договора Китай продолжал импортировать опиум, но мог устанавливать большие таможенные пошлины. Торговля опиумом сократилась и, в конце концов, прекратилась.

В начале XIX века появляется первый потомок опиума – морфий. Открытие этого алкалоида в 1806 году химиком наполеоновской армии Сегеном считалось эпохальным событием, особенно после того, как благодаря изобретенному англичанином Вудом подкожному впрыскиванию, морфий прочно обосновался в терапии. Метод подкожных инъекций ускорил, к сожалению, возникновение морфинизма, прежде всего в результате терапевтического лечения, а затем и наркомании, вызванной намеренным употреблением наркотика. Впервые выражение «морфиномания» было употреблено в 1875 году. После этого начали издаваться многочисленные труды, посвященные этому бедствию, начавшему распространяться после Крымской и Франко-Прусской войн (1870-1871гг.). В рядах морфинистов насчитывалось большое количество медиков. В конце XIX и начале XX века морфинизм прокладывает себе путь в светские круги, где порок считался выражением утонченного вкуса. В высшем свете заядлые морфинисты дарили друг другу

золотые шприцы, усыпанные драгоценными камнями, кольца и медальоны с порошком и т.д. После Первой мировой войны только в Париже число потребителей морфия превышало 50 тысяч человек.

В середине XIX века немецкие ученые выделили из листьев кустарника коки психически активное химическое соединение и назвали его «кокаин». Вначале вещество было воспринято исключительно как лекарство. С его помощью упрощалась местная анестезия, им лечили невралгии, непрекращающиеся боли у хронических больных. Однако первая мировая война поставила под сомнение целесообразность широкого применения кокаина из-за распространившейся массовой зависимости солдат от этого наркотика. Особенно много кокаинистов встречалось среди летчиков. Самые кровавые бандитские налеты в гражданскую войну в России совершались под действием кокаина. Еще одним свойством кокаина, способствовавшим его распространению, являлась способность заглушать голод.

В 1898 году директор фармацевтической фирмы «Байер и компания» в Германии Генрих Дрездер создал препарат, который снимал боль лучше морфина. По своей химической формуле вещество называлось диацетилморфин. Морфий должен был уступить место собственному производному - героину, который в тех же количествах оказывал действие в три раза сильнее и во много раз вредоноснее. Вначале новый наркотик завоевал репутацию поливалентного медикамента, дающего быстрые и порой удивительные результаты в лечении астмы, бронхита, туберкулеза и депрессий. Даже такой опытный специалист в области наркотиков, как французский профессор Р.Порак, автор большого научного труда о дурманящих веществах, вышедшего в 1927 году, безоговорочно поддержал новый алкалоид опиума. Не догадываясь о разрушениях, которые будет производить героин, Порак писал: «При любой боли он действует гораздо сильнее морфия или цельных экстрактов и вдобавок, сообщает особое ощущение хорошего самочувствия и душевного спокойствия....».

Обладая меньшим снотворным действием, чем морфий, но чрезвычайно токсичный, героин получил быстрое распространение, став одним из основных наркотических веществ в мире. Из Германии он перекочевал во Францию, Англию, Италию и Испанию, а затем проложил путь на Восток. На Дальнем Востоке отмечалось появление «красных пилюль», пришедших на смену лепешкам опия. Продавались они по более низкой цене, чем опиум, и содержали смесь героина, морфия, кофеина и других веществ. Прошло совсем немного времени, и по дорогам нелегальной торговли героин пересек Тихий океан, проникнув в Соединенные Штаты Америки, где зарекомендовал себя как один из самых популярных наркотиков.

В начале XX века во всем мире началась кампания за разрешение использования наркотиков только в медицинских целях. Мировое сообщество, напуганное быстрым распространением наркотиков по планете, начало активную борьбу с ними. В декабре 1911 – январе 1912 года в Гааге была проведена Международная конференция по опиуму. В ней приняли участие представители 12 стран. Конференция сыграла определенную роль в активизации международной борьбы с наркотизмом. На конференции была подготовлена и принята первая Конвенция о наркотиках. В историю борьбы с наркоманией она вошла как Гаагская конвенция 1912 года. В ней впервые были определены виды наркотических веществ, употребление которых ставилось под международный контроль. Во всех странах – участниках конвенции должны были издать законы об ответственности и наказании лиц за деяния, связанные с неправомерным владением наркотиками. Но реализации этого проекта помешала разгоревшаяся в 1914 году первая мировая война. Солдаты, враждующих армий, проходя по территориям чужих государств, активно насаждали наркотики среди их населения. Таким образом, война способствовала быстрому распространению наркомании.

В Россию в массовом порядке наркотики были занесены солдатами и офицерами союзных армий, вызвав

первую в ее истории вспышку наркомании. Особенно большое распространение мода на наркотики получила среди творческой интеллигенции. Примерно в начале 20-х годов вспышка наркомании была погашена, главным образом, самостоятельными усилиями отечественных медиков. После этого в течение примерно четырех десятилетий не было оснований говорить о сколько-нибудь опасном размахе наркомании в России.

В 20-30-годы проходили многие международные конференции и встречи по проблемам наркомании. Все они подчеркивали необходимость решительного противодействия распространению наркотиков, вплоть до запретительных мер. Однако действия оставались разрозненными. С 1946 года контроль за наркотиками проходит под эгидой ООН. Первым шагом в этом направлении стало принятие Экономическим и социальным советом ООН резолюции об обеспечении постоянного международного надзора за наркотическими средствами и учреждение для этого специальной комиссии. На международной конференции, организованной ООН в Нью-Йорке в 1961 году была принята Единая Конвенция о наркотических средствах. Был создан Комитет по контролю за наркотиками ООН. Благодаря обобщающим материалам этого Комитета стало ясно, что в середине XX века положение с наркоманией во всех развитых странах Запада стало угрожающим. Лидирующее положение занимали США, где к 80-годам наркомания стала поистине национальным бедствием. В это время, по официальным данным, американцы употребляли до 60% производимых в мире наркотиков. Наркомания приобрела огромные темпы распространения и поражала все слои населения. Масштабы наркомании расширились и в ряде крупных стран Европы – в Испании, Франции, Италии, Португалии, сформировалась международная наркомафия.

Расширению международного сотрудничества в борьбе с наркотизмом способствовала Конвенция ООН 1988 года. Впервые было разработано и принято понятие «незаконный оборот наркотиков». Согласно Конвенции, в

это понятие входят: культивирование специально указанных наркотикосодержащих растений в целях изготовления наркотических средств, их производство, предложение с целью продажи, распространение, продажа, поставка на любых условиях, посредничество, переправка, транспортировка, импорт или экспорт любого наркотического средства в нарушение Конвенции 1961 года, организация, руководство или финансирование перечисленных выше операций и т.д. В Париже в соответствии с решением глав государств и правительств семи ведущих индустриальных стран Европы в июле 1989 года была учреждена специальная оперативная группа по финансовым вопросам, касающимся отмыwania денежных средств, добытых преступным путем.

Вопросам борьбы с наркоопасностью была посвящена двадцатая сессия Генеральной Ассамблеи ООН, которая состоялась 8-10 июня 1989 года. В ее работе приняли участие 15 президентов и ряд премьер-министров различных государств. Была определена программа борьбы с распространением наркотиков на десятилетний период. Была подтверждена оценка наркобизнеса как самого прибыльного и самого вредоносного вида криминальной деятельности, подчеркнута важность усиления эффективности работы по предупреждению злоупотребления наркотиками: необходимость создания систем профилактики наркомании, лечения и последующей реабилитации наркоманов, а главное – создание условий для свободного от наркотиков образа жизни.

21 октября 1992 года в Киеве министры внутренних дел 13 стран приняли «Соглашение о сотрудничестве между министерствами внутренних дел в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ». В 1993 году в России была принята «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации».

28 февраля 2000 года Министерство образования Российской Федерации утвердило Концепцию профилактики злоупотребления психоактивными

веществами в образовательной среде. В изложенной Концепции акцентировалось внимание на образовательных, социальных, психологических и медицинских проблемах профилактики. Главная цель, выдвигаемая в Концепции, заключалась в объединении образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающих достижение общего результата:

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

- снижение заболеваемости наркоманией, токсикоманией и алкоголизмом;

- снижение медико-социальных последствий злоупотребления психоактивными веществами – инфекционных гепатитов, ВИЧ-инфекций, психических расстройств, суицидов, прекращения образования, разрушения семей, криминализации детей и молодежи.

Таким образом, сколько времени человечество знает наркотики, столько же оно пытается регулировать их распространение, начиная с предписаний и разъяснений врачей древности, заканчивая выше упомянутыми государственными решениями.

Глава 2.
Тенденции распространения
психоактивных веществ в молодежной
среде

Изучение количественных и качественных характеристик наркотизма и алкоголизма несовершеннолетних является чрезвычайно сложной задачей. Связано это с латентным (скрытым) характером явления. Действительно, значительная часть несовершеннолетних скрывает (насколько это оказывается возможным) свой опыт использования одурманивающих веществ. При анкетировании или тестировании многие дети и подростки демонстрируют социально одобряемую позицию (проще говоря, отвечают так, чтобы понравилось взрослым). Вот почему официальная статистика по проблемам молодежного наркотизма может быть сравнима лишь с верхушкой айсберга и не отражает реального положения дел. Как считают специалисты, данные официальной статистики требуют поправочного коэффициента и должны быть увеличены в 8-10 раз. Понятно, что в эту группу попадают лишь те несовершеннолетние, чей опыт потребления был замечен взрослыми из-за его продолжительности. Те же, кто только начинает наркогенную карьеру, в это число явно не входит.

Необходимо выделить несколько устойчивых тенденций распространения алкоголя и наркотиков в молодежной среде.

Рост численности несовершеннолетних, использующих одурманивающие вещества представляет собой устойчивую тенденцию в развитии явления за последние 10 лет. Учитывая крайне неудовлетворительное решение проблемы профилактики наркомании на сегодняшний день, можно предположить, что подобная тенденция сохранится и в дальнейшем. Это в свою очередь нужно учитывать при определении масштабов превентивной деятельности, в том числе и ее педагогического направления.

Одновременно с общим ростом численности детей и подростков, использующих одурманивающие вещества,

увеличивается и доля несовершеннолетних среди всех потребителей алкоголя и наркотиков.

Наркотизм постепенно приобретает ярко выраженный возрастной характер, становясь преимущественно молодежной проблемой. А это значит, что изучение наркоситуации среди несовершеннолетних в настоящем — это основа прогнозирования общей наркоситуации в будущем и основные усилия государственной борьбы с одурманиванием следует сосредоточить на решении проблем молодежного наркотизма.

Происходит постоянное снижение возрастной планки начала наркогенной карьеры несовершеннолетних. Средний возраст знакомства с алкоголем, наркотическими или токсикоманическими веществами сегодня составляет 13,5-14 лет. Еще недавно этот возраст определялся 15 годами. Наиболее раннее приобщение к одурманиванию происходит уже в младшем школьном возрасте. Около 15% несовершеннолетних потребителей одурманивающих веществ — это дети младшего школьного возраста. Эти данные должны кардинально изменить традиционное представление педагогов о сроках начала профилактической работы. Обычно педагогическая профилактика начинается лишь в подростковом возрасте. Между тем сегодня целенаправленная работа должна начинаться заблаговременно, включая дошкольный возраст.

Отсутствие полового деморфизма среди тех, кто использует одурманивающие вещества. Принято считать, что абсолютное большинство среди тех, кто использует одурманивающие вещества, — исключительно мальчики. Половой диморфизм здесь легко объясним. Во-первых, мальчикам в большей степени, чем девочкам, свойственно поведение, игнорирующее реальную угрозу для жизни или здоровья в пользу соответствующего возрасту стремления испытать себя, произвести

впечатление на окружающих, утвердить свою смелость. Факторы, обладающие повышенной опасностью, являются наиболее притягательными для мальчиков. Однако сегодня среди тех, кто употребляет алкоголь, наркотики или токсикоманические вещества, приблизительно 35% составляют девочки.

Не стоит, наверное, отдельно говорить о том, чем подобная «универсализация» наркотизма несовершеннолетних грозит генофонду нации в дальнейшем. Однако такая тенденция должна обязательно учитываться при разработке содержания и методов педагогической профилактики.

Наркомания несовершеннолетних приобретает токсикоманический характер. Разнообразен ассортимент используемых несовершеннолетними одурманивающих веществ: гашиш, анаша, марихуана, героин, морфин, кокаин, ЛСД, экстази, лекарственные средства, средства бытовой химии. Однако наиболее употребляемыми в среде несовершеннолетних являются так называемые "мягкие" наркотики — производные конопли (широко распространено мнение об их безопасности), а также средства бытовой химии. Сегодня можно говорить о том, что наркомания несовершеннолетних приобретает токсикоманический характер. Эта тенденция представляет значительную опасность по двум причинам. Во-первых, контролировать распространение токсикоманических препаратов (главным образом популярной "химки") значительно сложнее, чем настоящих наркотиков. Средства бытовой химии при желании может достать практически свободно любой подросток. Во-вторых, разрушительный эффект "химки" нередко превосходит разрушительный эффект, вызываемый даже самыми серьезными наркотическими веществами (более подробно об ассортименте одурманивающих веществ, используемых несовершеннолетними, будет сказано далее).

Отсутствие социального иммунитета к алкогольному и наркотическому соблазну. В течение

многих лет в общественном сознании формировалось представление о несовершеннолетнем поклоннике дурмана как представителе социально неблагополучной группы (нет родителей, отец или мать алкоголики, низкий материальный уровень и т.п.). Однако сегодня среди тех, кто использует одурманивающие вещества, очень много внешне благополучных детей и подростков, не доставляющих хлопот учителям и родителям, воспитывающихся в "устроенных" семьях. Таким образом, опасность приобщения к психоактивным веществам оказывается одинаковой как для детей традиционной группы риска, так и для тех, кто не вызывает тревоги у взрослых. А это значит, что профилактика должна быть ориентирована практически на все социальные группы несовершеннолетних.

Легализация молодежного наркотизма. В качестве места первой пробы одурманивающего вещества чаще указываются укромные, малолюдные места – подъезд, подвал, парк, двор. Однако в ряде случаев приобщение детей и подростков к одурманиванию происходит буквально на глазах у взрослых, в тех местах, где должен быть организован строгий антинаркотический контроль. Все это – тревожные свидетельства легализации молодежного наркотизма, отсутствие эффективных механизмов регулирования.

Упрощение механизма распространения одурманивающих веществ среди несовершеннолетних. Как правило, алкоголь и другие одурманивающие вещества несовершеннолетние получают от своих знакомых - сверстников или более старших подростков, молодых людей. Однако более трети школьников отмечают, что первый раз получили и получают сейчас одурманивающие вещества от незнакомых им лиц — торговцев наркотиками, токсикоманическими веществами. Для получения препарата уже не нужны какие-то специфические взаимоотношения, личное знакомство, все сводится к простой схеме - «продавец-покупатель».

Глава 3.
Факторы риска в развитии алкоголизма
и наркомании у школьников

Семья

Традиционно принято считать, что фактором риска приобщения к одурманивающим веществам является неполная семья, где воспитание осуществляется одним из родителей. Однако, как показывают многочисленные социологические исследования, значительная часть подростков — поклонников дурмана — сегодня живет вместе с обоими родителями. По-видимому, главное значение имеет не состав семьи, а атмосфера, складывающаяся в доме, эмоциональная близость и доверие, которые оказывают домочадцы друг другу.

Чаще всего начинают наркогенную карьеру несовершеннолетние из семей, где воспитание осуществляется по типу гипоопеки. Проще говоря — это те дети и подростки, которые предоставлены сами себе. Недостаток внимания со стороны взрослых может быть обусловлен асоциальным или даже антисоциальным поведением отца или матери, а также деструкцией межличностных отношений (например, взрослые так заняты выяснением отношений, что на ребенка уже просто не остается времени).

Однако в последнее время гипоопека все чаще оказывается связанной с иными причинами, имеющими социально-экономическое происхождение. У большинства взрослых на общение с собственными детьми отводится не более 1,5 часа в неделю. И дело здесь не в нерадивости отца или матери, отсутствии у них родительской привязанности или неразвитости чувства ответственности. Взрослые основное время вынуждены проводить на работе, для того чтобы обеспечить собственных детей хотя бы самым необходимым. Прекрасно понимая, чем может грозить дефицит внимания для ребенка, родители все же не в состоянии что-либо изменить. Ведь отказ от работы одного из родителей или переход на менее интенсивный режим деятельности способен крайне негативно отразиться на бюджете семьи.

Особое место среди семей с гипоопекой занимают так

называемые наркоманические семьи, где один или оба родителя страдают алкогольной, наркотической зависимостью. Вероятность приобщения к одурманиванию у детей из таких семей возрастает в 2 раза. Сын или дочь с раннего детства имеют возможность наблюдать и даже осваивать "на практике" наркогенные традиции, знакомиться с технологией одурманивания. Вся жизнь семьи оказывается подчиненной наркотизму — она характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, деспотичностью отношений (вплоть до физической агрессии). Нередко единственным способом избавления от ежедневных скандалов, обид и унижений для ребенка становится "уход в одурманивание". Дети наркозависимых не только очень рано приобщаются к одурманиванию, но и начинают свою наркогенную карьеру с одной из наиболее жестких форм наркотизации — использования средств бытовой химии.

Однако не бывает правил без исключений. Известны случаи, когда в семьях пьяниц и наркоманов вырастали абсолютные трезвенники, отрицающие любые формы наркотизации. Ярко выраженные антинаркогенные установки являются своего рода протестом против пережитого ими в детстве. Увы, такие исключения крайне редки. Об этом следует помнить тем "самоотверженным" женщинам, которые изо всех сил сохраняют семью, живя с мужем — алкоголиком или наркоманом. Их главная цель — не лишить сына или дочь отца. Правда, при этом не учитывается то, что "платить" за отца приходится спокойствием, здоровьем и счастьем ребенка.

Не менее опасен для развития наркогенного заражения несовершеннолетнего и прямо противоположный тип семьи — связанный с гиперопекой в воспитании. В этом случае ребенка с раннего детства опекают и контролируют, следят за каждым его шагом, не давая ни малейшей возможности проявить самостоятельность. Ребенок или превращается в кумира семьи, чьи реальные или мнимые способности — предмет неистощимого восхищения, или становится объектом постоянных завышенных притязаний и требований со стороны

родителей, которые он просто не в состоянии выполнить. Привыкнув к постоянному контролю, мальчик или девочка легко подчиняются любому внешнему давлению. Попадая под влияние асоциальной компании, они совершают даже те поступки, которые в душе считают неправильными, нехорошими, просто потому, что не умеют отказываться.

Наркогенная карьера гиперопекаемых несовершеннолетних обычно начинается несколько позже, чем их гипоопекаемых сверстников. Как правило, происходит это в подростковом возрасте — в 15-16 лет. Причем здесь традиционными являются классические наркотики — анаша, героин, марихуана, в последнее время — синтетические препараты.

Говоря о роли семьи в развитии наркогенного пристрастия, нельзя не упомянуть о возможной генетической предрасположенности к одурманиванию. Передается или не передается наркомания по наследству — вопрос этот до сих пор остается открытым. Существует несколько версий. Одна из них заключается в том, что у ряда людей в силу особенностей генетического аппарата вырабатывается недостаточное количество эндорфинов. Для того чтобы компенсировать данный недостаток, такие люди гораздо чаще прибегают к одурманиванию.

Однако вряд ли генетический фактор (даже если он существует) является решающим в развитии наркотизма. Одурманивание — социальная болезнь, и именно социальные факторы "запускают" его.

Характер

Конечно, трудно говорить о каком-то определенном характере, который является причиной раннего наркогенного заражения. Правильнее рассматривать отдельные личностные черты, способные детерминировать приобщение несовершеннолетнего к наркотикам. Основную роль при этом играют так называемые акцентуации характера — заострение некоторых личностных черт.

Не являясь признаком патологии, акцентуации требуют дополнительного внимания со стороны родителей

и педагогов. Дело в том, что дети с заостренными личностными чертами могут испытывать затруднения в социальной адаптации, а, следовательно, для них увеличивается и риск приобщения к одурманиванию.

Наиболее неблагополучными в этом плане являются дети и подростки с неустойчивым типом характера. Для "неустойчивых" оказывается непосильным любой вид деятельности, требующей хотя бы незначительного приложения сил и настойчивости. Они бегут от труда и учебы, не могут сосредоточиться для достижения какой-либо намеченной цели. Часто такие особенности характера имеют под собой физиологическую основу и связаны со слабостью, высокой истощаемостью нервной системы. При этом подростки с неустойчивым типом нуждаются в постоянной внешней стимуляции, поддерживающей тонус нервной системы. Однако такая стимуляция должна носить легкий характер, не требовать напряжения. Отсюда — жажда легких развлечений и наслаждений, гедонистические установки: "удовольствие-любой ценой!" Социально приемлемые источники удовольствия быстро надоедают, на смену им приходит стремление к переживаниям иного рода. Именно поэтому приобщение к использованию наркотиков в этих случаях происходит особенно легко. Ведь именно в одурманивании воплощается идеальная форма для неустойчивых — минимум усилий, максимум удовольствия.

Риск наркогенного заражения велик и для несовершеннолетних с эпилептоидными чертами. Для них характерна, с одной стороны, взрывчатость, жесткость и даже жестокость, с другой — педантизм, аккуратность, консерватизм, неприятие любого изменения в привычном ритме жизни. Эпилептоидные подростки часто жалуются на приступы необъяснимо мрачного, угрюмого настроения. Для того чтобы справиться с ним, они тянутся ко всему тому, что "сильно бьет по мозгам", в том числе и к наркотикам. При этом предпочтение отдается жестким наркотикам, быстро вызывающим психическую, а затем и физическую зависимость.

Привлекательным одурманивание является для

несовершеннолетних истероидного типа. Их отличительными чертами является сильнейшее стремление постоянно быть центром внимания окружающих. Часто им даже не важно, хвалят их или осуждают, — главное, чтобы именно они являлись "темой разговора". Акцентуирование характера для таких подростков является своеобразной ловушкой. Ради популярности они готовы совершать даже те поступки, которые в душе не одобряют. Приобщение к наркотикам для них часто не имеет самостоятельной значимости, а используется в популистских целях, ради собственной славы. Причем подростки могут явно преувеличивать свой наркогенный опыт, изображая "бывалого" наркомана, для того чтобы привлечь к себе внимание.

Риск приобщения к одурманивающим веществам велик для детей, и подростков шизоидного типа. Такие дети тянутся к обществу взрослых, им присуща недетская сдержанность эмоций, доходящая до холодности. Трудность контактов со сверстниками, неспособность к сопереживанию, противоречивость мыслей, эмоций, чувств, необычные увлечения, хобби — все это характеристики шизоида. В группе сверстников эти подростки держатся особняком, одиночество тяготит их, но приспособиться к другим они не могут. Поэтому важным мотивом приобщения шизоидов к наркогенным веществам является возможность с помощью одурманивания облегчить контакты с окружающими.

Среди шизоидов много подростков с достаточно "вычурными" интересами — они увлекаются восточной философией, буддизмом, становятся членами различных неформальных молодежных движений. Все это в свою очередь способно провоцировать начало наркогенной карьеры для акцентуированных подростков.

Личностные отклонения и психические заболевания ребенка

Психопатия – это врожденные или приобретенные в раннем возрасте аномалии характера, приводящие к

дисгармоническому формированию личности и нарушающие социальную адаптацию.

Играют роль и различные факторы, отрицательно влиявшие на плод в период внутриутробного развития, а особенно, если во время беременности женщина употребляла спиртные напитки, курила, принимала лекарства, которые оказывают неблагоприятное влияние на развитие плода. Имеют значение отравления какими-либо веществами, а также психические травмы или инфекционные заболевания (особенно вирусные), недостаточное питание, тяжелый токсикоз, угроза прерывания беременности, отслойка плаценты. Различные родовые травмы, асфиксия в родах, наложение акушерских щипцов или вакуум-экстрактора, трудные длительные роды с угрозой для жизни ребенка, узкий таз роженицы и крупный ребенок, в результате чего происходит сильное сдавливание головы при прохождении родовых путей, все это может привести к так называемым органическим поражениям головного мозга.

Неблагоприятными факторами являются и различные вредные воздействия на развивающийся мозг, заболевания центральной нервной системы или длительные истощающие болезни, перенесенные ребенком в первые 2-3 года жизни.

Большое значение для развития нарушений поведения у ребенка, имеющего вышеотмеченные аномалии центральной нервной системы, имеет неблагоприятное воздействие окружающей среды, в частности недостатки воспитания. Если ребенок растет в семье, где его воспитанием и коррекцией поведения никто не занимается, где один или оба родителя злоупотребляют алкоголем, если ребенок растет в атмосфере скандалов даже непьющих родителей, - то все аномалии характера еще более усиливаются. Важно, чтобы ребенок воспитывался в благоприятной семейной обстановке, где его обучают нормам поведения в обществе, формируют положительную нравственно-этическую позицию.

Акцентуация характера – это индивидуальные

особенности, не являющиеся патологией, когда в характере доминируют те или иные черты. Варианты акцентуаций характера в целом те же, что и психопатий (возбудимая, истерическая, психоастеническая, астеническая и другие), но все особенности выражены не столь резко, а главное, при акцентуации нет такой социальной дезадаптации, как при психопатиях.

Умственная отсталость (олигофрения) и пограничная умственная отсталость (врожденная субдебилность и прочие проявления) тоже могут предрасполагать к раннему употреблению спиртного и приему наркотиков. Такие дети и подростки очень внушаемы, не способны правильно оценивать последствия своих поступков, они легко попадают под влияние других людей. Весь этот комплекс и создает почву для подражания сверстникам, имеющим опыт употребления спиртного и наркотиков.

У подростков могут быть и тяжелые психические заболевания – шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз. Они проявляются в психических расстройствах, создающих основу для приема спиртного и наркотиков.

Возраст

Одним из основных факторов, обуславливающих раннее приобщение к наркотизации, являются психологические особенности детей и подростков, обусловленные возрастом. Прежде всего, это специфика поведенческих реакций на воздействие окружающей среды. Так практически каждый ребенок проходит через стадию "маленьких обезьянок" — с особым искусством подражая окружающим, копируя их черты. Эту поведенческую особенность детского возраста психологи называют реакцией имитации. Она вполне естественна и даже необходима для нормального психического развития ребенка. Ведь таким образом ребенок примеряет на себя различные социальные роли, которые в будущем ему предстоит выполнять, учится строить свои

взаимоотношения с окружающим миром. Однако в силу того, что у детей еще недостаточно сформирован аналитико-прогностический компонент мыслительной деятельности, они не в состоянии выбирать образцы для подражания, словно зеркало, отражая все то, что их окружает. В полной мере это относится и к наркогенному поведению.

Безусловно, первым примером для подражания ребенку служат его родители. Роль наркогенной семьи в развитии раннего приобщения к одурманиванию мы уже отметили. Здесь же хочется сказать о вкладе, который могут внести и обычные, нормальные семьи, где используются "легальные наркотики" — алкоголь, никотин. Так, в этом случае алкогольные напитки на столе у ребенка прочно связываются с атмосферой праздника, веселья в доме. Знакомство с ними кажется привлекательным, поскольку помогает стать похожим на папу, его друзей — таких сильных, мужественных взрослых. Так происходит первая алкогольная проба. Конечно, совсем необязательно, что она неминуемо приведет к формированию наркогенной зависимости. Но... одурманивание — словно болото, каждый новый шаг все глубже затягивает в трясину.

В связи с этим необходимо начинать антинаркогенную работу с детьми уже в дошкольном возрасте. Ребенок должен уметь правильно оценивать ситуации наркогенного заражения, уметь правильно вести себя в подобных ситуациях.

Младшему школьному и подростковому возрасту присущ так называемый этап естественного саморазрушающего поведения, когда все то, что связано с риском, кажется особенно привлекательным. Главным образом это, конечно, касается мальчиков. Ребенок с удовольствием демонстрирует окружающим "чудеса храбрости" — не думая о последствиях, перебегает дорогу прямо перед носом мчащейся машины, забирается на крышу, совершает множество других "подвигов". Обычно этот этап сопровождается множеством синяков и шишек и является своеобразным способом оценки ребенком себя

"на прочность". Однако в том случае, если у ребенка недостаточно сформированы функции самоконтроля, стремление к риску может провоцировать отклоняющееся поведение, в том числе и приобщение к одурманивающим веществам.

Подростковый возраст для большинства родителей и учителей становится серьезным испытанием на прочность. Его не случайно называют "трудным" — вчера еще такие послушные и дисциплинированные мальчики и девочки сегодня вдруг становятся неуправляемыми, грубыми, даже жестокими. Во многом причины столь резких перемен характера связаны с мощными физиологическими перестройками, которые претерпевает организм подростка. Темпы созревания различных систем органов оказываются неодинаковыми, нередко они просто не успевают друг за другом. Субъективно все это проявляется ощущением физиологического дискомфорта — болит или кружится голова, часто тошнит, знобит или, наоборот, бросает в жар. Не понимая до конца, что с ним происходит, и оттого пугаясь этого, подросток всячески пытается избавиться от негативных переживаний. Реальное знакомство с одурманивающим препаратом в этот период особенно опасно, поскольку создает иллюзию физиологического благополучия, на время снимает дискомфортные ощущения.

В определенной степени влиять на раннее приобщение к одурманиванию способны реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Вообще интерес к вопросам пола возникает у детей очень рано, однако поначалу он не связан с эротическими переживаниями. В подростковом возрасте он уже имеет физиологическую основу. Неспособность найти выход копящемуся внутри напряжению может подтолкнуть к использованию одурманивающих веществ. У подростков также бытует мнение о том, что некоторые наркотики способны усилить потенцию, выполняя роль своеобразного сексуального допинга. Чтобы снять страх и психологическое напряжение, которое возникает при первом половом контакте, некоторые подростки (обычно мальчики) могут

прибегать к использованию одурманивающего препарата.

Провоцировать наркогенное заражение способна подростковая поведенческая реакция эмансипации. Она проявляется в стремлении высвободиться из-под опеки, контроля родителей, учителей, родственников. Подростки всячески стремятся отстоять свое право на самостоятельность и независимость, создать свой собственный мир, не похожий на мир взрослых. Мнение и советы родителей теряют свою значимость, гораздо большую роль приобретает общение с ровесниками. Отсюда и возникает молодежная мода, молодежный сленг, молодежная музыка и т.п. — все то, что образует для подростка особый мир, отличающийся от мира взрослых. При этом для многих подростков использование наркотиков становится одним из главных способов демонстрации своей "взрослости", независимости.

Группирование со сверстниками сегодня, пожалуй, играет наиболее существенную роль при вовлечении несовершеннолетних в одурманивание. По мнению И. С. Кона занять определенное положение среди сверстников, общаться именно с ними — одна из целей психического развития подростка. Именно в общении со сверстниками происходит освоение основных коммуникативных навыков, приемов эффективной социальной адаптации, способов взаимодействия с окружающим миром. Подросток, в силу тех или иных причин лишенный контакта со сверстниками, испытывает серьезный психологический дискомфорт, ему трудно в дальнейшем приспособиться к окружающему его миру. Однако группирование со сверстниками имеет и свои отрицательные стороны. Имеются данные о том что, абсолютное большинство несовершеннолетних начинают свою наркогенную карьеру в группе, испытывая ее сильное наркогенное давление. Именно сверстники оказываются в роли, предлагающего одурманивающий препарат. При этом обычно подросток оказывается перед выбором — принять предложение, стать своим в группе или оказаться в гордом одиночестве, в роли «белой вороны». Учитывая важность для подростка общения со

сверстниками, страх оказаться одному, можно реально оценить трудность противостояния такому давлению.

При определении роли группы в наркогенном заражении следует учитывать, что сама группа не обязательно должна быть наркоманической, то есть единственным объединяющим ее эвеном является использование наркотиков. Одурманивание обычно оказывается лишь фоном, на котором и происходит общение.

В последнее время все чаще проявляется еще одна весьма тревожная тенденция в развитии подросткового наркотизма, связанная с поведенческой реакцией группирования. Касается она, главным образом, территориальных, проще говоря, дворовых компаний. Здесь нередко новичков принуждают, заставляют пробовать одурманивающий препарат. Такое принуждение может носить характер психологического шантажа, а может проявляться и как физическая агрессия (за отказ подростка избивают). Обычно это происходит в разновозрастных компаниях, где разница между подростками составляет 3-5 лет. Старшие подростки, имеющие богатый наркотический опыт и выполняющие в группе главенствующую роль, приобщают к одурманиванию младших. При этом отказ воспринимается как неподчинение лидеру, оскорбление.

Принуждение к использованию одурманивающих веществ является уголовно наказуемым действием (статья 224/2 УК). Однако ответственность за склонение к одурманиванию наступает только с 16 лет. Да и, как свидетельствует юридическая практика, данная статья используется сегодня крайне редко, поскольку сложно выявить и доказать сам факт преступных действий.

Имитация – это стремление подражать во всем кому-либо. Подростки копируют манеру поведения своих сверстников или взрослых. Если кто-то из окружения употребляет спиртное или наркотики, то из-за стремления к подражанию остальные тоже начинают пробовать алкоголь или наркотически действующие средства.

Многие подростки избирают себе кумира – киногероя, актера, популярного певца или музыканта – и стараются копировать его в одежде, в прическе, в поведении. Со свойственным этому возрасту максимализмом подросток постарается не только копировать своего кумира, но и «переплюнуть» его во всех отношениях.

Самые большие неприятности ждут родителей и учителей, когда подросток избирает объектом своего подражания реального человека – взрослого или своего сверстника, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками, особенно если это личность с криминальным прошлым. Большинство взрослых наркоманов неоднократно судимы, так как вся их жизнь, в том числе и способы добывания денег на приобретение наркотиков, связана с криминалом. «Бывалого» уголовника с восторгом слушают не только подростки, сами склонные к асоциальному поведению, но и подростки из благополучных семей. Для них это другая жизнь, захватывающая и полная приключений. Подростку льстит внимание взрослого, тем более что тот обращается с ним как на равных. Но наркоману нужна не только аудитория заинтересованных слушателей. Он стремится использовать несовершеннолетних в своих целях. Каждый наркоман старается увеличить круг «своих». Во-первых, многие наркоманы не только сами принимают наркотики, но и торгуют ими. Вовлекая подростков в наркотизацию, взрослый наркоман готовит будущих «клиентов», которым потом будет сбывать свой товар. Во-вторых, он делает подростков послушным орудием в своих руках. За порцию наркотика, приобщившиеся к этому пороку подростки, готовы на всё. Взрослый может использовать их в своих криминальных целях. Вначале наркоман приучает ребят к наркотикам, угощает их, затем требует, чтобы они просили деньги у родителей или приносили из дома ценные вещи.

Собственной нравственной позиции у многих подростков еще нет. Этические понятия растущего человека формируются в большей степени под влиянием родителей, а если родители не делают этого или их

влияние негативно, то подросток попадает под влияние любого человека, которого он уважает. В отличие от взрослых, ребята еще не умеют анализировать чужой негативный опыт. Они не осознают - что такое преступление, закон, тюрьма. Со слов взрослых они знают, что воровать нельзя, но сами объяснить, почему нельзя, вряд ли сумеют. Подростки не знают и не боятся социальных последствий правонарушений. Недаром многие асоциальные личности эксплуатируют их, пользуясь их бесстрашием, отсутствием страха смерти или увечья. Они могут выполнить любой приказ без раздумий, совершить все, что прикажут их кумиры.

Даже кратковременное пребывание в группе с асоциальным лидером заметно сказывается на поведении подростка. Прежде послушный сын и хороший ученик перестает подчиняться учителям и родителям, так как первая задача отрицательного лидера – дискредитировать других взрослых в глазах подростков, чтобы поднять свой престиж. Подростку уже скучно в школе и не хочется быть дома, потому что в группе все гораздо интереснее – там «настоящая, взрослая» жизнь, свои тайны.

Вторая задача такого лидера – добиться, чтобы дети не рассказали родителям, где и с кем они проводят время и чем занимаются. Под его влиянием подростки становятся скрытными, в дальнейшем они обучаются обманывать родителей, которые могут даже не подозревать, кто теперь руководит всей жизнью их ребенка.

Под **делинквентным поведением** понимаются различные проступки, провинности, нарушения общественных норм поведения. От криминальных действий делинквентное поведение отличается относительной незначительностью правонарушений и только в крайних своих проявлениях влечет за собой уголовное наказание.

Начинается обычно с прогулов занятий, затем могут быть драки, хулиганство, отнимание у младших детей или более слабых сверстников денег или вещей, угон

велосипеда, мотоцикла или машины, чтобы покататься, выпрашивание денег у прохожих, мелкие кражи и многое другое.

Чаще всего к делинквентному поведению ведет употребление спиртного или наркотиков. А это, в свою очередь, приводит к более выраженным асоциальным формам поведения, и тут речь идет уже не о делинквентности, а о криминальных действиях. Безнадзорность, отсутствие семейного контроля и внимания родителей – это основа для делинквентного поведения в подростковом возрасте.

