Введение

"Болезнь легче предупредить, чем лечить" - это золотое правило медицины приобретает особое значение, когда речь заходит о вредных привычках молодежи (табакокурение, алкоголизм и наркомания).

К сожалению, все предпринимаемые попытки остановить рост детской наркомании, алкоголизма и табакокурения до сих пор не увенчались успехом. Одна из наиболее существенных причин этого - крайне упрощенное представление о содержании и направлениях профилактики.

Основная задача медицинской профилактики заключается не только и даже не столько в предотвращении реального знакомства с табаком, алкоголем, наркотиками, сколько в том, чтобы предупредить возникновение у подростка установки на желание попробовать дурман.

Ранняя алкоголизация и табакокурение подростков является, с одной стороны, результатом разнонаправленных по содержанию и формам реализации процессов, происходящих в обществе в целом, с другой стороны, тех изменений, которые происходят в среде ближайшего окружения подростка: в семье, школе.

Исходя из вышесказанного, проблема ранней профилактики возникновения вредных привычек у подростков представляется нам чрезвычайно актуальной.

Влияние школьной среды в процессе социализации подростка, а также ее роль в профилактике ранней алкоголизации и табакокурения учащихся, представлены в работах Б.Н. Алмазова, B.C. Афанасьева, Г.Ф. Кумарина, В.В. Лозового, И.А. Невского, В.Г. Степанова.

Признавая значение вышеизложенных работ, стоит отметить, что, несмотря на множество подходов к исследованию вредных привычек личности, проблема ранней подростковой алкоголизации табакокурения и наркомании, а также разработка системы их профилактики, направленной на нравственное и физическое оздоровление подрастающего поколения и утверждения здорового образа жизни требует дальнейшего изучения.

Проблема исследованиязаключается в том, чтобы на основе теоретических положений организовать профилактическую работу медицинских работников с подростками по снижению зависимости от алкоголизма, табакокурения и наркомании.

Объект исследования **-** профилактика алкоголизма, табакокурения и наркомании в молодежной среде.

Предмет исследования **-** деятельность медработника по профилактике алкоголизма, табакокурения и наркомании среди молодежи.

Цель данной работыраскрыть деятельность медработника по профилактике алкоголизма, табакокурения и наркомании среди подрастающего поколения.

Гипотеза исследования: если целенаправленно осуществлять меры по профилактике алкоголизма, табакокурения и наркомании, то подростки будут более осознанно относится к своему здоровью.

В соответствии с указанной целью и гипотезой были определены следующие задачи исследования: раскрыть эпидемиологию, этиологию, патогенез, клинику таких "заболеваний - зависимостей" как "табакокурение, алкоголизм, наркомания"; изучить состояние рассматриваемой проблемы алкоголизма, табакокурения и наркомании в теории и практике; подобрать психологические и медицинские средства для диагностики, профилактики лечения заболеваний; разработать и апробировать уроки-тренинги медработника по профилактике алкоголизма, табакокурения и наркомании в молодежной среде.

Теоретико-методологической основой исследования явились:

) современные научные исследования природы социальных норм и отклонений от них, в частности, синтезирования двух подходов к личности человека и к его отклоняющимся видам поведения (алкоголизм, табакокурение и наркомания), а так же деятельность по профилактике алкоголизации, курения и наркомании у подростков; рассмотрены положения о сущности, психологических особенностях личности подростков и ее развитии (К.А. Абульханова, А. Асмолов, А.А. Бодалев, Л.С. Выготский, А.Н.Леонтьев, К.К.Платонов, С.Л.Рубинштейн и др.),.

) теоретические основы валеологии (И.И. Брехман, Э.Н. Вайнер, Г.К. Зайцев, Э.М. Казин, В.В. Колбанов, А.Г. Щедрина и др.)

) феноменология развития подростка (Л.И. Божович, Т.В. Драгунова, В.С. Мухина, В.С. Собкин, Д.И. Фельдштейн, Д.Б. Эльконин и др.)

) положения и принципы психологии антисоциального поведения личности (С.Л. Арзуманян, И.П. Башкатов, С.А. Беличева, В.С. Братусь, Я.И. Гилинский, В.Н. Глызырина, А.П. Горбачева М.И. Еникеева, С.А. Ермолаева, Б.М. Зейгарник, В.П. Кащенко, Ю.А. Клейберг и др.).

Для решения поставленных задач и проверки исходных предположений на разных этапах исследования использовался комплекс взаимодополняющих методов исследования: аналитические (теоретический анализ медицинской и научно-методической литературы); диагностические (наблюдение, анкетирование, тестирование); статистические (анализ и обработка данных).

1. Профилактика табакокурения в молодежной среде

.1 Курение как болезнь; этиология, патогенез, клиника

Курение табака - это болезнь, трактуемая как "психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака". В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10) к ним относятся табак, алкоголь и другие ПАВ. Многочисленные примеры доказывают прямую этиологическую связь онкологических заболеваний (рак лёгких, гортани, глотки, пищевода, почек, мочевого пузыря) с курением.

ВОЗ определяет курение табака не как привычку, а как форму наркотической зависимости. По воздействию на дофаминовую систему мозга никотин сходен с амфитамином, героином, кокаином и влияет на все нейротрансмиттеры мозга и нейроэндокринные системы. Хроническая подверженность никотину при курении вызывает структурные изменения в мозге из-за увеличения числа никотиновых рецепторов. Курение является навязчивым поведением, нарушает обменные процессы в организме, потенцирует многие соматические заболевания, укорачивает жизнь и снижает её качество (Н. Яблучанский, 2002).

Табачные изделия представляют собой высушенные листья табака. Они содержат клетчатку, ферменты, углеводы, белки, минеральные соли, жирные кислоты, всего более 30 различных ингредиентов, большинство из них оказывает вредное воздействие на организм. Основной вред оказывает алкалоид никотин - вещество группы изокреноидов. Никотин попадает в организм с вдыхаемым воздухом и табачным дымом, куда входят различные раздражающие вещества, в том числе канцерогенные - бензпирен, дибензпирен, стимулирующие рост злокачественных опухолей, а также углекислый газ, количество которого во много раз (9,5 %) превышает содержание его в воздухе (0,046 %), и окись углерода. В атмосфере ее почти нет, а во вдыхаемом дыме содержится около 5 %. В невысоких дозах никотин возбуждает клетки ЦНС, что приводит к учащению пульса, дыхания, нарушению сердечных сокращений, иногда к тошноте, рвоте. В высоких дозах никотин может вызвать паралич ЦНС. Смерть не наступает лишь потому, что постепенно человек привыкает к табаку и повышается толерантность. Никотин оказывает отрицательное влияние на железы внутренней секреции, в частности на надпочечники, которые выделяют гормон адреналин. Последний вызывает спазм сосудов и повышение артериального давления. Курение также приводит к явлениям кислородного голодания. Нередко начало курения табака вызывает неприятные ощущения - першение в горле, тошноту, рвоту, но если человек продолжает курить, то неприятные ощущения проходят и вырабатывается привычка, так называемый никотиновый синдром. В нем много общего с алкогольным синдромом и с "синдромом наркомана". Началом никотинового синдрома следует считать период, когда пропадает неприятное ощущение, вызываемое курением. В динамике развития никотинового синдрома выделяют три стадии. В основе этих стадий лежат шесть предпочтительных или ведущих синдромов. Это психическое и физическое привыкание (зависимость), измененная реактивность, психические, соматические и неврологические нарушения.

В период появления предвестников никотинизма [Г. В. Морозов, И. В. Стрельчук (1983) называют этот период преклинической стадией] отмечается разовое, от случая к случаю, часто неумелое курение, что нередко приводит к неприятным ощущениям - першению в горле, кашлю, головокружениям, обморокам, шуму в ушах, двоению в глазах, нарушениям ритма сердечных сокращений, тошноте, рвоте.

Начальная стадия курения. Начальной стадией болезни следует считать время, когда пропадают неприятные ощущения, вызываемые курением и появляется чувство довольства, расслабления, иногда легкой эйфории, даже кажущегося подъема работоспособности. Курение носит систематический характер. Реактивность к курению растет, выражаясь в увеличении количества выкуриваемых сигарет (папирос), в пределах 10-15 штук в день. Психическое привыкание выражается в виде обсессивного влечения с понижением контроля за количеством употребляемого никотина. Появляется желание курить, ощущение, что курение повышает настроение, улучшает самочувствие. Физического влечения нет. Отсутствуют также признаки психических, соматических или неврологических изменений. На этой стадии курильщики способны усилием воли прекратить курение. Продолжительность начальной стадии от 1 года до 5 лет.

Хроническая стадия курения

Хроническая стадия курения носит стойкий характер, ибо имеется тяга к табаку. Толерантность некоторое время повышается, достигая апогея, и держится на высоких показателях человек выкуривает 20-40 сигарет в сутки. Психическое влечение (зависимость) носит обсессивный характер с периодическим получением комфорта, иногда появляется желание непрерывного курения. Чаще это делается для удовлетворения внешнего комфорта, желания покрасоваться перед сверстниками (в молодом возрасте), окружающими (последнее больше относится к женщинам). Физическое влечение (зависимость) начинает проявляться в желании после перерыва вновь закурить, некоторых явлениях дискомфорта при отсутствии возможности закурить. Психических изменений нет, однако может отмечаться легкая неврозоподобная симптоматика при воздержании или умеренном курении. Эта симптоматика относительно быстро проходит и сводится к неприятным ощущениям "тяжелой головы", нарушениям сна, повышению порога раздражительности, некоторому снижению работоспособности. Симптомы соматического неблагополучия проявляются в виде бронхитов, фарингитов, неприятных ощущений со стороны желудка, сердца, изменения пульса, повышения артериального давления, нередко явлений дискомфорта. Неврологическую симптоматику трудно отличить от начальных неврозоподобных состояний, соматических нарушений. Продолжительность хронической стадии 5-15-20 лет.

