Минестерство образования Российской Федерации

Пермский Государственный университет

Юридический факультет

Кафедра соцыальная работа

**Реферат на тему: наркомания как**

**медико-социальная проблема**

Выполнила работу студентка

I курса д/о

юридического факультета

Специальности соцыальная работа

Группа № 11

Лядова Ольга Михайловна

Проверила работу кондидат

медицинских наук

Березинская Зоя Петровна

Пермь 2002

**Содержание**

Введение

* 1. Предыстория наркомании
  2. Крайне тревожная статистика
  3. Формирование престрастия к наркотикам
  4. Классификация наркотических веществ и типов зависимости
  5. Профилактика наркомании

Заключение

Список литературы

Приложение

# **Введение**

## 

## В тебе прокиснет кровь твоих отцов и дедов.

*Стать сильным, как они, тебе не суждено.*

*На жизнь, её скорбей и счастья не изведав,*

*Ты будешь, как больной, смотреть через окно.*

*И кожа ссохнется, и мышцы ослабеют,*

*И скука вьется в плоть, желания губя.*

*И в черепе твоём мечты окостенеют,*

*И ужас из зеркал посмотрит на тебя.*

***Себя преодолеть!***

*Эмиль Верхарн.*

### Но себя преодолеть под силу не каждому.

Как это не покажется парадоксальным, но даже сегедня, в эпоху гласности, далеко не все имеют четкое представление о проблеме наркомании. А она почти повсюду в мире превратилась в грозныю опасность для граждан и государственных институтов. Информация из большинства стран мира свидетельствует, что злоупотребление наркотиками распространилась во всех социальных слоях и возрастных группах и особенно среди молодёжи. Поэтому тема наркомании очень актуальна так, как проблема здоровья подрастающего поколения и нормальное функцианирование общественного организма сейчас стоит очень остро, как в районе, городе, так и в стране и во всём мире. В этом актуальность моей темы.

Норкомание – мощнейший фактор социальной дезорганизации, самая серьёзная угроза нормальному функционированию общественного организма. Наркомания разрушает накопленные человеческой культурой навыки деятельности и общения, выводит из строя механизмы взаимодействия между людьми, подрывает ту основу целесообразности и организации, без которой, увы, невозможно само существование общества.

Для данной работы я перессмотрела литературу, в целом посвященную этой проблеме. Наиболее интересными мне показались следующие работы: “Школа без наркотиков”. Издание 2-е, переработанное и дополненное // Под научн. ред. Л. М. Шипицыной и Е. И. Казаковой. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2001. 176 с. Ягодинского В. Н. “Убереч от дурмана” М. – 1989 и Петрова В. И. “Наркомания: избавление от зависимости, лечение профилактика” 1999. – 320 с. – ( советы врача нарколога ).

Я считаю, что для того, чтобы молодое поколение было здоровым, а общество полноценным необходимо убереч их от наркомании. И потому не будем избегать “щекотливых” тем, надевать на детей розовые очки, делать вид, что плохого в нашей жизни нет. Пусть знают, что расплата за “кайф” неминуема своим здоровьем, счастьем и жизнью своею.

Поэтому в этом реферате я раскрою, во-первых, само понятие наркомании, её предысторию, роль социального работника в области этой проблемы, какого положение дел сегодня. И, конечно же, как выбрать правильную линию социалной защиты от наркомании.

Ведь наркомания есть зло, которое угрожает сегодня всему человечеству, поэтому и бороться против него мы должны сообща. А для того, чтобы это стало возможным, мы должны хорошо знать своего врага – наркотики и все, что с ними связанно.

**1.1 Предыстория наркомании**

Наилучшее понимание наркологической проблемы требует хорошего знания истории, традиций производства и употреб­ления психически активных веществ.

Наркотики известны с глубокой древности. Начало их при­менения, вероятно, совпадает с возникновением человеческого рода. Во всех обществах издавна существовал обычай прини­мать вещества, способные изменять психическое состояние че­ловека. Их проглатывали, жевали, вдыхали, а сейчас еще и вводят шприцем. Средства, вызывающие чувство особого пси­хического подъема и нарушения сознания, всегда использова­лись с определенной целью — для проведения социальных, религиозных обрядов или миических ритуалов.

Известно, что многие цивилизации пользовались наркоти­ческими веществами. Майя и ацтеки клали под язык листья коки — для поддержания сил в дальнем походе, китайцы ты­сячелетиями курили опиум — для снятия стресса и как сно­творное, жители древней Аравии с теми же целями употребляли гашиш (от арабского “трава”). Воины-измаилиты перед боем принимали гашиш, после чего становились активными и жес­токими. В Древнем Египте, Древней Греции и Древнем Риме также были знакомы с лечебными свойствами (подавления боли или недомогания) опия, индийской конопли и других наркотических веществ.

Самую древнюю историю имеет, пожалуй, употребление опия. Находки каменного века на территории Европы, древне­египетские рукописи повествуют о ритуально-мистических об­рядах с помощью растения “мак”. Древнегреческие рукописи, еврейский Талмуд V века до н. э. повествуют о лечебном при­менении этого наркотика, об “облегчении страданий”. Об этом писали Гомер, Геродот, Теофаст, Гиппократ в своих эпосах. Использовал это “лекарство” и Авиценна. Врачи средневековья широко применяли опий (лауданум) при психических возбуж­дениях, депрессии, спазмах различной этиологии. К концу XVII века трудно было найти болезнь, при лечении которой не применялся бы опий.

С научным развитием медицины постепенно стали откры­ваться обратные, вредные, действия опия, показания стали су­жаться. И только после нашумевших смертельных случаев из­вестнейших в Англии поэтов, особ высшего общества, получили огласку сведения, что, например, в 1860 году от опийной нар­комании умерло в два раза больше людей, чем от других за­болеваний. Начиная с 20-х годов нашего столетия “лечебные” свойства данного наркотика в корне были пересмотрены всеми учеными мира. Вспомнили изречение древних мудрецов: “Тот, кто привык к опиуму, должен принимать его ежедневно, иначе он обречен на смерть или самоуничтожение. Тот же, кто ни­когда не употреблял его, в случае, если ему представится воз­можность принять дозу, привычную для потребляющего, умрет непременно”.

Употребление кокаина также имеет древнюю как мир ис­торию. Кустарник произрастает в Центральной и Южной Аме­рике. В древности он использовался туземцами в ритуалах, обрядах или просто, собравшись группой, они жевали листья этого растения — так было принято.

В середине XIX века немецкие ученые выделили из листьев 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. Зигмунд Фрейд рекомендовал его при лечении астмы. Однако, Первая мировая война поставила под сомнение целесо­образность широкого применения кокаина из-за распространив­шейся массовой зависимости воинов от этого наркотика. Сол­датам в состоянии опьянения или кокаинового психоза боевые действия, мягко говоря, было трудно проводить. Особенно много кокаинистов встречалось среди летчиков. Самые кровавые бан­дитские налеты в гражданскую войну в России совершались под действием кокаина. И еще одно свойство способствовало его распространению — способность заглушать голод.

До середины 1980-х годов кокаин был распространен в вы­сокоразвитых странах. В России после длительного перерыва он вновь появился на рубеже 1980-1990-х годов. Трудность силовой борьбы с распространением этого наркотика обуслов­ливается тем, что это — порошок, а следовательно, предельно проста процедура его провоза, хранения и продажи.

С развитием торговли наркотики попадают в Европу, где находят свое применение в медицине. Долгие годы с помощью наркотиков решались множественные проблемы, в частности и опиум, и героин рассматривались как универсальные обезболи­вающие. Благодаря египетским походам Наполеона гашиш про­ник в Европу.

XX век открыл и новое качество наркотизма как социального явления: опьяняющие вещества стали распро­страняться среди несовершеннолетних, не достигших ни био­логической, ни социальной зрелости. Первыми детьми-нарко­манами в нашей стране стали в 1920-е годы беспризорники. Но до 1960-х годов процесс наркотизации в обществе шел волнообразно — подъемы чередовались со спадами

В настоящее время тревогу вызывает как немедицинское, так и медицинское использование психотропных веществ в раз­ных социально-экономических группах, а также появление не­которых наркотических веществ там, где. их раньше не знали. Марихуану стали использовать в европейских странах, кока­ин—в Северной Америке, алкогольные напитки — в Индии, Пакистане и странах юга и востока Средиземноморья. Причем это распространение наркотических средств в регионах и об­ластях, где они не были традиционными, продолжается, затруд­няя предупреждение новых вспышек злоупотребления ими. Возникают новые и новые виды наркотических веществ.

Гамма психотропных, болеутоляющих препаратов, использу­емых с целью наркотизации, изменяется. На смену кодеину, нок-сирону, фенобарбиталу пришли трамал, реладорм, синдокарб. В период первичного “поискового полинаркотизма” подростками “не забыты” димедрол, паркопан. Не проходит и года, как по­являются зашифрованные жаргоном названия — speed, и т. д. и т. п. Поиск все новых, причем зачастую неожиданных, веществ, вероятно, не прекратится в обозримом будущем.