Реакция протеста – одна из наиболее частых в подростковом возрасте. Протестные формы поведения возникают в ответ на обиду, ущемленное самолюбие, недовольство требованиями или отношением близких. Возникает психотравмирующая ситуация с отрицательно окрашенными переживаниями. Протестная реакция направлена против тех лиц, которые явились источником переживаний – чаще всего это родители.

Поссорившись с родителями или учителями, школьник убегает на улицу к приятелям. Он злится на взрослых, а сверстники и совместное употребление спиртного или наркотиков повышают настроение, дают ощущение уверенности в себе и переоценку своих способностей.

Реакция протеста подростка бывает и в тех случаях, когда в семье конфликтная обстановка. Родители ссорятся между собой, а реакция протеста ребенка направлена против них, поскольку они, по его мнению, виноваты перед ним, и он реализует свой протест в утрированной форме, совершает мелкие правонарушения – все делает назло родителям.

Причиной реакции протеста может быть равнодушное отношение родителей, несправедливое, болезненное для самолюбия ребенка наказание, запрещение чего-либо, что значимо для него, например, запрет видаться с приятелями.

Протестные реакции могут быть и из-за

предъявляемых родителями чрезмерных претензий, требования выдающихся успехов, когда родители пытаются сделать из ребенка вундеркинда, ставят перед ним непосильные задачи, например, чтобы он стал отличником в школе или походил на кого-то из сверстников. Подростку проще и легче проводить время на улице со сверстниками, чем сидеть дома за учебниками или упорно заниматься музыкой, спортом, иностранным языком, чего требуют родители.

Подросток может проявить протест и при повторном браке одного из родителей, когда в семье появляются отчим или мачеха, или когда в семье рождается еще один ребенок и старшему уделяется меньше внимания, чем раньше.

Реакции протеста могут быть и у подростка с задержкой развития, умственной отсталостью, психопатией, из-за чего он плохо учится, и его все ругают за плохую успеваемость и прогулы занятий. Пассивная реакция протеста – это замаскированная враждебность, недовольство, обида на взрослого, утрата с ним прежнего эмоционального контакта, стремление избегать общения. Подросток начинает искать общения на стороне и может попасть в сложившуюся группировку, где принято выпивать или употреблять наркотики. Реакция активного протеста проявляется в виде непослушания, грубости, вызывающего поведения, побега из дома в ответ на ссору, конфликт, жестокие методы воспитания, наказания, упреки, оскорбления.

У подростков с психопатией или органическим заболеванием головного мозга реакция активного протеста может сопровождаться двигательным возбуждением – в гневе он может сопровождаться двигательным возбуждением – в гневе он может проявить агрессию, ломать предметы.

Активный протест может выражаться и в стремлении делать назло, причинять прямой вред обидчику или мстить ему опосредованно собственным асоциальным поведением. В некоторых случаях реакция протеста может закрепиться и в последующем распространяется на всех

взрослых вообще.

Реакция отказа от общения, игр, приема пищи, выполнения домашних обязанностей или посещения занятий может быть у подростков, когда родители оказывают им противодействие в общении с компанией сверстников.

Так может произойти, если родители, желая оградить своего ребенка от группировки, где он выпивал или принимал наркотики, переводят его в другую школу или переезжают на новое место жительства. В этом случае подросток винит родителей в том, что они разлучили его с привычной компанией, и отказываются общаться с ними.

Побеги из дома обусловлены разными причинами, например тем, что с подростком плохо обращаются, унижают его или бьют, когда родители – алкоголики. Девочки нередко убегают после сексуального насилия со стороны отчима или пьяного отца, когда мать не смогла или не захотела защитить их.

Побеги бывают формой протеста против недостаточного внимания родителей, или их чрезмерных требований и деспотизма, или против навязываемого образа жизни. Иногда побеги совершаются ради поиска развлечений и новых впечатлений, приключений и свободы. Убегают из дома дети и подростки, склонные к фантазерству и мечтательности, начитавшись книг о знаменитых путешественниках и дальних странах.

Побег из дома может произойти и после того, как подросток совершил проступок и боится наказания взрослых, особенно часто это бывает у робких и «забитых» детей, которых жестоко наказывают родители.

Обычно первый побег бывает после какой-то ссоры или психической травмы, а затем эта форма реагирования закрепляется и в дальнейшем подросток уже на любую неприятность отвечает побегом из дома.

Беглецы недовольны тем, что родители и педагоги не принимают их всерьез, игнорируют их интересы, относятся к ним, как к маленьким. Такие подростки

считают учителей и родителей отсталыми, консерваторами, не понимающими и не приемлющими образа жизни молодежи.

Девочки протестуют против того, что учителя и родители запрещают им пользоваться косметикой, носить одежду, которая им нравится, что родители контролируют, с кем они проводят время и развлекаются.

Подростки, воспитывавшиеся во внешне благополучных семьях с материальным достатком, сбежав из дома, расценивают свою новую жизнь как свободу от семьи и школы. Им нравится, что они сами добывают себе средства к существованию, могут пить и принимать наркотики, не опасаясь ни родителей, ни учителей, развлекаться, так как хотят, и приобретать опыт жизни. Убежав из дома, подростки избавляются от надоевшей опеки и контроля учителей и родителей, от всех обязанностей и принуждений, расценивая свою жизнь как легкую, веселую и свободную.

Большинство «беглецов» попадает в асоциальные компании, в руки криминальных личностей. Как правило, все они начинают выпивать и принимать наркотики. Многие девочки после побега из дома становятся малолетними проститутками. Они не имеют возможности заработать на жизнь, и их тут же подбирают сутенеры. Ранняя сексуальная жизнь – обыденное понятие для малолетних проституток. Они не связывают ее с возможным материнством. Ни отращения, ни удовольствия от сексуальных контактов эти девочки не испытывают. Большинство малолетних проституток злоупотребляют алкоголем и наркотиками. У некоторых есть все признаки алкоголизма и наркомании. Они совершенно не тягостятся своей ролью, не протестуют, когда их унижают и бьют. Внешняя «взрослость» и «опыт» малолетних проституток сочетаются с психической инфантильностью и примитивностью интересов. Как правило, у всех них есть психические отклонения или заболевания – психопатия, олигофрения в степени дебильности, органические заболевания головного мозга, шизофрения.

Дромомания – это склонность к бродяжничеству. Психиатры рассматривают ее как один из вариантов расстройства контроля над импульсивными побуждениями – обычно это неудержимое влечение к дальним странствиям.

Истинная дромомания встречается сравнительно редко, в основном при психических заболеваниях – шизофрении, эпилепсии. Побегу таких больных обычно возникает без какой-либо внешней причины, им предшествует беспричинно изменившееся настроение, и сами подростки потом не могут объяснить, что их толкнуло на побег. Нередко они сами возвращаются домой измученные и голодные.

Дромомания – это импульсивное влечение, и обусловлено оно основным психическим заболеванием. Из-за расстройства влечений такие больные могут прибегнуть к употреблению спиртного или наркотиков.

Реакция компенсации и гиперкомпенсации – это такие формы поведения, с помощью которых человек старается скрыть, замаскировать свои слабые стороны. Они являются средствами психологической защиты, например, когда подросток переживает чувство неполноценности из-за своего психического или физического недостатка.

Примером реакции гиперкомпенсации может быть бравада, нелепое изменение своего внешнего вида, раннее начало курения, употребление спиртного и наркотиков у неуверенных в себе, робких подростков.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации чаще всего свойственны детям, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям, растущим в неполных или деформированных семьях, а также страдающим неврозами, комплексом неполноценности.

Причинами начала употребления спиртного и наркотиков обычно является сочетание нескольких факторов, в числе которых наследственная отягощенность (алкоголизм родителей или наличие у одного из них или у

обоих психического заболевания), влияние пьющих родителей, психические заболевания самого подростка, недостатки воспитания. Вследствие этого у подростка возникают различные психические отклонения, нарушения поведения, которые приводят его в группу пьющих подростков с асоциальным поведением. Многие крайние нарушения поведения несовершеннолетних (за исключением случаев психических заболеваний) вызваны неправильным поведением родителей. Бывает, что родители не только не критичны к своим методам воспитания, но и винят в этом самого ребенка или его сверстников, которые втянули его в свою компанию.

Глава 4.
Нейрогуморальные механизмы
развития наркотической и алкогольной
зависимости

В организме человека отсутствуют биологические барьеры, которые бы надежно защищали от

проникновения и воздействия наркотических веществ. Более того, изначально в здоровом организме заложены нейрохимические основы всевозможных влечений. Известны вещества – внутренние индукторы (возбудители) состояния удовольствия – эндогенные опиоиды – дофамин, опиоидные пептиды (β -эндорфины), непептидные опиаты (кодеин, морфин) и другие, которые вырабатываются в небольших количествах в мозге и надпочечниках. Есть предположение о существовании единого пути, обеспечивающего наркотический эффект – это преимущественно дофаминергический путь, транспорт дофамина из вентральных ядер гипоталамуса в кору больших полушарий. Нормальная, естественная для человека схема получения удовольствия – это удовольствие через волевые затраченные усилия (творческая активность, физическое совершенствование и т.п.), в ответ на которое происходит выделение эндогенных опиоидов. При наркотизации вводятся их готовые эквиваленты, активизируются филогенетически детерминированные механизмы. При этом полностью выпадает фактор личного усилия и активности, удовольствие становится «бесплатным».

Формирование и развитие зависимости от психоактивных веществ связано, прежде всего, со структурными и функциональными изменениями в целом ряде образований ЦНС. В связи с этим зависимость от наркотиков можно рассматривать как болезнь головного мозга, разрушающую механизмы, контролирующие эмоциональное и социальное поведение человека. Нейрофизиологические механизмы развития зависимости от наркотиков базируются в стволовых и лимбических структурах мозга, где располагается, так называемая система, положительного подкрепления. Результаты многочисленных исследований убедительно доказывают, что именно влияние наркотических веществ на нейрохимические процессы в мозге являются основой синдрома зависимости. При этом массивное воздействие наркотических препаратов приводит к дисфункции почти всех нейрохимических систем мозга, однако не все такие

нарушения имеют связь с развитием синдрома наркотической зависимости.

Изучение механизмов действия наркотических веществ показало, что каждый из них имеет свой фармакологический спектр действия. Но у всех веществ, способных вызвать синдром зависимости, есть общее звено фармакологического действия – это влияние на катехоламиную нейромедиацию в лимбических структурах мозга. Результаты многочисленных исследований позволяют сделать заключение, что именно влияние ПАВ на нейрохимические процессы мозга являются основой развития синдрома зависимости. При этом следует отметить, что массивное воздействие наркотических препаратов приводит к дисфункции почти всех нейрохимических систем мозга, однако далеко не все из этих нарушений имеют связь с развитием синдрома наркотической зависимости. Изучение механизмов действия психоактивных препаратов показало, что каждый из них имеет свой фармакологический спектр действия. Однако у всех веществ, способных вызвать синдром зависимости, имеется общее звено фармакологического действия – это характерное влияние на катехоламиную нейромедиацию в лимбических структурах мозга, в частности в «системе подкрепления».

Воздействие наркотиков приводит к интенсивному выбросу катехоламиновых нейромедиаторов (норадреналина, дофамина) из депо. Такое возбуждение нередко сопровождается положительно окрашенными эмоциональными переживаниями. Свободные катехоламины подвергаются действию ферментов метаболизма и быстро разрушаются. Повторные приемы наркотиков приводят к истощению запасов нейромедиаторов, что выражается в снижении настроения, ощущении вялости, слабости, скуки, эмоционального дискомфорта. Прием наркотика на таком фоне вновь вызывает дополнительное высвобождение нейромедиаторов из депо, что временно компенсирует их дефицит в синаптической щели и нормализует деятельность лимбических структур мозга. Этот процесс

сопровождается субъективным ощущением улучшения состояния, эмоциональным и психическим возбуждением и т.д., однако свободные катехоламины вновь быстро разрушаются, что приводит к дальнейшему уменьшению их содержания и соответственно к стремлению вновь использовать наркотик. Данный круг лежит в основе формирования психической зависимости от наркотических препаратов.

При длительном употреблении наркотиков может развиваться дефицит нейромедиаторов, сам по себе угрожающий жизнедеятельности организма. В качестве механизма компенсации этого явления выступают усиленный синтез катехоламинов и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь, моноаминоксидазы и дофамин- β -гидроксилазы, контролирующей превращение дофамина в норадреналин. Таким образом, стимулируемый очередным приемом наркотиков выброс катехоламинов и их ускоренное, избыточное разрушение сочетаются с компенсаторно-усиленным синтезом этих нейромедиаторов. Формируется усиленный кругооборот катехоламинов. Теперь при прекращении приема наркотика, т.е. при абстиненции, усиленного высвобождения катехоламинов из депо не происходит, но сохраняется их ускоренный синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом в мозге) накапливается дофамин. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков абстинентного синдрома – высокой тревожности, напряженности, возбуждения, подъема артериального давления, учащения пульса, появления других вегетативных расстройств и др. Описанные выше изменения нейрохимических функций мозга формируют физическую зависимость от наркотических препаратов.

Уровень дофамина в крови четко коррелирует с клинической тяжестью абстинентного синдрома. Превышение его сопровождается картиной тяжелого

абстинентного синдрома, а при превышении в три раза, как правило, развивается острое психопатическое состояние. В динамике ремиссии у больных со сформированной физической зависимостью наблюдаются типичные колебания дофамина: в начальном ее периоде он несколько повышен, затем, как правило, опускается ниже нормы. Очевидно, дефицит дофамина в структурах мозга является основой остающегося патологического влечения к наркотикам и высокой вероятности рецидива заболевания. При длительном употреблении алкоголя и наркотиков может развиваться дефицит нейромедиаторов, причем угрожающий жизнедеятельности организма. В качестве механизма компенсации этого явления выступают усиленный синтез катехоламинов и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь моноаминоксидазы (МАО) и дофаминбетагидроксилазы (ДБГ), контролирующей превращение дофамина в норадреналин. Таким образом, стимулируемый очередным приемом ПАВ выброс КА и их ускоренное, избыточное разрушение сочетаются с компенсаторно усиленным синтезом этих нейромедиаторов. Происходит формирование ускоренного кругооборота КА. Теперь при прекращении приема наркотика, т.е. в период абстиненции, усиленное высвобождение катехоламинов из депо не происходит, но остается ускоренный их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом, в мозге) накапливается один из КА – дофамин (рис.1). Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков абстинентного синдрома: высокой тревожности, напряженности, возбуждения, подъема артериального давления, ускорения пульса, появления других вегетативных расстройств, нарушения сна, возникновения психотических состояний и т.п.



Рис. 1 Механизмы зависимости от психоактивных веществ

Сокращения: см. рис.1; ТГ – тирозингидроксилаза; ДБГ – дофаминбетагидроксилаза.

Описанные выше изменения нейрохимических функций мозга являются основой формирования физической зависимости от психоактивных препаратов. Уровень дофамина в крови четко коррелирует с клинической тяжестью абстинентного синдрома (АС); превышение его исходных показателей в 2 раза сочетается с картиной тяжелого абстинентного синдрома, а при превышении в 3 раза, как правило, развивается острое психотическое состояние – алкогольный делирий.

В динамике ремиссии у больных со сформированной физической зависимостью наблюдаются типичные колебания уровня дофамина: в начальном ее периоде он несколько повышен, затем, как правило, остается ниже нормы. Очевидно, дефицит ДА в подкрепляющих структурах мозга является основой остающегося патологического влечения к наркотикам и алкоголю и высокой вероятности рецидива заболевания.

Важную роль в реализации действия наркотиков играют и такие биологически активные вещества, как эндогенные опиаты пептидной и непептидной природы, принимающие участие в реализации механизмов боли, эмоциональных и мотивационных процессах. Помимо этого, большое значение в организации поведения, направленного на поиск и прием наркотиков, играют

серотонинергическая и ГАМК-ергическая нейромедиаторные системы. Однако расстройства деятельности этих систем не обнаруживают четкой корреляции с развитием синдрома зависимости, хотя они, несомненно, определяют некоторые симптомы заболевания. Согласно последним данным, особое место в формировании синдрома зависимости принадлежит нейрогормонам, в частности, кортикотропин-релизинг гормону, контролирующему реакции гипофизарного комплекса при стрессе. Он активизирует лимбические структуры при отмене психоактивных веществ и, возможно, выполняет нейромедиаторные функции при адаптации организма к поступающим извне наркотикам.

Таким образом, формирование зависимости от психоактивных веществ можно представить себе как циклическое нарушение деятельности подкрепляющей системы мозга. Подобные нарушения прогрессивно увеличиваются и приводят к непрекращающемуся потреблению наркотиков, а также к снижению контроля за их потреблением. Предполагается, что это связано с гомеостатической дисрегуляцией таких систем мозга, как мезолимбическая дофаминовая система, ГАМК-ергическая система, серотонинергическая система, а также с изменениями в метаболизме гормонов.

В то же время необходимо учитывать тесную функциональную связь всех нейрохимических систем мозга. Изменение деятельности одной из них неизбежно ведет к расстройству других. Идентичность стержневых механизмов развития зависимости и ее клинических проявлений в динамике различных наркологических заболеваний указывает на принципиальное единство биологических механизмов всех форм химической зависимости. Общее звено в механизме фармакологического действия психоактивных веществ – влияние на катехоламинановую, в частности дофаминовую, нейромедиацию в системе подкрепления мозга. При этом, каждое химическое вещество, прием которого приводит к появлению синдрома зависимости, помимо общего для всех таких веществ действия, вызывает свои особые,

частные фармакологические эффекты. Совокупность этих частных и общих для всех наркотиков эффектов и определяет специфику клинической картины, характерную для той или иной формы наркомании.

В 80-х годах Davis была предложена концепция, согласно которой при использовании алкоголя в организме происходит конденсация продукта метаболизма этанола – ацетальдегида с избытком свободного ДА. В результате образуются опиатоподобные вещества (тетрагидроизохинолины, папаверолины и др.), которые влияют на опиатные рецепторы мозга. Таким образом, пути патогенеза алкоголизма и опийной наркомании сближаются (рис. 2).

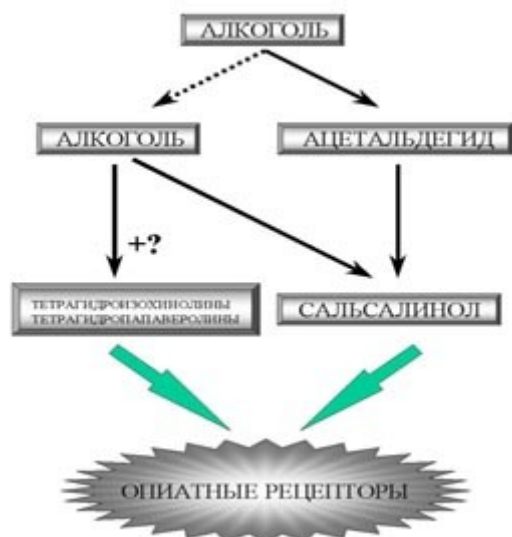


Рис. 2 Схема образования эндогенных опиатоподобных веществ в результате употребления алкоголя.

Практически все вещества с наркотическим потенциалом вызывают описанные выше реакции со стороны катехоламинов при однократном и повторном, длительном введении. При развитии абстинентного синдрома уровень дофамина повышается независимо от принадлежности препарата, вызывающего зависимость, к той или иной химической группе. Идентичность стержневых механизмов развития зависимости и клинической картины ее проявлений в динамике различных наркологических заболеваний указывает на принципиальное единство

биологических механизмов всех форм химической зависимости.

Нейронные механизмы, лежащие в основе интоксикации и алкогольной зависимости, связаны с участием многих структур головного мозга, которые характеризуются различиями метаболических процессов и нейрофункциональных специализаций. Результаты опытов, выполненных на разных уровнях, показывают, что, кроме прямого действия на мембрану нейрона, этанол, изменяя активность других нейронов, а также практически все этапы метаболизма, оказывает не прямое действие, которое определяется особенностями медиаторных и рецепторных систем, кровоснабжения, связей данной структуры и данного нейрона.

Опыты, направленные на исследования тонких синаптических и эндонейрональных механизмов действия этанола, демонстрируют глобальность изменений в работе клеток после воздействия этого вещества и разнообразие проявлений этого влияния.

Тем не менее, непонятно, является ли действие этанола специфичным для каждого нейрона или же зависит от места, которое занимает в системе данный исследуемый нейрон. Кроме того, неизвестно, какие концентрации этанола непосредственно воздействуют на центральную нервную систему и какого вида изменения электрической возбудимости и хемочувствительности возникают при действии этанола на нейроны.

Частично ответы на эти вопросы получены в опытах с использованием внутриклеточной регистрации электрических процессов.

Информация о клеточных механизмах действия этанола получена в основном в экспериментах на периферических отделах нервной системы позвоночных или же на препаратах ЦНС беспозвоночных животных. Из результатов этих опытов сделаны следующие выводы:

- этанол вызывает специфическое снижение возбудимости нейронов, связанное с изменением потенциал-зависимых ионных проводимостей, лежащих в основе генерации потенциалов действия;

-этанол оказывает не прямые действия на возбудимость, влияя на пассивную проницаемость мембраны;

-этанол приводит к изменению синаптической передачи, влияя на высвобождение медиатора и на мембранно-связанные хеморецепторы.

Этанол изменяет воспроизведение заученной формы поведения, и в основе этого лежит искажение межсистемных отношений между различными структурами мозга, нервные клетки которых участвуют в реализации энграммы.

У несовершеннолетних в силу особенностей их физического и психического развития, а именно возрастной незрелости тормозных механизмов коры, волевых и нравственных механизмов – гедонистические ощущения становятся ведущими в поведении. Знание об опасности наркотиков не выполняют функцию внутреннего антинаркогенного барьера, поскольку «знаемое» - это функция коры, эволюционно более молодой структуры, а ощущения приятного порождаются более древней подкоркой. Вот почему, формально зная об опасности одурманивания, подросток продолжает использовать наркогенный препарат, его отношение к наркотикам носит инфантильный, деградирующий характер.

Глава 5.
Этапы развития алкогольной
зависимости у подростков

Злоупотребление алкоголем (бытовое пьянство)

Слово «злоупотребление» означает «употребление во зло», т.е. причиняющее вред. Частые приемы больших количеств спиртного сказываются на здоровье пьющего подростка, его физическом и психическом развитии, на его отношениях с родителями и учителями.

Современных подростков, не употребляющих спиртного, во много раз меньше, чем тех, кто его употребляет, а некоторые пьют регулярно. Это относится не только к мальчикам, но и к девочкам. Есть даже 8-10-летние дети со сформированным алкоголизмом.

Алкоголь, попадая в организм ребенка, быстро разносится кровью и концентрируется в мозге. Вследствие повышенной рефлекторной возбудимости даже небольшие дозы спиртного вызывают у детей бурную реакцию, тяжелые симптомы отравления. При систематическом поступлении алкоголя в детский организм страдает не только нервная система, но и пищеварительный тракт, зрение, сердце. Печень не справляется с алкогольной нагрузкой и происходит ее перерождение. Страдают и органы внутренней секреции, прежде всего щитовидная железа, гипофиз, надпочечники. В результате на фоне алкогольной интоксикации у пристрастившихся к спиртным напиткам подростков может развиваться сахарный диабет, нарушение половой функции и т.д.

Острое алкогольной отравление представляет особую опасность для детей, организм которых очень чувствителен к токсическим веществам. Особенно ранима нервная система, головной мозг. Опьянение у детей дошкольного и раннего школьного возраста развивается настолько бурно, что бывает трудно спасти ребенка.

Не следует думать, что злоупотребляют алкоголем только дети алкоголиков, что подросток из благополучной семьи, где родители не подают ему дурного примера, никогда не заболит алкоголизмом. Учащиеся большую часть своего свободного времени проводят вне контроля взрослых – на улице, со сверстниками. Маленькие дети

бессознательно подражают родителям, а в подростковом возрасте авторитет родителей уже утрачивает свое прежнее значение и доминирует авторитет сверстников и групповых норм поведения в подростковой компании.

Между бытовым пьянством и алкоголизмом есть очень большая разница. Злоупотребление алкоголем (бытовое пьянство) – это чрезмерное употребление спиртных напитков, чаще всего ситуационное или основанное на неверных представлениях. Спиртные напитки употребляются с разной частотой в разных количествах – в виде систематического приема небольших доз или несистематического приема больших количеств. При этом отсутствуют тяга к алкоголю, поиски поводов для выпивки и какие-либо иные признаки алкоголизма.

Бытовое пьянство – не болезнь. Наркологического лечения оно не требует, и человек может по собственной воле прекратить потребление алкоголя или значительно уменьшить его, не испытывая никаких неприятных ощущений от воздержания. Алкоголизм – это уже качественно иное состояние. Во-первых, это не дурная привычка, а болезнь, требующая лечения. Во-вторых, в отличие от бытового пьянства, больной алкоголизмом не может не только самостоятельно прекратить потребление спиртного, но и произвольно регулировать его количество. В-третьих, в организме больного алкоголизмом происходят такие изменения, что при воздержании от алкоголя организм «бунтует», требуя продолжения приема спиртного. В-четвертых, бытовое пьянство не прогрессирует и может наблюдаться на протяжении всей жизни человека, а количество потребляемого спиртного может оставаться неизменным или увеличиваться (но до определенных пределов). Алкоголизм – это прогрессирующее заболевание, и если уже возникли даже самые первые его симптомы, то болезнь будет неуклонно развиваться и неизбежно возникнут остальные клинические проявления, деградация личности и все типичные последствия.

Поскольку алкоголизм никогда не возникает внезапно,

а формируется постепенно и вырастает именно из бытового пьянства, наркологи расценивают злоупотребление алкоголем как предболезнь, преддверие алкоголизма, т.е. алкоголизма еще нет, но он неминуемо сформируется, если пьянство будет продолжаться, а тем более утяжеляться.

Возраст, в котором начинается злоупотребление алкоголем, имеет крайне важное значение для формирования алкогольной зависимости: чем раньше человек начинает употреблять спиртное, тем больше шансов, что сформируется алкоголизм.

Употребление спиртного подростками обычно уже с самого начала имеет форму злоупотребления. Подростковая среда – особая среда, в ней свои законы, отличающиеся от взаимоотношений взрослых людей. Основные черты поведения – это группирование со сверстниками и имитация. Это означает, что подростки стараются подражать не только взрослым (причем далеко не лучшим качествам взрослого), но и своим сверстникам из взрослой группы. И если хотя бы один из членов группы имеет опыт употребления спиртного (как правило, дети из неблагополучных семей, где один или оба родителя алкоголики), то начинает употреблять алкоголь вся группа. Если кто-то не будет пить вместе с другими членами группы, над ним все будут смеяться, а это для подросткового возраста очень болезненно.

Поскольку выносливость к спиртному в этом возрасте невысока, опьянение даже от небольших доз может быть сильным. Подростки обычно не знают пределов своей выносливости к спиртному и пьют много, стараясь походить на взрослых. Рвота, которая при этом возникает, считается признаком слабости, и, чтобы не прослыть слабаком, подросток старается приучать себя к спиртному до тех пор, пока рвотная реакция не исчезнет. Как уже говорилось, бытовое пьянство может незаметно для самого человека перейти в алкоголизм.

Этап бытового пьянства может продолжаться несколько лет. У разных людей длительность периода злоупотребления алкоголем, предшествующего

алкоголизму, различна и зависит от многих факторов – от частоты употребления спиртного и его дозы, вида спиртного напитка, особенностей характера и от общего состояния здоровья. У подростков этап бытового пьянства может быть непродолжительным – несколько месяцев, реже 1-2 года.

Всех подростков, которые употребляют спиртные напитки регулярно, можно считать группой риска в аспекте алкоголизма. Именно поэтому нужно знать, с чего начинается болезнь и как она проявляется. К каждому учащемуся нужно приглядеться более внимательно и быть постоянно настороже, чтобы уберечь его от беды. Педагоги должны быть в постоянном контакте с родителями и при малейших подозрениях бить во все колокола.

Признаки начала алкоголизма

Признаки начала алкоголизма (их еще называют ранними симптомами алкоголизма) позволяют разграничить бытовое пьянство (злоупотребление алкоголем), которое еще не является болезнью с точки зрения наркологии, - от алкоголизма как заболевания.

Самым первым симптомом алкоголизма является **тяга к спиртному – патологическое влечение к алкоголю**. Тяга к алкоголю – не только ранний, но и самый стойкий симптом алкоголизма, она существует на всем протяжении заболевания, изменяется и утяжеляется. Влечение к алкоголю возникает не внезапно, а постепенно. Пьющие подростки обычно не осознают своей тяги к спиртному, объясняя выпивки тем, что «все наши ребята пьют».

На этапе бытового пьянства подросток выпивал потому, что в его компании было так принято, - как только появлялись деньги, кто-то из ребят проявлял инициативу, предлагая всем выпить, а остальные члены группы соглашались, чтобы не отстать от других.

С появлением тяги к спиртному подросток сам становится инициатором выпивок, и они учащаются. Теперь он не представляет встречи с приятелями без

выпивки.

В отличие от взрослых, которые придумывают какой-нибудь «уважительный повод» для выпивки, подростки не утруждают себя поиском предлога. Если есть деньги – вперед! Если денег нет, значит их нужно найти. Кто-то просит или ворует у родителей, кто-то собирает пустые бутылки, кто-то стоит у метро и просит у прохожих денег, кто-то отбирает деньги у младших школьников. Возможны и групповые криминальные способы добывания денег.

Число приятелей подростка может увеличиваться, но в основном это люди, с которыми можно выпить. Он предпочитает пьющих непьющим, с последними ему уже не интересно, и он уклоняется от встреч с ними. Нередко подросток, имеющий тягу к алкоголю, начинает выпивать в компании взрослых алкоголиков.

Одним из косвенных признаков тяги к спиртному является положительное отношение ко всему, что связано с выпивкой. Например, если подросток регулярно выпивает со взрослыми алкоголиками, то он находит у них массу «положительных» качеств, которыми объясняет почему ему интересно общаться именно с ними. Положительно оценивается и обстановка, в которой проходят выпивки, и разговоры. Даже если в пьяном состоянии подросток подрался или совершил криминальные действия, у него нет отрицательного отношения к происшедшему. Положительно оценивается и само состояние опьянения, и все, что связано с приемом спиртного, а то, что ему препятствует, оценивается отрицательно.

Взрослые алкоголики на начальном этапе болезни в оправдание своего пьянства обычно приводят якобы благотворное воздействие алкоголя на организм – спиртное придает силы, повышает работоспособность, снимает усталость или боль и многое другое.

Подросток не ищет себе никаких оправданий. Если учителя или родители его ругают, он огрызается, не вступая в долгие дискуссии с взрослыми. Подростка невозможно переубедить, даже если есть явные негативные последствия. Он не соглашается с тем, что из-

за пьянства его образ жизни и поведение значительно изменились в худшую сторону, - этот симптом называется отсутствием критического отношения к своему заболеванию.

Если родители пытаются противодействовать его пьянству, подросток может устроить скандал, нагрубить, оскорбить и, ничуть не считая себя виноватым, убегает к своим приятелям-собутыльникам. Может быть и так, что подросток переносит всю вину на родителей или на учителей – они «плохие», ругают его и скандалят, ему невыносимо дома и в школе, поэтому он предпочитает проводить время в обществе пьющих приятелей.

Желание выпить возникает независимо от воли человека и поэтому называется **навязчивым (психическим) влечением**. У взрослых оно сопровождается борьбой мотивов «за» и «против» выпивки. Если аргументов «против» употребления спиртного больше, то взрослый человек может преодолеть искушение и отказаться от выпивки. Это может быть нелегким для него решением. Нереализованное влечение оставляет чувство неудовлетворенности, и мысли о желательности выпивки назойливо всплывают в его сознании, он ищет новые поводы.

Чем ниже интеллектуальный уровень человека, тем менее он склонен к самоанализу, оценке своих поступков и их возможных последствий, и тем меньше времени занимает борьба мотивов «за» и «против» выпивки. Для того, чтобы возникла борьба мотивов, прежде всего, необходимо осознанное представление о допустимых нормах потребления спиртного, т.е. нравственно-этическая позиция в отношении пьянства как негативного явления и его возможных последствий. Поэтому этап борьбы мотивов свойствен в основном людям зрелым, с достаточно высоким интеллектуальным развитием и устойчивой нравственной позицией. Этот важный фактор помогает человеку справиться с влечением, и у таких людей симптомы алкоголизма развиваются гораздо медленнее.

Людам с незрелой психикой, с низким уровнем

развития, подверженным чужому влиянию, не имеющим этических понятий, привитых воспитанием, этап борьбы мотивов несвойствен.

У подростков, в силу возрастных особенностей психики этап борьбы мотивов может быть очень непродолжительным или отсутствовать вовсе. Как только желание возникает, оно тут же без особых раздумий реализуется.

В целом развитие влечения к алкоголю (тяги), его интенсивность и реализация (удовлетворение желания выпить) зависят от многих факторов: особенностей характера, уровня интеллектуального развития, условий воспитания, наличия нравственно-этических представлений, влияния ближайшего окружения, возраста, когда начинается злоупотребление алкоголем, состояния центральной нервной системы, индивидуальной реактивности организма, а также частоты приема, количества и крепости спиртных напитков.

Влечение считается стержневым симптомом алкоголизма, поэтому все вышперечисленные факторы, влияющие на тягу к спиртному, оказывают воздействие и на дальнейшее развитие заболевания.

В начальной стадии алкоголизма тяга к спиртному непостоянна, она как бы волнообразна. Влечение может ослабевать и угасать, если подросток длительное время будет воздерживаться от употребления спиртного, и вновь возникать под влиянием воспоминаний, ситуаций, связанных с прежним пьянством, встреч с собутыльниками. Это называется **актуализацией влечения** и может привести к возобновлению злоупотребления алкоголем даже после длительного перерыва.

Вторым важным признаком начала алкоголизма является **симптом утраты количественного контроля**.

Потеря контроля над количеством выпиваемого спиртного подразумевает трудность или невозможность для больного остановиться на определенных дозах выпитого, неспособность сознательно ограничивать начавшийся прием спиртного. Перед выпивкой он может

обещать, что не будет напиваться, но после первых доз спиртного теряет контроль над своим поведением и забывает обо всех обещаниях.

Количественный контроль в широком смысле – это представление человека о допустимых дозах спиртного, которые он может себе позволить. Это представление складывается из норм, принятых в обществе в целом и в ближайшем окружении, и из убеждения самого человека, что превышение какой-то дозы недопустимо. То есть для осуществления количественного контроля необходима индивидуальная этическая позиция в отношении пьянства – осуждает ли человек пьянство как негативное явление, неприемлемое для него, или считает допустимым и общепринятым.

Понятие о количественном контроле изначально отсутствует у людей с низким интеллектуальным развитием, в асоциальной и криминальной среде, где пьянство никем не осуждается и даже поощряется, а трезвый образ жизни вызывает насмешки. Попав в такую среду, незрелый, легко поддающийся чужому влиянию человек, не может сформировать собственную этическую позицию и принимает нормы такой компании.

Утрата количественного контроля вызывается следующими причинами.

Во-первых, субъективной неудовлетворенностью пьющего степенью своего опьянения. Ведь алкоголик пьет не потому, что его кто-то заставляет, а потому, что он сам, осознанно или неосознанно, стремится достичь опьянения. Отсюда стремление пить натошак, не закусывать, выпивать подряд несколько доз спиртного, опередить собутельников, выпив больше остальных. Алкоголик знает, какая доза ему требуется, чтобы опьянение наступило сразу, и было желательной для него глубины.

Во-вторых, каждый пьющий знает на собственном опыте, что принятая доза спиртного действует определенное время и с течением времени эффект опьянения ослабевает, а ему хотелось бы удержать желательную для него степень опьянения, и он «вдогонку»

принимает еще и еще.

В отличие от здоровых людей и гурманов, алкоголика не интересуют вкусовые качества алкогольного напитка и культура питья. Гораздо привлекательнее для него крепость спиртного напитка, поэтому он предпочтет водку или дешевое крепленое вино легкому вину или шампанскому.

В-третьих, в состоянии опьянения возникает другой вариант влечения к алкоголю. Он называется **вторичным влечением**, а то влечение, которое появляется в трезвом состоянии, называется **первичным**. Вторичное влечение гораздо интенсивнее, и алкоголик преодолеть его уже не способен, поэтому его еще называют **непреодолимым влечением**. Оно возникает в состоянии опьянения после превышения определенной «пороговой» дозы, индивидуальной для каждого. Неодолимое влечение вынуждает алкоголика пить еще и еще, уже не ради комфортного состояния, а с целью достижения искомой глубины опьянения.