Поздняя стадия курения

В поздней стадии реактивность организма меняется. Это выражается в снижении толерантности, курение, как правило, вызывает неприятные ощущения, боли в области сердца, учащение пульса, повышение артериального давления, общий дискомфорт. Все это ведет к снижению количества употребляемых сигарет. Постепенно снижается психическое влечение (зависимость), наблюдавшееся на первых двух стадиях, комфорт от употребления табака с годами проявляется нее меньше и меньше, часто просто остается автоматическая привычка курить. Физическое влечение (зависимость) проявляется и виде неглубокого абстинентного синдрома. Он выражается по-разному - может проявляться в "несвежести" головы, выраженных головных болях, головокружениях, снижении или потери аппетита, употреблении большого количества жидкости, вегето-сосудистых расстройствах (потливость, колебания температуры тела, нарушения пульса). Может отмечаться повышенная раздражительность. Появляется необходимость покурить натощак. Это стремление обусловлено желанием снять неприятные ощущения, появляющиеся по утрам, особенно при кашле ("утренний кашель курильщика"). Нарушается сон, временами человек просыпается ночью, чтобы покурить. Психические нарушения малозаметны и выражаются в неврастенических состояниях. Больные жалуются на систематические головные боли или на "несвежую" голову, снижение работоспособности, колебания настроения, повышенную раздражительность. Снижается память, возможны депрессии. Соматические изменения появляются во многих органах и системах: в полости рта (стоматиты, гингивиты, глосситы), в дыхательной системе (бронхиты, пневмония, бронхоэктазы, эмфизема, туберкулез легких), в сердечно-сосудистой (гипертоническая болезнь, инфаркты), отмечаются изменения обменных процессов (преимущественно с извращением витаминного баланса), снижается зрение. Особенно можно отметить возможность появления предраковых и раковых состояний. Со стороны неврологии возникают описанные выше неврозоподобные состояния, невриты, облитерирующие эндартерииты, возможны инсульты. Особенно вредно курение в детском и подростковом возрасте, когда привыкание формируется быстрее и приводит к более тяжелым последствиям. Стадии никотинового синдрома развиваются сугубо индивидуально и зависят от многих причин: времени начала курения, возраста, пола, физического состояния индивида. Темп развития синдрома зависит также от типа высшей нервной деятельности, наличия других вредных привычек (алкоголизм) и др. Большинство курильщиков пытаются самостоятельно бросить курить. Продолжительность воздержания от курения бывает различной, срывы ремиссий наступают чаще всего из-за различных внешних причин - компания, неприятность, эмоциональные колебания и др. Редко это появляется из-за абстинентного синдрома, так называемых "снов курильщика". Следует заметить, что многие курильщики не считают курение бедой. Они легкомысленно относятся к вредным последствиям, возникающим вследствие употребления никотина. Более того, многие считают, что их пугают, а на самом деле курение безвредно. Такие взгляды являются глубоким заблуждением. Курение, в результате которого табачная смола оседает в бронхах, как правило, ведет к хроническим воспалительным процессам - бронхитам, при этом меняется тембр голоса, он становится сиплым. Сухой, удушливый кашель сопровождает эти состояния. Возможны бронхоэктазы, эмфизема легких, легочное сердце. Сильно возрастает вероятность возникновения туберкулеза. Установлено, что 95 человек из 200 к моменту развития туберкулезного процесса курили. Никотин и другие вредные вещества ведут к сужению сосудов, особенно сердца, головного мозга, в результате чего повышается артериальное давление. Сердцу трудно справляться с нагрузками, оно работает с напряжением, что приводит к учащению пульса. Так, у некурящих, пробежавших сто метров, пульс будет 120-130 в минуту, а у курильщиков - 150-160. По статистическим данным, смертность от инфаркта миокарда среди курильщиков в 5 раз выше, чем среди лиц, не употребляющих никотин, а кровоизлияние в мозг наблюдается в 3-4 раза чаще. Курение является частой причиной стойкого сужения сосудов ног, что приводит к тяжкому страданию - облитерирующему эндартерииту, который в свою очередь может привести к необходимости ампутации конечностей. Известно, что каждая выкуренная сигарета разрушает столько витамина С, сколько его содержится в целом апельсине. Никотин оказывает вредное влияние на полость рта, портятся зубы, нередко десны начинают кровоточить, язык покрывается грязно-серым налетом, имеются следы раздражения. Растворяясь в слюне, никотин и другие вредные вещества раздражающе действуют на стенки пищевода, желудка, выделяется много желудочного сока, который вызывает изжогу, тошноту, рвоту. Это часто является причиной образования язвы желудка. Последние годы накапливается все больший материал, свидетельствующий о том, что среди курильщиков число больных раком и лиц с предраковым состоянием намного (в 20 раз) больше, чем среди остального населения. За последние годы процент смертных случаев от злокачественных образований органов дыхания у курильщиков повысился во всем мире (в нашей стране в 2 раза). Рак губы, пищевода, гортани, желудка у лиц, употребляющих никотин на протяжении многих лет - нередкое явление. Большой вред наносят курильщики людям некурящим, так как в результате сгорания табака в воздух поступают вредные вещества. Так, через 1,5 ч пребывания некурящего в накуренном помещении у него в организме концентрация никотина повышается в 8 раз. При длительном курении происходит разрастание фиброзной (рубцовой) ткани в гортани, что приводит к сужению голосовой щели, изменению голоса, к осиплости. Систематическое воздействие содержащихся в табачном дыме раздражающих веществ (аммиак, летучие кислоты) на слизистую оболочку ротовой полости и носа ведет к понижению вкусовых ощущений, снижению обоняния. В 1 см3 табачного дыма насчитывается до 600 тыс. частиц копоти. Человек, выкуривший на протяжении 30 лет по 25 папирос в день, вводит в свои дыхательные органы 10 триллионов частиц копоти. Из них оседает в бронхах и легких 50 %, то есть не менее 5 триллионов. Неудивительно, что в легких курильщика находят клетки, наполненные частицами копоти. Копоть раздражает дыхательные пути, вызывает кашель, развивается хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма. Научными исследованиями установлено, что курящие подвержены бронхиту в шесть раз чаще. Особенно вредно курение для детей и подростков, что отражается на физическом развитии, ребята плохо растут, слабо прибавляют в весе. Нарушение обмена веществ, особенно углеводного, приводит к снижению мышечной силы, повышенной утомляемости, снижению сопротивляемости организма. Такие дети, подростки выглядят худыми, с землистым цветом лица, часто болеют. Особая вредность курения для подростков объясняется еще и тем, что, стремясь скрыть свой порок от родителей и учителей, подростки курят тайком, торопливо, сильнее затягиваясь табачным дымом. В таких условиях происходит интенсивная переработка табака, и в табачный дым переходит больше вредных веществ. При медленном сгорании табака в дым переходит 20 % никотина, а при быстром - свыше 40 %. Больше табачных ядов находится в дыму при докуривании сигареты или папиросы до конца. А именно так делают подростки. Большой вред приносит докуривание окурков, к чему прибегают дети и подростки, не имея денег на покупку сигарет. Необходимо напомнить об опасности передачи инфекции через окурки, побывавшие в губах неизвестных. Причем подростки курят самые дешевые сигареты или папиросы, а в них никотина больше, чем в табаке высших сортов. Школьники тратят на табак деньги, выдаваемые им на завтрак, и вместо необходимых питательных веществ для молодого растущего организма, еще не окрепшего, они вносят ядовитые вещества. Под влиянием никотина чувствительность сетчатки к раздражителям падает, и зрение нарушается, особенно в детском и подростковом возрасте. Никотин значительно повышает внутриглазное давление. Длительное повышение внутриглазного давления резко нарушает зрительную функцию глаза и в конечном итоге может привести к полной слепоте. Никотин также снижает слух у детей. Вредное действие табачных ядов сказывается на работе головного мозга. В лаборатории американского ученого Гуле было установлено, что у курящих юношей на 5 % снижается объем памяти и на 4,5 % легкость заучивания, точность сложения цифр ухудшается на 5,5 %. Не удивительно поэтому отставание в учебе курящих. Курение является одной из причин развития нервных расстройств в подростковом возрасте. Дети становятся раздражительными, вспыльчивыми, плохо спят, появляется рассеянность, ослабевает внимание, нарушаются память, умственная деятельность. Роль табака в этиологии эпилептиформных припадков подтверждается многими авторами. У 12-летнего мальчика под влиянием интенсивного курения появились эпилептиформные припадки и прошли без всякого лечения после прекращения курения. Курение не является основной причиной заболевания эпилепсией, но может быть провоцирующим и утяжеляющим фактором в появлении судорожных припадков. Что же является причиной начала курения в детском, подростковом возрасте? Это, прежде всего, любопытство, подражательство, стремление не отставать от других, казаться взрослым. Ребенок, подросток, видя, как курят взрослые, его сверстники, стремится познать вкус табака. Чаще всего первые сигареты вызывают неприятные ощущения - сухость во рту, кашель, головную боль, головокружение, рвоту. Однако стремление быть как все, толкает на повторные пробы, затем наступает постепенное привыкание. Неприятные ощущения пропадают, появляется приятное состояние, которое толкает на увеличение доз выкуриваемых сигарет. А подросток чувствует себя удовлетворенным, так как сумел преодолеть барьер, отделяющий его от взрослого. В последние годы курение стало широко распространяться среди девочек, которые не хотят отстать от моды, от мальчиков, стремятся самоутвердиться в кругу своих сверстников. Никотин для растущего женского организма еще более вреден. Ибо девочка станет матерью, являясь уже в какой-то мере "инвалидом", так как многие годы до этого систематически отравляла свой организм курением. Курящие женщины рано стареют, дряхлеют. С годами меняется внешний облик женщины, он грубеет, появляется своеобразная мужеподобность, у некоторых меняется голос, он становится сиплым, темнеют зубы, меняется цвет кожи, ее тургор. Курящие женщины в 6 раз чаще, чем некурящие, страдают болезнями щитовидной железы, в 2 раза чаще у них бывают роды с осложнениями, в 8 раз чаще они оказываются вообще бездетными. В молодом возрасте при курении нередки случаи задержки месячных или ранняя потеря способности к зачатию. Курильщицы часто недонашивают плод, следствием чего бывают преждевременные роды, выкидыши. Никотин, проникая через плаценту в кровь ребенка, вызывает его отравление. Курение во время кормления грудью младенца приводит к проникновению никотина в молоко. Вследствие этого такие дети хуже своих сверстников развиваются физически и психически.

1.2 Профилактика табакокурения

Профилактика табакокурения среди подростков должна начинаться, когда стереотипы поведения и мышления ещё не сформировались. Когда ещё нет стойкой табачной зависимости. Только в случае такого подхода, можно надеяться на какой-то положительный результат.

В нашей стране практически не проводится профилактика табакокурения среди подростков, скорее наоборот, имеются все условия и возможности, чтобы начать курить. Идёт пропаганда не здорового образа жизни, а стиля жизни, где главный девиз "бери от жизни всё". И такой стиль жизни широко пропагандируется посредством рекламы, кинематографа, телевидения. На фоне этого слабые попытки внедрить в общественное сознание ведение здорового образа жизни, кажутся примитивными.

Профилактика табакокурения среди подростков - это не только профилактика никотиновой зависимости, но и профилактика сохранения здоровья всей нации, это реальная возможность увеличить продолжительность жизни, предотвратить развитие распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы, хронических бронхо-лёгочных заболеваний, рака лёгких и других болезней.

Чтобы профилактика табакокурения среди подростков была полной, она должна проводиться в двух направлениях:

· Первичная профилактика табакокурения;

· Вторичная профилактика табакокурения.

Меры первичной профилактики направлены на предотвращение начала курения. Ее основная цель заключается в формировании у детей и подростков антинаркогенных установок как внутриличностных регуляционных 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. Информационный компонент включает в себя все сведения об аспектах наркотизма, которые позволят предотвратить знакомство с наркогенными веществами (влияние на организм, физическое и психическое здоровье, социальный статус и т.д.). Оценочный компонент базируется на определенном негативном восприятии ребенком явления, факторов, связанных с ним. Поведенческий компонент представляет собой комплекс приемов и навыков, позволяющих ребенку избежать пробы наркотического или токсикоманического вещества, а также вариантов поведения, обеспечивающих реализацию потребности в удовольствии за счет социально ценных источников. Существует множество вариантов реализации этого направления. Это и использование на занятиях определенных обучающих программ, включение специальных сведений в содержание традиционных школьных курсов (например, на уроке математики подсчитывается "цена" наркотизации для здоровья, на уроках биологии рассматривается влияние наркотиков на системы организма и т.п.), организация тренингов (см. приложение), различных тематических мероприятий (акции, шоу, дискуссионные клубы и т.п.). Особого внимания заслуживает коррекционная работа с детьми группы риска. Работа направлена на коррекцию и возможное нивелирование негативных личностных характеристик, способных провоцировать знакомство с наркогенными веществами. 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 являются психолого-педагогическая диагностика (выявление группы риска, определение основных причин, обусловливающих трудности социальной адаптации), индивидуальные консультации для учащихся, специальный психолого-педагогический контроль, организация коррекционных тренингов, мастерских и т.п.

Первичная профилактика должна осуществляться на уровне семьи и школы. В семье закладываются основы ведения здорового образа жизни, родители формируют у детей правильное (негативное) отношение к вредным привычкам. Школа также выполняет данные функции. На уровне школы должны проводиться не только просветительные мероприятия, рассказывающие о вреде курения, но и наглядные демонстрации последствий курения. Однако проводимые в настоящее время профилактические мероприятия не являются систематическими и научно обоснованными. Даже если школа располагает специалистами (учителями, школьными психологами, социальными работниками, волонтерами из числа родителей и т.д.), которые готовы взять на себя задачу проведения профилактики, нет общей информационной базы, которая позволила бы выбрать правильное направление работы со школьниками. Что же нужно делать, чтобы успешно бороться с эпидемией курения среди детей и подростков?

Для этого необходимо решить следующие задачи:

предотвратить начало курения (первичная профилактика); - способствовать прекращению курения среди тех школьников, кто уже курит (вторичная профилактика).

Итак, предотвращению начала курения способствует в глобальном масштабе, во-первых, ограничение рекламы табакокурения в СМИ. Активную позицию в области борьбы против табака занимает Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). По ее инициативе в последние годы активно осуществляется работа по разработке и подготовке к принятию всеми странами - членами ВОЗ - Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ), главной целью которой является организация совместных интегрированных мер по борьбе против табака с целью достижения значительного сокращения распространенности его потребления, что позволит защитить живущие в настоящее время и будущие поколения от вредных последствий курения и воздействия табачного дыма. В настоящее время более чем в 90 странах мира имеются законы, ограничивающие распространение табачной продукции и курение. В 2001 г. в России был принят Федеральный закон "Об ограничении курения табака", определяющий правовые основы ограничения курения табака в целях снижения заболеваемости населения. Закон устанавливает порядок регулирования деятельности по производству, оптовой и розничной торговле табачными изделиями, вводит запрет на продажу табачных изделий лицам, не достигшим возраста 18 лет, а также запрет на курение на рабочих местах, в транспорте, в закрытых спортивных сооружениях, организациях здравоохранения, образовательных организациях и организациях культуры, помещениях, занимаемых органами государственной власти. Закон обязывает органы здравоохранения, образования и культуры через средства массовой информации регулярно осуществлять пропаганду знаний о вреде курения табака. Кроме того, законом определяется необходимость включения разделов, касающихся изучения воздействия на организм человека курения табака, во все общеобразовательные программы, в том числе и профессиональные. Нельзя объяснить резкое распространение привычки к курению в подростковом возрасте недостаточной общей информированностью школьников. Информацию о вреде курения подростки в основном получают по телевидению (71,4%), со стендов для объявлений (63,7%), во время публичных событий (63,8%), из сообщений в газетах и журналах (52,4%) и гораздо реже по радио (48,8%), в кинотеатрах (31,2%). В то же время необходимо учитывать, что школьники, которые никогда не курили, являются потенциальными курильщиками, так как реклама в значительной степени влияет на решение детей начать курить. Несмотря на то, что процент курящих и некурящих подростков, которые получали сведения о вреде курения, достаточно высок, их воздействие значительно снижается из-за высокого процента рекламирующей табак информации.

По данным исследования, проведенного среди Краснодарских школьников, если в раннем подростковом возрасте 98% отрицательно относятся к курению, то уже к 13-14 годам повсеместно отмечается лавинообразный рост приобщения к курению. Практически любой юный курильщик недооценивает табачную зависимость и считает, что бросит курить в любой момент (а именно тогда, когда заметит, что курение вредит здоровью); он не осознает кумулятивный эффект вредного влияния табака на здоровье, т.е. прямую зависимость вреда, причиняемого организму, от стажа курения; он не понимает влияние вредных привычек на организм: состояние здоровья взрослых подросток объясняет особенностями возраста, а не результатом нездорового образа жизни, влиянием вредных привычек.

Приобщение школьников к табаку обладает специфическими особенностями: мальчики начинают экспериментировать с сигаретой в 12- 16 лет, а девушки на 1-2 года позже, но прогресс в приобщении к этой вредной привычке происходит быстрей; двое из трех пробовавших курить в старших классах делаются курящими регулярно; среди Краснодарских школьников к 10 классу курит более 50% юношей и около 40 % девушек.