Наркодельцы стали использовать самые изощренные мето­ды — не представлять наркотик как наркотик, а, например, как просто стимулирующую таблетку.

В России проблема наркомании существовала не только на протяжении всей истории СССР, но и задолго до его образова­ния. Оценка проблемы носила явный отпечаток идеологического контроля со стороны партийного руководства страны. Наркома­нии трактовались как единичные случаи экспериментирования с наркотиками, не носящие характера социального явления.

Замалчивание проблемы наркомании в нашей стране, отри­цание ее существования, имевшее место вплоть до 1986 года, сыграло крайне отрицательную роль.

В настоящее время в цивилизованном мире наблюдается по­степенный переход от политики “войны с наркотиками” к политике “сокращения (уменьшения) вреда”. Наиболее энергично по этому пути пошли Нидер­ланды, Великобритания, Швейцария, Австралия. К сожалению, Россия опять идет “своим путем”. Закон “О наркотических сред­ствах и психотропных веществах” (1997) — резкий шаг назад, сводяший на нет первые робкие успехи по обеспечению помощи наркоманам. Тотальный набор запрещенных наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов (ст. 1, 2 Закона), запрет на использование наркотических средств и психотропных веществ частнопрактикующими врачами (ст. 31), запрещение немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (ст. 40), резкое ограничение сведений, допустимых в антинаркотической пропаганде (ст. 46), запреще­ние лечения больных наркоманией частнопрактикующими вра­чами, а также с использованием наркотических средств, напри­мер, метадоновая терапия (ст. 55), применение медицинских мер принудительного характера (ст. 54, п. 3), фактическая ликвидация анонимного лечения (ст. 56) — все это отбрасывает страну назад и приводит к полной беспомощности наркопотребителей перед наркобизнесом, криминализации негосударственной медицин­ской помощи, росту преступности наркопотребителей ради до­бывания наркотиков и тому подобным последствиям.

В цивилизованных странах мира социальная реакция на наркопотребление выражается в отказе от запрета на употреб­ление наркотиков (равно как потребление алкоголя или табака), нарушающего ст. 12 Всеобщей декларации прав человека, вы­работка стратегии и тактики мягкого, гибкого превентивно-воспитательного реагирования (социального контроля) общества и государства на потребление наркотиков, развитие антинарко­тической пропаганды, психолого-педагогической и медицин­ской социальной помощи наркозависимым и членам их семей.

**1.2 Крайне тревожная статистика**

Скорость распространения наркомании в России “перехлес­тывает” цифры всех европейских стран. Мы стали быстро до­гонять США по уровню употребления наркотиков. Если в 1990 году СССР отставал от США в этой области на 20 лет, в 1991 году — на 15, то в 1993-м — лишь на пять лет. Скоро по употреблению наркотиков мы обгоним Соединенные Штаты. К началу 1990-х годов в России от 1 500000 до 5000000 че­ловек потребляли время от времени или регулярно наркотики, к концу 1990-х годов число наркоманов перешло 7%-ный рубеж и составляет ныне более 10 млн. человек. В России сегодня уже нет людей, так или иначе не сталкивавшихся с наркоти­ками: либо они пробовали зелье сами, либо их друзья, знако­мые, родственники, либо им предлагали наркотики.

Беда эта страшная и распространяется в России стремительно. Вот лишь некоторые цифры, свидетельствующие о мас­штабах и глубине поражения наркотиками нашего общества. По данным Минздрава Российской Федерации, на 1 января 1999 года, в наркологических диспансерах состояли на учете 160 тыс. больных наркоманиями (109,6 на 100 тыс. населения), свыше 93 тыс. человек, злоупотребляющих наркотическими средствами, более 13 тыс. больных токсикоманиями и свыше 29 тыс. злоупотребляющих токсическими (сильнодействующи­ми) веществами. Количество состоящих на учете больных нар­команиями выросло за 10 последних лет более чем в пять раз. Общество и государство России не восприняли всерьез тот факт, что наркомания стала первой в ряду социальных проблем. Идет время, и сегодня потребление наркотиков уже является неотъемлемой реальностью, частью нашего и без того неблаго­получного бытия.

Особую тревогу вызывает резкое “омоложение” контингента больных наркоманиями. По данным медико-социальных иссле­дований, средний возраст начала употребления токсико-наркоти-ческих веществ снизился до 14,2 лет среди мальчиков и 14,6 лет среди девочек. Системный анализ показателей наркологической заболеваемости подростков и населения в целом свидетельствует о том, что в 1998 году уровень заболеваемости наркоманией среди подростков был в 2 раза выше, чем среди населения в целом, а за­болеваемость токсикоманией — в 8 раз. Подростки злоупотребля­ют наркотиками в 7,5 раза, а ненаркотическими психоактивными веществами — в 11,4 раза чаще, чем взрослые. “Омоложение” наркотизма должно кардинально изменить традиционное пред­ставление педагогов о сроках начала профилактической работы. Начинать ее надо не в подростковом возрасте, а с начальной школы, включая дошкольный возраст.

Удельный вес подростков среди больных наркоманией, по данным на начало 1999 года, составляет 29,8 тыс. человек. В 1984 году таких на всю Россию было только 420 чел. Всего по стране на каждые 100 тыс. подростков приходится 73 боль­ных. Это эпидемия.

Вызывает большую тревогу то, что:

— в разных регионах России, по данным правоохранитель­ных органов, насчитывается от 20 до 30% школьников, которые так или иначе знакомы с употреблением наркотиков;

— число подростков и студентов, больных наркоманией, за минувшие четыре года в крупных городах выросло в 6—8 раз, а число женщин-наркоманок за последние десять лет увеличи­лось в 6,5 раза;

— получили распространение “семейная наркомания” и да­же приобщение родителями малолетних детей к наркотикам. В реанимационные токсикологические отделения больниц по­падают даже дети 5-7 лет;

— по некоторым данным, в нашей стране сейчас примерно 2 млн. людей, регулярно употребляющих наркотики, примерно 4 млн. человек уже пробовали их, а 3/4 из них — молодежь от 14 до 30 лет;

**— вряд ли кто-нибудь из впервые вступивших на опасную “дорогу в никуда” осознает, что только 10% подростков-нарко­манов доживает до 30 лет;**

— уровень заболеваемости наркоманиями среди подростков в 2,5 раза выше, чем среди всего населения, подростки в 6,3 раза чаще злоупотребляют наркотиками. В 1997 году в Рос­сии погибли от наркомании 1600 чел, среди них половина — подростки;

— за последние десять лет число смертей от наркотиков увеличилось в 12 раз, среди детей — в 42 раза, причем в 65% случаев причиной смерти является передозировка наркотиков. Заболевания, связанные с наркозависимостью, ежегодно состав­ляют в России 20% всех госпитализаций и 10% всех смертей.

Известно, что один наркоман за год втягивает в порочный круг от 10 до 15 человек. Делает это наркоман в основном для того чтобы самому стабильно иметь деньги на ежедневные порции “зелья”. При таких темпах через пять лет в стране более чем 1/4 населения попробует наркотики. Рост наркома­нии резко обостряет проблему СПИДа. Из зарегистрированных в 1997 году 4725 ВИЧ-инфицированных человек 91% — нар­команы. Установлена прямая связь роста наркомании и бы­строго расползания по стране гепатита Б: зарегистрировано бо­лее 40 случаев на 100 тыс. человек.

Совершенно очевидна связь роста социально-экономических проблем, роста злоупотреблений алкоголем и наркотиками и роста преступности несовершеннолетних. Эти три процесса идут параллельно — в состоянии опьянения подростками со­вершается 50% всех правонарушений, в том числе 80% всех тяжких преступлений (убийств, изнасилований и т. п.).

За шесть месяцев 1998 года было совершено 108 тыс. преступлений, связанных с наркотиками, при этом количе­ство тяжких преступлений увеличилось на 40%. Из каждых десяти имущественных преступлений шесть совершаются нар­команами.

На фоне общего сокращения количества преступлений, со­вершенных несовершеннолетними или при их соучастии, число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотичес­ких средств или психотропных веществ, продолжает расти. Так, в 1998 году зарегистрировано 11,1 тыс. таких преступлений (для сравнения: в 1995 г.— 4,5 тыс.), за 3 года прирост составил 146,6%, вследствие чего к уголовной ответственности привле­чено 8,3 тыс. несовершеннолетних (прирост за последние три года - 117,8%).

В 1998 году за употребление наркотических средств в ор­ганы внутренних дел было доставлено более 21 тыс. несовер­шеннолетних. Количество употребляющих наркотики детей и подростков, состоящих на профилактическом учете в органах внутренних дел, по состоянию на 1 января 1999 года составляло 16,6 тыс. человек (на 13,7% больше, чем в 1997 году).

Основной возраст первого знакомства с наркотиками 11—14 лет (41%) и 15—17 лет (51%). Однако, как показывают исследования, проводимые в крупных городах, к 13—15 годам каждый второй школьник хотя бы раз использовал наркотик. Наркотическая “карьера” сегодня нередко начинается уже в 7-8 лет.