Однократные или эпизодические **передозировки** (т.е. прием такого количества спиртного, которое превышает индивидуальные возможности организма) у взрослого человека возможны и на этапе бытового пьянства, например, из-за недавно перенесенной тяжелой болезни, усталости, плохого самочувствия. Но это может быть и единичный случай. Если же передозировки становятся регулярными, то здесь бесполезно оправдываться какими-то внешними обстоятельствами или плохим самочувствием.

У подростков передозировки могут быть с самых первых попыток приема спиртного из-за незнания ими своих возможностей и стремления подражать взрослым и другим пьющим членам подростковой группы.

Третий ранний симптом алкоголизма – **утрата защитного рвотного рефлекса**. Обычно на любое вредное воздействие организм реагирует защитной реакцией. Чрезмерные дозы спиртного для подростка, еще не больного алкоголизмом, являются токсическими, а алкоголь – ядом, от воздействия которого организм

пытается защититься, исторгая этот яд в виде рвотной реакции.

Пока этот защитный механизм действует, он ограждает организм от токсического агента, способного причинить ему вред. Но чем чаще подросток напивается до рвоты, тем быстрее этот защитный механизм ломается. Организм перестраивается (это называется **измененной реактивностью**, т.е. организм уже по-иному реагирует на алкоголь), приспособливается к постоянному токсическому воздействию, и дальше рвотная реакция не наступает даже при приеме больших доз алкоголя. Наличие рвотной реакции свойственно бытовому пьянству и показывает предел переносимости алкоголя, т.е. ту дозу, которая уже является чрезмерной, токсичной для организма.

Рвотный рефлекс может быть нестабильным и зависит от степени наполнения желудка, общего состояния здоровья, утомления, перенапряжения и других условий. Если спиртное принимается натошак, не закусывая или вместо обычных слабых спиртных напитков подросток выпивает крепкие, если он недавно болел, устал, не выспался, чем-то огорчен, то рвота может возникнуть даже при дозе, не превышающей обычную. Наличие рвоты зависит и от скорости всасывания алкоголя, времени возникновения максимальной концентрации его в крови. Здесь имеет значения и то, как именно происходит прием спиртного – сидит ли подросток или активно двигается, сколько одновременно принимается алкоголя и с какой частотой. Если спиртное принимается малыми дозами, с продолжительными интервалами между приемами, то часть алкоголя за это время подвергается изменениям в печени, и подросток может выпить определенное количество спиртного без возникновения рвотной реакции. А если он же выпьет ту же дозу, но уже в других условиях, например, без хорошей закуски или за более короткий промежуток времени, то у него возникнет рвотная реакция.

При утрате защитного рефлекса можно с уверенностью говорить о сформированном алкоголизме. Но симптомом

алкоголизма является не само отсутствие рвоты в опьянении, а именно утрата ранее имевшейся рвотной реакции. Само по себе отсутствие рвотной реакции не является симптомом алкоголизма. В редких случаях она может изначально отсутствовать из-за того, что этот механизм защиты несвойствен организму данного человека. Или же отсутствие рвоты обусловлено очень постепенным, растянутым во времени наращиванием доз спиртного, если регулярно употребляются сравнительно небольшие количества спиртного.

Чем дольше и чаще человек потребляет спиртное, тем больше он может выпить, поскольку его организм приобретает способность переносить увеличивающиеся дозы алкоголя. Этот симптом называют **толерантностью**.

Толерантность – это способность человека переносить определенные дозы спиртного. В отношении здоровых людей (не больных алкоголизмом) говорят о физиологической толерантности; имеется в виду количество алкоголя, которое человек способен выпить без каких-либо явных нарушений.

Физиологическая толерантность индивидуальна для каждого человека и зависит от возраста, пола, веса тела, телосложения, конституциональных особенностей, особенностей обмена веществ, состояния центральной нервной системы и общего состояния здоровья. Для взрослого человека она в среднем составляет 100-150 г крепких спиртных напитков. Подросток может опьянеть от дозы, которая у взрослого здорового мужчины не вызовет никаких внешних заметных изменений. Физиологическая толерантность бывает изначальной – это выносливость к спиртному до начала употребления спиртных напитков. Когда человек начинает употреблять спиртное, а тем более злоупотреблять им, переносимость алкоголя возрастает – это приобретенная толерантность. На этапе бытового пьянства она может в 2-3 раза превышать изначальную.

Рост толерантности зависит от массивности злоупотребления (от доз и частоты приема алкоголя), особенностей организма пьющего и некоторых других

факторов. Соответственно, чем интенсивнее злоупотребление, тем быстрее растет переносимость спиртного. На этапе бытового пьянства росту толерантности препятствует сохранный рвотный рефлекс, который избавляет организм от излишков спиртного и не дает пьющему наращивать дозы. Поэтому предел переносимости при бытовом пьянстве ограничен, а показателем предела толерантности служит рвотная реакция.

При переходе бытового пьянства в алкоголизм, когда утрачен рвотный рефлекс, толерантность растет ускоренными темпами и в дальнейшем изменяется уже по иным закономерностям, свойственным алкогольной болезни.

Имеет значение именно кратность приобретенной толерантности по отношению к изначальной. Одним из признаков перехода бытового пьянства в алкоголизм является увеличение толерантности в 3-4 раза. Толерантность – не только количество спиртного, которое может выпить человек, но и эффект, который этой дозой вызывается. При дальнейшем росте толерантности те дозы, которые на этапе бытового пьянства вызывали тяжелое опьянение с рвотной реакцией, теперь вызывают среднюю степень опьянения.

О росте переносимости спиртного говорит и то, что человек переходит с более слабых алкогольных напитков на более крепкие, причем это, в свою очередь, приводит к еще большему росту толерантности. Начиная выпивать, подростки обычно предпочитают пиво или легкое вино, затем переходят на водку или дешевые крепленые вина.

Следующий симптом алкоголизма называется **изменением формы потребления алкоголя – систематическим приемом алкоголя**. При бытовом пьянстве форма потребления алкоголя еще может быть эпизодической, и частота выпивок зависит не от самого человека, а от внешних обстоятельств, например, от того, как часто принято собираться в их компании для совместного употребления спиртного. С началом алкоголизма прием спиртного становится

систематическим, причем это происходит по инициативе самого пьющего, если даже он сам этого не осознает.

Систематическая форма употребления алкоголя – не обязательно ежедневная. Ежедневной она становится уже во второй стадии алкоголизма. А в первой стадии устанавливается определенная регулярность, система в потреблении спиртного.

Под влиянием каких-либо внешних факторов возможны перерывы, но обычно непродолжительные. После определенного промежутка времени прием спиртного возобновляется – причиной обычно является актуализация влечения к алкоголю.

Таким образом, признаками перехода бытового пьянства в алкоголизм являются:

- 1) тяга (патологическое влечение) к алкоголю;
- 2) потеря контроля за мерой выпитого (утрата количественного контроля);
- 3) исчезновение защитного рвотного рефлекса при приеме чрезмерных доз;
- 4) увеличение переносимости спиртного (толерантности) в 3-4 раза по сравнению с изначальной;
- 5) систематическое употребление алкоголя.

Если появились первые симптомы алкоголизма, то неминуемо возникнут и другие. Такова закономерность любого заболевания, а то, что алкоголизм является болезнью, а не дурной привычкой, - это бесспорный факт.

Стадии алкоголизма

На первой стадии алкоголизма порой бывает трудно решить, что это – бытовое пьянство или уже алкоголизм, потому что пьющий человек, как правило, скрывает или значительно преуменьшает степень своего злоупотребления алкоголем. Этот симптом называется **диссимуляцией**. Диссимуляция противоположна симуляции, когда придумываются несуществующие проявления мнимой болезни. При диссимуляции, наоборот, утаиваются симптомы существующей болезни.

Это не просто лживость (хотя она тоже присуща больным алкоголизмом, но чаще на более поздних стадиях

болезни как свидетельство алкогольного изменения личности). Это узконаправленный симптом, когда утаивается именно то, что имеет отношение к пьянству.

Во-первых, больные алкоголизмом обычно преуменьшают дозы и частоту приема. Причем пациента ничуть не смущает явное несоответствие сказанного им действительному положению вещей, и он не задумывается о том, что его слова легко проверить и опровергнуть.

Во-вторых, такие больные диссимулируют свою тягу (влечение) к алкоголю.

В-третьих, больные категорически отрицают утрату контроля за мерой выпитого, поскольку этот симптом в их понимании точно свидетельствует об алкоголизме. Несмотря на регулярные передозировки и случаи тяжелого опьянения, больной заявляет, что «меру знает» и пьяным не бывает.

Симптом, который больные алкоголизмом обычно не считают нужным скрывать, - это утрата рвотного рефлекса (потому что они не знают о его диагностическом значении). Как и при любой другой болезни, симптомы алкоголизма меняются с течением времени и заболевания. При алкоголизме выделяют три последовательные стадии.

Первая стадия алкоголизма

На первой, начальной стадии алкоголизма происходят количественные и качественные изменения. Учащаются выпивки, употребление спиртного становится автоматическим. Увеличивается количество спиртного, которое человек может выпить, - в 5 и более раз по сравнению с изначальной толерантностью. Переносимость алкоголя возрастает гораздо быстрее, чем на этапе бытового пьянства, поскольку уже нет защитного рвотного рефлекса, который защищал бы организм от чрезмерных доз. Появляется устойчивость не только к дозе, но и к частоте употребления спиртного, поскольку организм приспособливается (адаптируется) к действию алкоголя.

Здоровый человек, выпив лишнее накануне, утром испытывает отвращение к спиртному; даже его запах

может вызвать позыв к рвоте. Таким образом, организм защищается от продолжения употребления алкоголя. Утреннее отвращение к спиртному – это тоже защитная реакция организма, как и рвотный рефлекс. А у больного алкоголизмом чувство отвращения к спиртному исчезает, и уже на первой стадии он может позволить себе выпить не только вечером, но и утром, хотя на этой стадии еще нет потребности опохмелиться. Чем больше пьющий будет насиловать свой организм, ломая механизмы его защиты, тем быстрее развивается заболевание.

Из-за того, что организм приспособляется к постоянному воздействию алкоголя, эффект прежней дозы угасает. Чтобы достичь желаемой степени опьянения, алкоголик наращивает дозы спиртного, и толерантность быстро нарастает. Первую стадию алкоголизма еще называют стадией возрастающей толерантности. Переносимость спиртного достигает своего максимума к концу первой стадии и во второй стадии стабилизируется.

Уже на первой стадии меняется картина опьянения. Нормальное (физиологическое) действие небольших доз алкоголя на здорового человека – успокаивающее (релаксирующее, седативное). Мышцы расслаблены, человек испытывает чувство общего успокоения, настроение приятно-благодарное, ничто не раздражает, все хорошо.

А у больного алкоголизмом седативный (успокаивающий) эффект исчезает и проявляется активирующее, стимулирующее действие алкоголя. Выпивший становится активным, не может усидеть на месте, стремится чем-то заняться. У подростков такая активность непродуктивна – они бесцельно шатаются по улицам, могут затеять беспричинную драку, совершить противоправные действия.

В опьянении становятся более рельефными черты характера пьющего. Вспыльчивый подросток становится еще более возбудимым, не терпит замечаний, все принимает на свой счет, по малейшему поводу дает бурную реакцию. Склонный к рассуждению, становится

еще более многословным, его речь – бессмысленное мудрствование о проблемах, которые его совершенно не касаются. Необщительные подростки в опьянении становятся угрюмыми, мрачными, еще более замкнутыми и немногословными. Подросток, любящий привлекать к себе всеобщее внимание, еще больше играет на публику, хвастается мнимыми успехами. У подростков с неустойчивым настроением проявления их эмоций становятся еще более бурными, утрированными.

Провалы в памяти – один из характерных симптомов алкоголизма. На первой стадии они проявляются в сравнительно легкой форме. Подросток не может отчетливо и последовательно рассказать о периоде опьянения, не может вспомнить отдельные детали, эпизоды, но основные события, происходящие в период опьянения, помнит. Или воспоминания о периоде опьянения смутные, неотчетливые, все происходившее как бы в тумане. Этот симптом называется **палимпсестом**, он возникает после опьянения средней глубины. А при глубоком опьянении проявляется более тяжелый симптом – **амнезия или блэкаут**. Больной алкоголизмом не может вспомнить целый период, нередко довольно продолжительный. До определенного момента он помнит, где, с кем он начал выпивать, а дальше ничего не может вспомнить – что натворил в пьяном состоянии, как добрался домой или оказался в незнакомом месте. Это и есть провалы – грозный симптом, который указывает на то, что алкоголь разрушающе действует на центральную нервную систему.

Раннее появление провалов памяти – плохой признак для прогноза заболевания и чаще всего свидетельствует о злокачественном течении алкоголизма. На первой стадии амнезии обычно возникают только после тяжелого опьянения. Дальше они становятся постоянными и на второй и третьей стадиях возникают после каждого опьянения.

При сформированном алкоголизме симптомы объединяются в комплексы. Комплекс взаимосвязанных

симптомов называется **синдромом**.

Ранее уже говорилось об **измененной реактивности организма** – это синдром, который включает несколько симптомов, а именно:

- 1) утрату защитного рвотного рефлекса;
- 2) утрату чувства отвращения к спиртному по утрам;
- 3) изменение формы потребления алкоголя – переход от эпизодического к систематическому потреблению;
- 4) способность организма нормально функционировать при многодневном потреблении спиртного;
- 5) изменение проявлений опьянения (исчезновение успокаивающего действия алкоголя и появление активирующего, стимулирующего эффекта, утрированное проявление черт характера в опьянении).

Второй важный синдром, который появляется на первой стадии алкоголизма, **синдром психической зависимости**. Проявляется зависимость психического состояния человека от присутствия или отсутствия в его организме алкоголя. Сформировавшись на начальной стадии алкоголизма, этот синдром в дальнейшем существует на всем протяжении заболевания.

Синдром психической зависимости включает два симптома:

- 1) психическое влечение к алкоголю (первичное патологическое влечение);
- 2) способность ощущать психический комфорт только в состоянии опьянения.

Все проявления алкоголизма (они называются клинической картиной заболевания) на первой стадии определяются этими двумя синдромами. На следующих стадиях возникают новые симптомы и синдромы, и клиническая картина алкоголизма усложняется и утяжеляется.

Интенсивность психического влечения к алкоголю прогрессивно возрастает. В трезвом состоянии все мысли сконцентрированы на том, как бы выпить. Человек активно ищет выпивки, придумывает массу уловок, не пропускает ни одной возможности. Если выпить не удастся, то это вызывает недовольство, чувство

неудовлетворенности, плохое настроение, когда ничто не радует, все раздражает. Это состояние называется **психическим дискомфортом**. Только состояние опьянения оценивается положительно, а все остальное больному неинтересно. Если нет возможности выпить, он не может и не хочет ничего делать, все валится у него из рук. Но как только появляется возможность выпить, человек сразу оживляется, его настроение повышается. В этом и проявляется психическая зависимость от алкоголя. В трезвом состоянии человек чувствует себя дискомфортно, а в опьянении ощущает полный психический комфорт. Постепенно перестраивается система личностных ценностей, прежние увлечения, если таковые были, перестают интересовать.

С началом алкоголизма механизмы, обеспечивающие физиологический контроль за мерой выпитого, уже нарушены – рвотный рефлекс утрачен, чувства отвращения к спиртному наутро нет, и переносимость начинает быстро возрастать. Подросток, больной алкоголизмом, может позволить себе принимать большие дозы, поскольку его организм уже не протестует против этого, и наконец, рано или поздно, превышает «пороговую» дозу, после которой появляется неодолимое влечение к алкоголю, и пьющий не в состоянии контролировать дальнейшее потребление спиртного.

Но как бы ни возросла переносимость спиртного, она имеет свои пределы. И когда подросток превышает предел собственной переносимости спиртного, возникает **передозировка**. Это тяжелое опьянение с выраженными нарушениями сознания, которое без своевременно оказанной медицинской помощи может закончиться трагически. Чем чаще такие передозировки, тем быстрее нарастает переносимость спиртного, появляются новые симптомы заболевания, и оно развивается ускоренными темпами.

Длительность первой стадии алкоголизма различна. У взрослых она составляет 3-5 лет, у подростков ее продолжительность сокращается до 1-2 лет. Дальнейшее развитие алкоголизма зависит от нравственно-этических

установок, способности контролировать потребление алкоголя в зависимости от ситуации. Чем больше факторов, сдерживающих пьянство, чем выше способность критически относиться к себе, тем медленнее развивается алкоголизм. Все вышесказанное в большей мере относится к взрослым людям. Если несовершеннолетний попал в пьющую компанию, то о критическом отношении к собственному поведению речь не идет. Дальнейшая массивность потребления спиртного зависит от окружения. Взрослый человек может найти иной круг общения, заняться чем-либо, уйти с головой в работу. Подросток всего этого сделать обычно не в силах.

Вторая стадия алкоголизма

Началом второй стадии является возникновение **неодолимого влечения** к алкоголю. Если на первой стадии такое влечение может возникнуть только в состоянии опьянения, при превышении «пороговой» дозы, то на второй стадии **неодолимое влечение** (его еще называют **компульсивным**) возникает и в трезвом состоянии. Термин «компульсивный» происходит от английского слова «compulsion» - принуждение; это означает, что влечение вынуждает, принуждает больного продолжать прием алкоголя. Влечение к алкоголю уже не зависит от ситуации. Оно существует постоянно. Борьбы мотивов «выпить» или «не выпить» уже нет. Больной не в состоянии преодолеть влечение, да и не стремится этого сделать.

На этой стадии заболевания еще больше изменяется состояние опьянения: успокаивающий эффект полностью исчезает и алкоголь оказывает стимулирующее действие. Сон наступает лишь после приема большой дозы спиртного. Вместо веселья и благодушия в опьянении возникают раздражительность, недовольство, беспричинная злоба и агрессия. Такое опьянение называют **дисфорическим**, т.е. состоянием, противоположным **эйфории** – беспечному благодушию, которое свойственно первой стадии алкоголизма.

Амнезии (провалы в памяти) становятся регулярными

и возникают практически после каждого опьянения не только глубокой, но и средней степени.

На этой стадии больного алкоголизмом устраивает только глубокая степень опьянения. Способность переносить большие дозы и отсутствие защитных реакций приводят к тому, что если у него достаточно спиртного или денег на его приобретение, то практически каждый раз он напивается до тяжелого опьянения. Если денег не достаточно, он переходит на более дешевые спиртные напитки, а то и сознательно пьет спиртное с плохой степенью очистки, содержащее большое количество сивушных масел, поскольку это вызывает более глубокое опьянение. То, что наутро он проснется в тяжелом похмелье, его не очень беспокоит. Если нет возможности достать спиртное, он может пить суррогаты, любые спиртосодержащие технические жидкости, нисколько не беспокоясь о последствиях.

На этой стадии алкоголизма возникает похмельный синдром и потребность в опохмелении. **Похмельный синдром** – один из наиболее рельефных симптомов алкоголизма, его еще называют **алкогольным абстинентным синдромом** или **алкогольной абстиненцией**. Суть алкогольной абстиненции состоит в том, что организм, перестроившись под влиянием длительного и массивного употребления алкоголя, уже не может без него нормально функционировать, и возникает физическая (а не только психическая, как на первой стадии) потребность в алкоголе. Если прием спиртного резко прекращается, организм бурно реагирует, не получая того, что уже является насущной необходимостью.

На второй стадии алкоголизма к уже имеющимся синдромам измененной реактивности и психической зависимости присоединяется и синдром физической зависимости. Он означает зависимость физического состояния от присутствия или отсутствия в организме алкоголя. Этот синдром служит проявлением объективной потребности организма в приеме алкоголя.

В синдром физической зависимости входят следующие

симптомы и синдромы:

- 1) непреодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю;
- 2) потребность в физическом комфорте;
- 3) алкогольный абстинентный синдром (синдром похмелья).

Влечение к алкоголю столь интенсивно, что полностью определяет поведение. Оно становится вынужденным, зависимым от влечения. Непреодолимое влечение возникает и в опьянении, и в состоянии похмелья, и в трезвом состоянии. Из-за этого полностью утрачивается не только количественный, но и **ситуационный контроль**. Больной алкоголизмом может появиться в нетрезвом виде в учебном заведении, дома, в общественном месте.

Потребность в физическом комфорте выражается в том, что только лишь в состоянии опьянения организм алкоголика нормально функционирует.

Похмельный синдром проявляется в следующем. После приема больших доз спиртного (а при дальнейшем развитии заболевания уже и после любого количества алкоголя) больной засыпает тяжелым сном, и его в таком состоянии трудно разбудить. Но ближе к утру сон становится поверхностным, с кошмарными сновидениями. Рано утром (обычно в 5-6 часов утра) больной просыпается от сильной тревоги и страха. Все вокруг пугает и настораживает. Сердце бешено колотится в груди, стучит в голове, он весь в липком горячем поту, руки и ноги как ватные, нет сил, голова болит и кружится, перед глазами черные круги. Больного качает, пол уходит из-под ног, движения замедленные и неуверенные. Он ощущает вялость, сильную слабость, все внутри дрожит мелкой дрожью, трясутся руки и голова, иногда дрожь сотрясает все тело. Во рту неприятный привкус и сухость, язык шершавый, тошнота, может быть неоднократная рвота. Аппетит снижен или отсутствует, еда и даже мысли о ней вызывают отвращение и позыв к рвоте. Могут быть боли в сердце, в желудке, артериальное давление повышено, пульс учащен. Психическое состояние тяжелое: настроение пониженное, до степени депрессии,

тревога, страх, пугливость, беспокойство, раздражительность, могут быть галлюцинации.

В таком состоянии человек не может ничем заниматься. Все мысли сконцентрированы на том, что надо немедленно опохмелиться. Тяга к спиртному неодолима. Если спиртное есть под рукой, больной немедленно выпьет все. Если спиртного или денег нет, больной алкоголизмом предпримет настойчивые поиски спиртного. Выпив, алкоголик чувствует облегчение, все симптомы смягчаются или исчезают. Доза спиртного индивидуальна и колеблется от 100 до 250 г крепких спиртных напитков или вдвое большего количества слабых. Если он выпивает минимальную для опохмеления дозу, то похмельные симптомы лишь ослабевают, но полностью не исчезают. Если выпьет больше, чем нужно для опохмеления, то опьянеет, и будет продолжать пить дальше.

Доза, которая требуется для опохмеления, зависит от количества выпитого накануне спиртного, его качества, смешения крепких и слабых спиртных напитков, от стадии алкоголизма и тяжести похмелья. Выпитая доза действует лишь несколько часов (чем длительнее заболевание, тем короче этот период), затем все симптомы похмелья возвращаются, и больной алкоголизмом должен выпить еще, а через несколько часов – еще. И так за день набирается значительное количество, больше, чем выпито накануне. Наутро все возобновляется в еще более тяжелой степени. Возникает многодневное пьянство, которое называется **запоем**.

Запой – это уже крайне тяжелое проявление алкоголизма. Здесь полностью отсутствует не только количественный, но и ситуационный контроль. В течение запоя возникают многие психические нарушения и расстройства деятельности внутренних органов. При резком обрыве тяжелого и длительного запоя могут возникнуть тяжелые психические расстройства – галлюцинации и белая горячка (алкогольный делирий), что может привести к смерти. На второй стадии обрыв запоя обычно происходит в связи с внешними причинами,

а на третьей стадии обрыв запоя возникает потому, что сам больной больше пить не в состоянии.

Алкогольный делирий (белая горячка) – острый алкогольный психоз (делирий в переводе с латинского означает безумие, помешательство), характеризующийся помрачением сознания, нарушением ориентировки в месте и времени, зрительными галлюцинациями, бредом, страхом и возбуждением. Алкогольный делирий обычно возникает через 2-4 дня после обрыва запоя (реже – во время запоя). Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой. В последующем делирий может возникать, уже и после периодов непродолжительного запоя. Предвестники алкогольного делирия длятся несколько часов, иногда несколько дней. Обычно к вечеру возникают тоска, тревога, депрессия, страх, настроение неустойчиво. Больной взбудоражен, болтлив. Появляются зрительные иллюзии – обманы восприятия, когда тень от предмета или висящая в углу одежда воспринимаются за человека, в узорах обоев на стене видятся чьи-то лица. Сон кратковременный, поверхностный, с кошмарными сновидениями.

Затем наступает полная бессонница. Усиливаются беспокойство, тревога и страх. Появляется самый яркий симптом делирия – **зрительные галлюцинации**. Видения отражают то, что когда-то пугало больного. Видения самые разнообразные – полчища насекомых, которые лезут на больного, крысы, мыши, змеи, рыбы, мертвецы, отвратительные чудовища, фантастические животные и др. Могут быть галлюцинации в виде проволоки, нитей, паутины. Они то приближаются, то удаляются, меняются в размерах, сменяют друг друга. Движения и мимика больного отражают галлюцинации и его эмоциональное состояние. Он стряхивает с себя «мерзких насекомых», сбивает их с предметов, отталкивает от себя мелких животных, выпутывается из паутины, защищается от устрашающих видений руками, забивается в угол кровати, пытается спрятаться, присматривается, прислушивается, что-то ловит на себе или на одеяле, давит насекомых.

Характерный симптом – ощущение инородного тела во рту. Больной пытается выплюнуть его, вынуть пальцами, тянет бесконечный волос изо рта (**тактильные галлюцинации**). Одновременно возникают и **голосовые галлюцинации**, связанные со зрительными: больной слышит шорох ног мелких животных, шипение змей, крики и угрозы бандитов.

Все галлюцинации больной принимает за реальность. На лице растерянность, страх, ужас; больной может внезапно броситься бежать, выпрыгнуть из окна, может сам напасть на других людей, защищаясь от мнимых врагов. Возможен бред преследования или физического уничтожения. Состояние больного алкогольным делирием заметно ухудшается к вечеру и ночью, особенно в неосвещенном помещении. Утром и днем состояние несколько улучшается, но без лечения к вечеру симптомы возобновляются. Возможные периоды, когда все симптомы ослабевают или полностью исчезают (их называют люцидными промежутками), и больной может рассказать о своих галлюцинациях. В течение всего периода делирия у больных нарушен сон.

Делирий – крайне тяжелое состояние, требующее неотложной психиатрической и реанимационной помощи. В тяжелых случаях температура тела достигает 40 градусов и выше, нарастает обезвоживание организма, повышение уровня азота в крови, лейкоцитоз и увеличенная СОЭ. Без своевременной медицинской помощи делирий может закончиться смертью. При благоприятном исходе длительность делирия составляет от 2 до 5 дней, но может затянуться и на 2-3 недели. Выздоровление наступает, если удастся нормализовать сон. После глубокого продолжительного сна больной может проснуться в ясном сознании. В течение длительного времени после окончания делирия он ощущает слабость, разбитость, подавленность.

Период психоза больной помнит избирательно: хорошо помнит свои галлюцинации и переживания, хуже – реальные события, происходившие вокруг, и свое поведение.

Выше описан наиболее тяжелый вариант похмельного синдрома и запоя, который наблюдается уже в конце второй стадии алкоголизма. В начале этой стадии возможны не все симптомы, а часть их, и в более легкой форме. Но с течением времени все симптомы похмелья утяжеляются.

На второй стадии алкоголизма появляются заметные изменения характера больного, которые называются алкогольным изменением личности. Больные алкоголизмом становятся лживыми, эгоистичными, черствыми, грубыми, а иногда и жестокими. Все прежние интересы и привязанности угасают. Некоторые становятся апатичными, ко всему безразличными и оживляются лишь при предстоящей выпивке.

Постепенно нарастает **алкогольная деградация личности**. Ухудшается память, интеллектуальные способности резко ослабевают. Длительность второй стадии у взрослых составляет 8-13 лет, у подростков – 3-5 лет.

Смерть больного может наступить уже на этой стадии – в состоянии тяжелой абстиненции, при длительном запое, при тяжелом алкогольном делирии – из-за самих тяжелых нарушений, свойственных этому психозу, или из-за травм, полученных при попытке бегства больного от мнимых преследователей, когда он выпрыгивает из окна или попадает под движущийся транспорт, а также из-за тяжелых заболеваний внутренних органов как следствия злоупотребления алкоголем. Многие кончают самоубийством. В этой стадии алкоголизма помочь больному может только врач-нарколог.

Риск, что больной даже после проведенного наркологического лечения снова начнет пить, очень высок. Даже у взрослого больного алкоголизмом на этой стадии утрачиваются все прежние жизненные ценности, а у несовершеннолетнего и подавно, поскольку они еще окончательно не сформировались. Поэтому подросток, больной алкоголизмом, – это постоянная угроза для всех сверстников.

Третья стадия алкоголизма

Эту стадию также называют конечной или энцефалопатической. Началом этой стадии является снижение переносимости спиртного (толерантности). Сначала снижается разовая доза, которую больной алкоголизмом может выпить, и опьянение наступает от меньших, чем раньше, доз спиртного. Но некоторое время суточная доза остается прежней, затем и она снижается. В течение этой стадии количество спиртного, от которого больной пьянеет, снижается все больше. Многие алкоголики в этой стадии из-за снижения выносливости к спиртному переходят с крепких спиртных напитков на крепленые вина. Часты случаи употребления суррогатов с последующим тяжелым опьянением.

Форма потребления алкоголя систематическая или запойная. В промежутках между запоями человек испытывает слабость, разбитость, настроение сниженное с преобладанием беспричинно злобного или тоскливого. Предзапойный период характеризуется сновидениями с алкогольной тематикой. В течение всего запоя больной находится в состоянии почти непрерывного тяжелого опьянения. Но с каждым последующим днем тяжелое опьянение наступает от все меньших доз алкоголя. Все больше утяжеляется общее состояние – нарастает слабость, головокружение, одышка, аппетит отсутствует, часто бывает рвота. Возникает общее истощение. Нарушается сердечный ритм и ритм дыхания, артериальное давление снижено, постоянны потливость и дрожание рук и головы, походка неуверенная, мышечная сила снижена, часты судороги мышц рук и ног.

В течение запоя нарастают непереносимость алкоголя и отвращение к нему. Попытки выпить вызывают рвоту. Общее состояние после приема спиртного еще более ухудшается. Возникают судорожные припадки, напоминающие эпилептические, а также алкогольные психозы. На третьей стадии запой обрывается из-за того, что наступает непереносимость спиртного, и больной больше не может пить. После обрыва запоя в течение определенного периода времени интенсивность влечения к

алкоголю невелика. Когда состояние больного алкоголизмом становится немного лучше и отвращение к спиртному исчезает, влечение вновь актуализируется, приобретает неодолимый характер и снова возникает запой. Чем больше снижается переносимость спиртного, тем короче становятся запои и больше времени требуется для восстановления в межзапойный период. Похмельный синдром (алкогольная абстиненция) на этой стадии гораздо тяжелее, чем на второй стадии.

На третьей стадии алкоголизма усиливаются прежние изменения личности и появляются новые. Наиболее рельефный признак – нравственное огрубение. Полностью утрачиваются эмоциональные привязанности. Грубость, цинизм, безудержная злоба и агрессия – обычные черты для алкоголиков этой стадии. Теряется интерес ко всему, что не связано с выпивкой. Одновременно стираются прежние черты характера, и все больные с третьей стадией алкоголизма становятся похожи друг на друга.

Нарастает алкогольная деграция личности. Появляются и усиливаются признаки **алкогольной энцефалопатии**. Это поражение головного мозга, характеризующееся дистрофическими изменениями и стойкими необратимыми психическими нарушениями. Прогрессируют расстройства памяти и интеллектуальных функций. Нарастают пассивность, вялость, безразличие ко всему кроме выпивки.

Алкогольные психозы в этой стадии значительно учащаются. Алкогольный делирий возникает повторно, может наблюдаться и на высоте запоя, и после его обрыва. Наряду с острыми алкогольными психозами возникают и хронические.

Прогноз неблагоприятный. Смертность больных с третьей стадией алкоголизма высока – и из-за прогрессирующего истощения всех органов и систем организма, и из-за множества заболеваний внутренних органов, и из-за тяжести похмелья и запоев, во время которых происходит декомпенсация и обострение всех имеющихся заболеваний, а также из-за тяжелых депрессий и самоубийств.

Особенности алкоголизма у подростков

Как уже говорилось, сам факт употребления спиртного в подростковом возрасте – уже патология, независимо от количества принятого алкоголя. Прием доз, даже невысоких для взрослого человека, является чрезмерным для подростка и приводит к алкогольному отравлению. У взрослых вначале бывает этап умеренного потребления алкоголя, а затем наступает злоупотребление (бытовое пьянство). Несовершеннолетние уже с первых этапов начинают злоупотреблять спиртным; у многих из них регулярно бывает тяжелая алкогольная интоксикация с рвотой и потерей сознания.

Стремясь избежать насмешек других членов группы, подростки начинают «тренировать» себя спиртным. При появлении тошноты и позыва к рвоте они убегают подальше, чтобы их не увидели, и после прекращения рвоты снова присоединяются к сверстникам и продолжают пить с ними. Некоторые ребята заранее уходят и вызывают рвоту искусственно, чтобы иметь возможность пить дальше. Тяжелые степени опьянения часто сопровождаются нарушением сознания. Это состояния, требующие медицинской помощи, и нередко такие подростки попадают токсикологические отделения больниц с алкогольным отравлением. Без медицинской помощи возможен смертельный исход.

После передозировок с тяжелыми формами нарушения сознания возникают амнезии – подросток не может вспомнить произошедшего или помнит лишь самое начало выпивки. Раннее появление амнезий – плохой признак с точки зрения прогноза. Амнезия – это всегда следствие нарушения сознания и соответственно повреждения головного мозга. Даже однократная амнезия – грозный симптом, который свидетельствует о неблагополучии центральной нервной системы. А если это частое явление и амнезии бывают длительными, то тем более. Понятно, что такие тяжелые нарушения в столь юном возрасте неизбежно сказываются на его интеллекте и дальнейшем психическом развитии.

Пьющих подростков не пугают случаи передозировок с последующей амнезией, и это, как правило, не удерживает их от дальнейшего приема спиртного. На этом этапе влечения к алкоголю еще нет. Они регулярно напиваются «до рвоты» и тяжелого опьянения не из-за того, что сознательно хотят достичь именно этого эффекта, а из стремления не отставать от других членов группы, среди которых всегда есть более «опытные» и более выносливые.

Подростков, как правило, не страшат тяжелое опьянение и его последствия. Если бы это зависело от их собственной воли, а не от требований других членов группы, на этом этапе они вполне могли бы остановиться на той степени опьянения, которая вызывает у них веселье и активность. В результате регулярного потребления спиртного, утраты рвотного рефлекса и возрастания переносимости алкоголя начинает формироваться влечение к нему. У подростков формирование всех симптомов алкоголизма происходит очень быстро, и отрезки времени между появлением все новых симптомов непродолжительны. Многие симптомы возникают гораздо раньше, чем при типичном алкоголизме взрослых.

Влечение к алкоголю проявляется в том, что подростку начинает нравиться состояние опьянения как состояние веселья, интересных «приключений». Они редко сидят и напиваются, как взрослые алкоголики. Подростки и в трезвом состоянии не всегда способны контролировать свое поведение, а уж в состоянии опьянения – тем более. И здесь можно ожидать любых чрезвычайных происшествий.

В целом проявления алкоголизма у подростков отличаются от алкоголизма взрослых – и ускоренным развитием, и атипичностью многих проявлений.

Психиатры считают, что между возрастом, когда начинается злоупотребление алкоголем, и тяжестью алкоголизма существует пропорциональная зависимость – чем раньше начинается потребление алкоголя, тем тяжелее протекает заболевание. Алкоголизм у несовершеннолетних формируется в 2-4 раза быстрее, чем

у взрослых.

Если у взрослых запои возникают обычно на второй, иногда на третьей стадии алкоголизма, то у подростков многодневное пьянство возможно уже на первой стадии. Похмельный синдром формируется быстро – через 1-3 года систематического пьянства. У взрослых алкоголиков похмельный синдром формируется в течение нескольких лет и вначале проявляется соматическими (телесными), а уже потом психическими нарушениями, а у подростков формирование абстинентного синдрома занимает несколько месяцев и с самого начала появляются психические нарушения – раздражительность, вспыльчивость, злобность, депрессия, мрачность, угрюмость, тревога, ночные кошмары и страхи, галлюцинации, судорожные припадки. Абстинентный синдром у них более длительный, чем у взрослых.

Гораздо быстрее, чем у взрослых, наступает и прогрессирует психическая деградация. Пьющие подростки тупеют, их интеллектуальное развитие значительно отстает от возрастных норм, они не способны концентрировать внимание и усваивать новый материал, быстро прогрессируют нарушения памяти. Подростки становятся апатичными, ко всему безразличными, кроме выпивки, как взрослые алкоголики на третьей стадии. Они отстают от сверстников в общем физическом развитии и росте, худеют, кожа у них приобретает серовато-бледный цвет, могут появиться преждевременные признаки одряхления. У большинства из них развивается малокровие, гастрит, различные эндокринные нарушения и заболевания внутренних органов.