Раннее приобщение к курению приводит к многочисленным негативным последствиям. К ним относятся: формирование стойкой табачной зависимости в зрелом возрасте; рост числа ежедневно выкуриваемых сигарет (до 20 и более); возникновение ряда опасных хронических заболеваний (онкологических, сердечно-сосудистых и др.); неблагоприятный прогноз продолжительности жизни. Если человек начал курить в 15 лет, то продолжительность его жизни уменьшается более чем на 8 лет. Начавшие курить до 15 лет в 5 раз чаще умирают от рака легких, чем те, кто начал курить после 25 лет. Уже в 14-15 лет у курящих, по сравнению с некурящими, достоверно чаще наблюдается кашель, мокрота, одышка. Около половины курящих подростков хотели бы бросить курить, но каждому десятому это трудно сделать, поскольку имеется выраженная зависимость от табака. Распространенность курения в различных городах России среди мальчиков колеблется от 29,8% (Красноярск) до 51,4% (Воронеж), среди девочек - от 21,5% (Тула) до 40,1% (Мурманск). Результаты многих исследований свидетельствуют, что с 1990-х г.г. возраст начинающих курильщиков уменьшился с 15 до 10 лет. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН (Звездина И.В., Шубочкина Е.И., Молчанова С.С. и др.) 36,6% мальчиков пробуют курить в 11 лет и раньше. Наибольший пик интереса к курению отмечается в 9 лет (до 18,1%) и в 12-13 лет (22,2%). Среди девочек наибольший процент пробующих отмечается в 13 и 14 лет (18,3 и 16,7% соответственно). Аналогичные данные были получены при обследовании представительной выборки подростков 23 городов Подмосковья (Скворцова Е.С., Зубкова Н.З.,). Вызывает тревогу тот факт, что 13,3% девочек пробуют курить уже в 11 лет, а 6,7% - в 10 лет (Звездина И.В. и др.,). С возрастом число курящих подростков увеличивается. Так, среди 13-летних подростков курит каждый второй, среди 16-17-летних - двое из троих, а в 18 лет - трое их четверых. Среди работающей молодежи (до 23 лет) курильщиков 81,2%, среди учащихся - 55%. Если распространить результаты исследования на генеральную совокупность, то получается, что в данной возрастной группе 6,7 млн подростков с той или иной частотой потребляют никотин. Высокая распространенность курения отмечается среди учащихся учреждений начального профессионального образования (НПО). Среди девушек процент курящих в 1,4 раза, а среди юношей - в 1,8 раза выше, чем среди их сверстников-старшеклассников (Звездина И.В., Шубочкина Е.И. и др.).

Таким образом, в нашей стране сложилась крайне серьезная ситуация, связанная с высоким уровнем распространенности табакокурения среди детей и подростков, что в значительной степени определяет неблагоприятный прогноз состояния здоровья населения в ближайшем будущем. Решение этой важнейшей медико-социальной проблемы требует принятия неотложных мер по сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения. Несомненно, что наиболее перспективной мерой является широкомасштабная профилактика табакокурения среди детей и подростков, которая должна предусматривать различные уровни и направления действий, мобилизацию и включение всего нашего общества.

В рамках дипломной работы, рассматривая первичную профилактику табакокурения среди молодежи, предлагаем вашему вниманию практическое занятие - тренинг № 1: "Воздействие табакокурения на организм человека" (см. приложение №1). Считаем, что регулярное проведение подобных мероприятий в общеобразовательных школах и учреждениях среднего профессионального образования поможет предотвратить распространение табакокурения среди подросткового населения.

Вторичная профилактика.

Работа с несовершеннолетними, имеющими опыт использования наркогенных веществ. Ее основная цель заключается в предотвращении дальнейшего развития наркогенного заражения у детей, успевших познакомиться с одурманивающими веществами. Она связана с выявлением учащихся, использовавших одурманивающие вещества, организацией в школе специального антинаркогенного контроля, исключающего приобщение к наркотикам другим подростков, проведением различных тренингов, цель которых - научить детей сопротивляться наркогенному соблазну. В случаях, когда это необходимо, организуется медицинское консультирование несовершеннолетних в подростковых наркологических службах (подростковые наркологические кабинеты, служба доверия и т.п.). Способ постепенного отказа от курения представляется малоперспективным. С него можно начать, если вы курите очень много (пачку и более в день). По-настоящему бросить курить вы сможете, только если соберете свою волю в кулак и в один прекрасный день откажетесь от сигарет раз и навсегда. Чтобы бросить курить, самое главное - очень этого захотеть. Необходимо спросить себя: "Всерьез ли я хочу бросить курить?" Подождите, пока такое желание не окрепнет. Условно процесс бросания курения можно разделить на два этапа - подготовительный и окончательный.

*а) подготовительный этап.* Задача этого этапа - разработать для себя убедительную мотивацию, почему вы хотите бросить курить. Записывайте каждую сигарету, выкуриваемую вами за сутки. Изложите на бумаге причины, по которым вам надо бросить курить - желание укрепить свое здоровье, желание продлить свою жизнь, стремление жить полноценной жизнью, обязательства перед родными, необходимость избавить ваших детей от этой вредной привычки, возможность сэкономить деньги, вы будете тоньше чувствовать вкус еды и напитков, исчезнет утренний кашель, уменьшится подверженность к респираторным заболеваниям и другие преимущества жизни без курения. Повесьте этот листок на видном месте и ежедневно читайте его. Собирайте окурки в банку с водой. Держите эту гадость перед глазами и думайте о том, что происходит у вас в легких.

*б) окончательный этап.* Назначьте день, обведите это число в календаре и с этого дня полностью откажитесь от курения. Когда наступит выбранный вами день, с этого момента для вас ничего не должно быть важнее намеченной цели. Теперь ваша задача - перебороть острое желание закурить, когда оно будет возникать (обычно оно длится не более 5-10 минут). Когда такое желание наступит, вы должны подтвердить для себя вашу решимость бросить курить и попытаться отвлечь свое внимание на что-либо другое. Попробуйте уговорить одновременно бросить курить всех членов семьи или близких друзей, чтобы в трудные первые дни вы могли поддержать друг друга. В первые дни пользуйтесь любыми средствами, заменяющими вам сигарету, - жуйте жвачку, крутите в пальцах ручку или карандаш, если не знаете, куда девать руки без сигареты. Для преодоления абстинентного синдрома пользуйтесь никотинозамещающими препаратами. Попробуйте применять технику расслабления для снятия напряжения. Радуйтесь тому, что вы не курите! Не забывайте: вы экономите этим свои деньги. Пользуйтесь ими как наградным фондом для себя. В течение первых недель ешьте, сколько хотите, но пусть это будет здоровая пища. Испытывая напряжение и беспокойство (результаты преодоления привыкания), вы захотите лишний раз перекусить и можете набрать несколько лишних килограммов. Помните, что самые трудные - первые четыре недели. А теперь разберемся, что может нам помочь бросить курить. Самым распространенным способом является замена курения применением никотиносодержащих средств. Это никотиновые пластыри, жевательные резинки, ингаляторы. Механизм их действия одинаков: они обеспечивают доступ никотина в организм, защищая тем самым человека от неприятного абстинентного синдрома. При этом стимулирующий эффект никотина на сердечно-сосудистую систему сохраняется, однако в организм больше не поступают содержащиеся в табачном дыму токсины. Эти средства можно применять достаточно долго, пока тяга к сигаретам не пропадет.

) никотиновый пластырь. Никотиновый пластырь наклеивается на плечо или бедро один раз в день и обеспечивает поступление в организм определенной дозы никотина через кожу. Курс продолжается 8 - 10 недель. Каждые три недели пластырь меняется на более слабый. У некоторых людей под пластырем может возникнуть раздражение кожи. В этом случае в следующий раз наклейте его на другое место. По словам ученых, рекламируемый никотиновый пластырь еще далек от совершенства, кроме того, никотин поступает в организм совсем другим путем, "не сигаретным", теряя, очевидно, по дороге все любимые курильщиками свойства, а заодно и эффективность.

) никотиновая жевательная резинка. Никотиновая жевательная резинка обеспечивает поступление никотина через слизистую оболочку рта. Ее недостатком является неприятный для некоторых вкус и необходимость долго, около 30 минут, жевать и держать во рту (если быстро жевать и сглатывать слюну ее эффект снижается). Иногда она вызывает расстройство желудка. Но зато она достаточно сильна и помогает даже заядлым курильщикам.

)никотиновый носовой ингалятор. Это один из новейших никотинозаменителей. Пользоваться им следует, если не помогли ни пластырь, ни жвачка. Никотиновый ингалятор по форме напоминает сигарету и позволяет вдыхать никотин. Но приходится делать около 80 "затяжек" чтобы получить дозу никотина, содержащуюся в одной пластинке жевательной резинки, что не всегда удобно.

Другими способами, помогающими бросить курить, являются применение специальных лекарственных препаратов (по рекомендации врача). Они не содержат никотина, а являются антидепрессантами, восстанавливающими душевное равновесие в начальный период отказа от курения. Они позволяют избавиться от учащенного сердцебиения и других негативных симптомов, связанных с потреблением никотина. Их имеет смысл применять только "заядлым" курильщикам. Возможно также полоскание рта специальными растворами, вызывающими отвращение к курению. Цибан - это первая в мире свободная от никотина пилюля для отвыкания от курения. Она глушит симптомы перестройки организма в мозгу. Первые три дня терапии курильщик принимает одну таблетку, потом ежедневно по две и уменьшает постепенно количество сигарет. К альтернативным методам отказа от курения относятся иглотерапия (рефлексотерапия) и гипноз. При иглотерапии иголки вводятся в ушную раковину, воздействуя на определенные структуры головного мозга. В результате разрушается "рефлекс курильщика". Метод гипноза заключается в том, что, доведя пациента до состояния релаксации, врач внушает, что ему противно курение. Считается, что в момент проявления тяги к курению, пациент "вспомнит" эти установки. Коэффициент успеха, согласно контрольным проверкам, составляет 30%. Для отвыкания от табакокурения используют такие лекарственные средства, как лобелии, лобесил, табекс, анабазин, гемибазин. Эти препараты заменяют стимулирующее действие никотина. При этом возможно как одномоментное прекращение курения табака, так и постепенное. Самолечение лекарственными средствами противопоказано, т.к. они обладают стимулирующим действием на сердечно-сосудистую и дыхательную системы и могут вызвать опасное перевозбуждение соответствующих функций. Врач-нарколог устанавливает дозу соответствующего лекарственного препарата и осуществляет контроль за состоянием здоровья пациента. Использование безникотиновых сигарет в качестве заместительной терапии нецелесообразно, т.к. при этом удовлетворяется психический компонент влечения, но отсутствует стимулирующее действие никотина: курение такого "табака" учащается, утяжеляются последствия вдыхания продуктов сгорания растительных веществ.

2. Профилактика алкоголизма в молодежной среде

курение подросток алкоголизм профилактика

2.1 Алкоголизм: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника

Этиологическим фактором алкоголизма является алкоголь. Его употребляют миллионы людей, а алкоголизмом заболевают лишь 3-10%. Следовательно, только приема алкоголя недостаточно для возникновения болезни, необходимы еще какие-то дополнительные факторы, чтобы возник алкоголизм. К таким факторам большинство ученых относят социальные, индивидуально-психологические и биолого-физиологические факторы.

Несомненно, в развитии алкоголизма имеют свое место и такие особенности личности, как нравственная незрелость в виде отрицательного отношения к обучению, и низкий образовательный уровень; отсутствие общественно-политической активности и социально-значимых установок; неопределенность в профессиональной ориентации; отсутствие трудовых установок; низкий культурный уровень, узость интересов, отсутствие увлечений, низкие духовные запросы; дефицит мотиваций поведения, уход от ответственных ситуаций и принятия решений; утрата жизненной перспективы и путей развития собственной личности; деформация целостности личности; дезадаптация в социально-позитивной сфере с тенденциями к асоциальному поведению. Н. Н. Иванец (1986) связывает темп развития алкогольной болезни, тяжесть психопатологической симптоматики и формы потребления алкоголя с конституциональными особенностями личности. Он полагает, что у лиц со стеническими чертами характера алкоголизм развивается медленно, течет относительно благоприятно, но непрерывно. С астеническими - ускоренным темпом, менее благоприятно, сопровождается периодическим потреблением алкоголя. У истеровозбудимых - темп развития болезни стремительный, она протекает тяжело, хотя форма потребления алкоголя периодическая. Наконец, определенная часть лиц, страдающих алкоголизмом, формируется из числа психически больных, где алкогольная болезнь (присоединяясь на каком-то этапе развития психического страдания) вторична. Доказано, что в семьях, где оба родителя злоупотребляют алкоголем, риск заболеть алкоголизмом в несколько раз выше, чем при здоровых родителях. Немного ниже он при одном пьющем родителе. По-видимому речь идет о нарушении генного аппарата в зародышевых клетках, т. е. генетические факторы играют предрасполагающую роль в развитии пьянства и алкоголизма. По мнению некоторых ученых, под воздействием алкоголя, принимаемого матерью во время беременности или кормления грудью, изменяется обмен веществ в организме плода или ребенка и это может приводить к особой восприимчивости к этиловому спирту. Большое значение в происхождении пьянства и алкоголизма придают нарушениям обмена веществ. В частности, это касается патологии баланса витаминов группы В и витамина С. Признается важная роль в нарушении соотношения микроэлементов - хлора, натрия в крови. Учитывая, что у злоупотребляющих алкоголем происходят частые смены настроения, предполагают, что в этиологии алкогольной болезни большое значение следует придавать нарушениям равновесия между адреналином и адренохромом. Значение биохимических нарушений как этиологического фактора признается далеко не всеми. Часть ученых полагают, что эти изменения происходят в процессе формирования пьянства и алкоголизма и являются не причиной заболевания, а следствием его, т. е. факторами патогенетического характера. Определенное значение имеет высшая нервная деятельность человека, его темперамент. Одни легко контактируют с людьми, любят компании, другие, наоборот, предпочитают уединение, одиночество, но и те и другие могут вовлекаться в пьянство и алкоголизм, хотя побудительные мотивы у них будут различными. По мнению ряда ученых, большую роль в формировании алкоголизма у некоторых людей играет ослабление иммунной системы организма. Некоторые авторы полагают, что в появлении тяги к алкоголю и в последующем привыкании к нему важную роль играют железы внутренней секреции, например поджелудочная железа и др. Итак, перечислены факторы, способствующие или влияющие на развитие пьянства и алкоголизма.