Среди тех, кто использует одурманивающие вещества до 13 лет, почти исключительно мальчики. Это объяснимо. Мальчи­кам в большей степени, чем девочкам, свойственно рискованное поведение, стремление испытать себя, произвести впечатление на окружающих. Все, что обладает повышенной опасностью, притя­гательно для мальчиков. Однако в группе несовершеннолетних, познакомившихся с наркотиками и токсическими веществами в 14—15 лет, приблизительно 35% составляют девочки. Таким об­разом, проблема постепенно приобретает универсальный харак­тер, переставая быть исключительно юношеской, мужской.

Еще недавно ученые исследователи считали, что токсико-наркотические средства распространяются преимущественно среди детей из неблагополучных семей, детей, склонных к бро­дяжничеству. Однако установлено, что в последние два-три года зараженность наркотиками в элитарных общеобразовательных, частных школах, лицеях, колледжах в 2-2,5 раза выше, чем в обычных школах, а в старших классах она достигает 27% (в обычной школе — 2-15%, в сельской школе — 2-3%). Среди детей и подростков этой группы значительно быстрее распространяется молодежная наркотическая субкультура, когда употребление стимуляторов воспринимается как особая жизнен­ная ценность, принимает “знаковый” характер приобщения к иному, полному необычных впечатлений образу жизни.

К окончанию школы 19,5% мальчиков и 13% девочек про­бовали наркотики, а регулярно “сидят на игле” 9% мальчиков и 5% девочек. 30% выпускников школ-интернатов и детских домов становятся алкоголиками или наркоманами.

По официальным данным, 3% призывников употребляют наркотики.

Кроме того, по данным Министерства обороны, к настоящему моменту в Российских Вооруженных Силах выявлено 18,0 военнослужащих, больных СПИД ом, 98 из них — наркоманы.

67% родителей наркоманов не догадываются о беде, а из тех, кто знает, 19% бездействуют, 72% пытаются решить про­блему самостоятельно. Большинство родителей не знают, как уберечь детей от первого укола. Им нужны конкретные советы. Амбарный замок и насилие не привяжут “колючего” подростка к семье, а страшные истории не отвратят от запретного плода.

Другая существенная причина стремительного роста нарко­тической эпидемии — это доступность наркотиков. С каждым годом наркобизнес в самом прямом смысле захватывает все новые и новые российские территории. Показательны темпы героинового вторжения в Рорсию: если в 1996 году изъятия, героина были зафиксированы в 14 регионах, то в 1997 году героин “засветился” уже на территории 43 субъектов Федера­ции; в 1998 году наркотик изымался в 68 республиках, краях и областях, а в 1999 году, пожалуй, только оленеводы на Край­нем Севере все еще отдавали предпочтение “огненной воде”, а не шприцу с “герычем”.

Наркомания приобщает к наркотикам не только учащихся школ, ПТУ, вузов, но и целые города, даже страны. Город, регион наркотизируется по тем же самым “законам”, что и человек (новичка “угощают” бесплатно.

На российском рынке уровень цен на героин, кокаин и другие наркотики существенно выше, чем в США и Европе, что стимулирует экспансию к нам международного наркобиз­неса. Вряд ли является случайным тот факт, что именно за последние десять лет число наркоманов в США уменьши­лось вдвое, а в России многократно возросло. Наша страна оказалась совершенно не готовой к наркотической агрессии внешнего мира.

Наркодельцам поставки наркотика в Россию приносят аст­рономические барыши. Килограмм героина в Афганистане стоит 8—10 тыс. долларов США, тот же килограмм в Таджики­стане оценивается уже в 20—25 тыс. долларов, в Москве его цена возрастает до 150 тыс. долларов. Прибыль от продажи наркотиков на российской земле составляет баснословные про­центы, то есть, вложив в “дело” доллар, наркоделец в конечном счете получает за него до двух тысяч “зеленых”.

Более половины всех изымаемых в России наркотических средств имеют зарубежное происхождение. Без всякого пре­увеличения можно говорить о своего рода наркоагрессии по отношению к России.

**1.3 Формирование пристрастия к наркотикам**

Чтобы помочь человеку вырваться из пропасти затягивающей его наркозависимости, надо его по­нять. Бороться с потребностью в наркотике можно только в том случае, если обнаружена первопричина, толкающая подростка к неминуемой гибели. Для понимания причин и механизмов развития наркомании очень важно учитывать пси­хологические особенности подросткового возраста, которые ле­жат в основе кризиса взросления. Этот кризис может прояв­ляться в переживаниях о своих, чаще воображаемых, физичес­ких недостатках, чрезмерной озабоченности своим здоровьем, появлением особого отношения к еде и приему пищи, склон­ности к асоциальному поведению и даже в мыслях о само­убийстве.

Специалисты выделяют несколько моделей аддиктивного по­ведения, или пристрастия к наркотикам.

**Успокаивающая модель** — один из наиболее распространен­ных вариантов применения психоактивных веществ и наркоти­ков с целью достижения душевного спокойствия у нерешитель­ных, сомневающихся, мнительных, пугающихся всего нового, постоянно тревожных подростков. Употребляя наркотики, они стремятся снять нервное напряжение, расслабиться, успокоить­ся, забыться, уйти от неприглядной или опасной действитель­ности, от неразрешимых жизненных проблем.

**Коммуникативная модель** может возникнуть в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, добро­желательности. К этому средству чаще всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально ранимые подростки.

**Активизирующая модель** характеризует тех подростков, ко­торые применяют психоактивные вещества с целью подъема жизненных сил, сниженного настроения, бодрости, усиления активности.

**Гедонистическая модель** наблюдается тогда, когда употреб­ление психоактивных веществ используется для получения удо­вольствий, достижения приятных ощущений психического и физического комфорта.

**Конформная модель** выражается в стремлении подростков подражать, не отставать от сверстников, *быть принятыми груп­пой* с помощью употребления психоактивных веществ.

**Манипулятивная модель** связана с возможностью использо­вания психоактивных веществ для манипулирования другими подростками, для их эксплуатации, для изменения ситуациив собственную пользу, для достижения тех или иных преиму­ществ.

**Компенсаторная модель** определяется необходимостью ком­пенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармонию характера.

Пристрастию к наркотикам также способствует увлечение ритмической и обязательно громкой музыкой, азартными игра­ми, беспорядочными половыми контактами.

Формирование пристрастия к наркотикам в значительной степени связано с групповой психологической зависимостью, т. е. с появлением потребности к употреблению того или иного психоактивного вещества только тогда, когда собирается “своя компания”. Не меньшее значение имеют сниженные адаптив­ные возможности подростков, обусловленные эмоциональной неустойчивостью, недостаточным самоконтролем поведения, низкой самокритичностью, неразвитой рефлексией, эгоцентрич-ностью, неуверенностью в себе или чрезмерной переоценкой собственного “Я”, бегством от реальности, инфантильностью, чувством неспособности справиться с трудностями, отсутствием устойчивых интересов и увлечений.

Факторы риска наркомании не возникают сами по себе, для их формирования необходима определенная основа. К фак­торам риска обычно относят биологические (или медицинские), социальные, психологические.

**Биологические факторы риска.** Известно, что у наркотизи­рующихся матерей дети могут иметь биологическую предраспо­ложенность к наркомании. Известно также, что если мать во время беременности принимала наркотики, то у родившегося ребенка в первые двое-трое суток появляются симптомы “от­мены наркотиков”. Новорожденный становится беспокойным, у него появляются судороги, лицо синеет, возникает дрожание конечностей и др. Иногда из-за тяжести такого состояния дети погибают.

биологические факторы напрямую влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные на­грузки, причем не только и не столько в интеллектуальной сфере, сколько в эмоциональной.

**Социальные факторы** риска наркомании отражают неблаго­получную экономическую, культурную, политическую, крими­нальную ситуации в обществе. Социальные причины в сово­купности образуют своего рода “дрожжевой раствор”, в котором наркомания как общественное явление существует и множится. Выделяют несколько причин наркомании среди подростков, тесно связанных с социально-экономической ситуацией:

**©** разрушение института семьи;

**©** отсутствие у подростков жизненных перспектив;

**©** плохая организация досуга;

**©** целенаправленное “подсаживание на иглу” подростков взрослыми наркоманами.

**Психологические факторы** наркомании определяют индиви­дуальный процесс приобщения подростка к наркотикам.

Среди психологических причин можно назвать следующие:

-неправильное воспитание в семье;

-вовлеченность в группу сверстников, употребляющих

наркотики;

-асоциальное поведение;

-дезадаптированность к учебному процессу;

личностные характеристики.

**1.4 Классификация наркотических веществ**

Только в конце XIX столетия общество стало смотреть на наркоманию как на международную ме­дицинскую проблему, требующую самого присталь­ного внимания. А в начале XX века, с развитием технического прогресса, когда началось лаборатор­ное производство алкалоидов опиума и кокаина, наркомания обрела новое качество — массовость и эпидемические масштабы распространения. Те­перь медики всего мира уверенно говорят именно об **эпидемии** наркомании. Косвенными причинами рас­пространения стали развитие транспорта и между­народной торговли, которые сократили расстояния и расширили границы между различными государ­ствами.