В целом, прогноз алкоголизма у подростков неблагоприятный на любой стадии. Они очень трудно поддаются лечению, постоянно нарушают лечебный режим, при малейшей возможности выпивают или переходят на прием наркотически действующих веществ. Чаще, чем взрослые алкоголики, они погибают от несчастных случаев, в драках, бывают и самоубийства.

Злокачественное течение алкоголизма

Алкоголизм – это динамический (развивающийся) процесс. В его формировании и в дальнейшем течении принимают участие многие факторы – конституциональные, биологические, психологические, микросоциальные и социальные. В зависимости от сочетания этих факторов течение алкоголизма может быть различным – типичным, ускоренным или замедленным. Замедленного течения алкоголизма у подростков не бывает. Типичное течение свойственно тем, кто начал пить в юношеском возрасте, а в 25-30 лет уже имеет все клинические проявления болезни, признаки алкогольной дегенерации личности и социальной декомпенсации. Самым опасным, безусловно, является **злокачественное (ускоренное) течение заболевания.**

При ускоренном течении алкоголизма начальная стадия очень короткая, не более 1-2 лет, вторая продолжается 3-5 лет и очень рано наступает социальная декомпенсация. Злокачественное течение алкоголизма характеризуется стремительным формированием патологического влечения к алкоголю (в некоторых случаях даже после одно-двукратного приема спиртного), отсутствием этапа борьбы мотивов «выпить» или «не выпить» (возникшее влечение сразу, без раздумий реализуется), изначальным отсутствием количественного контроля (т.е. с самого начала пьющий подросток не контролирует количество потребляемого алкоголя и пьет до состояния тяжелого опьянения) или его ранней утратой, систематическими передозировками и последующими амнезиями, появлением неуправляемого поведения уже на начальной стадии алкоголизма и социальными конфликтами.

Ускоренное течение алкоголизма происходит у подростков, которые еще до начала употребления алкоголя имели психические заболевания – психопатия, эпилепсия, последствия черепно-мозговых травм и других заболеваний головного мозга.

Злокачественный вариант алкоголизма всегда сопровождается выраженными нарушениями поведения. Это скоро замечают окружающие. Вокруг таких

подростков создается конфликтная обстановка – они пренебрегают общепринятыми правилами поведения и ни с кем не считаются. У многих нравственно-этические понятия отсутствуют изначально – они не привиты воспитанием. Даже в своей привычной среде, где многие злоупотребляют спиртным или являются алкоголиками, такие ребята выделяются неконтролируемым поведением. Некоторые из них начинают злоупотреблять спиртными напитками уже в 10-12 лет. Их притягивают асоциальные компании, состоящие из людей старшего возраста, они с удовольствием слушают рассказы алкоголиков и личностей с криминальным прошлым. Их кумирами становятся взрослые с явно асоциальными наклонностями, которым они подражают во всем. С самого начала подростки с психической патологией стараются пить помногу, как взрослые члены асоциальной компании, и уже через некоторое время поражают даже их своей жадностью к алкоголю.

Обнаружить появление первых признаков заболевания у больных со злокачественным вариантом алкоголизма сложно. Почти все симптомы протекают практически одновременно: и влечение к спиртному, и утрата количественного контроля, и утрата защитного рвотного рефлекса. Вместе с тем, многие из таких больных недостаточно выносливы к спиртному, особенно те, которые имели в прошлом черепно-мозговые травмы или имеют какую-либо патологию центральной нервной системы. Тяжелое опьянение у таких подростков наступает даже от небольших доз алкоголя.

Передозировки возникают с первых попыток приема спиртного и уже на самых ранних этапах сопровождаются полными провалами в памяти на весь период опьянения. При сопоставлении возраста больных, времени начала злоупотребления и симптомов болезни поражает явное несоответствие между имеющейся симптоматикой, ее тяжестью и малой продолжительностью болезни. Тяжелые психические нарушения превалируют над другими проявлениями и последствиями заболевания. Поэтому этот вариант и называют злокачественным.

Нарушения поведения при злокачественном течении заболевания вынуждают родственников таких больных уже через 1-2 года от начала злоупотребления обращаться за помощью к наркологу. Но даже в условиях типового наркологического отделения такие подростки резко выделяются среди остальных пациентов. Они не починаются медицинскому персоналу, нарушают режим, отказываются от лечения.

Алкогольный делирий развивается у таких больных неоднократно; алкогольные психозы сочетаются с судорожными припадками. Деградация и декомпенсация у подростков со злокачественным течением алкоголизма происходят стремительно и во многих случаях даже опережают по срокам возникновения основные симптомы алкоголизма.

Глава 6. Этапы наркотизации несовершеннолетних

Еще 10 лет назад считалось, что работа с детьми и подростками, использующими одурманивающие вещества, является прерогативой сотрудников наркологической

службы милиции. Сегодня, когда одурманивание стало неотъемлемым атрибутом молодежной субкультуры, ни один педагог не застрахован от того, что среди его учеников не окажется поклонника дурмана. Для того, чтобы суметь помочь своим подопечным в этой ситуации, взрослый должен иметь представление об особенностях развития наркогенной карьеры несовершеннолетних. Здесь могут быть выделено несколько этапов.

Первый этап. Ключевым событием этого этапа является первая проба одурманивающего вещества сама по себе. Как правило, основные мотивы приобщения к одурманиванию носят социальный характер. То есть ребенок или подросток использует наркогенный препарат не ради получения эйфорического эффекта, о котором он еще имеет самое приблизительное представление, а для реализации какой-то иной своей потребности. Как правило, это связано с трудностями, проблемами и вообще с взаимодействием со сверстниками. Ребенок подчиняется наркогенному давлению окружающей среды, пробует наркотики или другой препарат для того, что бы стать «своим» в компании, не выделяться. Значительную часть несовершеннолетних привлекает возможность испытать новые, неизвестные ощущения. При опросах дети и подростки нередко отмечают, что первый раз попробовали препарат потому, что «не знали как отказаться» (А.Г.Макеева, 1999). Действительно, ведь этому, к сожалению, не учат в школе, этому не учат и родители. А ведь попадая первый раз в непривычную ситуацию, в которой не знаешь, как себя вести, всегда легче подчиниться, чем оказывать сопротивление. Часть несовершеннолетних (как правило, это младшие подростки) указывают, что первая проба одурманивающего вещества была для них вынужденной – их заставляли, даже били. А это прямое свидетельство того, что сегодня наступление дурмана приобретает агрессивный характер. К сожалению, в этой ситуации взрослые оказываются неспособными защитить детей от наркогенного давления, обеспечить им безопасность.

Как правило, при первом использовании одурманивающего вещества эйфорический эффект не возникает. О причинах этого говорилось выше. Дети обычно утверждают что «ничего не ощущали», затрудняются определить конкретный характер возникающих ощущений («кружилась голова», «повело в сторону») или утверждают, что ощущения были неприятны («тошнило», «болела голова»). Поскольку реальных метаболических изменений в структурах мозга не происходит, первая проба может не затрагивать эмоциональную, волевою, нравственную сферы несовершеннолетнего. Сохраняются его основные жизненные ориентиры и ценности. В связи с этим можно апеллировать к тому, что значимо для ребенка, - страху наказания, боязни осуждения окружающими, представлению о негативном влиянии одурманивания на будущие планы и т.д.

Однако, несмотря на отсутствие реальных физиологических изменений, первая проба имеет огромное психологическое значение. Дело в том, что в сознании ребенка снимается своего рода защитный психологический барьер, табу, до определенного времени запрещающий одурманивание. На этом этапе может формироваться представление о безопасности наркотизации. Действительно, используя первый раз одурманивающее вещество, ребенок или подросток в тайне ожидает испытать что-то необыкновенное. Однако действительность, как правило, разочаровывает. Это может снять всякий интерес к одурманиванию в дальнейшем, а может и стать причиной дальнейших проб наркотических веществ. Первый этап является и своего рода школой по освоению «технологии одурманивания», ведь тут ребенок уже на практике обучается приемам использования конкретного наркотического препарата.

Главная задача педагога на этом этапе – своевременно выявить факт использования наркотического вещества и благодаря правильно организованной психолого-педагогической работе предотвратить развитие дальнейшего наркотического заражения.

Второй этап. Для него характерно первое прочувствование эйфорического эффекта. Происходит это за счет того, что наркогенному веществу все же удается встроиться в структуры гедонического компонента. А это значит, что здесь уже начинает формироваться ядро новой – наркогенной потребности. Морфологические изменения в свою очередь меняют и психологические, социальные характеристики несовершеннолетнего. Социальные мотивы наркотизации постепенно оттесняются иными – стремлением вновь и вновь переживать эйфорию. Надо сказать, что именно на этом этапе эйфорические ощущения наиболее яркие и значительные. За счет чего же возникает эйфория?

Дело в том, что наркогенные вещества ослабляют сигналы-импульсы, идущие от внутренних органов. В норме эти сигналы мы не осознаем, они воспринимаются нами на «подкорке», однако именно они и создают у нас ощущение «земного притяжения». При использовании одурманивающих веществ «земное притяжение» на время отступает, возникает ощущение «полета на облаках». Вот как рассказывает об этом одна из поклонниц дурмана: «Я лежу в белоснежном облаке на вершине высокой горы. Слева и справа пропасть, мне хорошо, ни до кого нет дела. Перед глазами пролетают громадные яркие бабочки, где-то журчит ручей. Мое тело невесомо, я как будто парю вместе с облаками, я самая красивая, самая счастливая, самая добрая...». Изменяется характер отношения к окружающим. Все они становятся удивительно милыми и добрыми людьми, происходит торможение всех желаний, намерений, формируется общая умиротворенность. Поэтому на время отступают все проблемы, неразрешимые задачи перестают волновать. Безусловно, опыт эйфорических ощущений затрагивает и волевою, и нравственную сферы подростка. Он может понимать опасность наркотизации, но сопротивляться соблазну вновь испытать эйфорию становится все сложнее.

Значение этого этапа заключается в следующем. У ребенка формируется представление о «положительной»

стороне наркотизации, возможности при помощи одурманивающих веществ получать «бесплатное удовольствие». Действительно, ведь никаких реальных негативных последствий наркотизации пока не ощущается (они возникнут позже), поэтому несовершеннолетнему все сложнее поверить взрослому, говорящему об опасности одурманивания. В ходе второго этапа закрепляются навыки технологии наркотизации, освоенные при первых пробах.

Здесь необходима систематическая психолого-педагогическая коррекционная работа (тренинги, ролевые игры и т. д.), а также организация специального антинаркогенного контроля, препятствующего возможности использования наркогенного вещества в дальнейшем.

Третий этап. Ключевое событие этого этапа заключается в появлении у несовершеннолетнего симптомов психической зависимости. В момент отсутствия одурманивающего вещества ребенок или подросток начинает испытывать чувство беспокойства, тревоги, раздражительности и т.п. Причина этого заключается в следующем. Из-за систематической наркотизации происходит столь существенное изменение в клетках гедонического компонента, что работать они теперь могут лишь в «присутствии» одурманивающего вещества. Отсутствие же дурмана нарушает связь между клетками. Снижается сила и «приятность» эйфорических ощущений. Это в свою очередь влияет на мотивы наркотизации. Ребенок или подросток стремится использовать наркогенное вещество уже не столько ради эйфории, сколько ради того, чтобы снять неприятные ощущения, избавиться от негативных переживаний. Надо сказать, что только на этом этапе взрослые – учителя и родители – начинают догадываться о том, что с ребенком что-то неладное, поскольку необъяснимые колебания настроения буквально бросаются в глаза.

Изменение эмоциональной, волевой, нравственной сферы оказываются значительными. Несовершеннолетний

может признавать вред наркотизации, однако выдвигает целый ряд доводов «за» одурманивание. Крайне неохотно идет на контакт с теми людьми, которые так или иначе пытаются помешать его наркотизации. Меняется характер взаимоотношений с родителями, одноклассниками, прежние увлечения и интересы теряют свою значимость. Круг общения сужается до группы, в которой и происходит наркотизация.

На этом этапе подросток нуждается в специальной работе с психологом и медиком. Задача педагога – выявить нуждающегося в помощи ребенка и организовать его реабилитацию - помочь связаться со службами помощи, убедить своего подопечного и его родителей в необходимости медико-психологической реабилитации.

Четвертый этап. У несовершеннолетнего формируется физическая зависимость от препарата. Головокружительный полет в пропасть завершается страшным ударом – возникновением симптомов абстиненции или «ломки», мучительных ощущений, обусловленных отсутствием наркотического вещества. Вот как описывает это состояние один из больных подростков: «Боль нечеловеческая... . Будто внутрь забралась целая шайка садистов – одни кости сплющивают, другие суставы выворачивают, третьи гвозди повсюду забивают. Кишки разрываются на части, и ты натурально сходишь с ума». Чтобы снять «ломку», наркоман идет на все – теперь для него нет никаких волевых и нравственных преград. Хорошо и нравственно все то, что дает избавление от абстиненции, плохо и безнравственно то, что способствует ей. Чем обусловлены столь жестокие переживания? Дело в том, что в отсутствии наркотика чувствительность организма к сигналам, идущим от внутренних органов, повышается настолько, что наркоман начинает ощущать движение кишечника, напряжение мышц, возникает чувство «переворачивания внутренностей». Громкий звук, яркий свет начинают буквально бить по нервам. Один из прошедших эти круги ада говорит: «Если бы с ломки все начиналось, не было бы

ни одного наркомана». Увы, о столь разрушительных последствиях наркотизации сегодняшние несовершеннолетние, только начинающие свое знакомство с дурманом, не догадываются и поэтому не могут оценить реально грозящую им опасность. Задача взрослого, находящегося рядом, помочь увидеть за розово-голубыми одеждами эйфорических ощущений черный «призрак» болезни. Педагог сам не в силах помочь ребенку с сформировавшейся физической зависимостью. Собственно говоря, такие дети исключительно редко продолжают посещать школу, одурманивание полностью вытесняет из их жизни все прежние интересы. Несовершеннолетние наркоманы должны пройти курс медицинской реабилитации в условиях больницы. Однако в последующем, после возвращения в нормальную жизнь, роль педагога окажется для них чрезвычайно значимой. Именно от него будет зависеть успешность социопсихологической реабилитации несовершеннолетних, избавившихся от физической зависимости.

Вышеприведенный сценарий развития событий справедлив в отношении любых вариантов одурманивания. Специфичность же их главным образом будет выражена интенсивностью эйфорических ощущений, вызываемых разными препаратами, скоростью привыкания, силой психической и физической зависимости.

Что же касается профилактики наркоманий и токсикоманий, то здесь она должна быть направлена на полное исключение возможности приобщения ребенка к одурманивающим препаратам. Реальность и необходимость решения этой задачи predetermined целым рядом факторов: существованием законодательных механизмов ограничения распространения наркотиков, преобладанием в обществе негативных оценок различных форм наркотизма, отсутствием культурных традиций их использования, а также высокой степенью опасности даже эпизодических форм одурманивания для физического и психического здоровья человека.

Глава 7.

Наркотические и токсикоманические вещества, распространенные в молодежной среде. Осложнения, связанные с их применением

Ассортимент одурманивающих веществ, осваиваемый современными детьми и подростками, постепенно расширяется. Причем взрослые часто не имеют даже самого поверхностного представления о свойствах

используемых несовершеннолетними препаратов. Такая неосведомленность - одна из причин низкой эффективности организуемой профилактической работы - ведь педагогу, воспитателю часто приходится говорить о том, о чем он имеет самое смутное представление, а его аудитория нередко оказывается гораздо более компетентной — уровень информированности современных детей и подростков о наркотических и токсикоманических препаратах оказывается сегодня весьма высоким. Вот почему необходимо дать характеристику наиболее "популярным" в молодежной среде одурманивающим препаратам.

Наибольшей популярностью пользуются *летучие вещества наркотического действия ЛВНД* (средства бытовой химии, растворители, бензин, дихлофос и т.п.). Как показывают результаты исследований, знакомство с этими веществами может произойти уже в младшем школьном возрасте. Так, среди детей и подростков распространено вдыхание паров бензина. Вдыхают пары со смоченной ткани или посуды, которые подносят к лицу в течение 5-10 минут. Сначала у подростка возникает раздражение верхних дыхательных путей (щекотание в носу, горле, кашель), затем покраснение лица и особенно глазных склер. Зрачки расширяются, пульс учащается, нарушается координация движений.

Если ингаляция продолжается больше 15-30 минут, у ребенка или подростка развивается состояние оглушенности. Он перестает замечать происходящее вокруг, как бы отключается от всего. Это состояние чаще всего сопровождается галлюцинациями (у подростков даже существует выражение "смотреть мультики"). Нередко эти галлюцинации носят устрашающий характер. Поэтому отношение к ним двойственное: с одной стороны, страшно, с другой — интересно. Подростки утверждают, что это напоминает просмотр американских фильмов ужасов.

Обычно галлюцинации прекращаются через 10-30 минут. Однако и после этого состояние оглушенности

сохраняется. Не контролируя себя, подросток может закурить, что приводит к тяжелым ожогам лица и верхних дыхательных путей. Систематическое использование бензина обуславливает быстрое развитие нарушения функций органов дыхания, приводящих к удушью. Бензин обладает мощнейшим токсическим воздействием, разрушая очистительные системы организма — печень, почки.

Признаком, свидетельствующим об использовании подростком бензина, может служить запах, исходящий от одежды, кожи, волос (волосы особенно долго сохраняют "запаховый след"). В первые часы после применения бензина у несовершеннолетнего могут быть неестественно расширены зрачки. Нередко для того, чтобы скрыть факт наркотизации, подростки могут объяснять запах бензина тем, что они "помогали приятелю ремонтировать машину, красили класс" и т.п. Однако если необходимость в таких объяснениях возникает слишком часто, взрослым следует задуматься самым серьезным образом.

Для одурманивания несовершеннолетние используют также пятновыводители, ацетон и т.п. Механизм их использования такой же, как и бензина. И здесь также возникают "видения", однако их характер несколько отличается. Дело в том, что тут ребенок или подросток как бы сам "заказывает" содержание "видения". Как правило, все то, что он видит, отражает то, о чем он раньше с увлечением слушал, читал, фантазировал. Обычно, это сцены боевых сражений, драки, приключения, а также картины сексуального содержания. Если состояние наркотизации по каким-то причинам прерывается, подростки могут становиться агрессивными, злыми, наносить повреждения окружающим и себе. Внешние признаки использования средств бытовой химии также как и в случае с бензином. Следует отметить, что специфический запах может присутствовать и в воздухе, выдыхаемом подростками, однако он сохраняется недолго.

Осложнения при употреблении токсикоманических

веществ

Гибель клеток печени (некроз ткани печени) и токсическое поражение печени (дистрофия).

Результаты:

- токсический гепатит,
- хроническая печеночная недостаточность,
- нарушение свертываемости крови,
- снижение иммунитета, отеки, цирроз.

Гибель клеток головного мозга и энцефалопатия (необратимое поражение головного мозга).

Результаты:

- психозы и депрессия,
- отставание в психическом развитии,
- нарушение координации движений и внятности речи,
- нарушение кожной чувствительности,
- резкое изменение характера в сторону раздражительности, вспыльчивости, несдержанности, неуправляемой агрессивности.

Поскольку токсикоманические вещества в основном употребляют несовершеннолетние, очень заметно отставание в их развитии по сравнению со сверстниками.

Гибель клеток легких и воспаления легких (пневмонии).

Особенно характерны эти осложнения при злоупотреблении бензином. Пневмония может наступить даже после однократного приема. Часто исходом пневмонии является пневмосклероз (замещение легочной ткани рубцами). Иногда острая пневмония, вызванная вдыханием токсических веществ приводит к смерти подростков.

Язвы на слизистых оболочках рта и дыхательных путей, постоянный насморк и носовые кровотечения.

Мочекаменная болезнь.

Белокровие и малокровие.

На втором месте после средств бытовой химии в ряду популярности среди несовершеннолетних находятся **препараты из конопли**. Они имеют множество названий — марихуана, гашиш, анаша.

Основное отличие между ними – степень концентрации вещества (марихуана гораздо слабее гашиша) и варианты его употребления. Нередко для обозначения препаратов используются такие понятия как "план" (высушенная и спрессованная смола конопли), а также «трава» или «сено» (высушенные и измельченные цветущие верхушки листьев и верхние части стебля).

Действие препаратов вызывает галлюцинации, может усиливать активность человека, несколько искажает восприятие действительности (поэтому считается, что эти вещества возбуждают воображение), однако полного отключения сознания практически не происходит. Одним из признаков наркотического опьянения в этом случае является неудержимая потребность высказаться — «речевой напор». Подростки с большим жаром говорят о пустяках, перебивая друг друга, высказывания имеют сбивчивый характер, мысль теряется.

Среди подростков распространено ошибочное мнение о том, что препараты конопли, особенно гашиш, способствуют сексуальному возбуждению, усиливают сексуальные возможности. Это в свою очередь привлекает несовершеннолетних, провоцируя их приобщение к одурманиванию. При выходе из состояния наркотического опьянения у несовершеннолетних нередко развивается чувство голода. Подростки съедают все съестные припасы, которые оказываются под рукой (на подростковом сленге это получило название «бомбить холодильник»). Поэтому неестественный аппетит несовершеннолетнего должен также насторожить взрослых, поскольку может свидетельствовать о наркотизации.

Основной способ применения препаратов — курение. Сигареты с травкой издают специфический запах и особым образом сгорают — с одного края. Поэтому их часто называют «косяками». Нередко из-за этого у наркотизирующихся подростков оказываются обожженными пальцы (на это также следует обращать внимание взрослым).

Считается, что при использовании препаратов конопли

(главным образом анаши) не происходит развития привыкания, поэтому они являются неопасными. На самом деле в этом случае возможность развития зависимости (особенно у ребёнка и подростка) столь же велика, как и при использовании других одурманивающих веществ.

Осложнения, вызываемые употреблением препаратов конопли

Употребление препаратов конопли вызывает опасные нарушения в жизнедеятельности организма человека. Эти вещества не только разрушают организм, но и провоцируют потребление в дальнейшем самых опасных наркотиков. Наркотики данной группы ускоряют частоту сердечных сокращений, что приводит к перегрузке сердечной мышцы (миокарда). Кроме того, при интоксикации коноплей нарушается работа нервных узлов, ответственных за работу сердца и возникает сердечная аритмия. Очень часто препараты конопли вызывают заболевания органов дыхания, так как их обычно употребляют путём курения. В конопле, как и в табаке, содержится большое количество смол и фенантронов, а именно они вызывают хронические бронхиты и рак легких.

Самым заметным последствием употребления препаратов конопли является прогрессирующее психическое и физическое истощение, нарастание отупения. Наркоманы безвольны в любых вопросах, не хотят ничем заниматься, утрачивают все социальные связи. Тяжелые психические осложнения связаны с тем, что гашишная интоксикация вызывает в головном мозге сосудистые нарушения, дистрофические изменения и поражения нервных клеток коры головного мозга и других его отделов. Нарушается обмен медиаторов мозга.

При употреблении конопли поражается большинство внутренних органов: могут возникнуть гепатиты и атрофия печени, почечная недостаточность, поражение зрительных нервов и сетчатки глазного яблока, уменьшается выделение мужских половых гормонов и т.д.

Опиатные наркотики изготавливаются из мака – как из самого растения, так и из его сока. Некоторые производятся синтетическим путем. Опиаты занимают третье место по распространенности после препаратов конопли и средств бытовой химии.

Морфин – натуральный алкалоид, содержащийся в маке. Он применяется в медицине в качестве обезболивающего препарата.

Героин вызывает мощный эйфорический эффект и способен обуславливать очень быстрое развитие зависимости. Нередко для этого достаточно единственной пробы вещества. При этом у человека возникают мучительные абстинентные ощущения – «ломка». Избавление от героиновой зависимости – крайне сложная и длительная задача.

Настоящий героин — дорогостоящий препарат и часто оказывается не по карману" для молодого человека. Поэтому среди школьников широко распространены кустарно произведенные опийные препараты. Одни из них приготовлены из млечного сока растения. Их называют «ханкой», «бинтами» (млечный сок размазывается в виде полос, и после высыхания действительно напоминает бинты). Второй вариант — измельченная маковая соломка. Третий вариант — опийный суррогат, или «химка». Он содержит большое количество примесей, что значительно усугубляет и без того тяжелый токсический эффект одурманивания.

Традиционный способ применения опийных препаратов — инъекции. При введении наркотика первоначально возникает легкое чувство покалывания в теле. Традиционно принято считать, что уколы делаются в плечо и предплечье. Однако сегодня «поднаторевшие» подростки, для того чтобы их «не раскрыли», могут делать уколы и в подмышечную, подколенную впадину, в сосуды ступни, даже в подъязычную впадину. Причем следы от уколов специально расчесываются, всем же любопытствующим сообщается, что это - следы от укусов насекомых.

Опийные препараты могут использоваться не только

при помощи инъекции. Подростки могут курить опий, жевать маковую соломку.

Применение опиатов вызывает резкое сужение зрачков, которые превращаются в маленькие точки. Поэтому поклонники дурмана (особенно со стажем) вынуждены постоянно носить темные очки (не столько из-за светобоязни, сколько для того, чтобы скрыть узкие зрачки). Во время опьянения подростки малоподвижны, ленивы, испытывают умиротворение, полный душевный и физический комфорт. В этот момент возникают грезподобные фантазии, представляются сцены исполнения желаний, заново переживаются счастливые минуты прошлого. Причем подросток как бы сам может управлять процессом визуализации - представлять то, что ему кажется особенно привлекательным («что хочу, то и вижу»). Привлекательность опийного опьянения заключается и в том, что сознание сохраняется, подростки ориентируются в окружающем мире, крайне агрессивно относятся к тому, кто нарушает это состояние. «Сломать кайф» тяжелый грех в компании поклонников опия.

Осложнения, вызванные опиатными наркотиками

Острое отравление опиатными наркотиками в случае передозировки – осложнение, которое может стать смертельным. Смерть наступает вследствие прямого угнетения дыхательного центра продолговатого мозга опиатными наркотиками. Опиатные наркоманы часто предпочитают передозировку в качестве способа самоубийства, однако подавляющее количество отравлений опиатами являются «незапланированными». Передозировка может произойти с кем угодно и когда угодно, даже при однократном и первом в жизни употреблении наркотика. У наркоманов со стажем вероятность передозировок повышается.

Токсическая энцефалопатия – нарушение работы головного мозга. Развивается в результате продолжительного (6 месяцев и более) злоупотребления опиатами. В результате токсической энцефалопатии наркоманы становятся рассеянными, забывчивыми,

невнимательными, раздражительными. Однако невнимательность и забывчивость носят избирательный характер: они не касаются тех дел, которые выгодны самим наркоманам. Кроме этого, результатом изменений в головном мозге является неспособность наркоманов критически относиться к своим поступкам.

Токсическая гепатопатия – повреждение печени в результате злоупотребления опиатами. Это расстройство развивается довольно быстро в течение нескольких месяцев. К тому же его течение обычно усугубляется присоединением инфекционного гепатита.

Нарушение обмена кальция – малоизученное осложнение приема опиатных наркотиков. Известно, что опиаты блокируют транспортировку кальция через клеточные мембраны, что приводит к нарушению структуры зубной и костной тканей. Поэтому у опиатных наркоманов со временем начинают крошиться и ломаться зубы.

Психостимуляторы (амфетамины) – довольно разнородная группа веществ с одним объединительным признаком: в результате их употребления ускоряется темп мышления. Эти препараты впервые были синтезированы в конце 80-х гг. прошлого века и с тех пор довольно широко использовались как лекарственные препараты, повышающие работоспособность организма, как средство для похудения. Амфетамины применялись американскими солдатами во время войны во Вьетнаме, для того, чтобы бодрствовать в течение нескольких суток, сохраняя полноценную боевую готовность. Тревогу врачи забили лишь в 60-х годах, когда было выявлено, что амфетамины вызывают зависимость.

К ним относятся эфедрон и первитин. Эти препараты (в молодежной среде для них нередко используется обобщающий термин - «колеса») обладают специфическим действием. При их использовании состояние эйфории часто не возникает. Напротив – они способны вызывать агрессию, неудержимые вспышки гнева, припадки ярости, направленные как на себя, так и на окружающих (ребенок

или подросток может в буквальном смысле слова крушить все вокруг, нередки случаи самоубийств в состоянии опьянения).

«Положительной» характеристикой амфетаминов, обуславливающей их использование в молодежной среде, является способность резко активизировать психическую деятельность, снимать усталость, прогонять сон. Их часто используют на молодежных дискотеках для того, чтобы «сохранять форму» на протяжении всей ночи. Знакомство с амфетаминами часто сопровождается "запойми" - в течение нескольких суток подряд подростки могут не спать, заниматься самыми различными делами, поддерживая силы при помощи инъекций. Возникает искаженное восприятие чувства времени — использующим дурман кажется, что прошло всего несколько часов, тогда как в действительности проходят целые сутки.

Однако цена за такую активность огромна, ведь в течение «запоя» растрачиваются практически все энергетические ресурсы организма. Поэтому за несколько дней подросток может потерять 10-15 килограммов веса и превратиться в маленького "старичка", имея чрезвычайно изможденный вид.

Вообще по своему прямому воздействию на здоровье амфетамины - одни из самых убийственных препаратов. Даже при непродолжительном использовании последствия могут оказаться неизгладимыми. Главные из них - нарушение работы мозга, регулирования сердечно-сосудистой системы, кровяного давления, истощение нервной системы. «Крыша течет», «крыша поехала» - это одно из наиболее распространенных среди подростков выражений, характеризующих состояние человека, использующего амфетамины.

Опасность использования амфетаминов значительно возрастает еще за счет того, что при изготовлении препаратов в домашних условиях (главным образом варки «винта») изготовитель часто добавляет для увеличения массы товара различные вещества (моющие средства, гипс, пудру и т.п.). Это в свою очередь усиливаете

токсические, отравляющие свойства препарата.

Осложнения, вызванные злоупотреблением психостимуляторами

Психостимуляторы нарушают обмен адреноподобных веществ в нервных клетках. Все они имеют общие черты:

- резко активизируют симпатическую нервную систему, что притупляет чувство усталости и неуверенности в себе, вызывает бессонницу, агрессивность и подозрительность;

- резко увеличивают частоту сердечных сокращений и повышают артериальное давление;

- снижают аппетит.

При этом энергия, необходимая для активизации жизненных систем, черпается из резервных запасов организма. Сами же резервы при употреблении психостимуляторов не успевают восстанавливаться.

Для всех психостимуляторов характерен особый режим наркотизации. Он напоминает алкогольные запои. Наркотики принимаются в нарастающих количествах через постоянно уменьшающиеся промежутки времени. В результате интервалы между инъекциями могут составлять всего 20 минут, а на коже больного появляется столько следов от уколов, что их легко спутать с коревой сыпью. Такой «запой» продолжается несколько суток, все это время наркоманы не спят. В результате злоупотребления любыми психостимуляторами быстро наступает дефицит жизненных ресурсов организма (из-за сниженного аппетита и повышения обмена веществ). Внешне дефицит проявляется в виде истощения, худобы и старения кожи.

У наркоманов использование психостимуляторов (в первую очередь кокаина, фенамина и первитина) чревато развитием инсультов. Кроме того, часто нарастает атрофия головного мозга, что приводит к разнообразным психоневрологическим расстройствам, например к появлению судорожных припадков, как при эпилепсии. Крайне тягостным последствием приема стимуляторов являются стереотипное повторение каких-либо простых движений или слов помимо воли больного, нарушение

координации движений и походки.

В результате длительного приема психостимуляторов развиваются тяжелейшие психозы, заставляющие совершать наркоманов нелепые, необъяснимые и часто трагические поступки (например, самоубийства) из-за своего сниженного и подавленного настроения. Бывают психозы и другого типа («кокаиновый психоз Маньяна») - во время опьянения наркоманы так взвинчены и напряжены, что хорошее настроения может смениться тревогой, настороженностью и болезненной подозрительностью. Эти психозы сопровождаются галлюцинациями и бредом. Больным кажется, что за ними следят, собираются убить, ограбить или арестовать. В результате они пытаются бежать или обороняться. При этом они бывают агрессивны, неистовы или очень опасны для окружающих.

При регулярном использовании амфетаминов серьезно страдает сердечно-сосудистая система. В первую очередь возникают тяжелые нарушения ритма сердечных сокращений. У наркоманов достаточно часто наступает смерть от остановки сердца. В любом случае им гарантирована дистрофия сердечной мышцы и ее токсическое воспаление. Чаще, чем у других людей, у них бывают инфаркты миокарда, и случаются они в молодом возрасте. Осложнения со стороны сердца чаще всего развиваются у людей, принимающих кокаин.

Очень частым осложнением являются тромбофлебиты (воспаления вен с образованием тромбов), возникающие как из-за частых инъекций, так и в результате нарушений в свертывающей системе крови у пользующихся психостимуляторами.

Неприятным осложнением приема стимуляторов является кариес, который развивается из-за сухости слизистой оболочки рта и эрозии зубной эмали.

Поскольку кокаин суживает сосуды, то на слизистых оболочках, непосредственно граничащих с внешней средой, могут появиться язвы из-за недостаточного снабжения их кислородом и питательными веществами. Это язвы желудка и кишечника, язвы на губах и слизистой

носа.

Несмотря на то, что в начале злоупотребления стимуляторы растормаживают половое влечение и обостряют сексуальные ощущения, со временем они же вызывают сексуальные дисфункции и могут полностью расстроить половую жизнь: у мужчин страдает эрекция и возникает нарушение семяизвержения; у женщин развиваются нарушения менструального цикла, возможно бесплодие.

Основными причинами смерти от приема психостимуляторов являются самоубийства и гибель из-за бредового поведения во время психозов.

В группу *галлюциногенов* входят очень разные по химическому составу продукты, некоторые из них естественного происхождения. У наркоманов большинство галлюциногенов носят объединяющее название «кислота». Произошло оно от химического названия ЛСД – диэтиламид лизергиновой кислоты. Этот препарат относится к группе «культовых наркотиков». Именно поклонники ЛСД и формируют «идеологию» наркотизма. Их нельзя назвать примитивными «охотниками за кайфом». Их цель — расширить границы своего сознания, выйти за пределы реальности и познать некую высшую истину.

ЛСД открыл ученый Гофман, добыв его из зерен пшеницы заряженных спорыньей (паразитический грибок). Поначалу ЛСД использовался в некоторых психиатрических клиниках для лечения шизофрении. Однако, уже начиная с 70-х гг. стал одним из наиболее популярных среди молодежи наркотиков, особенно в движении хиппи. Его поклонниками были Джимми Моррисон и Кен Кизи (автор «Полет над гнездом кукушки»), ЛСД «воспевался» во многих литературных, музыкальных произведениях и авангардных фильмах.

ЛСД способен оказывать особое воздействие на психику человека, вызывая видения, галлюцинации. При этом нарушается и восприятие человеком своего тела — его контуров, размеров, расположения отдельных частей и

т.п. Особенное состояние, возникающее при использовании ЛСД сторонники современного эзотеризма (создающие его культ) трактуют как переход сознания на более высокий уровень. Рассматривая человеческий мозг как биокomпьютер, они определяют ЛСД в качестве средства проникновения в "скрытые" сферы мозга. Приобщение к ЛСД имеет вид своеобразного ритуала. У каждого новичка есть свой учитель, совершавший путешествия в глубины мозга. Именно он обучает технологии использования препарата, а также присутствует во время первых опытов применения ЛСД. В случае если у новичка во время наркотического опьянения появляются негативные симптомы (задержка или учащение дыхания, повышенное беспокойство и т.п.), учитель «возвращает» его в реальность. Утверждается, что благодаря такому «культурному» использованию ЛСД является не только неопасным, но, более того, полезным веществом, способствующим прогрессу, эволюции человека. До последнего времени ЛСД не находил широкого распространения среди несовершеннолетних. Однако сегодня он все чаще упоминается в «списке» используемых наркотиков.

Галлюциногены нарушают химические и физиологические реакции на уровне медиаторов – веществ, переносящих сигналы от одной нервной клетки к другой. В основном они затрагивают обмен серотонина, дофамина и ацетилхолина. После каждой интоксикации в медиаторных системах остаются поначалу малозаметные изменения, которые от раза к разу накапливаются и в итоге приводят к тяжелой психической патологии.

Осложнения, вызванные употреблением галлюциногенов

Препараты галлюциногенов исключительно агрессивны в отношении головного мозга. Фактически интоксикация любым галлюциногенным препаратом является искусственно вызванным психозом. Именно поэтому вещества данной группы у специалистов-фармакологов называются психодизлептиками

(«разрушающими психику»). После однократного приема наркотического вещества деятельность синапсов и нейронов остается нарушенной в течение 3-4 дней. После элиминации, т.е. удаления вещества из мозга, многие клетки уже не могут восстановить нормальное функционирование синапсов.