В настоящее время ведется изучение патогенеза алкоголизма. Механизм его пока точно не ясен, но можно представить несколько основных направлений в изучении этого вопроса. Основными симптомами, характеризующими алкоголизм, являются психическая зависимость, или стремление к эйфории, и физическая зависимость, или влечение к получению физического комфорта. Стремление к эйфории косвенно указывает на исходный сниженный фон настроения. При хроническом алкоголизме эффект эйфории снижен, и это приводит к необходимости приема дополнительных доз алкоголя, иначе говоря, к потере контроля за количеством потребляемого спиртного напитка. Как доказано последними исследованиями, почти весь принимаемый алкоголь метаболизируется при участии специальных ферментов, имеющихся в организме человека. При алкоголизме этот процесс нарушен. Большое значение в патогенезе алкоголизма придают нарушениям витаминного обмена (Bi), изменениям уровня сахара в крови (гипер- и гипогликемия), которые вызывают своеобразное голодание, в частности влечение к алкоголю. Определенное внимание уделяется функциональному состоянию вегетативной нервной системы с поочередным преобладанием действия симпатических и парасимпатических ее отделов. Постоянное употребление алкоголя вызывает повышенный выброс в кровь норадреналина. При прекращении приема алкоголя продуцирование этого нейромедиатора продолжается, а утилизация снижается. В итоге в среднем мозге, в гипоталамусе накапливаются продукты промежуточного обмена - дофамины, которые принимают участие в формировании похмельного синдрома. Похмельный (абстинентный) синдром является главным признаком физической зависимости. Он наступает после выхода из алкогольного опьянения или запоя и чаще всего протекает на фоне депрессивного состояния. Это дает право ряду авторов предполагать, что в его основе лежит фармакогенная депрессия, часто замаскированная различными соматическими и реактивными нарушениями. Стремление снять тревогу, подавленное настроение, бессонницу, нередко суицидальные мысли, а также соматические симптомы, такие как разбитость, слабость, болевые ощущения толкают на повторный прием алкоголя.

Роль наследственности становится очевидной из ряда факторов. Риск алкоголизма остается высоким у детей алкоголиков, которые с младенчества воспитывались непьющими приемными родителями. Совпадение алкоголизма у монозиготных близнецов значительно чаще, чем у дизиготных. Существуют целые народности с крайне низкой толерантностью к алкоголю. Наследуется не сам алкоголизм, а предрасположение к нему, высокий риск его развития, если начинается злоупотребление. Например, наследоваться могут некоторые черты характера, способствующие самому злоупотреблению - "гедонистические стремления" при неустойчивом типе психопатии и акцентуации характера. Наследственной может быть недостаточность некоторых ферментных систем, отчего толерантность к алкоголю оказывается низкой.

Алкогольная эмбриопатия - заболевание новорожденного, возникающее в том случае, если мать во время беременности регулярно злоупотребляла спиртными напитками. Алкоголь легко проникает через плацентарный барьер (так же, как и в молоко кормящей матери). Новорожденные обнаруживают признаки зависимости от алкоголя, проявляющиеся непрерывным беспокойством и нарушением физиологических функций.

Опьянение при употреблении алкоголя проявляется психическими, соматическими и неврологическими расстройствами. Их тяжесть зависит как от дозы алкоголя, его крепости, так и от скорости всасывания из желудочно-кишечного тракта, от состояния человека, чувствительности организма к алкоголю. Всасывание этанола происходит в желудочно-кишечном тракте, кишечнике (тонком). Обильная пища, особенно богатая жиром, крахмалом, замедляет всасывание. Прием алкоголя натощак ускоряет этот процесс. Чувствительность к этанолу повышается при утомлении, голодании, недосыпании, переохлаждении, перегревании. Особенно чувствительны к алкоголю дети, подростки, пожилые люди. Многое зависит от активности ферментов, расщепляющих алкоголь. При генетически обусловленной низкой их активности и малом содержании подобных ферментов в крови (например, низкий уровень алкоголь-дегидрогеназы у народов Крайнего Севера) выражена крайняя непереносимость алкоголя, так что от умеренных доз может наступить опасное для жизни коматозное состояние.

В зависимости от тяжести состояния выделяют три степени опьянения.

Легкое опьянение вызывает эйфорию с чувством довольства, комфорта; появляются легкость в общении, говорливость. Мимика становится более оживленной, жесты и движения порывистыми, размашистыми, но менее точными. Внимание легко отвлекается, качество работы, требующей особого сосредоточения, ухудшается; однако люди в таком состоянии этого не замечают, даже переоценивают свои возможности. Изменяется и соматическое состояние, появляются гиперемия лица, тахикардия, повышается аппетит, оживляется сексуальное влечение. Через 3 - 5 ч наступает вялость, сонливость. Весь период опьянения впоследствии помнится хорошо, нет даже легких мнестических расстройств.

Средняя степень опьянения характеризуется выраженными неврологическими стигмами. Речь становится смазанной (дизартрия), походка нетвердой, шаткой, обнаруживаются явления атаксии. Пальценосовая проба выполняется с очевидными промахиваниями. Может возникнуть тошнота или рвота. Эйфория может сменяться дисфорией с озлобленностью, агрессией. Внимание привлекается с трудом, хотя ориентировка в окружающем сохраняется. Возбуждение сменяется глубоким сном, за которым следует разбитость, вялость, головная боль. Некоторые события периода опьянения в дальнейшем вспоминаются неотчетливо.

Тяжелая степень опьянения диагностируется тогда, когда возникают признаки угнетения сознания, которые нарастают от выраженного оглушения до сопора и комы. При оглушении утрачивается способность стоять на ногах (атаксия), отмечается амимия, появляется тяжелая рвота, которая опасна в силу возможной аспирации рвотных масс. Может наблюдаться недержание мочи и кала. Выражена цианотичность конечностей, похолодание тела. При нарастании оглушения можно наблюдать неразборчивое бормотание, которое затем прерывается отдельными выкриками. Оглушение переходит в сопор, в котором не удается пробудить опьяневшего даже с помощью нашатырного спирта, при этом иногда этот раздражитель вызывает негативную гримасу и стоны. Таким же образом сопор переходит в кому, когда исчезает реакция зрачков на свет, корнеальный рефлекс, дыхание делается затрудненным, пульс слабым. После пробуждения (протрезвления) воспоминаний не остается (амнезия периода опьянения), сохраняется астения, ослабление или потеря аппетита.

При легкой степени опьянения концентрация алкоголя в крови составляет от 20 до 100 ммоль/л, при средней степени - от 100 до 250 ммоль/л, при развитии тяжелой степени - от 250 до 400 ммоль/л и выше.

Патологическое опьянение. Это состояние определяется как острый транзиторный психоз, развивающийся вслед за употреблением алкоголя, чаще всего в небольших дозах, и протекающий в форме сумеречного помрачения сознания. Остро начинаясь, патологическое опьянение завершается либо сном, либо резким психическим и физическим утомлением (астения), вплоть до развития прострации с безразличием к самому себе и ко всему происходящему. Весь период психоза амнезируется полностью. Структура развивающегося сумеречного состояния может быть различной. Иногда можно говорить о простом сумеречном состоянии. Возникает отрешенность от окружающего, поведение внешне упорядочено, но отдельные его элементы автоматизированы, таких людей задерживают лишь тогда, когда они обратят на себя внимание своим необычным видом или вызовут удивление каким-либо необычным поступком, резко бросающимся в глаза. В ряде случаев в состоянии патологического опьянения выражены продуктивные симптомы психоза - двигательное возбуждение, аффект страха, бредовые высказывания. В подобном состоянии часто совершаются антисоциальные действия, преступления, требующие специального, не только криминалистического, но и судебно-психиатрического исследования и анализа.

При эпилептоидной форме патологического опьянения на передний план выступает резчайшее двигательное возбуждение, обнаруживаются агрессивные, совершенно непонятные по своим мотивам действия. Часто наблюдаются двигательные стереотипии. Преобладает аффект неистовой ярости, злобы, ожесточенности. Речь, как правило, скудная, обедненная. Может встречаться немое возбуждение, галлюцинаций и бреда нет, либо они фрагментарны и не занимают ведущего места в состоянии.

Параноидная форма патологического опьянения, наоборот, протекает с преобладанием аффективно бредовых переживаний; больные убеждены, что им угрожает опасность, их намереваются убить, против них что-то замышляют. Возникает иллюзорное восприятие окружающего с появлением ложных узнаваний, соответствующих бредовым переживаниям. Резко выражены страх, ужас. В то же время поведение сохраняет видимую целенаправленность. Речевая продукция состоит из отдельных фраз. Могут преобладать галлюцинаторные расстройства. Завершение психоза также критическое, наступает глубокий сон с амнезией эпизода.

Симптоматология и течение алкоголизма. Осевым (стержневым) симптомом алкоголизма является патологическое влечение к употреблению спиртного. При этом развиваются привыкание к алкоголю, патологическая зависимость от него. Выделяют психическую зависимость (потребность при помощи алкоголя изменить свое психическое состояние) и физическую зависимость (потребность снять дискомфорт физического самочувствия, развивающийся в отсутствие алкогольного воздействия).

Причина патологического влечения к алкоголю окончательно не выяснена. В клинике различают первичное влечение (психическую зависимость), не связанное ни с опьянением, ни с состоянием похмелья (похмельным синдромом); также выделяют влечение, возникающее в состоянии опьянения после приема какого-либо количества алкоголя (утрата контроля за количеством принятого), и, наконец, патологическое влечение в период абстинентного (похмельного) синдрома, который развивается после прекращения приема алкоголя. A. A. Портнов и И. Н. Пятницкая считают, что можно выделять тип влечения, обусловленный навязчивой (обсессивной) идеей, с которой больные пытаются бороться, особенно в начале заболевания, и тип влечения в рамках компульсивной идеи (идеи, носящей компульсивный, насильственный характер), что придает личности алкоголика особый склад. Эта позиция не является общепризнанной, но во многих случаях подтверждается практикой наблюдений.

Симптом первичного влечения к алкоголю (не связанного, в отличие от вторичного, с присутствием этанола в организме) в начале заболевания очень часто бывает обусловлен ситуационно, т.е. возникает в ситуациях, которые привычно ассоциируются с выпивкой. Внешне он выражается в активно проявляющейся инициативе при подготовке к выпивке, устранении каких-либо препятствий, которые могут "сорвать" эксцесс. При этом у больных отмечается "подъем духа", они радостно предвкушают предстоящую приятную процедуру. Данный симптом наблюдается в I стадии алкоголизма (при отсутствии абстинентных явлений и потребности опохмелиться).

О первичном влечении к алкоголю свидетельствуют объективные признаки: изменение мимики, ее оживление при воспоминании о спиртном; аффективные нарушения - "нервозность", или пониженное настроение; вегетативно-рефлекторные проявления, выраженные особенно перед едой (слюноотделение с гиперсаливацией, глотательные движения, "подсасывание" в желудке вплоть до ощущения вкуса спиртного во рту). Все мысли больных сконцентрированы на алкоголе, они вспоминают испытанное ранее "удовольствие" после выпивки, обдумывают новые "планы", с радостью предвкушая их исполнение. Первичное патологическое влечение к алкоголю чаще принято подразделять по тяжести (легкий и средний варианты), по выраженности влечения с наличием или отсутствием компонентов борьбы мотивов (обсессивноподобное и компульсивное), по возможности преодоления больным влечения ("одолимое" и "неодолимое"), по охваченности влечением (парциальное и тотальное), по характеру проявления (постоянное и периодическое), по связи с ситуационными моментами (спонтанно возникающее и обусловленное ситуативными факторами).

Первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости наблюдается при II и III стадиях алкоголизма. Здесь его возникновение спонтанно и сразу достигает интенсивности, приводящей к немедленному употреблению спиртного. При этом больные могут пренебрегать любыми правилами морали, этики, нравственности.

Патологическое влечение к алкоголю в опьянении (или утрата количественного контроля за выпитым) свидетельствует о неспособности больного алкоголизмом ограничить прием спиртного небольшим количеством. Первые дозы алкоголя в таких случаях вызывают интенсивное влечение к его дальнейшему приему, в результате у больного развивается состояние выраженного опьянения. Утрата контроля, так же как и необходимость опохмелиться, является проявлением вторичного влечения к алкоголю. В практике чаще используется термин "патологическое влечение к алкоголю в опьянении".

Вторичное влечение к алкоголю может возникать и в I, и во II, и в III стадиях развития алкоголизма. В III стадии чаще развивается патологическое влечение с утратой ситуационного контроля.

Изменение толерантности к алкоголю также является облигатным симптомом алкоголизма. По данным H. H. Иванца и соавт. (2006), выделяется симптом нарастающей толерантности, когда первоначально употреблявшееся количество алкоголя уже не вызывает прежних состояний опьянения и поэтому пациенты увеличивают дозу в два-три раза. При этом исчезает защитный рвотный рефлекс, возникает опьянение средней или тяжелой степени.

Симптом нарастающей толерантности свидетельствует о наличии I-II стадии алкоголизма. Симптом снижения толерантности следует за стадией "плато-толерантности" с установлением стабилизации дозы алкоголя и характерен для III стадии алкоголизма. Здесь опьянение возникает от приема гораздо меньших разовых доз этанола, иногда пациенты переходят к употреблению напитков меньшей крепости, например крепленых вин.

Алкогольный абстинентный (похмельный) синдром (AAC, F10.3) выделен впервые С. Г. Жислиным (1929) и соответствует синдрому "лишения" алкоголя. У больных при этом на следующее утро после принятого накануне спиртного наблюдаются угнетенное настроение, тоскливость, появляются сверхценные идеи самоуничижения и самообвинения в поступках, совершенных накануне, ощущается физическое недомогание, слабость, сердцебиение, тяжесть в голове, многие испытывают дрожание в пальцах рук. Главный симптом похмелья - смягчение или полное исчезновение перечисленных расстройств после приема той или иной дозы этанола. В легких случаях (при начальных проявлениях II стадии) в абстиненции преобладают вегетативно-соматические расстройства, в тяжелых (при развернутой II-III стадии) наряду с ними определяются и психопатологические нарушения.

Амнестические алкогольные симптомы проявляются в виде палимпсестов (запамятование событий заключительной части алкогольного опьянения) при I стадии. Лакунарная амнезия с запамятованием отдельных эпизодов значительной части эксцесса - признак II и III стадии, так же как и тотальная амнезия всего периода опьянения (III стадия).