На сегодняшний день наркомания является ми­ровой проблемой, которая присутствует на всех континентах. К тому же она проявляет тенденцию неуклонного роста, а ее неблагоприятные послед­ствия весьма многосторонни как для самих нарко­манов, так и для общества, в котором они сущест­вуют.

Наркоманию следует рассматривать как явление медико-социальное, развивающееся практически во всех странах. Эта проблема застала врасплох бывшие социалистические страны, где многие годы гос­подствовала иллюзия того, что наркомания — специфический продукт западного мира, а при социализме для нее нет предпосылок.

Но проблема наркомании весьма многосторонне и охватывает как здоровье человека, так и социаль­ную, экономическую, правовую, этическую и куль­турную сферы. Все замыкается в границах треу­гольника: человек — общество — наркотик. Эти три составляющие находятся во взаимной связи, а зна­чение каждой из них меняется в зависимости от со­отношения внешних и внутренних факторов.

В случаях, когда социальные ус­ловия со всеми их негативными сторонами стано­вятся проблемой для отдельной личности или для определенной категории людей, формы болезненно­го поведения следует рассматривать как явление социопатологическое. В такой ситуации наркома­ния не является индивидуальным несчастным слу­чаем, а становится показателем общей социальной тенденции. Она принимает характер эпидемии.

Еще в 1957 г. экспертная группа ВОЗ определила наркоманию как “Состояние эпизодического или хронического отравления, вызванного повторяю­щимся введением наркотика”. Комитет экспертов ВОЗ различает в наркомании, как болезни, две раз­новидности состояний — зависимость и привыкание.

Зависимость характеризуют:

-сильное желание или непреодолимая потребность (навязчивое состояние) дальнейшего приема нарко­тика, а также попытки получить его любой ценой;

-тенденция увеличения дозы по мере развития зависимости;

-психическая (психологическая или эмоциональ­ная) зависимость от эффекта наркотиков;

-губительные последствия для личности и обще­ства.

Привыкание (пристрастие) характеризуют:

- желание (но не непреодолимое) дальнейшего пРиема наркотика с целью улучшения настроения;

-незначительная тенденция (или отсутствие тако­вой) к увеличению дозировки;

-некоторая степень психической зависимости от эффекта наркотика, но отсутствие физической за­висимости, что означает отсутствие абстинентного синдрома;

-отрицательные последствия если и наступают, то касаются только личности самого наркомана.

Все наркотики с точки зрения их происхождения делятся на две группы — натуральные и синтетиче­ские. Одни растения оказывают успока­ивающее, другие — возбуждающее действие. От­дельную группу составляют растения, изменяющие состояние сознания и вызывающие галлюцинации и видения.

Термин “синтетические наркотики” относите к многочисленным веществам, появившимся после 1939 г., вызывающим различные виды зависимости.

Главные препараты этой группы — петидин, мета-дон и др., а также продукты переработки нефти и смол.

Наркотиком считается любое вещество расти­тельного или синтетического происхождения, кото­рое при введении в организм способно изменить од­ну или несколько его функций, и вследствие много­кратного употребления привести к возникновению психической или физической зависимости.

Из этого следует, что “наркомания” — это общий термин, применимый ко всем видам зависимости от различных наркотиков. Однако в профессиональной медицинской терминологии различают следующие виды зависимости.

1. Алкогольный тип: все алкогольные напитки.

2. Амфетаминовый тип: амфетамин, дексамфетамин, метамфетамин, метил-фе-нидан и фенметразин.

3. Барбитуратный тип: барбитураты преимущественно кратковременного дей­ствия и некоторые успокаивающие (седативные) средства, например хлоралгидрат, диазепам, мепробамат, метаквалон и др.

4. Каннабиноловый тип: препараты ко­нопли (индийской и американской) — ма­рихуана (бханг, дагга, киф, маконга и т. д.) и гашиш (ганджа, чарас и т. д.)

5. Кокаиновый тип: кокаин и листья коки.

6. Галлюциногенный тип: ЛСД, ДМТ, МДМА (экстэзи), мескалин, псилоцибин, СТП, а также фенциклидин.

7. Тип Кату: препараты названного растения.

8. Опиатный тип: опиум, морфин, геро-ин, кодеин; синтетические наркотики со свойствами, близкими морфину, — мета-дон (гептадон), петидин.

9. Тип летучих жидкостей: ацетон, бен­зин, четыреххлористый углерод, а также некоторые средства для наркоза — эфир, хлороформ, закись азота (веселящий газ) и др.

Опасность наркотиков многим очевидна и не может вос­приниматься вне контекста глобальности проблемы, тем не менее избавление человечества от чумы наркомании требует избавления конкретного человека от власти не менее конкрет­ного наркотика.

Многообразие наркотиков и других психоактивных веществ потребовало их систематизации. Юристы для своих правоохра­нительных целей выделили из психоактивных веществ нарко­тики и включили их в специальный список. Врачи класси­фицируют психоактивные вещества в соответствии с их дей­ствием — галлюциногенным, стимулирующим, поднимающим настроение, успокаивающим, снотворным и т.д. Такое подраз­деление, однако, очень условно, так как в зависимости от дозы и способа введения вещества (внутривенного, через рот в виде таблеток или посредством вдыхания) они действуют различно. Официальной, наиболее распространенной и исполь­зуемой в настоящее время следует считать созданную Всемир­ной организацией здравоохранения (ВОЗ) Международную классификацию МКБ-10 (1994).

В ней говорится, что вещества и препараты, способные сформировать зависимость при их потреблении, можно разде­лить на три группы:

1. Вещества и средства, угнетающие нервную систему (пси­ходепрессанты):

а) препараты и вещества опийной группы: морфин, омнопон, кодеин, героин, опий-сырец, промедол, фентанил и др.;

б) препараты и вещества с седативным (успокаивающим) и снотворным действием: производные барбитуровой кислоты — этаминал натрия, фенобарбитал, ноксирон, реладорм, реланиум, фенозипам, оксибутират натрия.

2. Вещества и средства с возбуждающим действием (пси­хостимуляторы): кокаин, фенамин, первитин, эфедрой, “экста­зи”, сиднофен, сиднокарб, кофеин.

3. Вещества и средства с галлюциногенными свойствами (галлюциногены): гашиш, марихуана, ЛСД, фенциклидин, пси-лоцибин, мескалин, ингалянты (бензин, пятновыводители, аце­тон, толуол, растворители нитрокрасок, некоторые сорта клея), циклодол, клипсол.

Рассмотрим наиболее распространенные наркотики:

##### Психодепрессанты

Общей чертой этих препаратов является их спо­собность снимать психическое напряжение, ослаб­лять неуверенность в себе и боязливость. Они изме­няют эмоциональное реагирование на боль, замедля­ет реакцию, нарушают координацию движений и сообразительность.

###### Употребление этих препаратов в больших дозах вызывает сон, серьезные нарушения сознания, вплоть до беспамятства, и даже смерть. Эффекты, вызываемые этими наркотиками, используются в медицине, но они же нашли применение и среди наркоманов, которые используют их бесконтрольно, зачистую без учета нежелательных побочных действий, а лиш для достижения кратковременного иллюзорного удовольствия.

**Препараты опия** (морфин, героин, кодеин и др.). *Опий —* млечный сок снотворного мака. Он содержит алкалоиды: морфин, кодеин, папаверин. Эти алкалоиды действуют на центральную нервную систему, угнетая дыхание, уменьшая боль, вызывая благодушие, эйфорию, иногда рвоту, и расслабляют гладкую мускулатуру (сосудов, кишечника и т. д.). Из опия получают кодеин (легкое обезболивающее средство, применяющееся для облегчения кашля), морфин (обезболивающий препарат), геро­ин (сильный обезболивающий препарат) и др. Опий курят, морфин и героин вводят внутривенно. Героин также можно нюхать.

Чаще всего встречаются препараты опия в виде:

© “маковой соломки” — измельченных и высушенных частей стеблей и коробочек мака (зерна мака наркотически активных веществ не содержат); соломка используется для при­готовления ацетилированного опия;

© ацетилированного опия — готового к употреблению раствора, полученного в результате химических реакций, имею­щего темно-коричневый цвет и характерный запах уксуса;

© опия-сырца — специально обработанного сока растений мака, используемого для приготовления раствора ацетилирован­ного опия, по виду напоминающего пластилин, цвет — от бе­лого до коричневого;

© метадона — сильного синтетического наркотика опий­ной группы, продающегося в виде белого порошка или готового раствора.

Морфин – натуральный алкалоид, содержащийся в маке. Применяется в медицине в качестве обезболивающего преарата.

*Кодеин* также является опиатным наркотиком, встречается в виде изготовленных фабричным способом таблеток ( от кашля и головной боли ) — как пра­вило, импортного производства.

*Героин –* изготовленный в подпольных лабораториях наркотик. Героин – самый распространённый наркотик из числа опиатов.

*Метадон* — синтетический наркотик опиатной группы, вы­глядит как героин; производство и любое использование его в России запрещено законом. Строго говоря, метадон является производным опия, поэтому его правильнее называть “опиато-подобным” наркотиком. С клинической точки зрения, зависи­мость от метадона отличается от героиновой или опийной.