Однократная интоксикация ЛСД способна необратимо повредить головной мозг и навсегда оставить в психике следы, неотличимые от заболевания шизофренией. Действие наркотика довольно непредсказуемо. Искажения самоощущения и галлюцинации могут привести к появлению чувства страха и тревоги, из-за чего наркоманы и становятся агрессивными.

Характеризуя различные группы одурманивающих веществ, наиболее распространенные в молодежной среде, мы указывали на специальные признаки, помогающие установить факт наркотизации. В заключение необходимо перечислить так называемые общие признаки одурманивания, не указывающие на конкретный вид наркотизации, однако способные насторожить взрослого в отношении вероятного приобщения ребенка или подростка к наркотикам. Прежде всего, они связаны с изменением внешнего вида несовершеннолетнего. Бледная кожа, синие круги под глазами, часто выступающий пот — своего рода расплата за минуты «удовольствия». У людей, систематически использующих одурманивающие вещества, возникает своеобразная «маска наркомана» - мелкие мимические мышцы лица, придающие ему особую выразительность, утрачивают подвижность - лицо становится анемичным, «туповатым».

Насторожить взрослого может и внезапное немотивированное изменение стиля и образа жизни несовершеннолетнего. Например, внешность и одежда, которым раньше уделялось пристальное внимание, перестают интересовать, ребенок или подросток становится неряшливым, небрежным.

Резко меняется характер взаимоотношений с окружающими. В течение суток происходят необъяснимые колебания настроения. Ребенок или подросток

оказывается раздражительным, вспыльчивым, агрессивным или, наоборот, плаксивым, обидчивым. Нередко несовершеннолетние разрывают отношения со всеми своими прежними друзьями, изменяют своим прежним хобби и увлечениям.

Глава 8. Осложнения, вызванные сопутствующими алкоголизму и наркомании факторами

Осложнения этой группы возникают практически у любого алкоголика и наркомана. Более того, некоторые из них могут возникнуть даже при нерегулярном внутривенном введении наркотиков благодаря широкому

распространению в среде наркоманов этих заболеваний.

Гнойные осложнения (абсцессы и флегмоны) – возникают оттого, что наркоманы используют нестерильные растворы наркотиков, шприцы и иглы. Абсцессы и флегмоны не только вызывают высокую температуру и боли, но и могут привести к развитию сепсиса, поэтому требуют оперативного лечения.

Сепсис – заражение крови. Сепсис является смертельно опасным состоянием, развивается из-за отсутствия стерильности инъекций и ослабления иммунитета у наркоманов.

Травмы случаются у наркоманов и алкоголиков как по неосторожности, так и в результате насилия в их среде. Тяжелые травмы головы могут привести к смерти или инвалидности, средние или легкие усугубляют течение токсической энцефалопатии и ухудшают прогноз на выздоровление от наркомании.

Ожоги бывают у алкоголиков и наркоманов намного чаще, чем у здоровых людей. Особенно это касается опиатных наркоманов. Они любят тепло и сонными греются у отопительных приборов. Опиатные наркотики – мощные обезболивающие, поэтому наркоманы могут не почувствовать сразу боль от горячего предмета. Но самая частая причина мелких, но глубоких ожогов алкоголиков и наркоманов – выпавшая во сне изо рта сигарета.

Употребление наркотиков с помощью инъекций является основным фактором риска передачи ВИЧ, вируса гепатита В и С, венерических заболеваний.

ВИЧ-инфекция – это инфекционное заболевание, передающееся от одного человека к другому. Оно вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который, проникая в организм, постепенно разрушает его

иммунную систему. СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) – это последняя стадия ВИЧ-инфекции. Он появляется у человека в результате разрушения клеток иммунной системы вирусом иммунодефицита человека. Убивая эти клетки, ВИЧ приводит к тому, что организм становится плохо защищенным от целого ряда болезней. К ним относятся: легочные инфекции, туберкулез, пневмоцистная пневмония, инфекции желудочно-кишечного тракта, а также инфекции головного мозга, например, токсоплазмоз. Такие инфекции называются оппортунистическими. У некоторых людей могут развиваться раковые опухоли кожи, например саркома Капоши, опухоли мозга и других органов. Развитие этих инфекций и опухолей приводит к смерти человека. В настоящее время не существует лекарств, излечивающих ВИЧ-инфекцию и СПИД. Существуют лекарственные средства (препараты АРВТ – антиретровирусной терапии), которые помогают продлить жизнь больных людей.

Наиболее распространенным способом определения ВИЧ-инфекции являются тесты на наличие антител. Организму требуется некоторое время, чтобы в ответ на проникновение вируса выработать антитела. Этот промежуток времени между инфицированием и производством достаточного для обнаружения количества антител называется периодом развития антител, периодом сероконверсии или периодом «окна». В это время даже у ВИЧ-инфицированного человека тест может показать отрицательный результат, так как антител еще очень мало, и они не обнаруживаются. Но сам ВИЧ в это время очень активно размножается, и человек может передать вирус другому человеку. У большинства ВИЧ-инфицированных людей достаточное для обнаружения количество антител образуется через три месяца после заражения. В редких случаях период «окна» может занять до шести месяцев и более.

Через 3-8 недель после заражения у инфицированного лица, как правило, развивается острое заболевание, которое продолжается 2-3 недели и характеризуется такими симптомами, как повышение температуры,

появление сыпи, боли в суставах, мышцах и горле, а также увеличение лимфоузлов. Эти симптомы могут быть слабо выраженными и обычно полностью исчезают через некоторое время. При этом вирус будет продолжать размножаться в организме. По прошествии месяцев или лет у инфицированного лица могут наблюдаться признаки и симптомы разных заболеваний. Это могут быть распухшие лимфоузлы, особенно в области шеи, паха и подмышечных впадин без явных на то причин, постоянное чувство усталости, лихорадочное состояние или потение по ночам, потеря веса, хроническая диарея, стоматит, опоясывающий герпес, бактериальная пневмония. Заболевания, связанные с ВИЧ, могут возникать регулярно в течение многих месяцев, и даже лет, прежде чем СПИД наберет полную силу.

До развития СПИДа сроки течения ВИЧ-инфекции имеют свою продолжительность у разных больных, но в среднем этот период может длиться до 10-15 лет. Однако к ВИЧ-инфицированным наркопотребителям это не относится. Как показали последние наблюдения, у них СПИД, ввиду резкой ослабленности организма, развивается катастрофически быстро, и через 3-4, а иногда и 2 года может наступить смерть.

Все жидкости в организме больного человека содержат ВИЧ, но только четыре жидкости опасны для заражения, потому что концентрация вируса в них очень большая. Это кровь, сперма, влагалищные выделения и материнское молоко. Попасть в организм эти жидкости могут тремя путями: парентеральным – при попадании в организм инфицированной крови, половым – при сексуальных контактах и вертикальным путем – от матери к ребенку.

ВИЧ не передается бытовым путем:

- через дверные ручки, поручни в транспорте, перила, спортивные снаряды;
- через посуду и столовые приборы, через пищевые продукты;
- при пользовании питьевыми фонтанчиками;
- при посещении бани, душа и при купании в бассейне;
- при рукопожатиях, при объятиях;

- через постельное или нательное белье;
- через деньги;
- через игрушки и предметы домашнего обихода;
- при общении с домашними животными.

Мировая статистика не приводит ни одного достоверного факта заражения подобным образом. Нет данных и о том, что вирус может передаваться воздушно-капельным путем. Роль насекомых, как переносчиков возбудителя ВИЧ-инфекции, не подтверждается. Это объясняется биологическими особенностями вируса. Он не способен к размножению в организме животных и быстро теряет свои агрессивные свойства при попадании внутрь. Кроме того, при укусе, комар впрыскивает в ранку слюну, а не кровь. Домашние животные не болеют ВИЧ-инфекцией и поэтому не могут быть переносчиками этой болезни. Иммунодефицитные состояния, подобные ВИЧ-инфекции, встречаются у животных, например, у обезьян (вирус иммунодефицита обезьян – ВИО), но для человека они не опасны.

Очень велик риск заражения ВИЧ-инфекцией при употреблении наркотических веществ внутривенно. Бывает достаточно небольшого количества крови, оставшегося на иглах или на всех других инструментах, с помощью которых употребляют наркотики. Поэтому чаще всего заражаются ВИЧ молодые люди при употреблении наркотических веществ с использованием общих шприцев, игл или емкостей для их промывания и приготовления. В России почти в 90% случаев причиной заражения ВИЧ-инфекцией становится прием наркотических веществ.

Вирусный гепатит – это инфекционное заболевание, вызываемое вирусами и сопровождающееся острым воспалением печени. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения вирусными гепатитами инфицировано более одного миллиарда населения планеты, что значительно превышает даже распространенность ВИЧ-инфекции в мире.

Первый вирус гепатита, вирус А, был открыт более ста лет назад С.П. Боткиным. Остальные известные вирусы

гепатита были обнаружены относительно недавно – их научное изучение началось в середине XX века. Кроме клеток печени вирусы гепатитов могут поражать и другие клетки, в том числе клетки кровеносных сосудов, почек, поджелудочной железы и даже нервные клетки. Классификация гепатитов основана на том, какими путями передается и распространяется инфекция.

Первая группа – энтеральные гепатиты. Они вызываются вирусами А и Е и передаются фекально-оральным путем. Профилактика энтеральных гепатитов А и Е заключается в соблюдении правил личной гигиены, улучшении общей санитарной обстановки, качества пищи и водоснабжения.

Второй группой гепатитов являются парентеральные гепатиты (вирус проникает минуя желудочно-кишечный тракт, через инъекции). Наиболее известные из них – гепатиты В и С.

Гепатит В – глобально распространенная вирусная инфекция. Попав в организм человека, вирус гепатита В может вызвать развитие острой или хронической вирусной инфекции или бессимптомного (иногда пожизненного) вирусоносительства. Инкубационный период гепатита В продолжается от 42 до 180 дней. Заболевание начинается с появления выраженной слабости, вялости, снижения аппетита вплоть до его отсутствия. Наблюдается тошнота и рвота, зуд кожи, боли в суставах, а также пожелтение склер и кожи.

Гепатитом В заражаются от инфицированных людей, в том числе от вирусоносителей. Заражение возможно при контакте с кровью, слюной, спермой, вагинальными выделениями, потом и слезами. Передача вируса вследствие его высокой устойчивости во внешней среде возможна также в повседневной жизни – через носовые платки, полотенца, постельное белье и т.п. Одной из самых многочисленных групп риска в отношении заражения вирусом гепатита В являются потребители инъекционных наркотических веществ, использующие общие иглы и шприцы. По сравнению с другими

гепатитами у гепатита В высок риск заражения половым путем. Вирус гепатита В отличается очень высокой контагиозностью. Заражение возможно при очень малых объемах крови от больного человека: 0,1-0,5мл. Следовательно, даже визуально неразличимые следы зараженной жидкости могут оказаться причиной инфекции. По оценкам специалистов вирус гепатита В в 100 раз более заразен, чем ВИЧ. Одновременно с высокой инфекционностью гепатита В частой передаче возбудителя способствует также высокая устойчивость вируса в условиях окружающей среды. Заразность вируса сохраняется в замороженном виде – 15-20 лет и в высушенной плазме крови – до 25 лет. При кипячении инактивация вируса достигается более чем за 30 минут.

Опасность и широкая распространенность гепатита В в значительной мере связаны с тем, что из общего числа первично инфицированных гепатитом В взрослых 2-10% заболевших становятся хроническими носителями вируса гепатита В. При хроническом течении гепатита В продолжительные обострения болезни чередуются с ее ремиссией в течение многих лет. В последующие годы у 20% больных развивается цирроз печени, в 30% случаев – первичный рак печени. Подавляющее большинство всех случаев рака печени обусловлены гепатитом В, который стоит на втором месте после табака в качестве канцерогена. Таким образом, наряду с ВИЧ-инфекцией, гепатит В в настоящее время – одна из самых опасных вирусных парентеральных инфекций, вызывающих сокращение средней продолжительности жизни людей во всем мире.

Гепатит В – единственный из парентеральных гепатитов, против которых разработана вакцина. Вакцинация проводится по специальным схемам трехкратно. Срок ее действия – 5-7 лет. Проведение вакцинопрофилактики может обеспечить значительное снижение заболеваемости этой инфекцией.

Другим наиболее распространенным парентеральным гепатитом является **гепатит С**. Вирус гепатита С был

открыт в 1989 году. Официальная регистрация вирусного гепатита С в нашей стране началась в 1994 году. В настоящее время в мире насчитывается около 200 миллионов носителей вируса гепатита С и около 80% из них больны гепатитом С. Отличительной особенностью гепатита С является малосимптомное течение, длительное время остающееся нераспознанным, но постепенно прогрессирующее. За тихий и коварный нрав вирус гепатита С называют «ласковым убийцей». По зарубежным исследованиям у 40% больных хроническим гепатитом С в течение 20 лет развивается цирроз, а в последующем у трети из них – первичный рак печени.

Основная масса больных (около 70%) – это потребители инъекционных наркотических средств, заразившиеся при совместном использовании шприцев. Наркотики превратили гепатит С из проблемы медицинской в проблему социальную. Лица, употребляющие наркотики внутривенно, в 80-90% случаев инфицированы вирусом гепатита С. Риск инфицирования во многом зависит от того, как долго человек употребляет наркотики, от чистоты наркотических веществ, от стерильности шприцев, от того, заражены или нет окружающие и ряда других факторов. Использование одноразовых шприцев хотя и снижает риск инфицирования, но не исключает его полностью, так как иногда в наркотические вещества, особенно кустарного производства, вирус попадает при изготовлении. Как правило у наркоманов встречается ассоциированный гепатит В и С, т.е. два разных вируса живут в организме одновременно. Другие пути передачи гепатита С (половой, от матери к ребенку) существуют, но они менее значимы.

Инкубационный период гепатита С продолжается от 20 до 150 дней. При безжелтушном течении гепатит С в большинстве случаев остается нераспознанным или протекает под маской других болезней органов пищеварения: гастритов, язв, холециститов и других. Иногда наблюдаются боли в суставах. Очень характерным симптомом является мучительный кожный зуд на ногах и

туловище без каких-либо высыпаний на коже. Хроническое течение инфекции может продолжаться многие годы при полном или почти полном отсутствии клинических проявлений. При обострении хронического гепатита появляются жалобы на быструю утомляемость, слабость, прогрессирующее снижение работоспособности, нарушение сна, ухудшение аппетита.

К сожалению, специфической защиты против вируса гепатита С в настоящее время нет. Основными направлениями профилактики является борьба с наркоманией в целом и снижение риска заражения гепатитом С среди лиц, употребляющих наркотики. В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами, особенно гепатитом С. Уровень смертности от вирусного гепатита С в ближайшие несколько лет может достигнуть и даже превысить число смертей, связанных со СПИДом. Особенно опасны наложения инфекций, так называемые «микст-гепатиты» - 2, 3 и более в одном организме, чаще всего встречающиеся у лиц, употребляющих наркотические вещества. Но в отличие от ВИЧ-инфекции и СПИДа, вирусные гепатиты поддаются медикаментозному лечению и при своевременном выявлении назначение общей и специфической терапии дает надежду на благополучный исход заболевания.

Сифилис - хроническое системное инфекционное заболевание, передающееся, как правило, половым путем. Течение сифилиса волнообразное, с чередованием периодов обострения и стихания симптомов болезни. В тяжелых случаях заболевание приводит к поражению внутренних органов, костно-суставной и нервной системы.

Возбудитель сифилиса - бледная трепонема (*Treponema pallidum*), называется так потому, что остается невидимой через световой микроскоп при окраске обычными красителями. В большинстве случаев заражение происходит половым путем при контакте с открытым очагом инфекции. Передача возбудителя возможна также бытовым путем (например, при

использовании общей посуды), через препараты крови, а также от матери к плоду (в этом случае говорят о врожденном сифилисе). Через входные ворота инфекции (микротравмы на коже паховой области, туловища, слизистой оболочке полости рта, половых органов) возбудитель попадает в лимфатические узлы, а затем в системный кровоток.

Инкубационный период составляет в среднем около 3-6 недель. Первым признаком болезни является образование на месте контакта твердого шанкра - безболезненной плотной округлой язвы диаметром 0,5-2 см, с гладким, блестящим дном. Такие язвы обычно не кровоточат и не склонны к слиянию. В течение первой недели после появления твердого шанкра увеличиваются лимфатические узлы пораженной области (возникает регионарный лимфаденит). Этот период болезни называется **первичным сифилисом**. Иногда первичных очагов может вообще не быть, или они находятся на внутренних половых органах (например, на стенке влагалища у женщин), что значительно затрудняет диагностику. Сифилитическая язва может вторично инфицироваться. Этот процесс сопровождается выраженной отечностью, покраснением в области шанкра, с поверхности язвы может отделяться гной. При анализе отделяемого из области язвы не всегда можно выделить бледной трепонему, из-за чего можно ошибочно сделать вывод об отсутствии сифилиса.

Примерно через 2-3 месяца от момента заражения, когда на коже и слизистых оболочках появляется генерализованная сыпь, можно говорить о переходе болезни во **вторичный период**. К этому времени первичные очаги, как правило, исчезают, оставляя после себя рубцовые изменения. Кожные проявления вторичного сифилиса обусловлены сосудистыми изменениями в глубоких слоях кожи. Сыпь локализуется на туловище, конечностях, на лице, а также на ладонях и подошвах. Высыпания могут быть пятнистыми или пузырьковыми, они имеют темно-красную окраску, которая с течением времени бледнеет. Очень редко появление сыпи

сопровождается зудом. При анализе соскоба элементов обнаруживается бледная трепонема, что говорит о заразности. В 10% случаев происходит разрастание элементов на слизистых оболочках, под молочными железами, в области подмышечных впадин, заднего прохода с их последующим мокнутием. Это так называемые широкие кондиломы, для которых характерна высокая степень заразности. Появление сыпи иногда сопровождается легким недомоганием, болью в горле, небольшим повышением температуры. Длительность вторичного периода болезни составляет несколько дней. Без лечения заболевание переходит в **латентную (бессимптомную) форму**. Больной латентной формой сифилиса остается заразным, возможна также передача инфекции от матери к плоду. В этот период, который может длиться несколько лет или даже всю жизнь, в крови обнаруживаются антитела к возбудителю болезни. Примерно у 30% больных заболевание переходит в **третичный период**, который характеризуется тяжелым деструктивным поражением внутренних органов и систем. Третичные сифилиды (гуммы) на коже представляют собой единичные безболезненные плотные бугорки, захватывающие самые глубокие слои кожи и подкожно-жировой слой. В центре гуммы нередко образует участок некроза с последующим формированием грубого втянутого рубца. Точно такие же гуммы могут появляться в любом внутреннем органе. Чаще всего в процесс вовлекаются костно-хрящевая ткань и нервная система. В первом случае образуются отверстия в твердом и мягком небе, хрящах носа и гортани. Инфицирование нервной системы (нейросифилис) приводит к появлению симптомов поражения мозговых оболочек, развитию парезов и параличей, а также нарушениям психики. Образование гумм в сердечно-сосудистой системе чревато развитием аневризм, воспалением стенки аорты, сужением сосудов сердца.

Существует множество анализов крови, позволяющих выявить сифилис. Все они основаны на выявлении специфических антител и делятся на две группы

нетрепонемные и трепонемные. Для массового обследования применяют так называемую нетрепонемную качественную реакцию Вассермана (RW) с кардиолипиновым антигеном. При определенных условиях результат этого анализа может быть ложноположительным. В этом случае требуется подтверждение с помощью трепонемных исследований (RW с трепонемным антигеном), результаты которых остаются положительными после перенесенного заболевания пожизненно.

Гонорея – одно из самых распространенных венерических заболеваний, возбудителем которого является гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*). Гонорея может поражать мочеиспускательный канал (уретру), прямую кишку, глотку, шейку матки и глаза – все зависит от того, при каких обстоятельствах произошло заражение. При продолжительном протекании заболевания, вероятно распространение инфекции на нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы организма. Иммунитета к гонококку не вырабатывается, поэтому человек может заболеть вновь.

Инкубационный период заболевания у женщин составляет от 3 до 15 дней, в среднем 5-7 суток. У мужчин признаки гонореи появляются раньше – на 2-5 день. В 75% случаев гонореи симптомы у женщин не выявляются, поэтому они не обращаются к врачу. У мужчин из-за особенностей анатомии мочеполовой системы после инкубационного периода появляется яркая клиника гонококковой инфекции. У женщин первые признаки гонореи появляются после менструации. Могут появляться обильные желтоватые выделения, зуд, крайне редко тревожат боли в промежности. Мочеиспускания учащаются. Если процесс затронул прямую кишку, могут быть жалобы на зуд и боли при дефекации. Когда гонорея у женщин переходит на матку, могут появиться признаки интоксикации – лихорадка, боли, сбои менструального цикла. Симптомы гонореи у женщин могут обостряться при каждой менструации, впоследствии принимая

хроническую форму.

Признаки гонореи у мужчин выражены ярко, часто больной может точно назвать день заражения. Спустя 2-3 дня после инфицирования появляется жжение, зуд и белесые выделения из уретры. На 3-4 день процесс становится интенсивнее, выделения становятся обильнее, приобретают гнойный характер. Мочеиспускание резко болезненно, беспокоят частые позывы, при этом моча мутная, уретра уплотняется, становится болезненной, возле наружного отверстия – покраснение. Впоследствии симптомы гонореи у мужчин обычно стихают, однако все равно присутствуют выделения, незначительный зуд. Через какой-то период процесс снова активизируется. Обострения происходят при возбуждении, переохлаждении, употреблении алкоголя или присоединении другой инфекции.

Наиболее частыми *осложнениями* гонореи у мужчин являются воспаление придатков яичка и предстательной железы. В итоге гонококковой инфекции семявыносящие протоки суживаются, что ведет к бесплодию. Гонорея у мужчин нередко выступает причиной импотенции, преждевременного семяизвержения. При сильном снижении иммунитета возможна резкая активация гонореи, тогда гонококки проникают в печень, головной мозг, суставы, вызывая распространенный процесс. Гонококковая инфекция у женщин часто осложняется воспалением прямой кишки, матки и придатков, причем каждая менструация ведет к новому размножению гонококков, а наличие спирали увеличивает риск прогрессирования инфекции. В конечном итоге в маточных трубах начинают возникать спайки, трубы становятся непроходимыми, и возникает бесплодие. Если гной скапливается в матке или трубах, может возникнуть перитонит. Гонорея у беременных оборачивается внутриутробными пороками плода, выкидышами или поражениями глаз у новорожденного. Гонорея у женщин чаще, чем у мужчин приводит к осложнениям.

Самостоятельные попытки лечения гонококковой инфекции приводят к выработке устойчивых гонококков,

которые не поддаются лечению антибиотиками. Лечение гонореи в домашних условиях недопустимо, и в большинстве случаев оканчивается рецидивами, каждый из которых приводит к новому обсеменению бактериями, и к неизменному прогрессированию болезни. Если острую форму гонореи можно вылечить достаточно быстро, то хроническая гонорея часто безуспешно лечится годами.

Трихомониаз – поражение мочеполовых органов, передающееся половым путем. *Возбудитель* – влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*), одноклеточный микроорганизм чаще грушевидной формы, на ее наружной поверхности располагается множество микроскопических отростков – жгутиков, которыми трихомонада цепляется за клетки. За счет движений жгутиков трихомонада очень подвижна и пластична. Трихомониазом болеют как мужчины, так и женщины в одинаковой пропорции.

Инкубационный период при трихомониазе может длиться от недели до месяца. Многие мужчины являются носителями трихомониаза, не подозревая об этом, потому что у них эта инфекция протекает чаще без симптомов. Если трихомонады попадают в предстательную железу, появляются проблемы с мочеиспусканием – боль, жжение, частые позывы, слабеет эрекции, при эякуляции возникают болезненные ощущения. При попадании в уретру развивается острый уретрит, появляются выделения из уретры и боли после мочеиспускания и секса. Попадая в верхний отдел мочеполовой системы, трихомонады способны вызвать простатит.

У женщин симптоматика трихомониаза более острая. При поражении влагалища инфекцией появляются пенистые выделения желтого цвета и с неприятным запахом. Выделения раздражают поверхности наружных половых органов, промежности, внутренней стороны бедер, вызывают жжение и зуд. При трихомониазе чувствуется резь и жжение при мочеиспускании и половом акте, больной становится нервным и раздражительным, возможны маточные кровотечения, нарушения

менструального цикла. Трихомониаз опасен при беременности, поскольку может спровоцировать выкидыш и послеродовые осложнения. Еще одним из симптомов трихомониаза могут быть язвы на половых органах, появление которых сопровождается еще и набуханием лимфатических узлов в паху. И у мужчин и у женщин осложнения при трихомониазе могут привести к бесплодию. При отсутствии лечения через 3–4 недели симптомы острого трихомониаза исчезают, и заболевание переходит в хроническую форму. Эта форма трихомониаза отличается длительным, зачастую бессимптомным либо со слабо выраженными симптомами течением, с периодически возникающими обострениями.

Урогенитальный **хламидиоз** является в настоящее время самым частым заболеванием, передающимся половым путем. Хламидийная инфекция встречается в несколько раз чаще чем гонорея, значительно труднее поддается лечению, бывает ассоциирована с возбудителями заболеваний, передающихся половым путем - гонококками, трихомонадами, вирусом простого герпеса и др.

Возбудитель хламидиоза - *Chlamidia trachomatis*, уникальный микроорганизм. Хламидия обитает внутри живой клетки, подобно вирусу, но по своему строению скорее похожа на бактерию. Эта ее двойная природа, а также способность паразитировать внутри клеток и является причиной того, что выявить и лечить хламидиоз крайне трудно. Внутриклеточный цикл развития хламидии продолжается 24-72 часа, после чего инфицированная клетка разрушается и в межклеточное пространство попадает «отряд» молодых микроорганизмов, которые инфицируют все новые и новые клетки. Заражение хламидиозом обычно происходит половым путём, однако передача происходит не во всех случаях: если гонореей от больного партнёра заражаются во время полового контакта 3 из 4 человек, то хламидиозом - 1 из 4-х. Женщины более восприимчивы к хламидиозу. Также

возможен контактно-бытовой путь передачи. Дети могут заразиться хламидиозом при прохождении через инфицированные родовые пути, а также внутриутробно.

Инкубационный период (время от заражения до появления первых симптомов) составляет 2-3 недели. При заболевании могут наблюдаться выделения из уретры мужчин и влагалища женщин. От нормальных выделений они могут отличаться неприятным запахом или желтоватым оттенком. Иногда возникает болезненность, жжение при мочеиспускании или половом акте, покраснения и зуд у наружного отверстия мочеиспускательного канала. При развитии осложнений больные жалуются на боли в области промежности, мошонки, прямой кишки, женщин беспокоят боли внизу живота, в области поясницы. Хламидиоз отличается от многих других инфекций, передающихся половым путем тем, что он поражает не только половые органы, но и нижние отделы мочевыделительной системы. Клиническая картина часто стертая, заболевание может длительно протекать бессимптомно и диагностироваться только при развитии осложнений. Диагностика хламидиоза сложна, поскольку хламидия - внутриклеточный паразит. Для проведения анализов может использоваться соскоб со слизистых, кровь, моча и сперма у мужчин. В настоящее время имеется возможность выявить самого возбудителя или антитела к нему в крови.

У мужчин наиболее частым осложнением хламидиоза является воспаление придатка яичка – эпидидимит, у женщин - воспалительные заболевания матки и придатков. Следует понимать, что наличие хронического воспалительного процесса в органах, отвечающих за детородную функцию, может вызвать развитие бесплодия у мужчин и женщин, привести к развитию различной патологии беременности («замершая» беременность, выкидыши, преждевременные роды, патология развития плода). Именно поэтому так важно вовремя пройти курс лечения.

Уреаплазмоз - заболевание, возбудителем которого является одноклеточный микроорганизм – уреаплазма (*Ureaplasma urealyticum*). Данный возбудитель относится к внутриклеточным микробам. Уреаплазмоз является заболеванием, склонным к хроническому течению. Кроме того, возбудитель данного заболевания является условно-патогенным микроорганизмом, поскольку для некоторых женщин он представляет нормальную флору влагалища. Чаще всего заражение уреаплазмозом происходит половым путем при контакте с больным, либо носителем возбудителя заболевания. Во время беременности существует вероятность передачи заболевания от матери к плоду через околоплодные воды. Во время родов также существует вероятность заражения ребенка - при прохождении через родовые пути микробы могут попадать в половые органы ребёнка и сохраняться там всю жизнь, находясь в неактивном состоянии.

Уреаплазмоз проявляется не сразу, из-за этого носитель заболевания может даже и не знать о нем и продолжает заражать половых партнеров длительный период. *Инкубационный период* уреаплазмоза составляет 2-4 недели. Отсутствие симптомов заболевания в некоторых случаях может привести к переходу уреаплазмоза в хроническую стадию и довольно серьезным последствиям для здоровья человека. Симптомами уреаплазмоза у мужчин могут быть скудные, мутные выделения из мочеиспускательного канала, вялотекущий уретрит (ощущения жжения и зуда в области мочеиспускательного канала, умеренная болезненность процесса мочеиспускания), при котором выделения то появляются, то исчезают. У женщин появляются выделения из влагалища, зуд и раздражение слизистой, реже наблюдается частое и болезненное мочеиспускание, цервицит.

Отсутствие своевременного и адекватного лечения, попытки самолечения могут привести к переходу заболевания в хроническую форму, а также стать причиной развития простатита, кольпита, эндометрита,

цистита, пиелонефрита, воспаления придатков матки, образования спаек в маточных трубах. Одним из самых серьезных последствий уреаплазмоза считается астеноспермия - один из видов мужского бесплодия. Возбудитель уреаплазмоза влияет на подвижность сперматозоидов, паразитируя на них и снижая их жизнеспособность. Повторные обострения уреаплазмоза могут быть связаны с употреблением алкоголя, с простудой, эмоциональными перегрузками.

Глава 9.

Педагогическая профилактика алкоголизма и наркомании

Педагогическая профилактика – методы и формы

Традиционно в практике воспитательной работы господствует крайне упрощенное представление о содержании и методах педагогической профилактики

употребления психоактивных веществ несовершеннолетними. Основная причина этого, на наш взгляд, объективна и связана с общими тенденциями в развитии отраслей науки, отражающих различные аспекты наркотизма. Действительно, борьба с наркотизмом преимущественно понимается как возведение внешних по отношению к личности антинаркогенных барьеров (связанных с медицинскими, юридическими, экономическими ограничениями). Причем, как правило, основные усилия сосредоточиваются на исправлении негативных последствий одурманивания, а не на их предупреждении и борьбе с факторами, обуславливающими его существование. Между тем практика убедительно показывает низкую эффективность такого подхода.

Гораздо меньше внимания уделяется анализу явления в поле "личность-наркотики". Педагогическое, воспитательное направление профилактической деятельности, связанное с формированием внутренних антинаркогенных барьеров (убеждений, нормативов, оценок) традиционно рассматривалось как вспомогательное. Между тем в большинстве зарубежных стран педагогическая профилактика алкоголизма и наркомании среди несовершеннолетних признана как приоритетное и наиболее перспективное направление. Логика тут проста. «Золотое правило» медицины — болезнь легче предупредить, чем лечить — в полной мере справедливо и в отношении алкоголизма и наркомании. Как показывает практика, 9 из 10 излеченных от зависимости вновь возвращаются к одурманиванию. Формируя же у молодого человека внутреннюю устойчивость (иммунитет) к алкогольному и наркогенному соблазну, можно эффективно предотвращать возникновение самой болезни.

Традиционно педагогическая профилактика сводилась к воспитанию, понимаемому в узком, специальном значении как процессу предъявления ребенку определенных нормативов и образцов поведения. Между тем, реальная устойчивость к психоактивным веществам

может быть сформирована лишь в том случае, если у ребенка развиты общие механизмы эффективной социальной адаптации, альтернативные наркотизации (ребенок может реализовывать свои социальные потребности, не прибегая к алкоголю и наркотикам). Все это возможно лишь при включении ребенка во взаимодействие с широким кругом лиц и явлений, в процессе его общей социализации.

Как уже было сказано, многие факторы риска в развитии алкоголизма и наркомании несовершеннолетних носят внутриличностный характер. Внешние обстоятельства выступают как «запускающий» их механизм. Следовательно, педагогическая профилактика должна быть связана и с процессом самовоспитания - осознанной и самостоятельной деятельностью человека по совершенствованию своей личности. Таким образом, педагогическая профилактика предполагает взаимосвязь трех основных педагогических процессов — социализации, самовоспитания и специально организованного педагогического воздействия на личность ребенка — антинаркогенного воспитания.

Под **антинаркогенным воспитанием** подразумевается процесс формирования у детей и подростков особой личностной структуры — антинаркогенной направленности, предотвращающей обращение к одурманиванию как способу достижения субъективно положительного внутреннего состояния и обеспечивающего индивиду возможность реализовать собственную потребность в получении удовольствия за счет социально ценных источников.

Педагогическая профилактика рассматривается как особый способ организации социальной среды ребенка, препятствующей наркогенному заражению. Антинаркогенное воспитание при этом является основной базой педагогической профилактики.

В зависимости от степени вовлеченности в сферу педагогической профилактики факторов социализации

ребенка, ее модель может иметь различную масштабность: макро модель (рассматриваемая в рамках целого государства), мезомодель (действующая на уровне региона), микро модель (охватывающая ближайшую среду обитания — школа, семья и т.д.).

К сожалению, сегодня реально можно говорить о функционировании модели на микроуровне (на базе отдельных школ, досуговых учреждений и т.п.). Лишь в некоторых областях начинают действовать региональные программы профилактики алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. Далее будет рассматриваться организация модели педагогической профилактики на микроуровне (школа, досуговое учреждение).

Педагогическая профилактика включает в себя три основных структурных блока: **первичная профилактика**, направленная на предупреждение реального приобщения детей и подростков к одурманиванию; **вторичная профилактика**, предотвращающая дальнейшее приобщение несовершеннолетних, имеющих опыт использования психоактивных веществ; **третичная профилактика** — педагогическая реабилитация детей и подростков с сформированной зависимостью.

Каждый из этих блоков имеет основные направления реализации.

Общая воспитательная работа с детьми. Ее основная цель заключается в формировании у детей и подростков антинаркогенных установок как внутриличностных регуляторных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни. В структуре антинаркогенных установок выделяется информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компонент.

Содержание антинаркогенных установок базируется на сведениях, нормативах, оценках, приемах поведения, непосредственно связанных с аспектами наркотизма: данные о негативном воздействии одурманивания на физическое, психическое здоровье человека, его

социальный статус; отрицательная оценка различных форм и видов одурманивания; приемы поведения в ситуации наркогенного заражения, позволяющие избежать пробы одурманивающего вещества.

Однако воспитание у ребенка готовности избежать приобщения к психоактивным веществам невозможно без осознания им личностной ценности здоровья, важности и необходимости соблюдения законов здорового образа жизни, овладения приемами и навыками сохранения и укрепления своего организма.

Для этого, в свою очередь, у детей должно быть сформировано представление о том, ради чего следует прилагать усилия, направленные на поддержание в порядке собственного организма. При этом затрагиваются такие понятия, как смысл и цель человеческого существования. Осознание необходимости осмысленного существования человека способствует формированию у воспитанника позитивной оценки форм самосозидающей деятельности, пробуждения желания самосовершенствования, направленности на возможно полную самореализацию.

Решение столь сложных воспитательных проблем требует вовлечения в сферу внимания воспитателя категорий морально-этического характера, обучения применению морально-этических критериев при оценке своих действий и действий окружающих, регуляции собственных поступков. Овладение этими категориями в полной мере невозможно, без формирования у учащихся представления об их значимости в области регулирования социальных отношений, выражающихся в знании социальных норм общения, изначальной позитивной настроенности на общение с окружающими. В свою очередь освоение приемов эффективного построения социальных связей обеспечивает ребенку возможность находить способы реализации своих потребностей без обращения к одурманивающим веществам.

Это направление может реализовываться через введение в программу работы образовательных, досуговых учреждений специальных курсов антинаркогенной

подготовки, организацию различных тематических мероприятий (акции, шоу, дискуссионные клубы и т.п.), а также при включении специальной информации в содержание традиционных обучающих курсов (биологии, математики, истории и т.п.) — контекстная подготовка.

Коррекционная работа с детьми группы риска, угрожаемой в плане возможного приобщения к психоактивным веществам. Работа направлена на коррекцию и нивелирование личностных деструктов, способных обуславливать приобщение к одурманивающим веществам. Она предполагает помощь несовершеннолетним, испытывающим трудности социальной адаптации—развитие у них коммуникативных навыков, приемов противостояния негативному социальному давлению, внутриличностных регуляционных механизмов, а также организацию условий для их успешной адаптации в детском коллективе. Это направление реализуется за счет работы школьной социопсихологической службы (в большинстве школ сегодня есть психолог и социальный работник). Основными формами реализации является психолого-педагогическая диагностика, выявление группы риска в плане приобщения к одурманиванию, определение основных причин, обуславливающих трудности социальной адаптации детей этой группы, индивидуальные консультации для учащихся, специальный психолого-педагогический контроль, организация коррекционных тренингов, мастерских и т.п.