Формы злоупотребления при алкоголизме могут быть различными, например, по типу псевдозапоя с продолжительностью от 2-3 дней до 1-1,5 недель, с воздержанием от 2-3 дней до 1-1,5 недель или по типу постоянного пьянства (либо перемежающегося) на фоне высокой толерантности.

Поскольку алкоголизм рассматривается как прогредиентное заболевание с определенной этиологией (длительная алкогольная интоксикация), совершенно очевидно, что болезнь имеет свое начало, апогей и исход. В связи с этим выделяют три стадии развития заболевания.

Первая стадия проявляется патологическим влечением к алкоголю, у больных утрачивается контроль над количеством выпитого спиртного, возрастает толерантность к алкоголю. Можно видеть переход от эпизодического к систематическому пьянству. Абстинентный синдром в этой стадии еще не выражен. Психические расстройства проявляются в виде "неврастеноподобных" симптомов: отмечается вегето-сосудистая дистония, расстройства сна, аппетита. По мере нарастания интоксикации заостряются или деформируются личностные черты. При этом одновременно начинает проявляться снижение интересов к общественной жизни, работе, семье. Продолжительность начальной стадии различна - от одного года до 8-10 лет.

Вторая (наркоманическая) стадия. Влечение к алкоголю становится более выраженным. Здесь уже четко проявляется ААС и устанавливается максимальная толерантность к спиртным напиткам (от 500,0 до 1500,0 мл водки). На этой стадии в "светлые", свободные от употребления алкоголя промежутки времени у больных меняется психическое и физическое состояние. Им трудно сосредоточиться, наблюдается утомление при интеллектуальной нагрузке, появляются раздражительность, тревожность, различные неприятные соматические ощущения. Употребление в таком состоянии первой дозы спиртного дает чувство физического и психического комфорта, значительно улучшает трудоспособность и обусловливает постоянное стремление к повторным, частым и массивным алкогольным эксцессам, что приводит к изменению поведения, конфликтам в быту, на службе. При этом заметнее выступают личностные изменения, заметными становятся неуравновешенность, быстрая истощаемость, смена мотивов и побуждений, что свидетельствует о поражении волевой сферы. Это подтверждается и проявлением неодолимого влечения к алкоголю. Эмоции становятся легковесными, поверхностными, проявляется "алкогольный юмор". По мнению П. Б. Ганнушкина, подобный "юмор" является признаком огрубления у психопатических личностей вследствие ослабления самоконтроля при алкогольной интоксикации. Выражены также общее моральное и нравственное огрубление, больные сверхвозбудимы, агрессивны. Эмоции поверхностны, аффективность характеризуется лабильностью, неустойчивостью (Э. Блейлер). Круг интересов сужается, снижается способность к запоминанию.

В наркоманической стадии возникают эпизодические психотические расстройства в виде делирия, галлюциноза или параноида. Они чаще развиваются в период воздержания после длительного злоупотребления алкоголем. Многие считают, что подобные проявления свидетельствуют о первых органических симптомах с последующим нарастанием признаков токсической энцефалопатии.

Третья (исходная, энцефалопатическая) стадия сопровождается утяжелением абстинентного синдрома. В этой стадии в большей степени выраженности проявляются различные психозы, наблюдаются эпилептические припадки. Толерантность к алкоголю падает. Почти у всех больных наблюдаются запои или систематическое пьянство. Абстиненция возникает даже после приема очень небольших доз спиртного. Психическая и физическая зависимость от алкоголя настолько выражена, что соматические нарушения при абстиненции могут быть опасными для жизни больного. Больные пьют ежедневно, непрерывно, происходит своеобразное "насыщение" организма "необходимым" количеством алкоголя. Больной употребляет алкоголь уже "как лекарство", необходимое для снятия абстиненции.

Здесь снижение уровня личности является грубым, искажающим личность, опустошающим ее. Память и интеллект резко снижены, деградация личности такова, что исчезает интерес не только к своей профессии, труду, но и к своей судьбе, все интересы сводятся к выпивке. У многих больных на заключительном этапе болезни появляются апатия, вялость, бездействие.

Алкогольные (металкогольные психозы). Алкогольные психозы возникают во второй и третьей стадиях развития заболевания как различные по продолжительности психотические эпизоды. Структура и динамика психотических расстройств алкогольного генеза зависят от многих факторов, сущность которых в настоящее время еще полностью не изучена.

Алкогольный делирий (белая горячка). Это наиболее распространенный вид алкогольного психоза. Делирий возникает почти всегда остро, в период абстиненции. Он может быть спровоцирован предрасполагающими факторами: пневмонией, дизентерией, черепно-мозговой травмой и др.

Как правило, психоз развивается в ночное время с кратковременных предвестников в виде бессонницы, кошмарных сновидений, тревоги, снижения аппетита. Типичным симптомом белой горячки является дрожание конечностей (дрожательный делирий).

В наиболее типичной форме делирий при алкоголизме был описан К. Либермайстером (1886), затем основная последовательность усложнения расстройств была отмечена в наблюдениях современных отечественных исследователей (Г. В. Морозов, Н. Г. Шумский, 1998).

Большую роль в формировании картины делирия играют тактильные галлюцинации и галлюцинации общего чувства. Больным кажется, что по ним ползают насекомые, что их кусают собаки, хватают за ноги, колют иглами, режут. Характерно также и то, что чаще всего бывают комбинированные обманы восприятий, относящиеся к различным органам чувств, очень часто больные переживают различные сцены тяжелого, неприятного для них содержания. В связи с этим можно выделить один очень существенный признак делирия - чрезвычайную яркость галлюцинаций, которые носят для больного характер полнейшей реальности. Об этом свидетельствуют эмоциональные реакции больных - экспрессивные, бурные, окрашенные аффектом страха или ужаса. Охваченность галлюцинаторными переживаниями больных доказывается объективным наблюдением - они встряхивают одеяло, простыню, чтобы удалить оттуда воображаемых насекомых, ловят в воздухе каких-то птиц, отгоняют набрасывающихся на них собак и т.д. Очень часто больные в своих галлюцинаторных переживаниях отражают какую-нибудь привычную для них ситуацию, как это бывает при алкогольном "профессиональном" делирии. Характерны для галлюцинаций больных "белой горячкой" также разнообразие и сменяемость разворачивающихся картин, которые они видят, возможность вызвать галлюцинации того или иного содержания путем соответствующего внушения.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение патологического влечения. В основе этого вида терапии лежит выработка отвращения к алкоголю, закрепление рвотного рефлекса на запах, вкус, внешний вид алкогольной продукции. Кроме того, ставится цель выработки рефлекса страха перед употреблением спиртного.

Условно-рефлекторная терапия (УРТ) используется с начала XX века (Н. В. Канторович, 1929). На раннем этапе введения УРТ больным предлагалось нюхать спиртные напитки, это сочеталось с воздействием слабого электрического тока (удар тока в руку). Более эффективным оказался метод приема алкоголя на фоне действия рвотных средств (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.). После нескольких проб такого рода может образоваться рвотный рефлекс на вид водки, ее запах, вкус. При таком методе периодически надо подкреплять возникший рефлекс, так как в противном случае он угасает.

С этой же целью может быть использована сенсибилизирующая терапия, заключающаяся в приеме антабуса (дисульфирам, тетурам). Антабус угнетает фермент ацетилдегидрогеназу. При приеме алкоголя его окисление задерживается, ацетальдегид накапливается в крови, что дает токсический эффект в виде чувства нехватки воздуха, страха смерти, резкого сердцебиения, потливости, слабости. Иногда могут возникать гипертонические кризы, коллапсы. Вся процедура проводится в процедурном кабинете под наблюдением врача. При возникновении у б больного тягостного состояния применяются симптоматические средства с целью его купирования (вливание глюкозы с кофеином и др.). У пациента возникает представление об опасности, которая обусловлена приемом алкоголя, и боязнь его употребления. С этой целью применяется также имплантация под кожу депо-препарата дисульфирама ("Эспераль").

Купирование абстинентного синдрома. С этой целью используются средства для детоксикации и транквилизаторы. Больным назначаются капельницы для внутривенных вливаний гемодеза, реополигмокина, 5%-ного раствора глюкозы.

Седативные средства (седуксен, релиум, феназепам, бромазепам и др.) назначают в течение первых пяти-шести дней лечения внутрь (каждые четыре часа) или парэнтерально 2-3 раза в день. Дозировки подбираются индивидуально.

Специально назначаются витамины группы В (В1 В6, В12, В15). Существует мнение, что в патогенезе психических расстройств при алкогольных психозах и формировании алкогольной энцефалопатии лежит недостаточность витаминов В12 и PP.

При обнаружении гиперактивации симпатической нервной системы (симпатикотония) показано применение клонидина, пирроксана, бета-блокаторов (атенолол). Имеются наблюдения, что сочетание бета-блокаторов с бензодиазепинами может не только купировать вегетативные нарушения, но и подавляет влечение к алкоголю. При тяжелом ААС показано внутримышечное введение сульфата магния.

Как правило, подобная комбинированная терапия купирует ААС к четвертому-пятому дню лечения.

Успешно применяются также немедикаментозные методы лечения (прием внутрь сорбентов СКМ, АУВМ, АУВ), что сокращает длительность ААС на один-два дня. Иногда используют гипербарическую оксигенацию (Н. М. Епифанова, 1989).

На следующем этапе лечения происходит становление ремиссии. Главными терапевтическими ориентирами здесь является психопатологическая симптоматика. При наличии депрессивной симптоматики назначаются антидепрессанты (миансерин, леривон, паксил - из группы СИОЗС). При наличии психогенных состояний назначают терален, неулептил. Затяжные астенические состояния требуют назначения ноотропов.

Лечение алкогольного делирия. В настоящее время патогенетическая терапия делирия предусматривает соблюдение определенных стандартов.

Необходим контроль за соотношением введенной жидкости и диуреза; обязательны общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (белок, сахар, остаточный азот, мочевина, калий, натрий, кальций, магний); гематокрит, pH крови, газы крови, ЭКГ, консультация терапевта, окулиста, невропатолога.

Проводится детоксикация с применением препаратов трисоль, хлосоль, изотонического раствора глюкозы, раствора Рингера внутривенно (капельно) или тиосульфата натрия, хлорида кальция, унитиола - 5-10 мл внутримышечно. Проводится и немедикаментозная детоксикация (очистительная клизма, плазмаферез, энтеросорбенты). Обязательно назначение витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, никотиновой кислоты. Используются ноотропы, глюкокортикоиды (гидрокортизон, преднизолон), антиконвульсанты. Для купирования возбуждения внутривенно используют введение релия, седуксена по 20-40 мг 2-3 раза в сутки. Можно применять оксибутират натрия целью достижения седативного эффекта, его назначают по 2-4 г, растворяя в 20 мл 5%-ного раствора глюкозы, внутрь 3-4 раза в сутки. Внутривенно вводится официнальный 20%-ный водный раствор по 20-40 мл капельно (медленно). С учетом этиопатогенической роли прекращения приема алкоголя в возникновении делирия используют также с целью купирования делирия смесь Попова, содержащую фенобарбитал, винный спирт - в ночное время (200 мл).

Нейролептики должны назначаться очень осторожно (галоперидол 0,5%- ный раствор по 2,0-3,0 внутримышечно).

В последнее время предложен метод ксенонотерапии (Д. Ф. Хритинин, Б. Д. Цыганков, С. А. Шамов, 2008) путем дачи ксенонового наркоза, что быстро купирует явления ААС, начального делирия и предотвращает развитие корсаковского психоза, алкогольной энцефалопатии.

Лечение алкогольного (слухового) галлюциноза включает в себя собственно антиалкогольную терапию, которая описана выше (с использованием детоксикации, восстановления электролитного баланса), а также применение нейролептиков с элективным действием в отношении галлюцинаторных расстройств (трифтазин, галоперидол, этаперазин, триседил, модитен-депо в случаях пролонгированного течения галлюциноза). Показано назначение клозапина (по истечении семи дней после приема алкоголя).

В ряде случаев галоперидол и трифтазин можно комбинировать с аминазином и левомепромазином в дозе 50 мг на ночь перорально, что способствует достижению снотворного эффекта. Лечение психотропными препаратами всегда сочетают с витаминотерапией. При длительных, стойких галлюцинозах показана инсулинкоматозная терапия. При начальных стадиях формирования ремиссии широко используются различные психотерапевтические методики (эмоционально-стрессовая психотерапия, по В. Е. Рожнову, различные методы вербальной аверсивной терапии). Особое значение приобретает групповая психотерапия, что особенно важно в отношении тех пациентов, которые не желают признавать себя больными, не могут правильно, оценить отрицательное влияние пристрастия к алкоголю на свою личную жизнь, социальное положение. Основной позитивной стороной групповой психотерапии является наличие в ней выраженного фактора рациональной психотерапии, который в группе оказывает более существенное воздействие с целью коррекции поведения и формирования в сознании пациента доминанты трезвого, здорового образа жизни как гарантии личного успеха и социального благополучия.

2.2 Профилактика алкоголизма в молодежной среде

Психиатр И. К. Янушевский, анализируя причины, под влиянием которых дети и подростки приобщаются к спиртному, пришел к таким выводам: приучили родители - 39%, подражали взрослым - 33%, приучили старшие товарищи - 25%, причины не установлены - 3%.

Профилактика - это самый действенный способ борьбы с алкоголизмом. Это целая система не только медико-санитарных, но и комплексных государственных, общественных, социально-экономических, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий. Кроме ограничения доступа к алкоголю, профилактические меры заключаются в следующем:

· выявление ранних изменений личности человека, испытывающего тягу к алкоголю, установление психологического заслона;

· проведение регулярной ненавязчивой грамотной антиалкогольной пропаганды всеми доступными средствами массовой информации (телевидение, радио, пресса) с привлечением специалистов и "потерпевших", вышедших из данного состояния (болезни);

· реализация дифференциального индивидуального подхода к комплексному лечению алкоголизма;

· принятие юридически обоснованных мер ограждения детей от пагубного влияния их родителей-алкоголиков.