Пристрастившиеся к этим наркотикам имеют болезненный вид: землистую, морщинистую кожу с желтоватым оттенком, одутловатое лицо. Для них характерно общее истощение. С зубов сходит эмаль, они обламываются и выпадают. Ногти теряют блеск, становятся хрупкими. Наркоманы рано седеют, лысеют. Происходит поражение вен. У них развивается психическая и физическая слабость. Снижается выносливость, что приводит к неспособности выполнять какую-либо продолжительную или трудную работу. Наблюдаются признаки преждевременного ста­рения. У некоторых больных наркоманией могут появиться су­дорожные припадки. Наблюдается быстропрогрессирующее сни­жение интеллекта.

Последствия потребления наркотиков для здоровья часто на­зывают катастрофическими. Это справедливо, однако здоровье разрушается не только из-за свойств самих препаратов. Пользуясь одним шприцем, который передают друг другу, они заражаются гепатитом, СПИДом. Грязь, отсутствие стерильности, могут вы­звать легочный фиброз, столбняк, заражение крови. Наконец, примеси, содержащиеся в кустарно производимых препаратах, тоже наносят здоровью огромный урон. Попадание в ослабленный организм инфекции приводит иногда к инвалидности, а иногда и к смерти.

Кроме того, после тяжелых отравлений опиатами, даже при бла­гоприятном исходе, возможны серьезные осложнения, такие, как потеря зрения, речи, паралич и другие стойкие нарушения нор­мального функционирования важнейших органов и систем. Все это ведет к целому ряду тяжких последствий не только для самих потребителей наркотиков, но и для членов их семей, других близких людей.

Следует отметить, что рассмотренными выше последствия­ми еще не исчерпываются все последствия хронического отравле­ния опиатами. Систематическое их употребление вызывает рез­кое ослабление организма, расстройства нормального функциони­рования ряда органов, потерю трудоспособности, ослабление или полную утрату способности к самокритике и т. д., что тоже, безусловно, имеет важное значение. Под влиянием длительного употребления наркотиков опийной группы происходит резкое ослабление воли, разумной мотивации, здравого отношения к своему положению и т. д., что тоже приводит к отрицательным социальным последствиям.

Опийная наркомания — одна из самых тяжелых и опасных. Очень трудно поддается лечению. Если употребление опиатов уже вошло в систему, то после прекращения действия наркотика начинает развиваться *абстинентный синдром* (“лом­ка”) — физическая зависимость.

Психостимуляторы

К этой группе относятся синтетические вещества, содержа­щие соединения ***амфетамина*** (эфедрон, первитин, фенамин, риталин, кофеин, винт). Употребляющие эти вещества чаще всего получают их из лекарств, содержащих эфедрин.

Психостимуляторы — довольно разнородная группа веществ с одним общим признаком: в результате их употребления ускоряется темп мышления, вследствие чего суждения стано­вятся легковесными, поверхностными, менее обдуманными. Часть препаратов этой группы имеет также способность иска­жать восприятие окружающего, а потому сходна с галлюцино­генами. Существуют психостимуляторы растительного проис­хождения (кока, эфедра, кола), у нас они встречаются в ос­новном в виде порошков или таблеток.

Из симптомов следует отметить бессонницу, снижение аппе­тита, понос, подъем температуры тела, учащенное сердцебие­ние, нарушение ритма сердечной деятельности, повышение артериального давления, затруднение дыхания, мелкие крово­излияния, посинение и дрожание конечностей, нарушение ко­ординации. Первоначально усиливающаяся сексуальная потен­ция сменяется половым бессилием. При регулярном исполь­зовании стимуляторов серьезно страдает сердечно-сосудистая система. В первую очередь возникают тяжелые аритмии, воз­можны смерть от остановки сердца и инфаркт миокарда в мо­лодом возрасте.

Очень велика опасность передо­зировки, чреватая тяжелыми последствиями, вплоть до смерти.

Наиболее употребляем *эфедрин —* химический медицин­ский стимулятор широкого спектра действия.

*Псевдоэфедрин, меткатинон* и *эфедрон —* производные эфед­рина. В чистом виде у нас не встречаются. Обычно изготав­ливаются самими наркоманами

*Фенамин* (отечественное название) или *амфетамин* (между­народное название) — препарат, который встречается в виде таблеток, порошка, а может быть и расфасован в капсулы.

Амфетамин и похожие на него вещества могут входить в состав “чудодейственных препаратов для похудания” — **будьте очень осторожны!**

*Кокаин —* белый легкий кристаллический порошок, похо­жий на снег, горького вкуса.

*Крэк* — обычно желтоватое или бесцветное вещество, не­редко запаянное в стеклянные ампулы.

*“Экстази” —* это собирательное название таблеток, произ­водных амфетамина был синтезирован как мощный стимулятор, исполь­зовался в ходе Первой мировой войны, когда его давали сол­датам; позднее обрел свою новую жизнь как средство для по­худения и как антидепрессант. В большинстве цивилизованных стран официально запрещен.

Последствия. “Экстази” подавляет чувство жажды, отчего после нескольких часов потогонных плясок человек может уме­реть от перегревания и обезвоживания. Этот наркотик нарушает обмен веществ и баланс серотина в мозгу, в результате у нар­комана нарушаются иммунная, пищеварительная и нервная системы. Может развиться почечная недостаточность, произой­ти разрушение печени. Обычно у жертв “экстази” возникают множественные отметины на лице — это лопаются капилляры, и исправление таких дефектов требует серьезных косметических процедур, включая хирургическую помощь. Кроме того, неред­ки случаи повреждения мозга.

Самый распространенный у нас наркотик группы амфетами­нов — эфедрой, именуемый в обиходе “мулька”, а иногда как-нибудь иначе. Второй вариант того же амфетамина — первитин, иначе говоря, “винт”.

Первитин, резко активизируя психическую деятельность, вы­зывает совершенно неадекватные поступки или весьма неком­фортные ощущения. Возможна агрессия, неудержимые вспышки гнева, бурные истерики, неконтролируемые припадки разруши­тельных действий, направленных на людей, на вещи или на себя. Одни в такие моменты тихо сходят с ума, дру­гие этим не ограничиваются и набрасываются на людей, начинают крушить все вокруг себя. Бывает, что вскрывают себе вены, раз­бивают головы (в буквальном смысле бросаясь на стенку), выбра­сываются в окно.

Чем дольше продолжается потребление первитина, тем опас­нее прием каждой новой дозы.

По своему прямому воздействию на здоровье (если не гово­рить о формировании и последствиях зависимости) первитин, вероятно, один из самых убийственных препаратов. Даже при не­продолжительном потреблении он успевает нанести удары, следы которых могут оказаться неизгладимыми. Главные из них — пси­хозы, нарушения работы головного мозга, разрегулирование сер­дечно-сосудистой системы, кровяного давления, крайнее исто--щение нервной системы и всего организма.

Первитин вызывает и специфические “судорожные эффекты”: сводит скулы, сдавливает виски (иногда до жуткой головной боли), сводит икроножные мышцы (иногда до сильных судорог), воз­никают различные спазмы

Галлюциногены

Более точный термин — “препараты, изменяющие созна­ние”, так как они зачастую не вызывают галлюцинаций, но искажают самоощущение наркомана. Он чувствует измененным не только окружающий мир, но и себя. В группу галлюцино­генов входят очень разные по химическому составу продукты, некоторые из них — натурального происхождения. У наркома­нов большинство галлюциногенов носит объединяющее назва­ние “кислота”.

Наиболее распространенными на территории России явля­ются препараты, кустарно приготовленные из конопли.

**Препараты индийской конопли** (марихуана, гашиш, маконха, дагга, анаша, ганджа). Конопля индийская - из этого растения получают смолу (содержащуюся в завязях, несозревших плодах, соцветиях и листьях), обладающую опьяняющим действием и являющуюся источником изготовляемых из нее наркотиков.

Высушенная или невысушенная зеленая травянистая часть конопли — “марихуана”. Это — похожие на табак, обычно светлые зеленовато-коричневые, мелко размолотые сушеные листья и стебли. Будучи плотно спрессованными в комочки, они носят название “анаша” или “план”.

Самым сильнодействующим является *тетрагидроканнабиол (гашиш).* Прессованная смесь смолы, пыльцы и мелко измель­ченных верхушек конопли (жаргонные названия — “наша”, “гашиш”, “план”, “хэш”).

*Гашишное масло —* наркотическое средство, получаемое из конопли с помощью различных растворителей и жиров. Самый сильный наркотик из этой группы. В нем наркогенных веществ в 30—40 раз больше, чем в конопле.

*Первитин (метамфетамт)* — кустарно приготовленная жидкость, прозрачная или слегка мутная, бесцветная, желтая или коричневая

Пер­воначальное действие этих веществ на центральную нервную систему возбуждающее, а затем сильно угнетающее, завершающееся сном с яркими сновидениями. В дальнейшем падает настроение, ме­няется поведение. При тяжелом отравлении возможен смертель­ный исход. Длительное употребление приводит к изменению личности. Сопровождается соматовегетативными нарушениями, учащенным сердцебиением, понижением артериального давле­ния, мышечным расслаблением, изменением сухожильных реф­лексов и т. п.