Работа с детьми и подростками, имеющими опыт употребления алкоголя, токсикоманических и наркотических веществ

Ее основная цель заключается в предотвращении дальнейшего приобщения к психоактивным веществам несовершеннолетних, имеющих наркогенный опыт. В

задачи этого направления входят, возможно, более раннее выявление учащихся, использовавших одурманивающие вещества; организация в школе специального антинаркогенного контроля, исключающего как возможность употребления детьми алкоголя и наркотических веществ, так и приобщения к одурманиванию своих сверстников; проведение различных тренингов, направленных на развитие у учащихся устойчивости к внешнему соблазну; преодоление внутреннего психофизиологического дискомфорта, связанного с прекращением использования одурманивающих веществ; в случаях, когда это необходимо, — организация психологического, медицинского консультирования несовершеннолетних в подростковых наркологических службах (подростковые наркологические кабинеты, служба доверия и т.п.).

Подготовка специалистов к ведению профилактической работы. Она направлена на решение двух групп задач: воспитательных, включающих осознание педагогом личностной ответственности за здоровье и безопасность воспитанников, формирование готовности к непосредственному участию в процессе педагогической профилактики и образовательных, связанных с формированием представления о различных аспектах алкоголизма и наркомании несовершеннолетних, освоением методик реализации задач педагогической профилактики. Осуществляется за счет введения в программу работы педагогических институтов и университетов специальных курсов антинаркогенной подготовки, а также организации методических семинаров для педагогов-практиков, психологов, социологов.

Работа с родителями. Это направление также предполагает реализацию двух групп задач - воспитательных (осознание взрослыми членами семьи важности и необходимости специальной работы с детьми по предупреждению алкоголизма и наркомании) и образовательных (освоение основных приемов

организации семейной профилактики). Выделяют общую и специальную работу с родителями. Общая работа осуществляется за счет организаций специальных семинаров, лекций, привлечения взрослых членов семей к процессу антинаркотической подготовки учащихся и т.п. и ориентирована на все группы родителей. Специальная работа ориентирована на родителей несовершеннолетних из группы риска, а также тех детей и подростков, которые уже имеют опыт использования одурманивающих веществ. Она предполагает индивидуальное консультирование взрослых членов семей, помощь при организации их взаимодействия с учреждениями подростковых наркологических служб, совместную организацию контроля, исключающего возможность использования детьми психоактивных веществ, а также привлечение взрослых к участию в психолого-педагогических коррекционных программах, осуществляемых на базе психологической службы школы.

Разнообразие существующих форм и методов организации профилактики алкоголизма и наркомании, с одной стороны, позволяет педагогу строить свою работу с учетом конкретных особенностей аудитории (психологического развития, возраст и т.д.), с другой стороны, усложняет задачу правильного выбора — поиска наиболее адекватных и эффективных для решения конкретной задачи организационных форм.

Каждая из организационных форм имеет свои специфические особенности, которые должны учитываться при использовании в практике педагогической профилактики. Рассмотрим их на примере характеристики некоторых способов организации профилактической работы среди детей и подростков.

Лекция. Самая любимая среди взрослых и, как показывает практика, наименее эффективная форма педагогической профилактики. Однако ее действенность может значительно возрасти при соблюдении определенных правил.

1.Использовать лекцию как самостоятельную форму

целесообразно при работе со старшими подростками, способными воспринимать большой объем информации на слух, для детей и младших подростков лучше предложить мини-лекции, продолжительность которых не более 10-15 минут.

2. Не следует использовать при выступлении дискуссионные материалы, требующие обсуждения, неоднозначной оценки и т.п. Их целесообразнее вынести на "круглый стол", спор-клуб и т.п. Для лекции же больше подойдет фактический материал (особенности воздействия одурманивающих веществ на различные системы и органы человеческого организма, специфика развития зависимости, особенности действия различных наркотических веществ и т.п.).

3. При выборе темы выступления, прежде всего, следует учитывать интересы самой аудитории. Поэтому прежде чем организовывать лекцию, желательно провести экспресс-опрос среди учащихся, выясняя, уровень их информированности по данной проблеме (возможно, что та информация, которую вы хотите предложить, им уже давно известна); значимость тех или иных сведений для учащихся (они считают эти сведения нужными, интересными, полезными).

4. Предоставляемая информация должна быть объективной и достоверной. Даже из самых лучших побуждений не следует искажать данные, пытаться предостеречь своих слушателей от пробы наркотического вещества. Это в значительной степени подрывает доверие аудитории к лектору, вызывает сомнения в достоверности информации в целом.

5. Следует избегать избыточного информирования. Нередко лектор для того, чтобы завоевать аудиторию, старается рассказать абсолютно все, что ему известно по данной проблеме, забывая о том, что далеко не каждая информация интересна и полезна для слушателей. Полностью должны быть исключены сведения, касающиеся технологии использования одурманивающих веществ, описания эффектов, вызываемых различными препаратами, способов приготовления наркотических

веществ - все то, что способно облегчить приобщение к одурманиванию.

6. Не нужно злоупотреблять статистическими данными в ходе лекции для учащихся. Дело в том, что устрашающие цифры вместо тревоги, ощущения опасности у подростка могут вызвать прямо противоположную реакцию «все уже пробовали, а я еще нет». Использование статистики более целесообразно во время выступления перед взрослой аудиторией - родителями, педагогами, поскольку позволяет убедительно продемонстрировать актуальность проблемы молодежного наркотизма, необходимость профилактической деятельности по предупреждению алкоголизма и наркомании.

7. Для проведения лекции нежелательно приглашать в школу врачей, сотрудников милиции. Хотя и считается, что такие выступления специалистов более эффективны, нежели чем лекции, подготовленные педагогами, далеко не всегда наркологи и милиционеры оказываются хорошими ораторами. Ведь умение владеть «вниманием» аудитории, доступно и интересно излагать материал не входит в круг их профессиональных обязанностей. Участие специалистов целесообразно при проведении методических семинаров для педагогов, которые смогут впоследствии передать полученную информацию своим воспитанникам.

8. В своем выступлении следует избегать обилия специальных терминов. Выступление не должно быть слишком наукообразным, однако при этом не стоит переходить на сленговые выражения. Часто педагог злоупотребляет сленгом для того, чтобы приблизиться к аудитории, стать своим, придать своему выступлению большую доверительность. Эффект же, как правило, оказывается прямо противоположный. Подростки очень быстро улавливают игру взрослого, и психологическая дистанция между участниками лекции не сокращается, а, наоборот, возрастает. Скептическое отношение к выступающему переносится и на материал, который он сообщает.

9. Весьма эффективным оказывается прием, когда в качестве лектора выступают не педагог, а сами учащиеся. Здесь сразу «убивается два зайца». Во-первых, при самостоятельной подготовке лекции подростки гораздо лучше осваивают материал, нежели чем при восприятии готовых сведений, преподносимых педагогом. Во-вторых, подростковая аудитория с большим доверием относится к информации, поступающей от их сверстника, нежели чем от взрослого. Дело в том, что проблема наркотизма воспринимается ими как исключительно молодежная, поэтому считается, что молодые люди оказываются более компетентными в этой области.

Безусловно, подготовка лекторов-учащихся оказывается для педагога гораздо более трудной задачей, чем подготовка собственной лекции. Необходимо, чтобы выступающие обладали не только определенными ораторскими способностями, но и были авторитетными для своей аудитории, могли интересно и доступно преподнести материал. В качестве лекторов можно пригласить студентов педагогического университета (которых подростки будут легче воспринимать), мини-лекцию для младших подростков могут провести старшеклассники.

Анкетирование. Условно анкетирование может быть разделено на диагностирующее и аналитическое. Диагностирующее анкетирование предполагает изучение конкретных характеристик наркогенной ситуации в детском коллективе (общий уровень наркогенного заражения, распространенность тех или иных форм одурманивания, источники, из которых учащиеся получают одурманивающие вещества, и т.п.). Такое анкетирование позволяет определить актуальность профилактики для данного коллектива, преимущественные направления профилактики (предупреждение употребления алкоголя, курения, использования токсикоманических веществ, наркотиков и т.д.). Поэтому это должно стать начальным этапом при организации антинаркогенной работы. В качестве примера приводится

ряд вопросов из диагностирующей анкеты.

Анкета №1

1. Как вы думаете, в вашем классе подростки:

	никто	1-2 человека	около трети	около половины	большинство
А) курят сигареты, потребляют алкогольные напитки; б) потребляют наркотические вещества; в) потребляют токсикоманические вещества					

2. Среди ваших друзей (старше или младше вас)

	никто	1-2 человека	около трети	около половины	большинство
А) курят сигареты, потребляют алкогольные напитки; б) потребляют наркотические вещества; в) потребляют токсикоманические вещества;					

3. Подростки, использующие наркотические или токсикоманические вещества, чаще всего получают их...

от своих одноклассников	от своих друзей-ровесников	от знакомых взрослых	от незнакомых торговцев наркотиками (молодых людей)	от незнакомых торговцев наркотиками (взрослых)

Аналитическое анкетирование предполагает изучение отношения детей и подростков к наркотикам. Проведение аналитического анкетирования полезно при подготовке различных мероприятий - дискуссионных клубов, «круглых столов». Данные, полученные в ходе исследования, могут стать непосредственным материалом

для обсуждения (см. анкету №2).

При анкетировании можно воспользоваться уже готовыми формами анкет. Однако, целесообразнее самостоятельно составить анкету. Наиболее эффективным будет, если в проведении анкетирования будут принимать участие сами учащиеся. Из желающих подростков формируется группа «социологов», которая вместе с педагогом составляет анкету. Общие рекомендации к составлению анкет:

1. Определите, что именно вы хотите выяснить: степень распространения наркотизма в коллективе, представления учащихся о причинах, заставляющих людей использовать наркотики.

2. Продумайте заранее, существует ли связь проблемы с другими характеристиками детей (например, проба наркотика и возраст, пол и т.п.).

3. Выберите форму анкеты: закрытая (варианты ответов предлагаются заранее); полукрытая (подросток может выбрать уже готовый вариант ответа или предложить свой); открытая (предлагает свои варианты ответа).

Анкета №2

1. Как вы относитесь к потреблению подростками наркотиков в таких случаях:

Ситуации	одобряю	Мне безразлично	осуждаю
а) в компании сверстников, где все потребляют наркотики; б) для поднятия настроения, для снятия напряжения; в) когда скучно, от чувства одиночества; г) чтобы почувствовать себя самостоятельным, вызвать уважение сверстников			

2. Как вы оцениваете информацию о наркотиках, получаемую от

	интересная	безразлична	часто не соответствует действительности	всегда правильная
а) родителей б) учителей				

в) друзей г) передач радио, телевидения				
--	--	--	--	--

У каждого из этих вариантов есть свои преимущества и недостатки. Открытая анкета дает возможность каждому школьнику высказать свое мнение. Но, для детей и подростков оказывается довольно сложно в нескольких строках четко сформулировать ответ на вопрос анкеты. Во-вторых, нет гарантий того, что отвечающий на вопросы будет искренен. Дело в том, что дети и подростки нередко скрывают свое настоящее отношение к проблеме, стараясь продемонстрировать общепринятую положительную позицию. Особенно это касается вопросов, связанных с личным опытом использования одурманивающих веществ.

Закрытая анкета гарантирует анонимность, поскольку возможность установления авторства по почерку в данном случае исключается, она легка в обработке. Однако составителям анкеты нужно ответственно отнестись к формулировке предлагаемых вариантов ответа, перечислив наиболее важные и существенные позиции. Важно, чтобы предлагаемые варианты ответов были предложены в доступной формулировке, понятной анкетирваемым.

4. Анкету следует проверить на 10-15 человеках. Расспросите их о впечатлении, которое произвела на них анкета, какие вопросы показались им удачными, а какие — не очень. Внимательно выслушайте все их замечания по формулировке вопросов и ответов.

5. Все замечания и пожелания учтите при составлении окончательного варианта анкеты.

Педагог отмечает конфиденциальность анкетирования — учащимся сообщается, что никто, кроме него, не сможет познакомиться с их анкетами. При использовании закрытого варианта анкет педагог обращает особое внимание учащихся на невозможность установления авторства по почерку, а, следовательно, и безопасность искренних ответов.

Ролевые игры. Ролевые игры могут использоваться при отработке поведенческих навыков у учащихся, эффективных поведенческих схем в ситуациях наркогенного заражения. Такая подготовка, предваряющая реальное столкновение ребенка с возможностью одурманивания оказывается чрезвычайно полезной. При опросе несовершеннолетних, уже имеющих опыт использования наркотических или токсикоманических веществ, выяснилось, что приблизительно треть из них попробовали первый раз вещество только потому, что не сумели отказаться, не знали, как правильно вести себя при сложившихся обстоятельствах. Действительно, ситуация наркогенного заражения для них была новой, неизвестной, а это в значительной степени затрудняло сопротивление внешнему наркогенному давлению. Таким образом, первое знакомство с одурманивающими веществами часто оказывается «вынужденным».

Проигрывание же детьми вариантов отказа от провоцирующего предложения способствует формированию у них определенных поведенческих стереотипов, которые реально способны выполнять функцию внутреннего антинаркогенного барьера. Ролевые игры оказываются эффективными и при работе с детьми и подростками, уже использовавшими одурманивающие вещества, предотвращая их дальнейшее наркогенное заражение.

Ход ролевой игры в общих чертах может быть описан следующим образом: учащимся предлагается описание ситуаций наркогенного заражения (участнику ситуации предоставляется возможность попробовать наркогенный препарат), окончание ситуации отсутствует. Выбирается группа учащихся, изъявивших желание проинсценировать данную ситуацию, показав и возможный вариант ее окончания. Остальные учащиеся оценивают предложенный вариант окончания, определяют его эффективность.

Готовя ролевую игру, педагог, прежде всего, должен определить содержание ситуаций, используемых для

инсценировки. Здесь следует учитывать наиболее реальные для данной группы учащихся варианты наркогенного заражения, основные механизмы вовлечения в одурманивание. Так, для детей 7-8 лет лучше использовать сюжеты, связанные с приобщением к курению и алкоголизации, для более старших школьников можно вводить сюжеты с приобщением к наркотикам, токсикоманическим веществам. В качестве предлагающего попробовать одурманивающий препарат у младших подростков обычно выступает их ровесник, у старших подростков может быть и взрослый человек. Эти и другие особенности должны быть отражены в содержании ролевых игр.

В начальной школе ролевою игру лучше организовывать в виде кукольного спектакля. Тогда школьник, исполняющий роль предлагающего наркогенный препарат, не будет переносить на себя негативные характеристики своего персонажа (ведь предлагает вещество не он, а его кукла). В кукольном спектакле роль предлагающего сможет исполнить и учитель. Для проведения игры среди школьников-подростков могут быть приглашены старшеклассники. Они в ходе инсценировки должны будут изображать отрицательный персонаж. Безусловно, педагог заранее должен обговорить с ними правила участия - при провоцировании пробы предлагающий не должен использовать грубых, оскорбительных слов, не сообщать запретную информацию, связанную с технологией одурманивания, о специфических эффектах различных наркогенных веществ. Перед началом инсценировки все учащиеся (и актеры, и зрители) обсуждают различные обстоятельства ситуации, определяется, при каких условиях она возникает, каков характер ее участников, могут ли быть вовлечены в ситуацию посторонние лица и т.п. Участники инсценировки могут, в зависимости от собственных представлений, самостоятельно выстраивать сюжетную линию. Перед ними ставится единственная задача - избежать пробы наркогенного вещества.

При работе со старшеклассниками может быть

организован специальный тренинг, направленный на формирование поведенческих навыков ситуации наркогенного заражения, состоящий из 5-6 занятий.

Первое занятие направлено на оценку личностной устойчивости подростка к внешнему давлению, умения определять границы возможного компромиссного поведения (в каких случаях можно уступать окружающим, а когда этого делать не стоит).

В начале занятия преподаватель предлагает учащимся ответить на вопросы теста. Учитель объясняет, что сам тест носит "шуточный" характер, однако, несмотря на это, позволяет "взглянуть" на себя со стороны, по-новому оценив собственное поведение.

Инструкция учащимся: перед вами несколько видов ситуаций, в которых вы можете оказаться. Выберите тот вариант поведения, который наиболее соответствует вам.

1. Вы первый раз идете в гости к своему знакомому, при этом лишь в общих чертах представляете дорогу. Как вы поступаете:

- а) сразу обращаетесь за помощью к окружающим;
- б) вначале пытаетесь отыскать дорогу сами и лишь затем обращаетесь с просьбой к окружающим.

2. Вспомните ситуацию, когда у вас пропала вещь, и вы никак не могли ее найти. Как вы обычно поступаете:

- а) начинаете заглядывать во все уголки квартиры, переставлять все предметы в надежде отыскать пропажу;
- б) не паникуете и пытаетесь спокойно припомнить, где и когда последний раз видели пропажу.

3. Вам представилась возможность посетить экзотическую страну. Вы предпочтете:

- а) воспользоваться групповым туром;
- б) воспользуетесь индивидуальным туром (будете самостоятельно разрабатывать маршрут).

4. В ситуации, когда у вас возникли очень серьезные проблемы, вы обычно пользуетесь следующим жизненным правилом:

- а) что на роду написано, того не избежать;
- б) кто не рискует, тот не побеждает.

5.Вы идете со знакомым по улице. Прямо на вас летит на большой скорости автомобиль. Ваш товарищ бросается влево. Вы...

а)побежите влево;

б)побежите вправо.

6.Вы опаздывали на очень серьезную для вас встречу, когда позвонил ваш знакомый. У него что-то случилось, и он очень рассчитывает на вашу помощь. Вы...

а)выслушаете его и попытаете вместе придумать выход из положения;

б)объясните, что вы опаздываете, и договоритесь о том, когда вы сможете обсудить проблему.

7.Вещь, о которой вы так долго мечтали и которая вам, увы, не по карману вам предложили в долг. Вы...

а)соглашаетесь;

б)отказываетесь.

8.Вы примеряете костюм, и, который вам очень идет. Однако его покрой и расцветка отличаются от того, что принято носить в этом сезоне. Вы...

а)с трудом решаетесь на покупку или совсем отказываетесь;

б)купите без особых сомнений.

После того, как учащиеся ответят на вопросы теста, преподаватель предлагает им подсчитать количество набранных баллов. Вариант ответа «а» оценивается в 1 балл, «б» — 0 баллов.

Затем каждому подростку передается бланк с расшифровкой результатов тестирования:

«0-3». Может быть, хватит? Хватит выполнять роль зеркала, которое послушно отражает окружающее и окружающих. Вы не пластилин, из которого каждый может лепить все, что ему заблагорассудится. Пора перестать плыть по воле волн и вспомнить о том «единственном и неповторимом» (т.е о себе), который может и должен самостоятельно строить свою жизнь.

«4-6». Вы достаточно самостоятельны в своих поступках. При этом можете гибко реагировать на изменяющуюся ситуацию. Вы знаете, когда стоит настоять на своем, а

когда и "подчиниться судьбе". Главное - не впадайте в крайность.

«7-6». Вы — крепкий орешек. Несмотря ни на что вы уверенно идете к намеченной цели. Остановить вас практически невозможно. Но... подумайте, не отнимает ли у вас роль мистера или мисс "Нет" любовь и дружбу близких?

При обсуждении результатов тестирования педагог объясняет учащимся, что каждый человек постоянно испытывает давление со стороны окружающих. Оно может быть «добрым», «мягким», а может быть «жестким», «агрессивным». Поэтому любому из нас приходится постоянно выбирать - подчиниться или противостоять этому давлению.

Подросткам предлагается привести несколько примеров из жизни, когда они испытывали внешнее давление и как они вели себя в подобной ситуации. При подведении итогов обсуждения выделяются основные характеристики, позволяющие определить «позитивность» или «негатив» внешнего давления. Эти характеристики записываются на доске в виде схемы 1.

Схема 1

Положительное давление	Отрицательное давление
<ul style="list-style-type: none">●помогает избежать ошибки, досадного промаха и т.п.●поможет в дальнейшем добиться успеха, реализовать себя●поможет сохранить чувство собственного достоинства...	<ul style="list-style-type: none">●заставляет нарушать собственные принципы, убеждения● может привести к отрицательным последствиям для своего здоровья и здоровья окружающих● может помешать реализовать свои планы в будущем...

В конце занятия определяется значение понятия «компромисс». Учащимся предлагается привести примеры ситуаций, когда следует идти на компромисс, а также границы компромиссного поведения. Необходимо выделить опасные стороны компромиссного поведения (возможность «слиться со средой», «потерять себя») и его положительные стороны (помогает сохранить добрые

отношения с окружающими, не причинить боль или обиду близкому человеку, дает возможность, уступив в малом, добиться в дальнейшем успеха и т.п.).

Второе занятие направлено на отработку навыка отказа как формы противостояния внешнему давлению. В начале занятия определяются возможные виды отказа в зависимости от его направленности или содержания. Для этого педагог предлагает учащимся сесть в круг. Подростки заранее договариваются о конкретном предложении, которое они будут делать ведущему (педагогу), например, предложение отправиться на прогулку в лес.

Ведущий кидает мячик любому из членов группы, тот в свою очередь делает ведущему предложение. Каждый раз ведущий отвечает отказом, однако в каждом случае отказ имеет различную направленность: на внешние обстоятельства («Я не могу отправиться в лес, потому что у меня нет подходящей одежды»); на самого предлагающего («Я не буду себя чувствовать уверенно в лесу с тобой»), на предложение («Я не люблю гулять в лесу»). Учащиеся должны самостоятельно определить, чем различные виды отказа отличаются друг от друга.

Затем задание для участников группы меняется. Каждый из них придумывает свой вариант предложения для ведущего. Предложение делает тот участник группы, которому ведущий бросает мячик. На все предложения ведущий отвечает отказом, однако использует его различные варианты (в зависимости от содержания). Участники группы должны выделить основные характеристики того или иного варианта, определяются преимущества и недостатки конкретного варианта. Кратко эти характеристики могут быть записаны на доске.

1. Отказ-соглашение (формальный отказ). Человек в принципе согласен с предложением, но по каким-то причинам не решается сразу дать согласие. Например: "Вы не хотите выпить чаю?" - "Спасибо, но мне • неудобно вас затруднять".

2. Отказ-обещание. Человек в принципе согласен с предложением, но в данный конкретный момент он не может его принять. Как правило, отказ направлен на внешние обстоятельства, которые мешают воспользоваться предложением. Отказывающийся как бы дает понять, что при других обстоятельствах предложение было бы принято. Самая "безобидная" форма отказа, поскольку при этом не затрагиваются личные чувства предлагающего, что позволяет избежать конфликтной ситуации. Например, «Пойдем завтра в театр». — "С удовольствием, но завтра у меня курсы".

3. Отказ-альтернатива. Может быть направлен на само предложение или на внешние обстоятельства, мешающие принять предложение, однако при этом выдвигается альтернативное предложение. Эта форма отказа также не затрагивает чувства предлагающего, поскольку ему дается понять, что общение с ним желательно. Трудность заключается в том, чтобы придумать ценное альтернативное предложение. Например, "Пойдем завтра в бассейн". — "Нет, я не люблю плавать. Давай лучше погуляем в лесу".

4. Отказ-отрицание. Обычно направлен на само предложение или предлагающего. Человек дает понять, что не согласится с предложением ни при каких обстоятельствах. Может затрагивать личные чувства предлагающего, обидеть его, однако снимает вероятность получения нежелательного предложения в дальнейшем. Например:

- Нет, я не поеду на байдарках, потому что боюсь воды.
- Нет, я не буду носить короткую юбку, потому что это вульгарно.
- Нет, я ни за что не пойду с тобой в ресторан.

5. Отказ-конфликт. Крайний вариант отказа-отрицания. Агрессивен по форме, может содержать оскорбления или угрозы. Эффективен в случае выраженного негативного

внешнего давления.

После обсуждения характеристик вариантов отказа определяется сообразность их использования в различных ситуациях. Обсуждаются ситуации, когда неправильно выбранный вариант отказа может ввести в заблуждение предлагающего. Так, к примеру, человек не собирается поддерживать тесные отношения со своим знакомым. Однако на все предложения посетить театр, ресторан, кино используется отказ-обещание, в принципе обнадеживающий предлагающего. Делается вывод о важности правильного выбора варианта отказа.

Третье и четвертое занятия посвящены отработке навыков поведения непосредственно в ситуациях наркогенного давления.

В начале занятия учащимся предлагается привести примеры, когда на них или их знакомых оказывалось наркогенное давление. Затем организуется ролевая игра. Учащиеся разделяются на мини-группы по 2-3 человека. Каждая группа получает задание — инсценировать конкретную ситуацию наркогенного заражения (содержание ситуаций может быть сформулировано на основе рассказов самих подростков), Для каждой конкретной ситуации должен быть выбран определенный вариант отказа, который изображается участниками. Остальные учащиеся определяют эффективность выбранного варианта по следующим показателям:

- Реальная возможность избежать пробы наркогенного препарата.
- Возможность избежать конфликта с предлагающим.
- Целесообразность попытки повлиять на взгляды, поступки человека, предлагающего наркогенное вещество. Так, к примеру, в случае, если наркогенный препарат предлагается другом, близким знакомым - следует попробовать убедить его в опасности одурманивания, если же предложение поступает от малознакомого человека, такая попытка повлиять на взгляды может оказаться не только бесполезной, но и опасной и т.д.

Оценка предложенной поведенческой схемы

осуществляется по следующим показателям: решительность и твердость прозвучавшего отказа, возможность избежать конфликта, физическая безопасность участников ситуации. В результате обсуждения формулируется наиболее оптимальная схема действий в данной ситуации, которая может быть схематически изображена на плакате или доске.

В качестве примера рассмотрим варианты анализируемых ситуаций:

В дверь позвонили. Инга открыла дверь — на пороге стояла Дарья, ее давняя, еще с детсадовских времен подруга. Девушки уселись на кухне, стали оживленно обсуждать новости. "Слушай, Инга, давай покурим" — предложила Дарья. «Давай, — согласилась Инга, — сейчас только сигареты, принесу». Да не надо, у меня есть, правда, с травкой, ты ведь такие еще не пробовала. "Нет — растерялась Инга. "Слушай, такой кайф и неопасно совсем! На, попробуй!" — и Дарья протянула Инге сигарету.

Оптимальная схема поведения: отказ — попытка убедить подругу в необходимости отказа от использования наркотика. В случае если убеждения не подействовали — просьба никогда не обращаться с подобным предложением.

Этих ребят Сергей совсем не знал. Просто во дворе, кроме них, никого не было, поэтому мальчик пристроился рядом на скамейке. Ребята лениво обсуждали последний хоккейный матч. "Ну что, мультяшки, что ли, посмотрим?" — спросил один из подростков и достал из кармана тюбик с клеем. Ребята, было, двинулись к двери подъезда, но вдруг остановились. «А ты чего расселся, — спросил один из них Сергея, — а ну, давай вместе со всеми!" Ребята угрожающе двинулись в сторону Сергея.

Оптимальная схема поведения: решительный отказ - по возможности быстрое прерывание контакта.

Этого дня Димка ждал очень долго. Совершенно

неожиданно Лена, девочка из соседнего подъезда, которая очень нравилась Димке, пригласила его на день рождения. Праздник получился очень веселым. Все танцевали, играли, даже пускали фейерверки. Наконец, все уселись за стол с именинным пирогом. В этот момент папа Лены достал из шкафа большую красивую бутылку. "Ну что, думаю, ради праздника можно выпить чуть-чуть вина!" Большинство ребят за столом радостно оживились. Димка насторожился.

Оптимальная схема поведения: вежливый, но решительный отказ, объяснение причин отказа. Желательно сослаться на внешние обстоятельства: завтра соревнования, вечером нужно решить контрольную и т.п.

За окном темнело, и в комнате, где специально не включали свет, царил таинственный полумрак. От выпитого вина у Тани кружилась голова. Впрочем, не одно вино здесь было виновато. Просто она первый раз оказалась в гостях у Дэна. Все было почти как в романе — цветы, музыка, стихи, которые Дэн сочинял сам. Но все-таки где-то в глубине души шевелился червячок беспокойства. Слишком уж все было хорошо, у Татьяны создалось впечатление, что от нее чего-то ждут. "Ну что с тобой, — наклонившись к ней совсем близко, прошептал Дэн, — тебе надо расслабиться. Попробуй вот это! На вытянутой ладони Дэна Татьяна увидела две таблетки.

Оптимальная схема повеления: отказ — объяснение причин отказа (нежелание использовать вещество, действие которого неизвестно) - попытка изменить тему разговора. В дальнейшем следует задуматься, насколько целесообразно общение с этим человеком.

«Круглый стол», дискуссионный клуб. Основная цель заключается в формировании четких позиций, оценочных суждений в отношении тех или иных аспектов наркотизма. Предполагает совместное обсуждение вопросов и проблем, которые могут иметь неоднозначную оценку. Данная форма может быть использована при

работе с подростками и старшими школьниками.

Для того, чтобы определить актуальный для обсуждения материал, педагог может воспользоваться помощью экспертов инициативной группы, которая будет помогать ему готовить обсуждение. Приводим варианты тематик «круглого стола», посвященного проблемам наркотизма.

Наркотики. Есть ли право на существование?

Вопросы к обсуждению: Использование наркотиков в ряде стран имеет, многовековую традицию, однако это не приводит к возникновению эпидемий наркоманий. Позволяет ли это сделать вывод о возможности существования регулируемого (безопасного) потребления наркотических веществ?

Сегодня все чаще говорят о бесполезности войны с наркотиками — несмотря на все предпринимаемые усилия, наркомания продолжает распространяться по свету. Следует ли продолжать войну с дурманом или Целесообразнее научиться жить "в мире с наркотиками", легализовав их потребление?

Есть мнение о том, что использование наркотиков — личное дело каждого. Человек сам отвечает за свои поступки и способен делать самостоятельный выбор в отношении наркотизации. Ставя наркотизацию "вне закона", государство тем самым нарушает право личности на самоопределение. Так ли это?

Наркотики использовали многие талантливые люди — художники, поэты музыканты. Они утверждали, что наркотизация позволяет им глубже осознать и понять свой замысел, воплотить задуманное. Возможно, именно благодаря наркотикам человечество познакомилось со многими талантливыми произведениями, подлинными шедеврами. Можно ли говорить в этом случае о праве наркотиков на существование?

Право на вмешательство

1. Лена случайно узнала, что человек, которого она уже давно любит и которым она мечтает связать свою судьбу,

наркоман. Он несколько раз пытался бросить наркотики, однако зависимость каждый раз оказывалась сильнее желаний. Молодой человек уверяет Лену, что только она, ее любовь смогут помочь ему выбраться из плена зависимости. Что можно посоветовать девушке?

2. Гена и Толя дружили с детства. Пожалуй, не было для Толи друга надежнее, чем Генка. Не раз он выручал его в самых трудных ситуациях. Толя твердо знал, что в любой момент друг подставит ему плечо. После окончания школы друзья разъехались по разным городам и... на несколько лет потеряли друг друга из вида. Встретились они неожиданно. Приехавший в гости к родителям Толя проходил мимо магазина. Неожиданно дорогу ему преградил грязный, оборванный человек и заплетающимся голосом проговорил «Слышь, братан, одолжи, сколько сможешь». Толя поднял глаза и обомлел - перед ним стоял Генка. В этот вечер они долго говорили. «Со мной все кончено, мне уже человеком не стать», - твердил Генка. А Толя вспоминал детство, и то удивительное чувство уверенности, которое давало плечо друга. Как, по вашему мнению, должен поступить Толя?

3. Анна блестяще закончила школу. Никто из окружающих не сомневался в том, что ее в дальнейшем ожидает карьера актрисы. Было только одно «но»... Там, где жила девушка, не было театрального института, нужно было ехать в другой город, а это значит - оставлять маму и младшего брата. Вот уже несколько лет Аня фактически выполняла роль главы семьи, потому что у мамы был страшный диагноз - алкоголизм. Перед девушкой выбор - путь к успеху или сохранение здоровья и жизни родных людей.

Схема подготовки «круглого стола» может выглядеть следующим образом. Прежде всего, формулируется тема и вопросы, которые предлагаются на «круглый стол». Они вывешиваются на стенде за несколько дней до проведения обсуждения так, чтобы все участники «круглого стола» были осведомлены о его тематике. Между членами

инициативной группы могут быть заранее распределены роли. Несколько человек представляют пресс-клуб. Их задача - фиксировать все высказывания и затем подготовить пресс-лист по итогам обсуждения. На «круглом столе» может присутствовать «адвокат» и «прокурор», знакомящие аудиторию с фактами «за» и «против» тех или иных аспектов наркотизма. В ходе обсуждения может использоваться материал, полученный социологами в ходе опроса (см. выше). Социологи могут также подготовить и статистические данные, касающиеся круга обсуждаемых проблем.

Однако следует помнить, что такое предварительное распределение ролей придает обсуждению некий искусственный характер. Для старших школьников такой прием нецелесообразен, здесь необходим максимально «взрослый» вариант, не напоминающий игру. На «круглый стол» к старшеклассникам могут быть приглашены педагоги, причем круг приглашенных определяют сами учащиеся — обычно это учителя, пользующиеся наибольшим авторитетом. Разновозрастные «круглые столы» получаются особенно интересными, поскольку предполагают анализ оценок и позиций людей различных поколений, заставляют учащихся взглянуть на проблему иными глазами, помогают лучше понять своих педагогов, старших членов семьи и т.д.

Для проведения «круглого стола» необходим ведущий. В его задачи входят контроль за ходом обсуждения, привлечение к обсуждению максимально широкого круга участников, регулирование и «сглаживание» возможных конфликтов, возникающих по ходу обсуждения, а также подведение кратких итогов по каждому из анализируемых вопросов. Учитывая сложность задач, стоящих перед ведущим, в его роли обычно выступает педагог. Однако в старших классах ведущим может стать и кто-то из учащихся.

Начало «круглого стола» является наиболее сложным моментом, определяющим, как правило, весь ход обсуждения. Ведущему необходимо «завести» аудиторию, придать обсуждению искренний, доверительный характер.

Сделать это легче, если есть заранее подготовленные участники, так, к примеру, «круглый стол» может начаться с выступления группы «социологов». В старших классах ведущему приходится самому «задавать тон» «круглому столу». Так, он может первым высказаться по обсуждаемому вопросу, попросить кого-то из участников опровергнуть его мнение и т.д.

Вернисаж. При подготовке и проведении вернисажа принимают участие учащиеся различных возрастных групп — обычно это младшие школьники и подростки. При этом подростки являются ведущими, младшие школьники - аудитория.

Основная цель вернисажа - формирование у учащихся представления о негативных последствиях наркотизации для физического и социального здоровья человека. При этом то, что в качестве ведущих выступают не взрослые люди, а подростки, во многом повышает доверие и интерес к предоставляемой информации, способствует ее личностному присвоению.

Среди ведущих выбираются «врач», «математик», «художник», «поэт», «милиционер». У каждого из ведущих — свой стенд. Младшие школьники, проходящие с экскурсией на вернисаж, последовательно обходят все стенды.

При этом «врач» рассказывает детям о том, в чем заключается опасность использования наркотических веществ для физического здоровья человека. Свой рассказ «врач» может иллюстрировать при помощи специальных плакатов, а также ряда опытов, демонстрирующих влияние наркотических веществ на живые структуры (их описание можно взять из методической литературы по биологии).

«Художник» показывает детям плакаты-предупреждения и предлагает детям принять участие в конкурсе рисунков «Мы сильнее черных братьев». В течение 10-15 минут учащиеся выполняют задание.

"Математик" предлагает учащимся решить антинаркотические задачи. В качестве примера приведем содержание одной из таких задач: «У тети Элеоноры

Леопольдовны 15 морщинок на лице. Каждый выпитый по праздникам бокал вина прибавляет ей по 2 морщинки. Сколько будет морщинок на лице у тети через год, если в году - 6 праздников. Сможет ли Элеонора Леопольдовна понравиться жюри и победить в конкурсе телеведущих?»

«Поэт» зачитывает младшим школьникам свои стихи «Вредные советы Кукарямбы» и предлагает учащимся в стихотворной форме дать ответ Кукарямбе:

I. Если спецразведка папы донесла ему внезапно,
Что ты пробовал курить,
И в родительском генштабе принимается решение,
Меры строгие к ребенку не колеблясь применить,
Ты решительно и твердо протестуй и возмущайся,
Ведь сейчас диктат не в моде — демократии почет.
Пусть родители считают, что курение опасно,
У тебя другое мнение может быть на этот счет.
Разве это так опасно, что у тех, кто курит-
Часто легкие похожи на закопченный мешок.
Ну, подумаешь, что вместе с кровью к клеткам для дыхания
Поступает непрерывно неприятный едкий дым.
Пусть при этом очень сложно сердцу — органу-мотору
Свои важные задачи, не сбиваясь, выполнять.
И совсем не важно то, что у курящих очень быстро
Разрушаются порою зубы белые во рту,
Человеку много ль надо?
Пусть же выпадет десяток,
Остальных надолго хватит — что печалиться, грустить?
Ты запомнил?
А теперь все это четко, смело, не сбиваясь,
Маме с папой растолкуй!