Основные направления профилактики алкоголизма у молодежи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Направления | Задачи и пути реализации  |  |
| Психогигиеническое | Коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности. Индивидуальная психолого-педагогическая работа с трудными подростками, имеющими отклонения в поведении.  |   |
| Педагогическое | Последовательное противоалкогольное воспитание в школе с 1-го по 11-й классы. Формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения.  |   |
| Санитарно-гигиеническое | Повышение санитарной грамотности и культуры населения. Противоалкогольная пропаганда среди широких слоев населения. Искоренение вредных для здоровья привычек. |   |
| Медико-социальное | Комплексная работа с группой риска - лицам и, злоупотребляющим и алкоголем. Санирование биологической почвы. Оздоровление микросоциальной среды. Работа по индивидуальным планам медико- педагогических мероприятий. |   |
| Здравоохранительное | Развитие и совершенствование наркологической службы. Система мер по уменьшению распространенности алкоголизма. Широкая противоалкогольная работа всей общемедицинской сети. |   |
| Административно-правовое | Правовое регулирование преодоления пьянства и алкоголизма. Система ограничений и запретов, направленных на уменьшение распространенности пьянства и его последствий. |   |
| Экономическое | Система государственных мероприятий по уменьшению экономической зависимость бюджета от продажи алкоголя, что позволит развернуть более действенные меры против алкоголизма и пьянства. |  |

Факторы риска из нашей жизни ликвидировать невозможно. К факторам защиты относят идеальное благополучие в семье, устойчивость к стрессам, низкий криминогенный уровень, материальный достаток… Дальше можно не продолжать. Конечно мы за активизацию этих факторов защиты от алкоголизма, но вопрос это социально-политический, а не медицинский.

Наличие склонности к алкоголизму, можно определить специальным тестом CAGE - это наиболее популярный метод опроса на определение злоупотребления алкоголем или алкогольную зависимость.

Тест CAGE на определение склонности к алкоголизму:

1. Возникало ли у Вас ощущение того, что следует избегать употребление спиртных напитков?

. Возникало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости избегать (сократить) употребление спиртных напитков?

. Испытывали ли Вы когда - нибудь чувство вины, связанное с употреблением алкоголя?

. Возникало ли у Вас желание принять спиртное на следующее утро после эпизода употребления алкоголя?

Если из четырех предложенных вопросов подростки ответили на все или один отрицательно, то нет повода для волнения. Если же ответили на 2 и более ответа положительно, то можно заподозрить склонность к злоупотреблению алкоголем или уже имеющийся алкоголизм, значит нужно неотлагательно принимать меры по снижению потребления алкоголя или обратиться к врачу - наркологу для уточнения степени зависимости к алкоголю.

В нашей работе мы остановимся на выборе такой профилактической меры, как тренинговые занятия. Это форма специально организованного общения, эффект воздействия которого основан на активных методах групповой работы. Не только педагогические работники и сотрудники психологической службы могут проводить подобные занятия. Автор дипломной работы на правах медработника проводила подобный тренинг в группе "Здоровый город" с подростками 16-18 лет. Мы представляем его вашему вниманию:

Занятие - тренинг № 2.

Тема: "СОдействие молодежи в организации профилактики распространения алкоголизма"

Цель и задачи занятия: познакомить учащихся с понятием профилактика и других базовых понятий; дать достоверную информацию о распространенности алкогольной зависимости в мире, России и выяснить возможности молодежи в организации профилактической работы распространения алкоголизма и роль государства в решении данной проблемы.

Время проведения занятия - тренинга: 90 минут и более.

Материалы, необходимые для проведения занятия: бейджи, бумага А-4, цветная бумага, ножницы, карандаш-клей, скотч, фломастеры, задания.

Место проведения занятия - аудитория, рассчитанная для проведения занятий 20 - 25 человек, которых можно посадить в полукруг, доска или свободная стена для плакатов

План проведения занятия: 1. Медработник представляет цели и задачи тренинга 2. Приветствие участников 3. Ожидания 4. Деление на малые группы не более 5 человек 5. Разминка. Проведение упражнения - активизатора 6. Работа в малых группах над основными понятиями 7. Проведение упражнения - активизатора 8.Мозговой штурм на тему "Существует ли проблема алкоголизма в подростковой и молодежной среде?" 10.Мозговой штурм на тему "Поиски путей решения данной проблемы" 11. Завершение работы

Проведение занятия - тренинга

1. Медработник рассказывает о задачах тренинга

. Приветствие участников.Для создания рабочей атмосферы и хорошего настроения можно провести следующее упражнение: каждый участник произносит имя соседа сидящего справа (имя записано на бейдже) с комплиментом, который начинается на первую букву его имена. Например: Ирина - исключительно умная, Тимур - талантливый, Кирилл - красивый, Вера - великолепная

.Ожидания.Участникам раздаются листы бумаги, на которых они записывают свои ожидания от тренинга. На доске (стене) вывешиваются два больших листа бумаги, на одном написано - "ожидание", на другом - "выполнение". Ребята прикрепляют свои листочки с ожиданиями на первом листе бумаги. При завершении занятия каждый участник имеет возможность переместить листочки в графу "выполнено".

. Деление на малые группыне более 5 человек. Ведущий выбирает один из вариантов деления на группы, описанных выше (см. тренинг № 1).

. Разминка. Проведение упражнения - активизатора на сплочение, умение работать в команде. Каждая группа получает задание разыграть сцену без слов. Задания могут быть следующие: разыграть сцены, как кошка ловит рыбок в аквариуме; неудачная рыбалка; как парятся в бане; как запрягают лошадь и другие. Группа разыгрывает сцену, участники смотрят и отгадывают, что было сыграно. Очень важно, чтобы в игре принимали участие все члены группы.

. Работа в малых группах.Группам дается задание - ответить на вопросы: что такое профилактика, качество жизни, здоровый образ жизни и его составляющие, личность и окружающая среда. Участники работают над этими вопросами. Затем идет обсуждение. Желательно, чтобы основные понятия были выписаны на доске или заранее подготовлен плакат. Медработник делает акцент, что профилактика не только предупреждение, "противодействие", а это активный поступательный процесс создания условий и формирования личных качеств, поддерживающих благополучие человека. Остановиться на уровнях и типах профилактики, а так же доступности и последовательности профилактических программ с учетом целевой группы.

. Проведение упражнения - активизатора.*"Групповой рисунок":* каждой группе отводится на доске территория, на которой участники групп будут рисовать "портрет" животного. По команде ведущего один из участников групп бежит к доске, и рисуют только часть животного (например: ухо, хвост, лапу, уши т.д.). Далее бегут следующие участники и т.д., дорисовывая фигуру животного.

. Мозговой штурм.Группы работают над вопросом: "Существует ли проблема алкоголизма в подростковой и молодежной среде?". Каждой группе отводится территория на доске или плакат, на котором учащиеся записывают проблему, в чем она заключается и что поддерживает распространение алкогольной зависимости. Идет обсуждение. Ведущий делает вывод - проблема существует и ее надо решать.

. Мозговой штурм "Поиски путей решения данной проблемы".Двум группам дается задание: какие пути решения возможны для снижения распространения алкоголизма в подростковой и молодежной среде, двум другим - роль государства в решении данной проблемы. Участники выписывают пути решения данной проблемы, обсуждают.

Каковы пути решения:снижение продаж; повышение цен на алкоголь; увеличение возраста продажи спиртных напитков (с 21 года); введение в учебные программы школ уроков по профилактике алкоголизма; проведение дней здоровья и марафона здоровья в образовательных учреждениях и в городе; увеличение спортивных площадок и возможности занятий в спортивных секциях - как альтернатива табакокурению и употреблению спиртных напитков; создание моды на здоровый образ жизни; формирование здорового образа жизни, начиная с детского сада;

Медработник, приглашенный для проведения профилактической беседы делает вывод: только совместными усилиями молодежи и государства возможно снизить распространение алкоголизма среди подростков и молодежи.

.Завершение работы.Участники подходятк листам "ожидание" и "выполнение" (см. п. 3). И имеют возможность переместить листочки в графу "выполнено". Медработник подводит итоги работы и делает выводы. Желательно получить обратную связь, задав вопросы "Что понравилось?", "Что не понравилось?", "Оправдались ли ваши ожидания?". Какие чувства испытывают участники в данный момент? Прощаются и желают друг другу всего самого хорошего, а главное - не пить и не курить!

3. Профилактика наркомании в молодежной среде

.1 Наркомания: этиология, патогенез, клиника

Наркомания**-**психическое заболевание, характеризующиеся патологическим влечением к различным наркотическим (психоактивным) веществам, развитием зависимости и прогрессирующей деградацией личности. Частый систематический прием наркотиков вызывает хроническую интоксикацию, формирует стойкое болезненное пристрастие (психическую и физическую зависимость) к этим токсическим веществам. Прекращение (обрыв) приема наркотиков приводит к декомпенсации психической деятельности. В отечественной науке принято выделять наркомании и токсикомании.

К *наркомании* относят заболевания, обусловленные приемом веществ, включенных в официальный "Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ" (списки I, II, III), т.е. признанных законом наркотическими.

Термин "наркотическое вещество", таким образом, содержит в себе медицинский критерий (специфическое действие на ЦНС, седативное, стимулирующее, галлюциногенное), социальный критерий (социальная значимость и опасность) и юридический (включение в вышеуказанный "Перечень").

*Токсикоманиями* называют болезни, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами, не признанными по закону наркотическими.

При использовании двух или более наркотических веществ говорят о полинаркомании.

По МКБ-10 наркомания и токсикомания не разделяются, эта систематика базируется лишь на клинических критериях (F11-F19).

В клинической практике наблюдаются наркомании и токсикомании, возникающие при злоупотреблении снотворными, транквилизаторами, стимуляторами, психотомиметическими веществами, производными дизергиновой кислоты (ЛСД), в последнее время описаны случаи злоупотребления антидепрессантами (коаксил) и др.

Лечение этих видов зависимости проводится в стационаре после отмены наркотиков или токсических веществ, при проведении дезинтоксикационной терапии, общеукрепляющего лечения (витамины, ноотропил и др.). В дальнейшем вводится психотерапия (различные техники) с целью создания установки на вытеснение патологического влечения к наркотическим веществам, восстановление социальной активности.

Опийная наркомания.В последнее время этот вид наркомании в нашей стране является самым распространенным. Он включает в себя больных, злоупотребляющих опием, кустарно обработанными препаратами опия (ацетилированный опий), а также тех, у кого развивается зависимость от морфия, кодеина, промедола, проксидола, фентанила, метадона, героина, диоксина, тенодила.

Первый прием, опиатов вызывает у половины больных тошноту, рвоту, неприятное самочувствие, у других - приятное настроение с благодушием. При повторном приеме опиатов появляется патологическое влечение к ним. При систематическом использовании опиатов развивается начальная стадия наркомании. Ее признаками становятся снижение аппетита, падение массы тела, появление запоров; у женщин может развиваться аменорея. Влечение к наркотику становится постоянным. Длительность начальной стадии может составлять несколько месяцев.

К врачу чаще всего обращаются уже во второй стадии развития заболевания, когда заметно возрастает толерантность к наркотику и его доза увеличивается в 1,5-2 раза (от 2 до 5 г кустарного героина). Наркотик при этом вводят внутривенно несколько раз в день для достижения особого состояния комфорта с целью предотвращения абстиненции ("ломки").

После внутривенной инъекции морфия наблюдается сужение зрачков, отмечается подъем настроения, возникает ощущение тепла, которое разливается по всему телу; некоторые больные ощущают приятный кожный зуд, испытывают состояние блаженства (эйфория). Сами наркоманы обозначают подобное самочувствие термином "приход". Хотя эйфория и сопровождается необыкновенным ощущением телесного и душевного комфорта, но повышения активности, потребности в общении, в отличие от мании, при ней не наблюдается. Своим "кайфом" больные наслаждаются наедине с собой. Они сидят или лежат молча, предаваясь мечтам, прекрасным воспоминаниям, мыслям, отражающим их желания, стремления. Сознание почти всегда остается ясным (если нет передозировки наркотика). Опытные наркоманы при этом могут диссимулировать опийное опьянение, но объективным признаком его наличия является резкое сужение зрачков (зрачки "точечные", они не расширяются в темноте). Опьянение длится несколько часов, затем сменяется сонливостью. При передозировке сонливость развивается очень быстро, может возникнуть даже коматозное состояние, опасное для жизни, больных невозможно разбудить, суженные зрачки не реагируют на свет. При углублении состояния нарастает нарушение дыхания, которое становится редким, неровным, затрудненным (храпящим). Именно от паралича дыхания может наступить смерть. Когда больные вводят препараты опия подкожно (это бывает реже), первоначальная вегетативная реакция отсутствует, эйфория наступает через 20-30 мин.

Как правило, начальная стадия развивается уже после 5-10 повторных вливаний, затем влечение к опиатам становится постоянным, главным смыслом жизни наркомана. Из-за постоянного сужения зрачков страдает зрение.

При вынужденном перерыве в приеме наркотиков явления абстиненции бывают стертыми, резко усиливается наркотическое влечение, настроение меняет свою окраску, становясь дисфорическим с раздражительностью, гневливостью, истерическими реакциями, рыданиями, требованием денег от близких или знакомых для покупки наркотика. На первой стадии начинает расти толерантность.