Действие каннабиса не поддается четкой классификации. Наркотик вызывает галлюцинации, определенное стимулирую­щее действие, проявляющееся, в частности, в учащении пульса и дыхания. В некоторых случаях анаша или гашиш усиливают агрес­сивность и сексуальную активность, но в принципе ни то, ни другое не является типичным.

Со стороны заметнее всего красные глаза и (не всегда) безу­держный смех без причины – включается сам собой некий ме­ханизм, который вызывает неконтролируемые взрывы хохота.

Действие каннабиса длится несколько часов, не более вось­ми — десяти. В ощущениях свои спады и подъемы, случаются некоторые провалы. После начального возбуждения постепенно впечатления бледнеют, человек успокаивается и впадает в некий транс.

Содержащиеся в каннабисе психоактивные компоненты вызы­вают резкое нарушение функций головного мозга, что влечет за собой возможные отрицательные последствия даже при одно­кратном потреблении препарата. Это ведет к сни­жению работоспособности, плохому качеству работы, у учащих­ся — к ухудшению усвоения материала и плохой успеваемости.

Содержание некоторых канцерогенных элементов, вдыхаемых при курении марихуаны, на 70% выше, чем в табачном дыме, и при длительном ежедневном курении нарушается нормальная работа легких.

Суммируя сказанное, отметим, что препараты конопли — опасные наркотики. Они называются “легкими”, но это или заблуждение, или ложь.

Кроме препаратов конопли к галлюциногенам относятся пси­хоактивные вещества, которые даже в очень малых дозах вызы­вают галлюцинации или кратковременные психозы. Сюда относятся ЛСД — синтетический препарат грибков-паразитов ржи и других злаковых; ве­щества, получаемые из некоторых грибов (псилоцибин), кактусов (мескалин); лекарства: астматол, циклодол, димедрол. Среди наи­более распространенных можно назвать *ЛСД и псилоцибин.*

*ЛСД* (диэтиламид лизергиновой кислоты) — “эталонный” галлюциноген.

Воз­никают психические нарушения различной степени тяжести, вплоть до полного распада личности. Примерно через 1 час после приема ЛСД развивается острый психоз, продолжитель­ность которого около 12 часов.

Тяга к наркотическим средствам — нечто значительно более сложное и значительно более фундаментальное, чем просто стремление получить удовольствие, “словить кайф” или испытать какое-то определенное ощущение. Потребление наркотиков свя­зано с общим жизненным контекстом, с общей структурой лич­ности, содержанием важнейших ее потребностей, интересов, цен­ностей, запросов. Кстати, амфетамины не вызывают физической зависимости и такого тяжелого синдрома лишения, как опиаты или барбитураты, но избавиться от пристрастия к ним совсем не просто. И это тоже подтверждает, что наркомания не сводится к совокупности тех или иных реакций и непосредственных мотивов (получить удовольствие, уйти от ломки и т. д ) таблица 1.

Социально-опосредованные осложнения зависимости от опиатов

Социально-опосредованные осложнения в большей или меньшей мере присущи зависимости от лю­бого типа наркотиков, но в случае опиатной нар­комании они проявляются наиболее ярко.

**Одиночество** — результат погруженности нарко­мана в свои переживания и поиск наркотиков, раздражительности и эгоистичности. Одиночество для наркомана означает потерю друзей и семьи, невозможность поделиться своими проблемами ни с кем. Чувство одиночества и отгороженности от людей часто провоцирует на увеличение дозы нар­котиков и на самоубийство.

**Безработица** возникает оттого, что наркоман не может удержаться на одном месте работы, чаще всего по причине постоянных прогулов, опозда­ний и редкостной неисполнительности. Те боль­ные, которые стали наркоманами в юном возрас­те, не могут работать из-за отсутствия необходи­мого образования.

**Преступления** обычно являются результатом без­работицы и безденежья, а вовсе не агрессивнос­ти. На опиатные наркотики нужно довольно мно­го средств, а взять денег негде. Поэтому нарко­маны вынуждены воровать, мошенничать, зани­маться проституцией или торговать наркотика­ми.

**Самоубийства.** Любой, кто знаком с общими ос­ложнениями наркомании, не удивится высокой час­тоте самоубийств среди наркоманов. Но для них есть еще одна причина: бесконечные неудачные попытки вылечиться. Тяготы жизни с наркотика­ми и невозможность расстаться с ними создают психологическую ловушку, единственный выход из которой видится в самоубийстве.

**1.5 Профилактика наркоманий**

Наркомания практически не поддается лечению, поэтому важное значение представляет ее профилактика на той стадии, пока аддитивное поведение, проявляющееся в эпизодическом употреблении наркотических препаратов, не приняло форму бо­лезни. В истории борьбы с наркоманией и попыток осущест­вления профилактики этого страшного зла можно выделить три этапа.

Запретительный этап относится к 1950—1970 годам, когда общество (прежде всего Соединенные Штаты Америки и страны Западной Европы) признало: наркомания стала траге­дией больших масс молодежи. Тогда профилактика сводилась к формированию представлений об опасности наркотиков, вы­работке страхом отрицательных установок по отношению к наркотикам. Страх и запреты — вот ключевые понятия этого этапа. Здравомыслящему человеку понятна низкая эффектив­ность такой политики.

Информационный этап приходится на 1980-е годы, и его логика — в опоре на разум человека. Многочисленная информация о наркотиках, их воздействии на человека, ста­тистические данные и суждения ученых становились основой новой профилактической кампании в надежде на то, что зна­ние беды поможет человеку не поддаться ее влиянию. Как и любая ограничительная политика, она тоже не дала желаемого результата.

Очевидно, что знания о наркотиках и негативное отноше­ние к ним должны быть подкреплены опытом отказа от нар­котического пути решением актуальных для человека проблем. В этом и состоит смысл современного третьего этапа. Его можно условно назвать воспитательным этапом.

Воспитывающая, обучающая технология может быть эффек­тивной только в случае ее направленности на три ключевые сферы становления личности: когнитивную, аффективную и практическую.

Между тем реальная устойчивость к наркогенному давлению среды может быть сформирована лишь в том случае, если у ребенка развиты общие механизмы эффективной соци­альной адаптации (ребенок может реализовать свои социальные потребности, не прибегая к наркотикам). Все это возможно лишь при вовлечении ребенка во взаимодействие с широким кругом лиц и явлений, в процессе его общей социализации.

Многие факторы риска в развитии наркомании несовершен­нолетних носят внутриличностный характер, где внешние об­стоятельства выступают как “запускающий” их механизм. Сле­довательно, педагогическая профилактика должна быть связана 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 специального образовательного педаго­гического воздействия на личность ребенка — антинаркотиче­ского воспитания.

К сожалению, такая модель педагогической профилактики не ориентирована на детей и подростков, имеющих начальный опыт одурманивания. Как правило, сфера заботы педагогов — те, кто еще “не пробовал”, и те, кто уже систематически ис­пользует наркотические и токсические вещества. Между тем своевременная психолого-педагогическая коррекция способна эффективно предотвратить развитие наркогенного заражения у начинающих. ***Первая проба детьми одурманивающего вещества, как правило, остается незамеченной дм их родителей и учи­телей.***

На современном этапе развития российского общества назрела острая необходи­мость решения основных задач организации профилактики употребления наркотиков в образовательных учреждениях стра­ны. Во-первых, это необходимость срочной, целевой подготов­ки и переподготовки всех специалистов, работающих с детьми и подростками.

Во-вторых, необходимо в экстренном порядке выработать определенные способы сотрудничества общества, различных об­щественных организаций и государственных структур с семьей. При этом крайне важно организовать активность самих родите­лей на уровне двора, школы, микрорайона, муниципалитета в виде организации и поддержки таких движений, как “Родители против наркотиков”, “Школа без наркотиков”, “Чистый район”. Не менее важно параллельно создавать широкую сеть консуль­тативных пунктов. Именно они на профессиональном уровне должны обеспечить семьям первичную помощь, именно они должны стать посредниками между семьей и специалистами.

В-третьих, необходимо найти достойное место в общеобра­зовательных программах основам здорового образа жизни, фор­мированию простых ценностей радости и счастья от здоровья; воспитывать у ребенка потребность быть здоровым, научить его избегать нажитых болезней, предвидеть грозящие опасности и находить пути их предупреждения. Речь идет о задаче школы в формировании новой системы ценностей, ведущее место среди которых занимает здоровье.

В-четвертых, необходимо обеспечить действенную социаль­ную и правовую защиту детей, укреплять систему социальной помощи детям (службы доверия, приюты, социально-реабили­тационные центры, комиссии по защите прав несовершенно­летних). Сейчас для этого появилась новая законодательная основа: Федеральный закон “Об основах системы профилак­тики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних”. В рамках этого закона следует установить взаимодействие специалистов различных ведомств в профилактике нарко­мании.

В феврале 2000 года Коллегией Министерства образования Российской Федерации утверждена “Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образователь­ной среде”. В ней выделены первичная, вторичная и третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ.