II. Если друг — приятель Толя
Предложил тебе немножко "очень вкусного" вина,
Без сомнения соглашайся — что тут думать, размышлять?
Ведь вино не просто вкусно —
Это очень-очень нужный и полезный для здоровья
Человека компонент.
Пусть вначале — только выпьешь,
В голове внезапно что-то сильно-сильно зашумит.
Пусть в глазах вдруг потемнеет,
И покажется случайно, что уходит постепенно

Пол квартиры из-под ног,
Пусть и стул, и стол, и кошка,
Кошка Мурка на комод, в хороводе закружатся,
Словно бабочки весной —
Не пугайся, без сомнения, это все идет на пользу,
Лишь представь, что очень скоро ты совсем
Похожим станешь на любителей вина.
И тогда ты сможешь так же, как они,
Подобно свинкам,
В лужах грязных и глубоких днями целыми лежать.
Хочешь быть на них похожим?
Ну, тогда не сомневайся и, конечно, пей вино!

"Милиционер" проводит с учащимися ролевую игру по тренировке навыков отказа в ситуациях наркогенного заражения.

Профилактическая работа с детьми, имеющими опыт употребления психоактивных веществ

Основное условие эффективной работы с детьми, имеющими опыт употребления алкоголя и наркотиков, — это возможно более раннее установление факта приобщения к одурманиванию. Здесь прежде следует воспользоваться признаками наркогенного заражения. Как уже было сказано, многие из таких признаков не являются абсолютным доказательством факта приобщения, служа лишь косвенным свидетельством, заставляющим насторожиться. Поэтому при беседе с взрослым школьником может отрицать факт приобщения к психоактивным веществам. В этом случае не стоит обвинять его в лживости, изворотливости. Лучше рассказать ему о том, что вызывает опасения окружающих, заставляя их предполагать возможность наркотизации и попросить самого ребенка или подростка подтвердить или обоснованно опровергнуть опасения.

Если ребенок или подросток продолжает упорно отвергать факт приобщения к одурманиванию, а у педагога сохраняются подозрения, можно осторожно выяснить — знает ли подросток людей, использующих одурманивающие вещества, насколько близко с ними

знаком, как часто видится с этими людьми, наблюдал ли за ними в момент одурманивания. В том случае, если школьник подтверждает, что среди его знакомых есть люди, использующие одурманивающие вещества, педагог может использовать это подтверждение для обоснования важности дальнейшей профилактической работы с учащимся: «Так как ты утверждаешь, что еще не использовал наркотик, тебе нужно научиться правильно вести себя с теми, кто может предложить одурманивающий препарат».

Еще одним вариантом подтверждения реальности использования одурманивающих веществ является высокий уровень осведомленности школьника о различных аспектах явления. Для его установления подростку могут быть заданы следующие вопросы:

«Знаешь ли ты названия одурманивающих веществ? Как, по-твоему, они могут выглядеть? Какой цвет, запах и т.п. имеют? Как эти вещества используются? Знаешь ли ты место в городе, где эти вещества можно достать? Что нужно для того, чтобы достать эти вещества, — деньги, знакомства и т.д.? Что происходит с человеком в момент использования этих веществ? Какие приятные и неприятные ощущения может он испытывать?» Необходимо попросить школьника объяснить, откуда он получил те или иные сведения. Особое внимание обращается на знание технологических деталей при описании способов одурманивания, характеристику ощущений, вызванных наркотизацией.

В случае если факт наркотизации оказывается установленным, необходима профилактическая работа со школьником, направленная на предотвращение развития дальнейшего наркогенного заражения. Начать ее следует со специальной беседы. Безусловно, ее проведение является сложной задачей даже для самого опытного педагога. Вряд ли можно дать какие-то конкретные ее сценарии. У каждого есть свои секреты завоевания доверия воспитанника. Мы приведем лишь самые общие условия, которые должны быть соблюдены при организации беседы: желательно предварительно собрать

максимально полную информацию о ребенке; убедить его в полной конфиденциальности разговора; продемонстрировать доверие и позитивное отношение к ребенку (он должен знать, что в любом случае не будет наказан).

Основными задачами такой встречи является, во-первых, определение наркогенной карьеры несовершеннолетнего, что в свою очередь обуславливает содержание дальнейшей профилактики; во-вторых, формирование у школьника готовности к сотрудничеству с педагогом.

В ходе беседы необходимо выяснить следующие вопросы: «Сколько раз употреблял алкоголь или наркотическое вещество? Какое вещество принимал? Обстоятельства пробы (с кем, в каком месте)? Почему применял вещество первый раз, почему использует сейчас? Как часто употреблял алкогольные напитки? Как меняется настроение в тот момент, когда длительное время вещество не принимается? Откуда достает вещество?»

Необходимо помнить, что обычно подростки даже при установлении факта использования ими одурманивающего вещества стараются всячески преуменьшить свой собственный наркогенный опыт. Поэтому при проведении беседы не следует использовать лобовые вопросы, открыто демонстрировать свое недоверие к ответам школьника, требовать указания точных сведений о тех, с кем происходит использование одурманивающего вещества. Если какой-то из ответов школьника вызывает у вас сомнение или кажется недостаточно полным, попытайтесь изменить его формулировку и задать его по ходу беседы еще раз.

На основании ответов воспитанника педагог может сделать вывод об этапе его алкогольной или наркогенной карьеры и планировать дальнейшую работу.

На этапе первичных проб школьнику необходимо продемонстрировать негативные последствия одурманивания, доказать, что наркотизация может негативно отразиться на его дальнейших жизненных

перспективах. Здесь могут быть использованы самые разнообразные методики. Приведем лишь одну — «Внимание, снимается кино!» Учащемуся предлагается написать сценарий своей будущей жизни, а затем переписать сценарий, представив, что в жизнь учащегося «вмешалось» одурманивающее вещество.

Педагог должен выяснить мотивы первичного приобщения к одурманиванию. Они могут носить:

- *Вынужденный (субмиссивный) характер*, когда школьник объясняет причины наркотизации тем, что " у нас все так делают, поэтому не могу отказаться", "заставили" и т.п.
- *Исследовательский характер* — "было интересно узнать, что это такое", "хотелось испытать новые, неизвестные ощущения".
- *Социокоммуникативный характер* — "хотелось стать своим в группе", "хотелось, чтобы приняли в компанию".
- *Гедонистический характер* — желание испытать приятные ощущения, получить удовольствие.
- *Гиперактивационный характер* - стремление выйти из состояния скуки, найти способ "интересного" времяпровождения.

После выяснения причины первой пробы необходимо предложить подростку альтернативный вариант реализации его проблемы, заставившей обратиться к алкоголю или наркотику и показать преимущества этого варианта. Так, к примеру, если мотивы первичного приобщения носили субмиссивный, вынужденный характер, педагогу следует обсудить с школьником поведенческие схемы, позволяющие в ситуации наркогенного давления избегать пробы одурманивающего вещества и отработать навыки отказа (ролевая игра). Если при первичном приобщении у школьника выявляются гиперактивационные мотивы, педагог может помочь своему воспитаннику в организации его досуга: выявлении круга предпочитаемых форм деятельности; поиске секций, клубов и т.п., где могут реализоваться интересы воспитанника.

Основная задача педагога на этом этапе работы — сформировать у подростка готовность больше никогда не использовать одурманивающее вещество. Причем здесь весьма эффективным будет прием, заключающийся в акцентировании внимания воспитанника на специфике первичных ощущений, обусловленных пробой. Чаще всего они носят негативный характер. Следует объяснить учащемуся, что негативные ощущения являются своеобразной защитой организма на действие токсических, отравляющих веществ. Вряд ли стоит повторять столь негативный опыт.

Не имеет однозначного решения вопрос — следует или нет, на этапе первичных проб, сообщать родителям воспитанника о его наркогенном опыте. Здесь приходится учитывать множество факторов — возраст учащегося, круг его общения, возможность для него в дальнейшем использовать одурманивающий препарат, а главное, согласие на информирование родителей самого воспитанника. Дело в том, что основным условием первичной беседы с учащимся является ее конфиденциальность, нарушение этого условия может полностью подорвать доверие воспитанника к педагогу, свести на нет всю дальнейшую работу. Поэтому педагогу следует попытаться убедить ребенка или подростка в необходимости встречи с родителями. Однако если учащийся категорически против такой встречи, настаивать на ней не стоит.

В дальнейшем следует периодически встречаться с учащимся, чтобы убедиться в том, что пробы больше не повторяются, он не общается с теми, кто ему первый раз предложил одурманивающее вещество, не нарушает дисциплину, нормально учится.

В случае, если уже произошло прочувствование эйфорического эффекта, однако симптомы зависимости отсутствуют, во время встречи с учащимся педагогу следует подробно объяснить ему негативные последствия одурманивания с использованием некоего элемента запугивания — «Если ты вот-вот не остановишься, все будет плохо, ты станешь зависимым от дурмана».

Основная цель педагога — сформировать негативное отношение к положительным ощущениям, вызываемым наркотиком. Такие опущения должны быть охарактеризованы как своего рода «маскировка» разрушительных процессов, которые уже начались в организме под действием наркотизации. При этом объяснение педагога должно быть убедительным, аргументированным и опираться на имеющиеся у школьника знания о строении и работе человеческого организма.

Педагог может предложить школьнику самостоятельно перечислить все возможные плюсы и минусы дальнейшего использования одурманивающих веществ. Они могут быть выписаны на отдельном листе, разделенном на две части. Причем не следует стремиться к тому, чтобы колонка с плюсом была совершенно пустой. Там может быть обозначен гедонистический эффект одурманивания, различные социокоммуникативные функции наркотических веществ (принятие в компанию, снятие напряжения и т.п.). Однако при обсуждении педагог обращает внимание воспитанника на неравноценность положительных и отрицательных сторон наркотизации, делается вывод о том, что человек, использующий наркотики, всегда оказывается в проигрыше.

При встрече с воспитанником также выясняются мотивы как первичного приобщения к одурманиванию, так и мотивы дальнейшего использования одурманивающих веществ. Педагог вместе с учащимся определяет наиболее эффективный способ «замещения» наркотизации.

На этом этапе у ребенка или подростка может периодически возникать желание вновь испытать эйфорические ощущения за счет наркотизации, они обычно провоцируются какой-либо трудной, конфликтной ситуацией. Педагогу следует предупредить об этом воспитанника. В качестве же способа борьбы с подобными ощущениями взрослый может предложить учащемуся выучить упражнения «Секретной гимнастики». Эти упражнения представляют собой элементы массажа шеи, лица, волосистой части

головы и выполняют скорее отвлекающую функцию.

Педагог объясняет воспитаннику, что упражнения оказывают особое действие на организм, делая его более устойчивым к наркогенному соблазну. Затем упражнения выполняет вместе с учащимся. Главное требование - массажные движения должны быть сильными, вызывать прилив крови, чувство тепла. Набор упражнений можно составить самому или использовать популярную медицинскую литературу — главное, чтобы они были легки для выполнения и не привлекали особого внимания окружающих, их можно было делать незаметно для других. Подросток должен полностью сосредоточиться на эффекте, вызываемом упражнениями. На этом этапе развития наркогенной карьеры педагогу следует настоять на беседе с родителями или родственником, которому учащийся доверяет. Необходимость такой встречи можно объяснить тем, что самому учащемуся будет чрезвычайно сложно справиться с наркогенным давлением, родители же смогут реально помочь ему.

При беседе с родителями нужно обсудить возможность консультации у специалистов-психологов наркологической службы. Педагог должен объяснить взрослым членам семьи, что такая консультация является анонимной, не будет иметь каких-то негативных последствий для их ребенка, однако поможет определить эффективные пути предотвращения развития дальнейшего наркогенного заражения школьника. Вместе с родителями педагог определяет способы организации антинаркогенного контроля за поведением ребенка, исключая возможность использования им одурманивающих веществ.

В школе следует установить постоянный антинаркогенный контроль за поведением учащегося. Педагог должен найти повод систематических бесед (1-2 раза в неделю), во время которых воспитанник может рассказать о тех или иных трудностях, возникающих у него, а также при необходимости объяснить каждый подозрительный факт, который может свидетельствовать об использовании наркотиков.

Для таких учащихся на базе школьной психологической службы могут быть организованы специальные тренинги по развитию общих навыков социальной адаптации, а также отработке навыков поведения в ситуации наркогенного заражения.

Если психическая зависимость уже сформирована, то такие дети и подростки нуждаются в специальной помощи психолога и нарколога. Поэтому основная задача педагога в этом случае — убедить подростка и его родителей в необходимости обращения за помощью к специалистам. Следует дать взрослым адрес анонимной консультации и проследить за тем, чтобы подросток получил такую консультацию.

Очень часто лечение ребенка или подростка осуществляется амбулаторно, он продолжает посещать школу, встречаться с одноклассниками. Поэтому в школе такому учащемуся нужно создать режим наибольшего благоприятствования, помогающий преодолевать дискомфортные ощущения, обусловленные отказом от одурманивания, а также дающий опыт переживания положительных ощущений. Такой режим предполагает организацию щадящей учебной нагрузки. Малейший положительный сдвиг в освоении школьной программы нужно отмечать, поддерживая воспитанника. Таким образом, у ребенка формируется представление о социально положительных способах реализации потребности в признании, успехе, достижении психологического комфорта.

Сложнейшая проблема, которую предстоит решать воспитателю в отношении подростка, систематически использующего одурманивающие вещества, — организация его общения в классе. У таких учащихся в школьном коллективе обычно может быть две прямо противоположные роли — «изгой», «герой». Как правило, школьники знают об «увлечении» своего одноклассника, обычно именно оно и является причиной его особого положения в классе. Изгой всеми презирается, не имеет близких друзей, служит мишенью для шуток одноклассников. С одной стороны, в такой ситуации

возможность провоцирования им наркогенного заражения своих одноклассников резко снижается, изгой скорее служит для них примером отрицательных последствий одурманивания. С другой стороны, сложности общения в школьном коллективе побуждают изгоя искать для себя круг общения за пределами класса, нередко единственной, принимающей его группой становится группа наркозависимых подростков. Поэтому важной задачей профилактической работы в этом случае является вовлечение подростка в жизнь школьного коллектива, создание условий, при которых пребывание в школе для него будет привлекательным. Способ решения этой задачи определяется педагогом в каждом конкретном случае, здесь вряд ли можно говорить о каких-то универсальных рецептах.

В отличие от изгоя, герой имеет в классе свой круг общения, являясь для него потенциальным источником наркогенного заражения. Обычно такие подростки открыто демонстрируют свой наркогенный опыт. Для школьников с недостаточно сформированными оценочными механизмами такой опыт может казаться весьма привлекательным, свидетельствующим о смелости, независимости, взрослости. В этом случае главные усилия учителя должны быть сосредоточены на том, чтобы предотвратить распространение «вируса» наркотизма в классе. Прежде всего, необходимо строго пресекать любые попытки учащегося информировать своих одноклассников о технологии одурманивания. Следует обязательно доказывать несостоятельность любых утверждений подростка о «положительных» сторонах одурманивания. Организация контроля за посещаемостью занятий организуется таким же образом, как и в случае с изгоем. Однако здесь необходимо следить внимательно не только за самим подростком, систематически использующим одурманивающие вещества, но и за школьниками, тесно с ним общающимися. Любые изменения в их состоянии могут быть обусловлены началом приобщения к одурманиванию.

Главная трудность здесь состоит в том, что герой

часто демонстрирует свое пренебрежительное отношение к событиям, происходящим в классе, общественным поручениям. Сделать общественную работу привлекательной для такого подростка помогает роль лидера, главного при выполнении того или иного поручения. Однако при выборе поручения следует учитывать возможности несовершеннолетнего и сложность задания. С одной стороны, оно не должно быть чересчур трудным для него, поскольку у таких подростков, как правило, не сформированы основные навыки самоорганизации, позволяющие ему преодолевать сложности при выполнении задания. С другой стороны, задание не должно быть слишком простым, так как в этом случае у подростка возникает неадекватно завышенная оценка своих возможностей.

Важнейшим условием работы с ребенком или подростком является организация строжайшего контроля, исключающего возможность использования одурманивающего вещества. Необходимо определить все возможные пути получения учащимся одурманивающих веществ, выявить круг тех лиц, с которыми происходили пробы одурманивающего вещества. Общение с этими лицами должно быть полностью исключено. Обычно наркоманические компании крайне трудно отпускают своих участников, предпринимая неоднократные, настойчивые попытки вернуть «заблудшего». Они подстерегают его в подъезде, по дороге в школу, поджидают около дома. В этой ситуации нередко родители и педагоги вынуждены следить буквально за каждым шагом подростка, передавая его из рук в руки. Воспитатель, классный руководитель контролируют посещаемость подростком всех уроков, сразу же выясняя причины пропусков, следят за возможными изменениями в состоянии подростка, свидетельствующими о возможной наркотизации.

К контролю за посещаемостью подростком школьных занятий могут быть привлечены и другие учителя, работающие в классе. Их необязательно информировать о том, что школьник использует одурманивающие вещества.

Необходимость контроля за подростком может быть объяснена его низкой успеваемостью, возможными нарушениями дисциплины и т.д. Конечно, такая работа будет иметь смысл только в том случае, если строгий контроль существует и в семье ребенка. Гипервнимание, проявляемое к ребенку или подростку со стороны взрослых, может обидеть его. Поэтому следует объяснить школьнику значение антинаркотического контроля примерно так: «Использование одурманивающих веществ успело изменить твой характер. Теперь тебе не всегда под силу самостоятельно справиться с желанием попробовать вещество. Учителя и родители хотят помочь тебе избавиться от зависимости. Ты не должен обижаться на их внимание и настойчивость, поскольку продиктованы они добрыми чувствами».

Профилактика наркомании в зарубежной школе

К настоящему времени в большинстве зарубежных стран сложилась определенная модель профилактики наркомании среди несовершеннолетних. Она является одним из основных компонентов общей государственной системы и функционирует в рамках официальной политики, направленной на сохранение общего потенциала здоровья нации.

Все компоненты модели тесно связаны между собой и реализуются через работу различных социальных институтов (образовательных, культурных, медицинских учреждений). При этом в самой модели государственные и общественные организации оказываются равно представленными. Общественное антинаркотическое движение является фактором, существенно влияющим на наркогенную ситуацию, — активно действуют волонтерские службы, коммуны для подростков-наркоманов, объединения родителей, чьи дети используют наркотики и т.п.

Педагогическая профилактика включает в себя три основных структурных блока, которые были описаны выше:

- Первичная профилактика, направленная на предупреждение приобщения детей и подростков к одурманиванию.

- Вторичная профилактика, предотвращающая развитие наркогенной зависимости у несовершеннолетних, имеющих опыт использования одурманивающих веществ.

- Третичная профилактика — педагогическая реабилитация детей и подростков с сформированной зависимостью.

Все представленные направления реализуются за счет специально разработанных программ. Содержание программ базируется на представлении о факторах риска, способных обуславливать наркотизацию несовершеннолетних. Их принято делить на индивидуальные (низкая самооценка, недостаточный самоконтроль, неспособность правильно выражать свои чувства); семейные, (отсутствие контроля со стороны взрослых, злоупотребление наркогенными веществами родителями и т.д.). Исходя из этого, считается, что риск использования одурманивающих веществ оказывается реальным практически для любого ребенка или подростка. Поэтому программы педагогической профилактики ориентированы на все группы детей вне зависимости от возраста и принадлежности к определенной социальной группе.

Несмотря на разнообразие вариантов программ, все они основываются на общих принципах:

- Формирование у несовершеннолетних навыков противостояния наркогенному давлению рассматривается как часть общего воспитательного процесса, обеспечивающего формирование личностной устойчивости.

- Антинаркогенная подготовка носит опережающий характер, по срокам она предшествует возникновению реальной возможности наркогенного заражения несовершеннолетнего.

Конечная цель профилактической работы зависит от представлений педагога в отношении наркогенных веществ. Так, цель педагогической профилактики в

Голландии (где использование наркотиков легализовано) направлена на снижение риска потребления "тяжелых" наркотиков несовершеннолетними, в Англии — ограничение потребления алкоголя и курения при полном отказе от использования наркотических и токсикоманических веществ, в США и Австралии — полное предотвращение использования любых наркотических веществ несовершеннолетними.

При организации педагогической профилактики сочетаются 3 основных компонента: специальное обучение и воспитание детей и подростков; четкая деятельность правоохранительных органов, обеспечивающих несовершеннолетним антинаркотическую безопасность; создание положительных жизненных альтернатив использованию несовершеннолетними наркотических веществ (это определяется молодежной политикой государства).

При организации педагогической профилактики обычно используется несколько подходов.

Прямой подход предполагает непосредственную связь программы педагогической профилактики с различными аспектами наркомании. При этом у несовершеннолетних формируются нормативы в отношении одурманивания, происходит освоение поведенческих алгоритмов в ситуациях наркотического заражения.

Альтернативный подход связан развитием механизмов социальной адаптации у детей и подростков, формированием позитивной концепции; усвоением социально-ценностных поведенческих норм.

Непрямой селективный подход ориентирован на социальные группы детей и подростков со сниженным социальным иммунитетом, обуславливающим их уязвимость к наркотическому давлению, а также детей из семей алкоголиков и наркоманов.

Следует отметить, что в структуре современных профилактических программ все три подхода гармонично сочетаются, обеспечивая комплексное решение задач профилактики.

Методологией педагогической профилактики

зарубежом является совместный поиск решений жизненных проблем. В связи с этим основной формой организации занятий являются групповые. При этом используются самые разнообразные приемы и методы. Многие из них являются принципиально новыми для практики отечественной педагогической профилактики, например, методы мозгового штурма, ролевое моделирование.

Особое место при разработке программ педагогической профилактики занимает оценка эффективности программ. Оценка может осуществляться в конкретной возрастной группе при помощи тестов, проводимых перед началом работы и после ее окончания. Как правило, при этом выясняется характер отношения детей к различным аспектам наркотизма и их вербальные оценки.

Если оценивается программа, в которую вовлечены разные возрастные группы детей, то при оценке анализируется динамика факторов риска в коллективе: успеваемость в школе, психологический климат, психологические характеристики учащихся. Если же оценивается программа, осуществляемая на уровне города, региона, то тут рассматривается общая характеристика распространения наркотизма в регионе.

Чтобы получить более подробное представление о модели педагогической профилактики, рассмотрим наиболее типичные варианты программ, используемых в зарубежных странах при реализации различных направлений профилактической деятельности.

Обязательным компонентом большинства зарубежных программ педагогической профилактики является антинаркогенная подготовка дошкольников. Исследователи проблемы рассматривают возраст от 3 до 6 лет как важнейший период в формировании установок в отношении наркотизации. Установлено, что закладка детерминанты будущей наркогенной активности происходит в раннем детстве, задолго до того, как начнется реальное приобщение к одурманиванию. Поскольку эффективная профилактика должна носить

опережающий характер, дошкольное детство рассматривается как наиболее благоприятный период для начала воспитательной работы.

Зарубежному опыту работы с дошкольниками около 10 лет. Существуют разнообразные подходы при организации педагогической профилактики, ряд программ реализуются за счет специальных курсов, содержание других включается в традиционные обучающие программы для дошкольников.

Одной из таких программ является **Программа Антинаркотического Обучения (ПАО)**, используемая в англоязычных странах. Такие программы представляют особый интерес для нашей страны, поскольку их возможное внедрение не потребовало бы существенных перестроек сложившейся системы обучения и воспитания в детском саду. Использованию в России ПАО способствует и то, что ее содержание и структура во многом совпадают с действующей у нас "Программой воспитания и обучения в детском саду".

Конечная цель ПАО рассматривается как формирование у детей жизненных навыков, препятствующих их приобщению к одурманивающим веществам. К жизненным навыкам относят коммуникативные умения, обеспечивающие эффективное взаимодействие с окружающими; приемы саморегуляции и самоконтроля; прогностические приемы, позволяющие определять возможные результаты собственной активности; приемы самооценки.

В структуре ПАО выделяется три основных раздела: «Окружающий мир», «Здоровье», «Литература». Работа с каждым из этих разделов предполагает формирование определенных социальных навыков. Причем в каждом разделе отработка навыков осуществляется с использованием различных приемов.

Так, к примеру, для формирования навыков принятия решения в разделе «Здоровье» используются занятия, в ходе которых дети должны придумать рекламу полезным для здоровья продуктам, а также предложить варианты антирекламы вредных продуктов. В разделе

«Окружающий мир» дошкольники разбирают ситуации, связанные с использованием одурманивающих веществ их близкими и обсуждают возможные варианты собственного поведения в этой ситуации. В разделе «Литература» дети на примере литературных персонажей и сказочных ситуаций учатся анализировать мотивы поведения людей, выбирать альтернативы действий.

Формирование у дошкольников навыков эффективного общения происходит при обсуждении с воспитателем различных телепрограмм, посвященных тем или иным аспектам наркотизма и отработке при этом приемов поведения в ситуации, когда кто-то из близких предлагает использовать одурманивающий препарат. Дети учатся выражать свои эмоции, правильно формулировать свои просьбы в различных ситуациях.

Содержание программы носит «спиральный» характер, предполагающий постепенное расширение содержания антинаркотической установки. При этом следует отметить, что ПАО является не просто подготовкой дошкольников к будущей жизни, а помогает в преодолении имеющихся у них реальных личностных проблем, предлагает конкретные способы их решения. Так, к примеру, в ходе занятий дошкольники, испытывающие трудности в общении со сверстниками, учатся преодолевать чувство неловкости, застенчивости, находить свою «нишу» в детском коллективе. ПАО способствует реализации общих задач развития и воспитания, поскольку направлена на формирование универсальных навыков, обеспечивающих детям эффективную социальную адаптацию.

Программа антинаркотической подготовки дошкольников осуществляется в тесном взаимодействии с родителями детей. Этой работе посвящен специальный раздел программы. Взрослым членам семей предлагается специальная информация об особенностях детского наркотизма, материалы по организации профилактической работы в семье. Многие из заданий, которые предоставляются дошкольникам, должны выполняться с участием их пап и мам. Это в значительной степени повышает эффективность педагогической профилактики,

поскольку, как уже было сказано, первичное приобщение к одурманиванию в большинстве случаев происходит именно в семье.

Обучающая программа **«Ваше здоровье-2000»** внедряется в работу общеобразовательных школ и ориентирована на учащихся I-XII классов. Программа предполагает специальную подготовку школьников за счет цикла уроков и внеклассной работы с учащимися.

При организации мероприятий используются как традиционные формы, когда роль наставника выполняет взрослый (педагог, администратор, служащий департамента), так и межвозрастное преподавание (cross-age teaching), когда в качестве воспитателя для учащихся выступает один из школьников.

Содержание специального обучения определяется представлениями авторов программы о факторах, способных обуславливать приобщение несовершеннолетних к одурманиванию (особенности семейного воспитания, раннее асоциальное поведение), а также значимости этих факторов в тот или иной возрастной период. Каждый из уроков программы ориентирован на нейтрализацию конкретного фактора риска. При этом содержание урока может и должно дифференцироваться с учетом специфических характеристик конкретной аудитории - наиболее распространенных форм одурманивания в данной школе, классе.

Большинство занятий предполагают использование активных форм и методов обучения - игры, дискуссии, конкурсы, театрализация. Благодаря этому школьник из объекта деятельности взрослых становится полноправным участником воспитательного процесса.

Для каждой возрастной группы школьников выделены конкретные показатели устойчивости к наркогенному давлению среды, определенный объем сведений об аспектах наркотизма, которыми должен владеть учащийся, умения и навыки поведения в ситуации наркогенного заражения. Оценка этих показателей осуществляется при помощи специально разработанных тестов, проводимых в

начале и в конце учебного года.

Так, обучение в начальной школе предполагает формирование у школьников общего представления о наркотических веществах - их признаках, способностях изменять настроение человека, негативных последствиях наркотизации для физического здоровья и социального статуса человека. Понятие «наркотик» при этом используется в широком толковании. Оно служит для обозначения целой группы веществ - алкоголя, никотина, токсикоманических препаратов и собственно наркотиков. В свою очередь наркотики рассматриваются как одна из групп ядовитых веществ. Такой подход обеспечивает формирование у школьников представления об абсолютной опасности всех форм одурманивания, в том числе и легальных, традиционных.

В ходе занятий, направленных на формирование у школьников определенной системы негативных оценок наркотизма, особое внимание уделяется анализу проблем, которые могут быть обусловлены одурманиванием близких школьнику людей — родственников, знакомых, друзей. Задача обучения заключается в формировании нетерпимого отношения к самому пороку, а не к людям, страдающим наркотической зависимостью. Состояние наркотического опьянения, которое дети могут наблюдать у своих близких, описывается как болезнь. Однако помочь больному могут лишь взрослые члены семьи. Детям же необходимо сохранить уверенность в привязанности и любви близких.

Особая роль отводится занятиям, связанным с освоением навыков избегания приобщения к одурманиванию. Основной формой обучения при этом являются ролевые игры «Умей говорить нет», «Говори нет и сохраняй друзей». Причем отработка поведенческих схем происходит применительно к ситуациям наркогенного заражения, наиболее реальным для младших школьников. Они связаны с использованием алкоголя и «дебютами» курения.

Формирование личностной устойчивости школьников к наркогенному давлению среды тесно связано с

развитием у них социоадаптивных функций, прежде всего - коммуникативных. В начальной школе происходит освоение простейших способов установления первичных контактов с окружающими (занятия «Давайте познакомимся»), дифференциации своего поведения в зависимости от настроения, действий окружающих людей («Как просить об услуге», «Ребята, давайте жить дружно!») Часть занятий связана с формированием у детей навыков самоанализа. Они проводятся с использованием видеомэгнитофона, причем учитель может записать на магнитофон только удачный фрагмент урока, где ребенок хорошо исполняет то или иное задание. Это в свою очередь служит подкреплением положительных личностных установок школьников, способствует формированию позитивной самооценки.

В средней школе (IV-IX класс) общая информированность об аспектах наркотизма расширяется. Детям предоставляются сведения о свойствах и механизме действия конкретных наркотиков — алкоголе и марихуане (V-VI класс), гашише, кокаине (VII-IX класс). Такое детализированное информирование авторами программы объясняется необходимостью развеять популярные в подростковой среде мифы о безопасности данных наркотиков, их «полезных» свойствах.

Подробно рассматриваются вопросы о влиянии одурманивания на человеческий организм, его социальный статус. При этом анализ носит личностный характер, т.е. последствия одурманивания школьники примеряют на себя, определяя, каким образом наркотики могут изменить их жизненные планы, будущую жизнь. Для этого им предлагается написать сочинение «Наркотики и мои планы», составить сценарий фильма «Кадры из жизни» и т.п. В IV-V классе при прогнозировании используется ближайшая перспектива (что будет со мной сейчас, через месяц, год после пробы), в старших классах рассматривается более отдаленный этап (как одурманивание отразится на моей жизни через несколько лет, как может повлиять на взаимоотношения с будущим супругом, на здоровье детей).

Усложняется поведенческий алгоритм в ситуациях наркогенного заражения, который предлагается освоить школьникам. Если в начальной школе он главным образом был связан с избеганием ситуации, скорейшим выходом из нее, то здесь уже используются схемы активного вмешательства, управления ситуацией (предотвращение знакомства близкого человека с наркотиком, помощь человеку, находящемуся в состоянии наркогенного опьянения). Так, в ходе занятия «Куда обращаться» обсуждаются возможные ситуации, связанные с несчастным случаем, причиной которого стало одурманивание. Школьникам предоставляются адреса местных организаций, куда они должны обращаться за помощью в подобных случаях, а проведение специального видеотренинга позволяет отработать последовательность их действий.

Большое внимание уделяется обсуждению аспектов альтернативного удовольствия. Вначале школьникам демонстрируются социально одобряемые способы достижения положительного эмоционального состояния, позднее сами учащиеся должны предложить свой вариант социокультурного вытеснения одурманивания. Для этого подросткам предлагается разработать план конкретного мероприятия - вечера, танцевального шоу, конкурса и т.п., позволяющего снять эмоциональное напряжение, отдохнуть в общении с друзьями. Так, к примеру, в ходе игры-театрализации «Пришельцы с планеты, не ведающей дурмана» учащиеся, изображающие инопланетян должны познакомить своих одноклассников — землян с безалкогольными способами развлечения.

В ходе обучения продолжается развитие у школьников механизмов социальной адаптации. При этом широко используется опора на такие значимые для подростка реалии, как дружба, чувство общности с окружающими, любовь. Например, в процессе освоения коммуникативных навыков особое значение уделяется приемам оказания психологической помощи окружающим, допустимым формам вмешательства в жизнь другого человека.

Обучение подростков продолжает носить насыщенный

эмоциональный характер и связано с широким использованием игровых форм. Однако сама технология игры в этом случае значительно усложняется. Она связана с проблемно-ситуационным моделированием, основой которого служит творческая активность учащихся. Если младшим школьникам сценарий ролевой игры, конкурса и т.д. практически полностью задавался преподавателем, то подросткам предоставляется лишь самый общий план задания.

В старших классах (X-XII) продолжается подробное знакомство со свойствами различных одурманивающих веществ. Однако при этом подбор сведений и организация информирования осуществляется уже самими учащимися, преподаватель выполняет лишь контролирующую функцию. Школьники готовят специальные доклады, выпускают информационные бюллетени, проводят «круглые столы».

Расширяется и усложняется оценочный компонент антинаркотических установок учащихся. При обсуждении вопросов, связанных со свободой личного выбора и права человека самому определять свою судьбу, у подростков формируется убежденность в том, что любая форма одурманивания так или иначе нарушает интересы не только самого потребителя, но и окружающих его людей а следовательно, является незаконной.

Естественно, что обращение к столь сложным вопросам предполагает использование определенных форм организации педагогической профилактики. При работе со старшеклассниками традиционные формы обучения практически не применяются, занятия строятся в виде свободного обсуждения, равноправной дискуссии.

Продолжается тренировка навыков отказа и навыков общения в ситуациях наркотического заражения. Однако теперь подросток должен не только сам освоить их, но и научить этому других. Каждому старшекласснику необходимо выбрать одного или нескольких учеников V-IX классов, с которыми он общается, и познакомить их с алгоритмами поведения, позволяющими избежать приобщения к одурманиванию (так называемое

межвозрастное преподавание).

Значительная часть занятий посвящена анализу проблемы общения с людьми, использующими одурманивающие вещества («Попустительство и вмешательство», «Не допусти беды»). Юноши и девушки учатся распознавать кризисные, критические ситуации, связанные с наркотизацией, при которых необходимо вмешательство, определять его допустимые границы. Кроме того, они осваивают практические навыки поведения в таких ситуациях — первая помощь при токсическом отравлении, попытке самоубийства и т.д., а также приемы психологической помощи человеку, находящемуся в кризисном состоянии.

Главным достоинством Программы «Ваше здоровье-2000» является гибкость структуры, обеспечивающая обучение особенностям детской и подростковой аудитории; технологичность, упрощающая механизм внедрения программы в условиях различных типов образовательных учреждений; разнообразие форм и методов организации педагогической профилактики. При специальной адаптации данная программа может быть эффективно использована в работе отечественной школы.

Даже самая эффективная программа первичной профилактики не может полностью исключить возможность приобщения школьников к одурманиванию. Часть детей и подростков не могут избежать пробы одурманивающего препарата. Предотвратить развитие их дальнейшего наркогенного заражения можно за счет своевременной психокоррекционной работы, которая должна быть оказана на начальном этапе их наркогенной карьеры.

Как правило, наиболее ранний опыт наркотизации приобретают школьники группы риска - из семей алкоголиков и наркоманов, испытывающие проблемы в отношениях с окружающими, имеющие целый ряд поведенческих отклонений и т.д. Традиционные формы воспитательной работы с такими несовершеннолетними малоэффективны. У них уже имеется определенный негативный опыт социального взаимодействия со

взрослыми - учителями, родителями, работниками правоохранительных органов. Переноса его на весь мир взрослых, они начинают воспринимать любого представителя этого мира как чужого, врага. При этом несовершеннолетние с трудом идут на контакт даже с теми взрослыми, которые искренне пытаются им помочь.

Группой поддержки для таких детей и подростков становятся их сверстники, к которым они в основном и обращаются за помощью. Однако далеко не всегда сверстники оказываются достаточно компетентными для этого. Более того, поскольку часто круг общения проблемного школьника составляют подростки с асоциальным и даже антисоциальным поведением, их вмешательство лишь усугубляет ситуацию.

Осознавая важность и необходимость специальной профилактической работы со школьниками группы риска, авторы программы предлагают модель организации школьных консультативных пунктов, где роль консультантов выполняют учащиеся, прошедшие специальную подготовку.