Вторая стадия наркомании характеризуется выраженной физической зависимостью от наркотика. Абстиненция начинается через 12-24 ч после перерыва, характеризуется тяжестью проявлений. Возникают мышечные боли, судорожные сведения мышц, спазмы в животе, очень часты диспептические проявления - рвота и понос, а также боли в сердце. Зрачки расширены (мидриаз), учащается пульс, характерными являются слюнотечение и слезотечение, непрекращающееся чихание. Чередуются между собой ознобы и проливные поты. Возникают обострения соматических заболеваний. Тяжелое соматическое состояние длится несколько суток. Рост толерантности во второй стадии настолько высок, что дозы достигают величины нескольких десятков смертельных доз в сутки. После перенесенной абстиненции толерантность резко падает и прежняя доза, которая была привычной, может привести к смерти. Картина опьянения меняется, так что прежний "кайф" уже не повторяется. Наркотик становится жизненной потребностью, необходимостью, так как без него невозможна обычная жизненная активность, работоспособность, привычная бодрость, присутствие аппетита. Действие наркотика продолжается лишь несколько часов, это требует повторных вливаний в течение дня. У больных значительно выражены такие соматические расстройства, как шелушение кожи, ломкость ногтей и волос; появляется необычная бледность, анемия и др. Как осложнения возникают вирусные гепатиты, СПИД, тромбофлебиты и тромбоэмболии.

В третьей стадии у наркоманов толерантность к наркотику снижается, наступает глубокая астения, больные истощены, почти все время они находятся в постели, наблюдаются обмороки, коллапсы, иные умирают от интеркуррентных заболеваний.

ЛЕЧЕНИЕ.

С целью купирования опийного абстинентного синдрома применяется клофелин (клонидин) - агонист 2-адренорецепторов ЦНС, тиаприд (тиапридал) - нейролептик (атипический) из группы замещенных бензаминов, и трамал - анальгетик центрального действия. Клофелин назначают с первого дня развития абстиненции курсом на 5-10 дней, начиная с 0,6-0,9 мг на три-четыре приема, далее дозу снижают. Он быстро купирует соматовегетативные расстройства, меньше влияет на психопатологические проявления. Тиаприд снимает болевой синдром, психопатоподобные и аффективные расстройства. Его вводят внутримышечно в дозе 200 мг три или четыре раза в день первые 3-5 дней, затем доза снижается до 100 мг/сут. Трамал дается сразу после отмены наркотика как аналгетик по 2-4 мл (100-200 мг) внутримышечно три раза в день, затем он назначается внутрь по 50-100 мг три-четыре раза в день со снижением дозы параллельно снижению интенсивности болевого синдрома. Используется также геминеврин с целью нормализации функции катехоламиновой системы. Препарат дают в капсулах по 600-900 мг/сутки.

В последнее время для купирования опийной абстиненции применяют комбинацию антагонистов опиатов налоксона, налтренсона с клофелином. Налоксон ускоряет высвобождение метаболитов опия из рецепторов, а это сокращает сроки купирования абстиненции до пяти-шести дней. В первые дни дают 0,9-1,2 мг клофелина (это максимальные дозы), налоксон назначается в минимальных дозах (0,2 мг), затем постепенно снижаются дозы клофелина и увеличиваются дозы налоксона до 1,8 мг/сут.

Эффективным методом лечения становится терапия нейропептидами (холецистокинин, такус).

При абстиненции такус вводится внутривенно, медленно, средняя разовая доза равна 3,5-4 мкг, суточная 9-10,5 мкг. Улучшение после приема такуса наступает через 15-20 мин, эффект длится пять часов, так что в сутки требуется три-четыре инъекции. Курс лечения такусом 5-7 дней. И. Н. Пятницкая ввела для купирования абстиненции пирроксан по 0,03 (две таблетки) четыре-пять раз в день.

После купирования абстиненции следует направить усилия на подавление влечения к опиатам, что является весьма трудным делом из-за отсутствия средств патогенетического лечения. Ослабляют влечение нейролептики (неулептил, пропазин, но только до тех пор, пока продолжается их прием).

Новым средством лечения опийной наркомании является ксенон, который впервые стал использоваться в 1999 году в хирургической практике в качестве ингаляционного анестетика. Он зарекомендовал себя впоследствии как эффективный, нетоксичный и легко управляемый препарат при лечении зависимости от ПАВ. В процессе его применения были выделены два определяющих этапа (Д. Ф. Хритинин, С. А. Шамов, Б. Д. Цыганков, В. П. Сметанников, 2008). Первый этап - интенсивная терапия острых состояний. Здесь устраняются нарушения, вызванные хронической опийной интоксикацией, осуществляется лечение абстинентного синдрома, предупреждение различных осложнений, вызванных злоупотреблением ПАВ, подавление патологического влечения к ПАВ, установление психотерапевтического контакта с больным. Длительность первого этапа составляет 5-8 сут. Второй этап начинается сразу после купирования острых симптомов абстиненции. Его можно определить как этап противорецидивной терапии, он совпадает с ранним постабстинентным периодом. Длительность этого этапа составляет 10-15 дней. У больных с опийным абстинентным синдромом средней степени тяжести при проведении ингаляций ксенона через 30-60 с после начала ингаляции наблюдается нормализация частоты сердечных сокращений до 68-72 в минуту. После окончания ингаляций через 45-60 с больные приходят в сознание, они отмечают резкое уменьшение или полное исчезновение боли в ногах, приятное расслабление. У них значительно снижается или полностью устраняется чувство тревоги, страха. После сеанса ингаляции ксенона больные обычно засыпают. Сон продолжается 1,5-3 ч. На вторые-третьи сутки у больных нормализуется и ночной сон уже без проведения вечернего сеанса ингаляции ксенона. У всех больных после ингаляции ксенона наблюдается очевидное снижение или полное исчезновение синдрома патологического влечения к опиатам. Когнитивные функции при этом полностью сохраняются, больные готовы к проведению психотерапии уже на вторые сутки нахождения в стационаре.

Если у пациента имеется настрой на полное излечение от наркотической зависимости, показана интенсивная и продолжительная психотерапия, в том числе групповая и семейная. Вырабатывается отвращение к наркотику путем формирования отрицательного рефлекса. С этой целью во время наркотического опьянения внутривенно вводят коразол, вызывающий острый страх, что закрепляет отрицательную реакцию на прием опиатов.

3.2 Профилактика наркомании в молодежной среде

Чем моложе начинающий наркоман или токсикоман, тем губительней действие наркотика и токсических веществ на его организм, тем скорее наступает одряхление. Если наркотики или токсические вещества принимает подросток, процесс роста которого еще не закончен, рост и физическое развитие его значительно замедляются.

Как при употреблении наркотиков, так и при употреблении токсических веществ, в конечном итоге наступает деградация личности, снижение интеллектуальной способности; психическая и физическая истощенность становится постоянным признаком. Формируется эмоциональная неустойчивость. Утрачиваются моральные установки и ценности. Гибнет в человеке все истинно человеческое.

Профилактику наркомании принято делить на 3 периода (этапа): первичный, вторичный и третичный (медицинский).

Первичная профилактика наркомании - это в основном социальная профилактика, массовая и наиболее эффективная. Она, прежде всего, направлена на сохранение и развитие условий, способствующих здоровью человека, и на предупреждение влияния различных неблагоприятных факторов. Основа этого типа профилактики - утверждение здорового образа жизни каждого человека и всего общества. Здоровый образ жизни означает полноту включенности человека в многообразные формы и способы социальной деятельности соответственно оптимальному и гармоничному развитию всех его подструктур - телесной, психической, социальной.

Одним из главных моментов в первичной профилактике наркоманий являются обще-профилактические мероприятия, направленные на устранение всех причин и условий, способствующих возникновению и распространению этого заболевания. Первичная профилактика наркомании имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими способами:

· развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует;

· направление процесса осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды;

· усиление адаптационных факторов, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни;

· воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;

· развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самосознанием, поведением, изменением, развитием);

· развитие социально-поддерживающего процесса.

Целенаправленная работа по профилактике наркомании, борьба за здорового человека должна начинаться с раннего детства. Поэтому профилактические мероприятия для детей (начальной школы) более эффективны, чем попытка изменить сравнительно прочно укоренившееся представление о наркотических средствах у подростков в старших классах. Значит, нужно идти в детские сады, начальные классы, чтобы не опоздать. В эту систему должна включиться вся система образования, иначе потеряем наших детей.

Однако главная ответственность за воспитание ребенка, конечно, лежит на родителях. Родители должны осознать, какое глубокое воздействие они оказывают на психику детей и их поведение. Статистически установлено, что большинство наркоманов воспитывались в неблагополучных семьях. Трудно представить, как могут воспитывать детей родители, страдающие хроническим алкоголизмом или наркоманией. Помочь таким людям могут, активно действуя сообща, медицинские работники, преподаватели школ, техникумов работники правоохранительных органов. Так как наркомания - это прежде всего молодежная проблема, то одной из профилактических мер является целенаправленное воспитание с формированием у ребенка положительных установок и полноценной жизненной позиции.

При этом запреты как мера воздействия на поведение детей должны иметь третьестепенное значение. У нас же они, к сожалению, часто являются главными. Природа человеческой психики такова, что ей свойственно сопротивляться запретам, и чем сильнее давление сверху, тем сильнее противодействие снизу. Поэтому главный упор в воспитательных мероприятиях надо делать на убеждение, а не на запрет.

В последнее время значительно возросло число профилактических программ, которые строятся на развитии альтернатив употреблению наркотических средств. Эти программы предполагают вовлечение детей и подростков в различные продуктивные виды деятельности.

С раннего детского возраста необходимо формировать резко отрицательное отношение ко всем искусственно вызываемым состояниям любыми веществами растительного или химического происхождения. Нужно вырабатывать в сознании детей нетерпимость и презрение к наркотическим веществам, культивировать у формирующейся личности подростка чувство неприязни и отвращения к наркотикам.

Особое внимание следует уделить воспитанию чувства опасности, настороженности к приему, (даже одноразовому), каких бы то ни было лекарственных средств или других химических агентов, идущих вне врачебного совета, даже если они свободно продаются в аптеке. Надо учить детей любить себя и свое здоровье. Надо учить детей не только распознавать опасность употребления незнакомых веществ, но и уметь сопротивляться косвенному и прямому принуждению принять их. Например, учить отказываться от предложения "только попробовать" наркотическое вещество, когда это исходит от сверстников, а также умению сопротивляться отрицательному лидеру в группе.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне [Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. Пособие для студентов высших учебных заведений. - М.: Издательский центр "Академия", 2003. - с.81.].

Вторичная, или социально-медицинская профилактика наркомании направлена на выявление наиболее ранних изменений в организме с целью осуществления незамедлительного полного и комплексного лечения, оздоровления микросоциальной среды и применения различных воспитательных мер. Главная цель вторичной профилактики - изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения. Поведение риска может быть вызвано: характеристиками индивида, имеющего те или предиспозиции личностных, поведенческих и других расстройств; характеристиками среды, воздействующей на индивида; специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик.

При этом среда рассматривается в качестве носителя такого доминирующего фактора, как стресс (любое требование среды, является стрессом; в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление резко увеличивается как реакция на это поведение), а само поведение индивида - как фактор риска наркомании.

Вторичная профилактика наркомании осуществляется с применением различных стратегий. Первая стратегия - формирование мотивации на изменение поведения. Вторая стратегия - изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные. Третья стратегия - формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Медицинские технологии заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

Третичная, или медицинская профилактика наркомании направлена на предупреждение прогрессирования заболевания, перехода его в более тяжелую стадию, предупреждение обострений и осложнений, а также на снижение уровня инвалидности и смертности. Третичная профилактика наркомании направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики - снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на здоровые. Данный вид профилактики основан на медицинском воздействии, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Он требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье - обязательное условие проведение третичной профилактики.

Третичная профилактика наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий. Первая стратегия - формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления наркотиков или других психоактивных веществ. Вторая стратегия - изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные. Третья стратегия - осознание ценностей личности. Четвертая стратегия - изменение жизненного стиля. Пятая стратегия - развитие коммуникативной и социальной компетентности. Шестая стратегия - формирование и развитие социально - поддерживающей сети. Медицинские технологии заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве в соответствующие периоды при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия. По данным немецких исследователей эффективность от профилактической деятельности составляет всего лишь 20 %, от медикаментозного лечения - 1 %. Эти цифры подтверждают, что болезнь легче предотвратить, чем тратить силы и средства на её лечение.

Заключение

В нашем исследовании мы обратились к актуальной сейчас проблеме - профилактике табакокурения, алкогольной и наркотической зависимости в молодежной среде. В ходе работы были раскрыты: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника данных заболеваний. Нами выявлены основные подходы и модели осуществления профилактики данных видов зависимости личности в подростковой среде. Были рассмотрены виды, формы и методы профилактики этих заболеваний. Представлено занятие-тренинг, специально разработанное и апробированное на базе общественной организации "Здоровый город".

Система профилактических мероприятий в плане предотвращения возникновения у растущих людей предрасположенности к употреблению табака, алкоголя и наркотических веществ, предусматривает разработку ряда условий, обусловливающих выработку у подростков внутренней установки на неприятие при любых обстоятельствах токсичных веществ.

На современном этапе практики социальной работы профилактика представляет собой систему комплексных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья людей, включая меры, принимаемые в семье, медицинскими учреждениями, воспитателями дошкольных учреждений, учителями и администрациями школ, правоохранительными органами и организациями, занимающимися вопросами молодежи, и, наконец, государством и правительством.

В молодежной среде растет осознание того, что профилактика табакокурения, алкоголя и наркомании должна стать приоритетной задачей, а для этого необходимо максимально раннее выявление симптомов психологической предрасположенности к употреблению табака, алкоголя и наркотических веществ в подростковом возрасте. Учащиеся получают большой объем разнообразных сведений о наркотиках из разных источников, однако, на наш взгляд, среди них преобладает информация, способствующая приобщению к токсичным веществам.

В настоящее время отсутствует единая стратегия ведения антинаркотической работы в государственных структурах, занимающихся проблемами наркомании, не проявляется взаимопонимание и преемственность в ключевых вопросах общего для них дела.

Для понимания причин и способов профилактики табакокурения, алкоголя и наркомании разной степени особое внимание следует уделить понятию "социальная микросреда". Социальная микросреда способна сформировать такие свойства личности, как стереотипность духовной деятельности, а также обусловливать эмоциональные и рациональные факторы закрепления идей, образов и представлений в сознании молодых людей.