***Первичная профилактика*** направлена на формирование обще­ственного неприятия употребления наркотиков, на предупреж­дение приобщения детей и подростков к наркотикам. Сущест­венную роль в достижении целей этого этапа ифает современная школа.

Первичная профилактика разрабатывается с учетом необхо­димости влияния на три основные сферы самореализации ре­бенка — семью, образовательное учреждение и место проведе­ния досуга (включающего микросоциальное окружение). Стра­тегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на:

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

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

внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от пробы и приема наркотиков, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися; развитие социально-профилактической инфраструкту­ры, включающей семью в микросоциальное окружение ребенка “группы риска” наркотизации и ребенка, заболевшего наркоманией.

Итак, можно полагать, что наиболее адекватной для совре­менного состояния развития общества является стратегия сдер­живания распространения наркомании. Ставить сегодня вопрос о полном предупреждении употребления наркотиков и избав­ления от наркомании нереально. Следует подчеркнуть, что про­блема предупреждения употребления наркотиков не может быть решена исключительно запретительными мерами. Традицион­ный проблемно-ориентированный подход, акцентирование негативных последствий приема наркотиков в отрыве от других средств не дадут нужного эффекта.

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

***Вторичная профилактика*** направлена на тех, кто уже ис­пытал на себе влияние наркотиков, но не обнаруживает про­явления болезни. Цель профилактики — максимально сокра­тить продолжительность воздействия наркотика на человека, ог раничить степень вреда, наносимого как потребителю, так и окружающему микросоциуму — друзьям, одноклассникам,

семье, то есть предотвратить возникновение хронического и !“заразного” заболевания. Результативность этого этапа может быть определена по полному прекращению дальнейшей нарко­тизации и восстановлению личностного и социального статуса учащегося.

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

Педагоги, школьные психологи, социальные работники вмес­те с родителями таких учащихся должны стремиться к созданию атмосферы непримиримости к повторному употреблению нар­котиков и оптимизировать их здоровые личностные и социаль­ные устремления. Очень важно обеспечить длительное пребы­вание таких учащихся в нормативных микросредах (учебный класс в общеобразовательной школе, учреждения дополнитель­ного образования и т.д.), в которых, как правило, вероятность распространения наркотиков сведена к минимуму.

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

***Третичная профилактика*** направлена на предотвращение срывов и рецидивов наркомании. Собственно, это и есть реа­билитация, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет собой комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на макси­мально возможном уровне.

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

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

© — оказание консультативной помощи и правовой под­держки родителям по вопросам наркозависимости детей и мо­лодежи; организация общеобразовательного и профессиональ­ного обучения и с этой целью создание учебных классов, сту­дий, спортивных секций, трудовых мастерских и других специальных структур для обеспечения духовного и творческого роста реабилитируемых;

© — оказание организационно-методической и консульта­тивной помощи специалистам образовательных учреждений по вопросам профилактики наркомании и зависимости от психо­активных веществ;

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

© — разработка и апробирование реабилитационных про­грамм для детей и молодежи с зависимостью от психоактивных веществ;

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

***Работа с родителями*** *в* процессе профилактики наркомании предполагает реализацию воспитательных (осознание взрослыми членами семьи важности и необходимости специальной работы с детьми по предупреждению наркотической зависимости) и об­разовательных (освоение основных приемов организации семей­ной профилактики) задач.

Именно педагоги образовательных учреждений способны вовлечь ребенка в интересный мир, в котором каждая минута жизни будет заполнена значимым содержанием, в котором мно­го созидательной деятельности.

Таким образом, внедрение основных направлений Концеп­ции профилактики наркомании должно привести к общему снижению спроса на наркотики и числа лиц, заболевших нар­команией, а также к сокращению численности “группы риска” по фактору “наркомания”.

В результате станет больше тех, кто понимает — дальней­шее распространение наркомании может привести к краху че­ловечества.

**Заключение**

Вот он тащился чуть не умирая,

Через минуту ж – где достал, бог весть!

Радостях искуственного рая

Мир может на лице его прочесть! …

А сколько их сейчаз бредет по свету,

Чья участь то сладка, а то тяжка …

И видимо уже спасенья нету от

Этого простого порошка …

Е. Винокуров.

Социальный кризис, вслед за экономическим пришедший в жизнь нашего государства и общества, делает задачу ради­кального искоренения наркомании в современных условиях малореализуемой. Однако, учитывая уже начавшееся поступа­тельное развитие экономики, преодоление инфляции, можно сделать вывод, что в наших силах удержать эту проблему в рамках, чтобы она не угрожала генофонду нации.

Поэтому проанализировав проблему наркомании как медико-социальноне явление, мы можем с уверенностью сказать, что всё-таки “спасение есть от этого простого порошка”.

Наша сегодняшняя надежда на приостановление дальней­шей эскалации проблемы наркомании и токсикомании возла­гается на упреждающие меры.

Первой из таких мер является своевременное выявление потребителей наркотиков и токсических веществ путем массо­вых диагностических обследований (мониторингов). Но надо осознавать, что эффект от осуществления только такой меры сведется к выявлению определенного количества уже заболева­ющих и больных людей.

Другой важной мерой будет служить профилактика (в том числе психолого-педагогическая), проводимая под постоянным медицинским контролем (наблюдением), прежде всего для лиц с выявленной гиперчувствительностью, чьи личностные особен.

ности предрасполагают к поиску путей избавления от проблем через употребление наркотиков (“группа риска”).

Третья мера — обучение населения, ведущего здоровый, трезвый, социально позитивный образ жизни, приемам жизни в нездоровом обществе, среди людей, употребляющих алкоголь, наркотики, токсические вещества.

Задачи массовой профилактики — это соблюдение и развитие условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья; пропаганда здорового образа жизни; предупреждение возникно­вения и развития заболеваний путем воздействия на неблагопри­ятные факторы окружающей среды и вредные привычки; как можно более раннее обнаружение нарушений адаптации к усло­виям внешней среды и проявлений заболеваний для проведения психокоррекционных мероприятий; предупреждение утяжеле­ния заболевания; восстановление трудоспособности.

Используя силы только здравоохранения, массовую профилак­тику, никаких болезней не предотвратить. Необходимы слажен­ные, координированные усилия всех систем социальной инфра­структуры общества на основе системного подхода к проведению соответствующих комплексных исследований, объединение по це­левому принципу всех средств здравоохранения, образования и достижений медицинской науки: от консультирования до новых методов психолого-педагогической коррекции патологических со­стояний, лечения и медико-социальной реабилитации.

По данному исследованию мы можем сделать вывод, что роль социального работника в этой проблеме очень высока. Главным образом в том, чтобы помоч наркоману приодолеть зависимость от ПАВ. Ведь путь наркомана к существованию без наркотиков долог и труден, и помочь ему – задача не только медиков, родных, близких и друзей, но и социального работника. Наркоман должен быть вновь принят семьей и обществом, и только после этого он сможет пойти по жизни самостоятельно.

Кроме того, необходимо проводить профилактику, целью которой является – сформирование психологического иммунитета, то есть вызвать у людей отрицательное отношение к наркотикам. Для этого необходимо обеспечить действенную социальную и правовую защиту, укреплять систему социальной помощи детям и взрослым, то есть создать как можно больше служб доверия, приютов, социально-реабилитационных центров. А так же, на мой взгляд, нужно повысить число различных секций, кружков, оздоровительных центров, где дети и взрослые смогут проводить своё свободное время так, как к наркотикам, в большенстве случаев, приобщяются от безысходности.

Чем здоровие социальная среда окружающая человека, тем здоровее общество, тем меньше социальных проблем в стране.

***И в заключение целесообразно привести одно суждение, которое принадлежит человеку, испытавшему на себе власть наркотика:***

“Человек всегда стремился к свободе и раскрепощению. Увы! Универсального пути достижения этих категорий нет. Каждый идет своей одинокой и трудной дорогой, и зачастую не хватает про­стого терпения, чтобы понять: ра­дость уже в том, что ты идешь, а не стоишь на месте. Тех же, кто с по­мощью наркотиков хочет познать рай на земле, я огорчу: этот рай неминуемо обернется адом, потому что жизнь — она как дикий зверь — не любит, когда ее боятся. Скорость вознесения всегда эквивалентна силе удара при падении”.

**Список литературы**

1. Комиссаров Б. Г., Фоменко А. А. SOS: наркомания. – Ростов н/Д: изд-во “Феникс”, 2000 – с. 88-91.
2. Левин Б. М., Левин М. Б. Наркомания и наркоманы: Кн. для учителя. – М.: Просвещение, 1991 – с. 58-74.
3. Наркомания: избавление от зависимости, лечение профилактика/Авт. – сост. В. И. Петров. – Мн.: современ. литератор, 1999 – с. 48-49.
4. Школа без наркотиков. Книга для педогогов и родителей // издание 2-е переработонное и дополненное // Под научн. ред. Л. М. Шипицыной и Е. И. Казаковой. – СПб.: ДЕТСТВО – ПРЕСС, 2001 с. – 5-19, 56-61, 151-156.
5. Ягодинский В. Н. Убереч от дурмана. Кн. для учителя. М.: 1989 с. – 68.