Начальный этап создания консультационного пункта связан с выявлением в школьном коллективе подростков, способных выполнять функции добровольных помощников-консультантов. При отборе добровольных помощников (ДП) последовательно проводятся две процедуры: определение при помощи тестов и анкет группы школьников, имеющих необходимые для работы личностные характеристики, а также выделение в ходе общешкольного опроса среди этой группы тех, кто вызывает у большинства детей и подростков особое доверие.

Второй этап работы предполагает специальное обучение выбранных добровольных помощников. Основной формой организации их подготовки является групповая психологическая работа.

Основной задачей занятий первого модуля является создание условий для эффективного взаимодействия между участниками обучения и последующее их объединение. Разнообразные игровые методики,

используемые при этом, направлены на раскрепощение подростков, снятие у них психологической зажатости, неизбежной в начале знакомства, формирование в коллективе дружеской, доверительной атмосферы.

Второй и третий модули предполагают освоение ДП основных приемов построения позитивного взаимодействия с человеком, попавшим в трудную ситуацию. Прежде всего, ДП предлагается определить необходимые психологические условия оказания помощи другому человеку. В ходе специального психотренинга каждый из участников семинара должен выделить те черты характера, которые располагают к нему людей, обращающихся за помощью.

Описанные три модуля реализуются в первый день обучения. Второй день обучения предполагает расширение и усложнение освоенных подростками навыков. Так, четвертый и пятый модули направлены на развитие и усовершенствование навыков общения: подросткам дается представление о внешних проявлениях отношения несовершеннолетнего к «консультанту» — индикаторах теплоты или холодности в процессе общения (как по тону голоса, выражению лица, позе и т.п. можно определить отношение другого человека), а также способах реагирования на изменение эмоционального состояния. Для этого участникам предлагается цикл ролевых игр: «Шарада чувств», «Трудная ситуация» и т.д.

Задачей шестого модуля является освоение ДП навыков принятия решения в проблемных ситуациях. Прежде всего, подростки знакомятся с приемами анализа и оценки возникающей проблемы. Затем ДП рассматривают последовательность этапов процесса принятия решения: определение возможных альтернатив решения проблемы, прогнозирование последствий собственных действий; учет эмоционального фактора — чувств обратившегося за помощью, психологического давления со стороны окружающих; составление плана реализации принятого решения. Основной формой организации занятий является видеотренинг и ролевые игры, сценарием для которых служат литературные

произведения, посвященные проблемам молодежного наркотизма.

Седьмой и восьмой модули программы связаны с развитием у добровольных помощников навыков определения границ своего вмешательства при решении проблем подростка. При этом выделяются ситуации, в которых ДП не должны действовать самостоятельно, связанные с депрессивным состоянием человека. Добровольные помощники учатся распознавать поведенческие признаки депрессий, могущих обуславливать суицид (попытку самоубийства).

Помимо основного обучения, включающего восемь описанных выше модулей, для ДП организуется регулярное обучение — раз в 2 недели с подростками проводятся специальные занятия-лекции, а также консультационные встречи с психологом

Антинаркотическая программа взаимной помощи подростков является весьма перспективной для внедрения в работу отечественной школы. Дело в том, что существующая сегодня система профилактики наркотизма ориентирована в основном на детей и подростков, не имеющих опыта одурманивания и на тех, кто уже систематически применяет наркотические вещества. Промежуточная группа — эпизодических потребителей практически остается вне внимания. Безусловно, работа с такими детьми должна включать в себя целый комплекс мер и требует специальной разработки. Модель школьных консультационных пунктов может стать одним из ее компонентов.

Родиной Программы «**Эрстинский поворот**» является Швеция. По оценкам международных экспертов, Швеция в настоящее время считается страной, где организация профилактики молодежного наркотизма (получившая название «шведский путь») оказалась наиболее эффективной. За последние годы наблюдается устойчивая тенденция к снижению числа наркоманов. Проведенные исследования показали, что наркотики используют 5% учащихся старших классов. Это значительно меньше, чем аналогичный показатель, полученный 10 лет назад.

С 1983 года в структуре шведской модели профилактики появился новый компонент — служба семейной помощи детям, чьи родители страдают наркозависимостью. Это организация «Эрстинский поворот».

В основе ее работы лежит представление о наркотической зависимости как системной болезни. При этом все лица, связанные с наркозависимым, считаются вовлеченными в этот недуг, в той или иной мере «больными». Поэтому у детей из наркогенных семей гораздо чаще выражены личностные факторы риска, способные облегчать их приобщение к одурманиванию.

Цель программы "Эрстинский поворот" заключается в снижении или полной нейтрализации деструктивного влияния наркогенной семьи на личностное развитие несовершеннолетнего. Основной формой организационной работы является специальное просвещение и обучение несовершеннолетних. При этом решаются два блока задач: 1.изменение традиционной для детей из семей наркозависимых негативной личностной модели и формирование позитивной концепции; 2.расширение знаний детей о различных одурманивающих веществах, освоение ими приемов и навыков, позволяющих укрепить свое психическое и физическое здоровье, формирование представления о том, кто и как в обществе сможет защитить их права.

Дети попадают в Эрсту разными путями. Часть узнает о ней из средств массовой информации, часть приходит по рекомендации работников социальных служб. Особую категорию составляют дети, чьи родители находятся на лечении от наркозависимости.

Работа ведется в группах, численность которых не должна превышать 20 человек. Часть занятий проводят штатные сотрудники, часть — добровольные помощники. В больших группах занятия ведут одновременно трое взрослых, в маленьких — двое. Группы занимаются раз в неделю, продолжительность занятия составляет 1,5-2 часа. Обязательным условием психотерапевтической работы является наличие у сотрудников личного опыта близкого

общения с человеком, злоупотребляющим одурманивающими веществами (они либо жили, либо живут в одной семье с наркозависимым). Это, в свою очередь, обеспечивает установление доверительных, близких отношений между детьми и взрослыми, поскольку их проблемы во многом оказываются схожими.

При построении своих взаимоотношений с детьми педагогам необходимо соблюдать определенные правила, обеспечивающие эмоциональную безопасность воспитанников:

- Детям разрешается воздерживаться от ответа, взрослый должен терпеливо дожидаться ответа, если кто-то затрудняется с его формулировкой

- Взрослые участники программы должны уважать физическую независимость ребенка, в частности не навязываться к нему с объятиями или другими прикосновениями. Необходимость введения этого правила обусловлена тем, что в семьях взрослых с алкогольной и наркозависимостью личное пространство ребенка традиционно нарушается, большинство из них постоянно испытывают физическое насилие.

- Взрослым необходимо уметь справляться с "провокациями" со стороны детей (намеренно конфликтное поведение, мешающее ходу занятий). Такое поведение является типичным для детей из наркогенных семей, испытывающих хронический дефицит внимания и заботы. Конфликты, внешняя агрессивность в данном случае выступают, как способ заявить о себе.

Как видно из табл. 1., содержание программы строится по принципу "спирали", каждая тема повторяется дважды, однако при этом происходит расширение ее содержания и более углубленный анализ.

Все занятия строятся по строго определенной схеме. Ее соблюдению придается особое значение. Дело в том, что существование семьи наркозависимого обычно носит хаотичный, неупорядоченный характер. У детей отсутствует опыт жизни в стабильном ритме, а, следовательно, не сформированы навыки прогнозирования и планирования своей деятельности, необходимые для

успешной социальной адаптации. Постоянно сохраняющаяся, легко узнаваемая детьми схема занятия во многом способствует развитию таких навыков.

Занятие начинается со специально разработанной процедуры приветствия. Каждого ребенка воспитатели встречают отдельно еще в дверях. Затем педагог рассказывает о том, что будет происходить на занятии, четко определяет его тему и девиз. Основная часть занятия строится как мини-лекция, в ходе которой используются различные аудиовизуальные средства. Затем следуют разнообразные игры и упражнения, связанные с закреплением данной темы. Конец занятия, прощание детей проходят по определенному ритуалу.

Таблица 1. Тематика занятий для младших школьников

Урок	Тема	Цель
1	Надежда	Внушить детям надежду, дать им возможность увидеть и осознать, что они не одиноки
2	Чувства	Научить детей распознавать собственные чувства, внушить мысль о том, что каждый человек имеет право на собственные
3,10	Защита	Сформировать представление о различных видах психологической защиты, праве каждого человека на сочувствие и содействие со стороны
4,11	Алкоголизм/ химическая	Формирование представления о воздействии одурманивающих веществ на организм человека, особенностях
5,12	Риск и выбор	Освоение представления о рискованном поведении, об ответственности человека за свое
6,13	Семья	Оценка эмоционального климата собственной семьи, положительные характеристики членов
7,14	Личность	Развитие способности к оценке собственных возможностей, формирование положительной
8, 15	Семейная встреча	Развитие внутрисемейных связей, укрепление самосознания семьи

Жесткая структура занятия не исключает возможности гибкого изменения его содержания в случае, если у детей возникла потребность поделиться своими переживаниями, нарушено социальное взаимодействие в группе (ссора, конфликт между участниками группы).

Изучение опыта организации семейной помощи представляет особый интерес для нашей страны. Сегодня некоторые компоненты этой модели уже внедряются в работу наркологических служб. В дальнейшем такие организации смогут стать важным звеном комплексной системы профилактики наркомании среди несовершеннолетних.

Глава 10.

Физическая культура – в профилактике алкоголизма и наркомании подростков

Важное значение в профилактике алкоголизма и наркомании имеет воспитание в традициях здорового образа жизни, правильная организация досуга, занятия спортом, нетерпимость к праздному времяпровождению. Люди, имеющие поведенческие стратегии и развитые личностные, физические, психические ресурсы, более устойчивы к стрессам и у них меньше вероятность формирования алкогольной зависимости.

Бег оздоровительный.

Это наиболее доступный вид физических упражнений, не требующий предварительного обучения, наличия

спортивных баз, инвентаря и оборудования. Бег – очень мощное средство, направленное на оздоровление всего организма. Длительный бег в равномерном и умеренном темпе значительно стимулирует деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем: потребление кислорода во время бега увеличивается в несколько раз по сравнению с обычным уровнем; сердце во время бега перегоняет кровь в объеме, в несколько раз превышающем объем в спокойном состоянии. Регулярные занятия бегом положительно сказываются на функции желез внутренней секреции и деятельности центральной нервной системы. Тренировка в беге способствует развитию мышц, особенно ног, живота и спины, укрепляет кости, более прочными и эластичными становятся сухожилия и связки, улучшается подвижность суставов. Постоянные тренировки в беге, улучшают осанку, вырабатывают правильную походку. У занимающихся оздоровительным бегом улучшается настроение, повышается физическая и умственная работоспособность.

Оздоровительным бегом можно считать такой, при котором дистанция в 1 км преодолевается за 5-10 минут. Для новичков это время не должно превышать 9-10 минут, а для более подготовленных – 6-8 минут. Более быстрый темп любителям бега не рекомендуется. Для здоровых людей молодого возраста или лиц среднего возраста, имеющих хорошую тренированность (например спортсменов, оставивших большой спорт), беговые нагрузки могут быть значительными (до 40-60 км в неделю). Минимальную нагрузку можно рассчитать по формуле, предложенной К.Купером: $O = 75 \times S^3 : t^2$, где O – очки, S – расстояние в км, t – время (в мин). К Купер считает, что мужчинам за неделю следует набирать не менее 30, а женщинам – 24 очков.

Каждый, кто решил заниматься оздоровительным бегом, должен знать основные физиологические закономерности, в соответствии с которыми строится тренировка. Мощность работы сердца определяется ударным объемом (количеством крови, выталкиваемой аортой за один удар) и минутным - произведением

ударного объема на частоту сердечных сокращений (ЧСС).

Во время бега минутный объем крови до ЧСС 130 уд/мин растет за счет увеличения ударного объема и повышения ЧСС. В дальнейшем, при увеличении скорости бега, растет ЧСС, а ударный объем остается на уровне, достигнутом при ЧСС 130 уд/мин. К уровню ЧСС - 170-190 уд/мин минутный объем крови достигает своих максимальных величин. Эта ЧСС, а также и скорость бега, вызвавшие такие физиологические изменения, называются критическими.

Нагрузка во время бега не должна превышать возможностей организма, поэтому при выборе методики бега следует учитывать не только возраст, но и, главным образом, состояние здоровья и физическую подготовленность. В отличие от других видов физических упражнений, оздоровительным бегом лучше заниматься индивидуально. Это позволяет более точно учитывать объем тренировочной нагрузки. Можно бегать и в группе с товарищами, однако каждый должен выполнять свою индивидуальную программу. Целесообразно, особенно на первых порах, придерживаться правила: лучше недотренироваться, чем перетренироваться. Бег должен доставлять удовольствие, радость, иначе тренировка потеряет смысл.

В первые несколько месяцев занятий происходит только увеличение объема бега (времени бега и дистанции). После адаптации организма к длительному и медленному бегу можно переходить к постепенному увеличению скорости бега. Оптимальными величинами объемов оздоровительного бега после 6-8 месяцев занятий можно считать 35-45 минут (5-7 км), а после года тренировок около 60 минут (8-10 км). На начальном этапе рекомендуется проводить 3-4 занятия в неделю. Постепенно, когда оздоровительный бег войдет в привычку и станет обычной, а не большой физической нагрузкой, можно перейти к ежедневным тренировкам, чередуя более тяжелые пробежки с более легкими.

Езда на велосипеде.

В оздоровительных целях езда на велосипеде рекомендуется каждому здоровому человеку независимо от возраста и пола. Умеренная езда является незаменимым средством и для людей с ослабленным состоянием здоровья. Укрепляются мышцы ног, туловища и рук, улучшает деятельность сердца, легких, кровеносной и нервной систем. Кроме того, каждая прогулка является хорошей возможностью приобщения к природе и познания прошлого и настоящего родного края, средством снятия нервных и психических нагрузок.

При выборе велосипеда важно подобрать такой, рама которого соответствовала бы росту человека. Так, при росте 160-165 см высота рамы должна быть 520 мм, 165-170 см – 540 мм, 171-180 см – 560 мм, 181-185 см – 580 мм, 186 см и более – 600 мм. Положение всех частей тела должно быть непринужденным, при наклоне туловища спина не должна сутулиться. Ступню на педаль нужно ставить так, чтобы ось педали была под основанием большого пальца ноги.

Начинать выезжать на велосипеде можно с наступлением теплой погоды в апреле и продолжать до ноября, лучше всего начать с коротких прогулок по живописной местности, в спокойном темпе на ровном участке дороги. В зависимости от возраста, физического состояния и самочувствия можно изменять темп и длину дистанции. Если появились одышка, обильный пот или другие нежелательные ощущения, нужно сойти с велосипеда, пройтись пешком, сделать несколько дыхательных упражнений.

Катание на велосипеде – одно из любимых занятий детей летом. Однако рекомендуется оно только детям с нормальным физическим развитием, без начальных форм нарушения осанки. 3-4 -летний ребенок легко осваивает езду на трехколесном велосипеде. Поездки детей (уже с 6-7-летнего возраста) с родителями можно предпринимать на непродолжительное время – 15-20 минут в оба конца, включая обязательный отдых. В дальнейшем длительность поездки можно увеличить. Необходимо предупреждать детей, чтобы они на первых прогулках не «гоняли», не

увлекались ездой наперегонки с товарищами. Это может привести к переоценке сил, переутомлению. Ориентировочными нормами поездок на велосипеде по проселочным дорогам и тропинкам, в условиях пересеченной местности для детей 12-13-ти лет может служить расстояние 10-15 км с наибольшей скоростью до 10-12 км в час, 14-15-ти лет – до 15-20 км со скоростью до 15 км в час.

Катание на коньках.

Регулярное катание на коньках укрепляет здоровье, способствует закаливанию организма, эмоциональной и физической разрядке, вселяет бодрость, повышает тонус организма и сопротивляемость простудным заболеваниям. Катание на коньках используется как средство лечебной физкультуры. При катании в умеренном темпе устанавливается ритмичное глубокое дыхание, частота пульса у взрослых 120-130 уд/мин, у детей 120-140 уд/мин. . Детей обучать катанию на коньках можно с 4-5 лет. Обучение катанию на коньках начинается с освоения элементов движений в равновесии: хождение на коньках по комнате, переступание вправо-влево, неглубокие приседания и т.д. Катание приносит пользу при разумной дозировке. Начинающим рекомендуется кататься не более 30 минут, порциями по 10-12 минут при каждом выходе на лед. Взрослому человеку и ребенку, хорошо владеющим коньками, - 45-60 минут по 15-20 минут, подросткам и молодым людям – 90-100 минут по 25-30 минут. За время одного занятия можно преодолеть 2-5 км.

Катание на роликовых коньках. Роликобежцев отличает хорошая координация движений, ловкость, выносливость, скорость движений. При беге на роликах в умеренном темпе частота пульса достигает 130-150 уд/мин, а при быстром – 160-190 уд/мин. Во избежание травматизма новичкам не рекомендуется кататься на дорогах с крутыми и длинными склонами, вблизи движущегося транспорта, среди людского потока. Кататься на роликах нужно на сухом асфальте, так как на мокром - возникает опасность соскальзывания роликов с

опоры, потери равновесия. Для удобства и самостраховки при катании необходимо сгибать ноги в коленных и тазобедренных суставах, туловище немного наклонять вперед.

Плавание.

Широко применяется в системе физического воспитания и закаливания. Умение плавать нередко спасает жизнь. Обучать плаванию детей можно с 4-5 лет. Такое плавание способствует закаливанию детей, профилактике острых респираторных заболеваний, лучшему физическому развитию. Люди, систематически занимающиеся в плавательном бассейне, более стойкие к переохлаждению, не боятся резкой смены погоды. Во время плавания создаются наилучшие условия для кровообращения: улучшается венозный отток крови от ног, сокращаются большие группы мышц; давление воды на тело и глубокое дыхание способствуют хорошему кровоснабжению тканей, облегчается работа сердца. Заниматься оздоровительным плаванием можно 2-3 раза в неделю, занятия по обучению плаванию должны проходить в теплой воде (до 30 °С). Продолжительность пребывания в ней нужно постепенно увеличивать с 5 до 30 минут и более в зависимости от конкретного состояния здоровья занимающихся. До и после занятий в бассейне необходимо принимать теплый душ. Во время плавания на голову рекомендуется надевать резиновую шапочку. К купанию и плаванию в открытых водоемах зимой – моржеванию – можно приступать только после консультации с врачом и длительной предварительной подготовки (закаливающие процедуры нарастающей интенсивности).

Подвижные игры.

Это виды игр, требующие от участников повышенной двигательной активности. Широко используются как средство совершенствования движений, воспитания физических качеств, активного отдыха, оздоровления детей и молодежи. Подвижные игры могут успешно

применяться для коррекции осанки у детей, в занятиях с ослабленными детьми и молодежью в группах здоровья.

Важнейший результат подвижных игр – радость и эмоциональный подъем. Благодаря этому свойству они больше, чем другие формы физической культуры, отвечают потребностям растущего организма в движении, способствуют всестороннему развитию детей, воспитанию у них морально-волевых качеств и прикладных навыков, координации движений, ловкости, меткости, развитию чувства коллективизма и других важных качеств. Подвижные игры проводятся главным образом с целью развлечения, заполнения досуга, удовлетворения потребности в общении и движениях. Воспитательная и оздоровительная эффективность подвижных игр очень велика. Это объясняется их эмоциональностью, разнообразием, смысловой наглядностью игровых действий, возможностью проявлять творчество и смекалку.

Среди подвижных игр выделяют командные, некомандные, игровые гонки, игры-аттракционы и поединки, игры для дошкольников, подростков, взрослых и т.д.

Относительно небольшой физической нагрузкой и несложностью начальных технических приемов характеризуются бадминтон, волейбол, городки, теннис, что позволяет с пользой для здоровья увлекаться ими всем, включая и людей, ранее не занимавшихся спортом.

Спортивные подвижные игры имеют большое значение в школьном и внешкольном физкультурном движении, поэтому очень важно устраивать простейшие площадки в микрорайонах, во дворах, при школах. Занимаясь в спортивных секциях под руководством тренера, дети становятся физически более крепкими, дисциплинированными.

Туризм.

Это - один из видов активного отдыха. Функции туризма – познавательная, оздоровительная, спортивная – образуют соответствующие им виды туристской

деятельности: экскурсионно-познавательную, рекреационно-оздоровительную и спортивную. Важная особенность туризма – его посильность, поскольку нагрузки хотя и могут быть высокими, но не ограничены временем, что исключает перенапряжение организма. В начальный период занятий туризмом проводятся однодневные туристские прогулки, отличающиеся от обычных прогулок наличием маршрута, проложенного на достаточном удалении от дома, его протяженностью (до 10-15 км) и продолжительностью. Следующий этап – двухдневные походы с ночлегом в полевых условиях. Такой поход требует уже довольно тщательной проработки маршрута, использования карты, компаса при ориентировании на маршруте, более тщательного подбора одежды и обуви, снаряжения для организации ночлега, продуктов питания для приготовления пищи. Двухдневный поход, который может осуществляться не только пешком, но и на велосипеде, байдарке, а зимой – на лыжах, представляет собой реальную модель многодневного туристского похода.

Оздоровительная эффективность туризма обеспечивается уникальной возможностью использовать продолжительные по времени, а следовательно, значительные по объему, но очень умеренные по интенсивности щадящие нагрузки на сердечно-сосудистую систему. При этом длительная работа осуществляется на фоне положительных эмоций, вызываемых непосредственным общением с природой. Существенно и то, что дети охотно занимаются с туризмом. Умелое сочетание естественных сил природы – солнца, воздуха и воды с гигиеническими мероприятиями, медицинским и педагогическим контролем и самоконтролем за состоянием организма, принесет радость и здоровье от занятий туризмом.

Ходьба.

Самое доступное физическое упражнение, которое в простейшем его варианте приходится выполнять ежедневно. Регулярные занятия ходьбой повышают

работоспособность сердечной мышцы, улучшают периферическое кровообращение, включают в общую циркуляцию резервы крови, что способствует улучшению кровоснабжения и питания всех органов, прежде всего мышц и мозга. Ходить можно везде, но оздоровительной ходьбой лучше заниматься на тихих, малолюдных улицах, в парках или за городом, выбирая достаточно ровные дороги и тропы. Заниматься можно и нужно в любое удобное время и в любую погоду, но за 0,5-1 час до и через 1-1.5 часа после еды. Начинать необходимо с небольших посильных нагрузок, постепенно переходя к более продолжительной и быстрой ходьбе. Вначале нагрузку следует увеличивать за счет длительности ходьбы, а затем – за счет повышения скорости. Заниматься ходьбой надо минимум 2-3 раза в неделю. При ходьбе нужно следить за правильностью осанки: туловище должно быть прямое, плечи расправлены, живот подобран. Дышать во время ходьбы рекомендуется через нос. При восхождении на гору и по лестнице вдох следует удлинять, а выдох укорачивать; при спусках, наоборот, надо удлинять выдох и укорачивать вдох.

Ходьба на лыжах

Относится к физическим упражнениям, очень полезным для здоровья, так как выполняется длительное время при достаточном обеспечении организма кислородом, в так называемом аэробном режиме. При ходьбе на лыжах легко подобрать оптимальный режим нагрузки для лыжника любого возраста и разной физической подготовленности. Во время передвижения активно работают и равномерно нагружаются все важнейшие группы мышц ног, рук и особенно живота и спины. На свежем морозном воздухе лыжник получает большую нагрузку, работающие мышцы обеспечиваются большим количеством кислорода, что создает благоприятные условия для работы сердца и других органов. Прогулка на лыжах, лыжные походы, катание с гор, лыжный туризм широко используются для отдыха и оздоровления населения. Для детей и молодежи лыжный

спорт – это не только общение с природой, но и укрепление здоровья. Из разновидностей горнолыжного спорта наибольшей популярностью у молодежи пользуется слалом. Возможность выбора склонов различной крутизны и сложности в зависимости от индивидуальной подготовки в сочетании с красивой природой, чистым воздухом, искрящимся на солнце снегом, побуждает многих заниматься этим видом спорта не только зимой, но и летом.

Обучение детей ходьбе на лыжах можно начинать с 5 лет (в зависимости от уровня физического развития). Начальное обучение детей горнолыжной технике и прыжкам с трамплина возможно с 9-12 лет. Заниматься ходьбой на лыжах рекомендуется 2-3 раза в неделю до 50-60 минут. На первых порах начинающему лыжнику вполне достаточно 5 км-ой пробежки. Правильная дозировка занятий лыжным спортом и их полезность для здоровья вызывают желание повторить тренировки, снимают неприятные и болезненные ощущения в мышцах, обеспечивают высокую работоспособность, хороший аппетит, крепкий, спокойный сон.

Закаливание

Это - система гигиенических мероприятий, направленных на повышение устойчивости детского организма к воздействию неблагоприятных погодноклиматических условий; одно из эффективнейших средств профилактики заболеваний.

Рецепторы, воспринимающие холод, распределены на поверхности кожи неравномерно: больше всего их на стопах и слизистой оболочке дыхательных путей. Именно это и является причиной частого переохлаждения ног и дыхательных органов, что приводит к простудам у незакаленных детей. Закаливание не должно сопровождаться нарушениями сна, ухудшением аппетита, снижением работоспособности, а должно поддерживать чувство бодрости, приподнятости, хорошего настроения. Закаляться надо постоянно, всю жизнь – с рождения до глубокой старости.

Закаливание к холоду. Переохлаждение – один из факторов, предрасполагающих к возникновению простудных заболеваний. У незакаленных людей под влиянием охлаждения замедляются обменные процессы, происходят неблагоприятные изменения в деятельности центральной нервной системы, ослабевает способность организма противостоять возбудителям болезни. Сущность закаливания к холоду заключается в постепенном нарастании степени охлаждения. У детей, привыкших к холоду, теплообразование в организме происходит более интенсивно; это обеспечивает лучшее кровоснабжение кожи и повышает устойчивость к инфекционным заболеваниям и отморожениям.

Закаливание к холоду начинают с воздушных ванн – наиболее естественных, безопасных и доступных процедур, которые хорошо воспринимаются организмом и легко дозируются (продолжительность с 3 минут при комнатной температуре постепенно доводят до 1,5-2 часов). Спустя 10-15 дней воздушные ванны сочетают с местным закаливанием – босохождением по полу (начинают с 3 минут и постепенно доводят до 1,5-2 часов). Затем после 20-30 воздушных ванн переходят к водным процедурам – обтираниям, обливаниям, душам, ваннам, купанию, моржеванию. Начальная температура воды 18-22°C (комнатная) с последующим ее снижением на 1-2°C через каждые 3-5 дней и постепенным доведением до 10-12 °C. Закаливающее действие оказывает ежедневное умывание водой контрастных температур. Утром после обычного умывания лица 2-3 раза подряд следует умыть лицо сначала теплой (36-37 °C), затем 2-3 раза более прохладной (19-20 °C) водой. Закаливающий эффект даёт полоскание горла холодной водой. Начальная температура воды для полоскания 28-30 °C. Каждую неделю температура воды снижается на 1-2 °C и постепенно доводится сначала до комнатной, а затем до 14-15 °C и ниже. Полоскание горла проводится 2-3 раза в день круглогодично.

При закаливании к холоду особое внимание

обращается на закаливание обычных частей тела, особенно стоп. Для этого рекомендуется ежедневное мытье ног водой температуры 28-30 °С с последующим снижением ее через каждые 5-7 дней на 1-2 °С и доведением до 15-16 °С.

Закаливание к жаре. При высокой температуре воздуха возникает опасность перегрева (тепловой удар) организма, непривычного к ней. В результате многократного и длительного воздействия тепла устойчивость к высокой температуре воздуха повышается. В действие приводятся защитные и приспособительные системы организма. При нагревании теплопроводность и теплоизлучение организма повышаются. Регулярное воздействие повышенной температуры приводит к увеличению в поте количества жировых веществ. При этом вырабатывается своеобразная приспособительная реакция, поскольку жировые вещества уменьшают поверхностное натяжение жидкости, и пот равномерно распределяется по коже, а увеличение поверхности испарения способствует охлаждению тела. Если в начале привыкания к жаре, время, необходимое для активизации деятельности системы потоотделения, может быть довольно длительным, то в процессе тепловой адаптации оно значительно сокращается. Приспособление организма к повышенной температуре ускоряется в тех случаях, когда человек не находится в состоянии покоя, а выполняет мышечную работу. Адаптация к жаре протекает значительно легче, если разогревания повторяются по несколько раз в день.

В комплексе процедур, повышающих устойчивость организма к жаре, достойное место отводится банным.

Закаливание детей и подростков. Проводится с учетом возраста, состояния здоровья, индивидуальных особенностей ребенка. Основное правило закаливания – непрерывность, постепенность, проведение всех мероприятий на фоне положительной эмоциональной настроенности ребенка. В младшем школьном и

подростковом возрасте закаливание приобретает еще одно важное значение: в процессе тренировки устойчивости к неблагоприятным факторам окружающей среды у школьников не только повышаются способности к восприятию и запоминанию, но и формируются такие черты характера, как настойчивость, воля и целеустремленность.

Закаливание воздухом начинают с выработки привычки к свежему воздуху. Помещения, в которых находится ребенок, нужно хорошо проветривать, а температуру воздуха в них нужно поддерживать соответственно их назначению: в жилых комнатах – 18-20 °С, в классах – 17-18 °С, в гимнастических залах – 15-16 °С. Воздушные ванны начинают проводить в помещении при температуре воздуха 18-20 °С, постепенно снижая ее и увеличивая длительность процедур с 10-15 минут до 1 часа. Хорошо сочетать воздушные ванны с гимнастикой.

Солнечные ванны в средней полосе лучше принимать между 8 и 11 часами утра при температуре воздуха не ниже 18 °С. Начинают с 5-10- минутного пребывания на солнце, постепенно доводя его до 30 минут для детей младшего школьного возраста и до 60 минут для подростков. Признаками перегревания у детей являются усиленная потливость, покраснение кожи, повышение температуры, вялость.

Водные процедуры (умывание, обтирание, обливание ног и тела, душ, купание) проводят лишь здоровым детям. Обтирание тела обычно совершают после утренней гимнастики. При этом начальную температуру воды (28 °С для младших школьников и 24-26 °С для подростков) постепенно снижают через каждые 2 дня на 1-2 °С и доводят ее до 18-20 °С. После обтирания (губкой или варежкой из махровой ткани) тело растирают махровым полотенцем до легкого покраснения.

Если приходится прекращать закаливание, а затем через 3-5 дней его возобновлять, вода должна быть на 2-3 °С теплее, чем при последней процедуре. При более длительном перерыве закаливание начинают вновь с исходной температуры.

Наиболее сильный закаливающий эффект дает купание. Начинать его надо в безветренную солнечную погоду при температуре воздуха не ниже 23-24 °С, воды – не ниже 20 °С. Не следует входить в воду разгоряченным, сразу же после принятия солнечной ванны или подвижных игр, надо 10-15 минут отдохнуть в тени.

Литература

- 1.Амосинский, Е.В. СПИД и 21 век. – М.: Знание, 2005. – 498с.
- 2.Анохина И.П. Лекции по наркологии. – М. – 2001. – С.13-32.
- 3.Анохина И.П., Векшина Н.Л., Веретинская А.Г., Васильева Г.Н. // Журнал нейрохимии. – 1999. – Т.16. №4. – С.294-297.
- 4.Анохина И.П., Коган Б.М., Маньковская И.В. и др. Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркоманий и путей поиска средств лечения этих заболеваний // Фармакология и токсикология. 1990.
- 5.Белогуров, С.Б. Наркотики и наркомания. – СПб.: Университетская книга, 2006. – 230 с.
- 6.Березин, С.В., Лисецкий, К.С., Мотынга, И.А. Психология

- ранней наркомании. – Самара, 2005. – 310 с.
- 7.Буянов М.И. Размышления о наркомании. – М.: Просвещение, 1990. – 77с.
- 8.Венедиктов, О.А. СПИД и современная молодежь. – М.: НЕО, 2006. 473 с.
- 9.Вич-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Под общ. ред. В.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 496с.
- 10.Габиани А.А. На краю пропасти: наркомания и наркоманы. – М: Мысль, 1990. – 220с.
- 11.Городская и вузовская антинаркотическая политика/ Под ред. Г.В. Зазулина. — СПб: Санкт-Петербургский университет, 2001. 68с.
- 12.Гурски С. Внимание, родители: наркомания!: Пер. с пол. 2 изд. М., 1989.
- 13.Дейвоно Л.В., Ильюченко Р.Ю. Нейромедиаторные системы в психонейроиммуномодуляции: дофамин, серотонин, ГАМК, нейропептиды. Изд-во ЦЭРИС, Новосибирск, 1993.
- 14.Димофф Т., Карпер С. Как уберечь детей от наркотиков / Пер. с англ. — М.: Золотой телёнок, 1999. — 224 с.
- 15.Зайцев, К.Е. Система профилактики наркомании и СПИДа в США и Европе. – М.: НЕО, 2006. – 548 с.
- 16.Здоровье без лекарств: Попул. энциклоп. справ. – Мн.: БелЭн, 1994. – 383с.
- 17.Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Общие вопросы неврологии и психиатрии. 1997.
- 18.Исмуков, Н.Н. Без наркотиков. Программа предупреждения и преодоления наркотической и алкогольной зависимости. / Н.Н. Исмуков – М.: Фаир-Пресс. - 2001, 384 с.
- 19.Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков: Учеб. пособие для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений. – М.: Изд.центр «Академия», 2001. – 144с.
- 20.Колесников А.Н. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления // Безопасность. Информационный сборник. 1998. № 11-12.
- 21.Колесов Д.В. Беседы об антиалкогольном воспитании. – М.: Просвещение, 1987. – 77с.
- 22.Колесов Д.В. Предупреждение вредных привычек у школьников. – М: Педагогика, 1984. – 176с.

23. Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. – М.: Педагогика, 1991. – 312с.
24. Комиссаров Б.Г. Подросток и наркотики. Выбери жизнь! – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2001. – 128с.
25. Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы. – М.: Просвещение, 1991. – 159с.
26. Левин Б.М., Левин М.Б. Не оступись... - М.: Мысль, 1988. – 158с.
27. Летман, А.С. Профилактика наркомании в Европе. – М.: МИР, 2006. – 662 с.
28. Летушевич, Н.Д. Профилактика СПИДа. – М.: МИР, 2007. – 662 с.
29. Макеев Г.А. Рабы дурмана. – Волгоград: Нижне-Волжское книжное изд-во, 1988. – 128с.
30. Макеева А.Г. Педагогическая профилактика наркомании в школе – М.: Сентябрь, 1999. – 144с.
31. Муромский, В.О. Профилактика наркомании и СПИДа в молодежной среде: анализ отечественного опыта. – М.: МИР, 2006. – 634 с.
32. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: / Под общ. ред. д-ра социологич. наук, проф. А.Н.Гаранского. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 352с.
33. Орешкин Ю.А. К здоровью через физкультуру: Беседы врача. М., 1990.
34. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В.Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. — М.: Институт психотерапии, 2000.—256с.
35. Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / сост. И.П.Рущенко. – Харьков: Финарт, 2002. – 242с.
36. Прусс, М.С., Кельин, Л.Л., Мучник, Ю.Л., Володин В.М. Как избавиться от наркотической зависимости. – СПб: НЕВА, 2007. – 499 с.
37. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании/ Под ред. С.В. Березина, К.С.Лисецкого, И.Б. Орешниковой. – Самара: Изд – во «Самарский университет», 2004. - 336 с.
38. Речнов Д.Д. и др. Шаг за шагом от наркотиков. – СПб. Центр профилактики наркомании. 1999.

39. Рытик П.Г. и др. Спид: синдром приобретенного иммунного дефицита / П.Г. Рытик, А.Г. Коломиец, Н.Д. Коломиец. – Мн.: Беларусь, 1988. – 127с.
40. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М., 1991.
41. Титов В.А. Психофизиология. Конспект лекций. – М.: Приориздат, 2003. – 176с.
42. Ураков И.Г. Наркомания: мифы и действительность. – М.: Медицина, 1990. – 61с.
43. Шевердин С.Н. У опасной черты. – М.: Педагогика, 1985. – 160с.
44. Школа без наркотиков. Книга для педагогов и родителей // издание 2-е переработанное и дополненное // Под научн. ред. Л. М. Шипицыной и Е.И. Казаковой. – СПб.: ДЕТСТВО – ПРЕСС, 2005. - 477 с.
45. Ягодинский В.Н. Убереечь от дурмана. – М.: Просвещение, 1989. – 95с.
46. Ягодинский В.Н. Школьнику о вреде никотина и алкоголя: Кн. Для учащихся. – М.: Просвещение, 1985. – 112с.
47. Ярославцева И.В., Рерке В.И. Выбор за тобой! Пособие для студентов. Иркутск: ООО «Издательство «Аспринт», 2008.-52 с.