**Приложение**

*Таблица 1*

**Признаки употребления различных групп наркотиков**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Психоактивное вещество | Немедленное воздействие | Долгосрочное воздействие |
| 1. Психодепрессанты   а) Препараты опия  б) Успокаивающие и снотворные пре­параты (транквили­заторы) | Все вещества этой группы оказывают воздей­ствие, сходное с воздействием алкоголя. Они замедляют мыслительные и двигательные про­цессы человека и понижают способность к концентрации внимания. Они вызывают состо­яние “похмелья” или невнятную речь, сонли­вость и проблемы координации после прекра­щения воздействия интоксикации. Небольшие дозы уменьшают чувство беспокойства, тогда как более сильные дозы вызывают сонливость. Алкоголь повышает их воздействие, а повтор­ные дозы вызывают отравление из-за того, что вещество быстро не преобразовалось в резуль­тате обмена веществ. Распространены несчаст­ные случаи и самоубийства.  Расслабление, снижение тревоги, замедление психической и физической активности, депрес­сия, спутанность мыслей. Притупление воспри­ятия удовольствия и боли. Обильный пот, паде­ние артериального давления, судороги. | Необычная сонливость в самое раз­ное время, замедленная, “растяну­тая” речь, частое “отставание” от те­мы разговора. Добродушное поведе­ние, покладистость, впечатление по­стоянной задумчивости. Стремление к уединению в тишине и темноте. Психоактивные вещества этой груп­пы могут привести к зависимости. Продолжительное и значительное употребление может вызвать пробле­мы с памятью, неспособность к обу­чению, проблемы с координацией и после вывода вещества могут вы­звать конвульсии. |
| 2. Психостимуляторы | Человек обычно испытывает краткое ин­тенсивное чувство интоксикации и преуве­личенное чувство уверенности в себе. Затем настроение быстро изменяется к худшему и может стимулировать человека к повторению дозы. Передозировка отме­чается чаще при “крэке”, чем при других формах кокаина. Кофеин в кофе и чае быстро распространяется по организму и оказывает на человека возбуждающее действие. Слишком большое количество может вызвать усиление сердцебиения, чувство беспокойства и расстройство желудка. | Гиперактивность, болтливость, раздра­жительность, проблемы психического здоровья, чувство подозрительности и недоверия к окружающим. Отсутствует чувство голода. Нарушается режим сна и бодрствования. Появляется сильное сексуальное раскрепощение. Деятель­ность носит непродуктивный, однооб­разный характер. Зависимость является распространенной. |
| 3. Галлюциногены  а) Препараты коноп­ли  б) Другие галлюци­ногены (ЛСД, пси-лоцибин и др.) | Эйфория,тревога,подозрительность, смех, расслабление, ощущение пустоты в голове, речевое возбуждение, жестикуляция, лег­кость тела, искажение восприятия про­странства.  Галлюцинации, иллюзии, деперсонализа­ция, бред, паника, депрессия, суицидаль­ные намерения, провалы в прошлое, сту­пор, расширение зрачков, учащенное  серд­цебиение, потливость, дрожание. Возмо­жен психоз. | Словоохотливость, колебания настро­ения, налитые кровью глаза, повышен­ный аппетит. Тревога, депрессия, без­различие, бездеятельность.  Воздействие вещества продолжается несколько дней или даже месяцев после его принятия. Это явление часто называется “флэшбэк”. Регулярное  употребление галлюциногенов может ухудшить память и способность к концентрации внимания, что создает проблемы психического здоровья, ве­дет к непредсказуемому поведению. |
| 4. Ингалянты | Эйфория, ощущение пустоты в голове, спутанность сознания, галлюцинации, по­теря аппетита, вспыльчивость, смазанная речь. Легко происходит передозировка, приводящая к повреждению внутренних органов, мозга и смерти от асфиксии. Наибольшей опасностью является внезап­ная смерть при вдохе ингалянта. | Изменение поведения и личности. Расширенные или суженные зрачки, налитые кровью глаза, отек вокруг глаз, носовые кровотечения, высыпа­ния на коже вокруг рта и носа, потеря аппетита и отсутствие мотивации. Не­которые растворители токсичны для печени, почек или сердца, а другие могут вызвать нарушения мозга. |

**Лексика (сленг) наркоманов**

Баш — доза гашиша, около 1 г.

**Банка (салют, белое)** — солутан, эфедриносодержащее ле­карство, из которого на дому получают опаснейшие наркотики.

**Винт (айс)** — первитин (метамфетамин).

**Гера** — героин.

**Глюки** — галлюцинации, вызванные использованием нарко­тических или токсических веществ.

**Грибы** — один из видов поганок, содержит сильнейшие гал­люциногены.

**Джсф (мулька, космос, эфенди) —** эфедрой.

**Дима** — димедрол.

**Дороги** — цепочки из “дыр”, .то есть следов от уколов, по ходу вен на руках (или ногах).

**Дунуть** — покурить коноплю в компании наркоманов.

**Дурь (опилки, зимник, план) —** гашиш.

**Дыры** — следы от уколов.

**Кайф (волокуша, таска, нирвана)** — основная фаза нарко­тического опьянения, состояние, ради которого и употребля­ются наркотики.

**Кода (катюха, пурь) —** кодеин.

**Кокнар (кукнар)** — маковая соломка.

**Колеса (сидней, атом, цикла)** — любые таблетки, способные воздействовать на сознание, в том числе “сиднокарб” (сидней), “этаминал натрия” (атом), “циклодол” (цикла).

**Контроль** — кровь в шприце, закачанная из вены для того, чтобы предотвратить попадание в нее воздуха из шприца.

**Костыль** — раскатанная пластина гашиша диаметром 1—3 см и толщиной 1—2 мм из расчета на 1—2 папиросы (может пере­сылаться в почтовом конверте).

**Косяк** — сигарета с гашишем (“забить косяк” — пригото­вить папиросу с гашишем).

**Кропаль** — продукт для приготовления гашиша (пластинка наркотика, как правило, в виде круга).

**Литература (книжки, травка)** — марихуана, конопля, кан-набис. (“Крутая тема” — трава с повышенным содержанием каннабиолов.)

**Лошадка** — метадон.

**Ломка** — крайне болезненное состояние, возникающее у нар­команов после продолжительного периода воздержания от упо­требления наркотика.

**Мара** — ткань, используемая в процессе приготовления га­шиша.

**Мария —** опий.

**Марафет (кока, кокс, крэк) —** кокаин.

**Мойка** — лезвие для снятия наркотического вещества с ка­кой-либо поверхности (стенки или дна посуды).

**Метро** — вена под мышкой. Используется теми, у кого руки должны быть “чистыми”.

**Мулька (коктейль, джеф, космос, эфенди) —** эфедрон.

**Мультики** — галлюцинации, возникающие при действии ин-галянтов (возникающие видения напоминают мультипликацион­ный фильм).

**Опилки (зимник, чернушка, план, дурь)** — гашиш (анаша, каннабис, чаре).

**Определяться** — иметь внешние признаки наркотического опьянения.

**Отход, отходняк** — конечная фаза воздействия наркотика на организм.

**Париться** — вдыхать пары ингалянтов.

Пласт — плантация конопли.

**Пласт валит** — период массового сбора конопли (август-сентябрь).

**Пластилин (пласт)** — разновидность гашиша высшего ка­чества, приготовляемая из пыльцы, снятой с макушек конопли.

**Приход** — эйфорическое состояние, возникающее сразу после приема наркотика (обычно внутривенно).

**Пяточка** — окурок папиросы с наркотиком.

**Передок** — слишком большая доза наркотика.

ПСП — продукт домашней переработки полиэтиленовых пакетов, обладающий сильнейшим психоделическим воздейст­вием. Употребляется как заменитель ЛСД.

**Сидеть на игле** — постоянная потребность в наркотиках, вводимых внутривенно с помощью шприца.

**Симпляк (терьяк, опиюха, химканка, карахан) —** опий и экстракт маковой соломы.

**Смотреть стриптиз** — галлюцинации, связанные с сексуаль­ным содержанием, возникающие у подростков при использо­вании ингалянтов.

**Султыга** — ацетилированный опий.

**Торчать** — испытывать эйфорию.

**Травка (дурь, план, клевер, сено, божья травка, Мэри Джейн, нот, грае, хей, виид)** — марихуана.

**Флет** — квартира, в которой можно собираться в отсутствие взрослых.

**Химка** — гашишное масло.

**Химпласт** — конечный продукт переработки гашишного мас­ла, приготовленного из пыльцы конопли.

**Центряк** — вена на локтевом сгибе.

**Чифирь** — крепкий чай (экстракт чайного листа).

**Ширка** — самодельный препарат, содержащий первитин.

**Ширяться (шмыгаться)** — вводить что-нибудь внутривенно.

Употребление сленга наркоманов, изменения во внешности и в поведении не всегда служат верным доказательством упо­требления ребенком наркотиков. Очень часто эти перемены могут иметь другое объяснение.