Существенный прогресс в области профилактики алкоголизма и наркомании обеспечивается разработкой подходов, сфокусированных на психосоциальных факторах, содействующих началу алкоголизации и наркотизации.

Наркотическая зависимость у подростков, стремительный рост которой отмечается в России за последнее десятилетие, как социально-психологическое явление представляет серьезную угрозу безопасности страны, благополучию подрастающего поколения и здоровью конкретного подростка. На ее распространение влияют социальные, психологические и другие факторы. Наркомания затрагивает все сферы человеческой жизнедеятельности, препятствует духовному, эмоциональному, интеллектуальному развитию. Человеческое сознание сужается до удовлетворения только одной потребности - поиска и приема наркотиков. Наркоман представляет опасность для общества не только различными формами девиантного поведения, связанного с фактом приобретения и употребления наркотиков, распространение наркомании приводит к социодеструктивным функциям в обществе и представляет прямую угрозу для общества.

Поэтому профилактическая работа должна проводиться по специально разработанным программам с учетом особенностей их семейной и социальной ситуации. В ходе выполнения профилактических программ должна предоставляться точная и достаточная информация о наркотиках и их влияние на психическое, психологическое социальное и экономическое благополучие человека. Информация должна быть уместной, достоверной, особенно в части последствий злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами, не только для самого наркомана, но и для общества. Необходима пропаганда здорового образа жизни, позволяющего на основе формирования оптимальной жизненной установки противостоять желанию попробовать наркотик даже в стрессовой ситуации.

Работая в области антинаркотического просвещения, следует избегать тактики запугивания, поскольку она неэффективна. При освещении последствий алкогольной и наркотической зависимостей, надо придерживаться абсолютной истины во избежание потери доверия к просветительской деятельности энтузиастов антинаркотического движения. Нельзя оправдывать употребление наркотиков какими - либо причинами, за исключением их использование в медицинских целях (для обезболивания при хирургических операциях, для снятия болей на последних стадиях запущенных онкологических заболеваний).

Таким образом, видна объективная необходимость в проведении, в первую очередь, первичной профилактики, то есть в предотвращении употребления табака, алкоголя и наркотических веществ

Список использованных источников

1. Асланова Л.М. Девиантное поведение подростков, злоупотребляющих наркотическими и токсическими веществами / Сб. "Проблемы контроля наркотических средств и профилактики наркоманий" Машанцева Н.В. (ред. Э.А. Бабаян) // М. - 1999. - 290с.

. Бабаян Э.А., Гонпольский М.Х. Наркология. - М.: Медицина, 2001. - 190с.

. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. - СПб.: Университетская книга, 2002. - 160с.

. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.Н. Психология наркотической зависимости и созависимости: монография. - М.: МПА, 2001. - 213с.

. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В. А: Наркомании у подростков. Киев: Здоровье, 2003. - 176 с.

. Вторичная и третичная профилактика зависимости. Концепция Комплексной Активной Профилактики и Реабилитации (КАПР). - М., 2000. -250с.

. Гурвич И.Н. Выводы и рекомендации для программ первичной профилактики. - СПб, 2000. -175с.

. Гульдан В.В., Романова О.Л. Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. 1998, №2. -130с.

. Замечания к городской программе "Профилактика наркозависимости в Санкт-Петербурге" среди молодёжи и подростков на 1999-2001. -СПб, 2000. -243с.

. Концептуальная программа профилактики наркомании в высшем учебном заведении. Перевод на русский язык Е.И. Готлиб. - По результатам работы международного волонтерского лагеря VSU-38 "Молодёжь против наркотиков", проходившего в Уральском государственном университете путей сообщения, г. Екатеринбург, 17-31 августа 2000. -194с.

. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде, утверждённая Приказом МЗ РФ от 28.02. 2000 № 619. -183с.

. Концепция профилактической антинаркотической помощи / Т.Н. Дудко, Н.В. Вострокнутов, А.А. Гериш, А.М. Басов, Л.Н. Котельникова, под рук. Г.Н. Тростнецкой. Разработана МО РФ при поддержке МЗ РФ. - М., 2000. -289с.

. Левицкий К.Е. Организация поэтапной профилактики химических зависимостей в образовательных учреждениях. - Самара, 2000. -130с.

. Леонова Л.Г., Бочкарева, Н.Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте: Учебно-методическое пособие. - Новосибирск: Новосибирский медицинский институт, 1998. - 79с.

. Латышев, Г.В., Бережная, М.А. Организация мероприятий по профилактике наркомании: Методические рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. - М.: Медицина, 1999. -158с.

. Мир без наркотиков. Методические рекомендации для педагогов, психологов, организаторов профилактических мероприятий. - Томск, 2000. -129с.

. Малюченко Г.Н. Профилактика наркомании в образовательной среде: проблемно-ориентированный подход. - Балашов, Изд-во БГПИ, 2001. - 196с.

. Наркология. Пер. с англ. - М.; СПб.: "Издательство Бином" - "Невский диалект", 1998. -174с.

. Научно-методические основы профилактики наркомании в семье. / Под. ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, Москва, Изд-во РАО. - 2000. -203с.

. Носачев Г.Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии. - Самара: "Парус", 1998. -242с.

. Надеждин А.В., Иванов А.И. и др. Профилактика потребления токсических и наркотических веществ несовершеннолетними в учреждениях образования: Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М.: МЗ РФ НИИ наркологии, 1998. - 118с.

. Надеждин А.В. Осторожно: наркотики! Советы родителям. - М.: НИИ наркологии МЗ РФ, 1998. - 114с.

. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков / Пер. с англ. - СПб, 2000. -186с.

. Паюшина М.Н. Проявление психологических особенностей личности юношества в результате длительности употребления наркотических веществ // Социальная политика и социология. - 2006. - № 3. - 177с.

. Паюшина М.Н. Я минус наркотик. Методическое пособие по профилактике антинаркотической зависимости подростков. - М.: Крипто-логос, 2006. - 146с.

. Работа с детьми группы риска: Методическое пособие для социальной службы "Ребёнок на улице". - М.: Российский Благотворительный Фонд "Нет алкоголизму и наркомании" ("НАН"), 1999. - 192с.

. Сергеев А.Н., Целинский Б.П. Рекомендации педагогам, родителям и сотрудникам правоохранительных органов о проведении профилактической работы по предупреждению распространения наркотиков и злоупотребления ими в молодёжной и подростковой среде. - М., 2000. - 180с.

. Создание системы профилактики наркомании. Краткое описание проекта. - Тольятти: Общественная организация "Родители против наркотиков", 2000. -302с.

. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Баушева И.Л., Хажилина И.И., Петунс О.В., Корецкая И.А. Проект первичной профилактики употребления психоактивных веществ в школьной среде. - М., 2000. -239с.

. Соболев В.А., Белоусов Ю.Л., Подгорный И.А. Центр первичной профилактики наркотизма: методологическое и организационное обеспечение. - Харьков: Финарт, 2002. - 180с.

. Шаблина В. Посредничество школьников как составная часть психопрофилактики в образовательной среде. - СПб, 2000. Руководство для семей наркоманов и злоупотребляющих психотропными веществами. Нар-Анон, 1971 / Пер. с англ. - СПб, 2000. -163с.

Приложение №1

**Занятие - тренинг №1**

**Тема: "Воздействие табакокурения на организм человека"**

Цель и задачи занятия: показать возможности сохранения своего здоровья, достижения успехов в жизни через формирование здорового образа жизни; информировать о вредном воздействии табакокурения на организм человека; показать последствия табакокурения на здоровье, развитие болезней; продолжительность жизни человека и его трудовую деятельность; показать возможности противостоянию давления среды приобщения подростка к табакокурению.

Время проведения занятия - тренинга: 90 минут и более

Материалы, необходимые для проведения занятия: бейджи, бумага А-4, цветная бумага, ножницы, карандаш-клей, скотч, фломастеры, плакат с высказыванием И.М. Догеля о табакокурении: "Я намерен сегодня говорить о табаке, как о прихоти и несчастии человека"; таблицы "Органы-мишени человека, подвергающиеся воздействию табачного дыма", анкета "Так почему же мы курим?"; таблицы со словами: "Ухудшение здоровья", "Болезни", "Смерть", "Уменьшение продолжительности жизни", "Конфликты и ссоры", "Финансовые затраты", "Трудности устройства на работу курящих людей", "Зависимость"; плакат "Организм курильщика".

Место проведения занятия - аудитория, рассчитанная для проведения занятий 20 - 25 человек, которых можно посадить в полукруг, доска или свободная стена для плакатов.

План проведения занятия:

1. Представление медработника, приглашенного для проведения профилактической беседы о вреде курения; объяснение цели и задач тренинга 2. Знакомство участников тренинга 3. Деление на малые группы не более 5 человек (кооперативное обучение) 4. Ожидания и опасения от занятия-тренинга 5. Разминка. Проведение упражнения - активизатора 6. Работа в малых группах. Разбирают высказывание фармаколога И.М. Догеля 7. Вопросы, которые задает медработник всем участникам 8. Работа в группах над вопросом "Что я знаю о негативном воздействии табакокурения на организм человека" 9. Проведение упражнения - активизатора 10. Работа с таблицами "Органы-мишени человека, подвергающиеся воздействию табачного дыма" 11. Работа с анкетой "Так почему же мы курим?" 12. Подведение итогов работы.

**Проведение занятия - тренинга:**

**Участники** входят в аудиторию, берут бейджи, записывают свое имя и рассаживаются в полукруг. **Медработник** представляет себя или его представляют группе. Медработник говорит о цели и задачах занятия - тренинга. Информирует о распространенности табакокурения в мире, России и Краснодарском крае (г. Анапа). **Знакомство участников** занятия - тренинга. В течение одной минуты участники готовят самопрезентацию. Помимо общих вопросов в самопрезентации необходимо указать 2 своих положительных качества, которые ценит сам участник. Медработник подводит итоги самопрезентации. **Деление на малые группы** не более 5 человек (кооперативное обучение). Разбивка на группы возможна несколькими способами: по счету или желанию; по цвету, названию цветков или деревьев и др. (выбирает медработник, каким методом он будет проводить деление на группы, но тогда надо заранее подготовить раздаточный материал). Например: разноцветные листочки красные, желтые, зеленые по количеству участников и групп. Участники тянут эти листочки, и по цвету создаются группы. **Ожидания от занятия-тренинга.**

Медработник заранее вывешивает плакат - постер, на котором сделана надпись "Ожидания от занятия". Группам дается задание определить, что они ждут от тренинга. Время работы 3 минуты. Затем один из представителей группы выходит и записывает ожидания. Представители других групп дописывают то, что не было указано предыдущими группами. Модератор уточняет формулировки и в конце занятия должны ответить на вопрос "Оправдались ли ожидания". Что было реализовано, а что - нет. **Распределение ролей в группах.** Медработник спрашивает, кто в группах записывал ответы на предыдущее задание. Поднимите руки. Кто активизировал работу всех членов группы? Поднимите руки. И вы все видели, кто выходил к плакатам, записывал и озвучивал ваши ожидания и может быть опасения. А кто-то следил за временем, которое было дано на выполнение данного задания. Какой можно сделать вывод? В группах существуют определенные роли. Какие? Участники отвечают на вопрос. Медработник подводит итоги и делает заключение. Роли таковы: организатор работы, пресс-секретарь, хранитель времени и оратор. Периодически мы будем менять роли, чтобы каждый из вас побывал в каждой из перечисленных ролей. **Разминка.** *Цель - сплотить и раскрепостить участников группы.* **Проведение упражнения - активизатора *"Постройся по годам******рождения":***группы выстраиваются, и дается задание "Построиться по годам рождения" друг за другом без звука, без слов. Можно использовать только жесты. Кто раньше построился, тот и выиграл. Если большинство участников одного и того же года рождения, то задание усложняется: построиться по годам рождения и месяцам. **Работа в малых группах**. Вывешивается плакат с высказыванием фармаколога И.М. Догеля: *"Я намерен сегодня говорить о табаке, как о прихоти и несчастии человека".* Медработник обращает внимание групп на слова "прихоть" и "несчастие" от табака, и задает вопрос, как они понимают, что такое прихоть от табака, и какие несчастия приносит человеку табакокурение. Группы работают над этим заданием в течение 5 минут. Каждая группа озвучивает, как они понимают, что такое прихоть от табака. Затем, какие несчастья приносит человеку табакокурение. Медработник подводит итоги и вывешивает таблицы со словами несчастия, которые приносит табакокурение человеку: "Ухудшение здоровья", "Болезни", "Смерть", "Уменьшение продолжительности жизни", "Конфликты и ссоры", "Финансовые затраты", "Трудности устройства на работу курящих людей", "Зависимость". Эти таблицы не снимаются. **Вопросы, которые задает медработник всем участникам:** Кто из вас курит ежедневно - поднимите руки; Кто из вас курит эпизодически - поднимите руки; У кого курят в семье - поднимите руки; Медработник просит обратить внимание, какое количество рук поднимается, отвечая на каждый вопрос. (Самое большое количество рук, по опыту) поднимается на вопрос, у кого в семьях курят. Следующий вопрос, который задает медработник: "Пробовали ли ваши родные бросить курить?"

Ребята отвечают на этот вопрос. Кто-то говорит, что пробовали и не раз и вновь начинали курить; кто-то рассказывает, что - не курили несколько месяцев и вновь начинали курить. Медработник предлагает обсудить высказывание великого писателя Марк Твена: **"Бросить курить? Что может быть проще? Я сам проделывал это десятки раз".** Медработник объясняет, почему так трудно избавиться от курения - возникает зависимость. **Работа в группах над вопросом "Что я знаю о негативном воздействии табакокурения на организм человека".** Время работы 5 минут. Каждой группе раздаются разного цвета небольшого размера листочки, на которых группы должны записать только два негативных воздействия табака на организм человека. Кто напишет больше? Затем эти листочки приклеиваются на плакате-постере. Учитывая, что листочки разного цвета, участники видят, какая группа знает больше негативных воздействий табакокурения на организм человека.

**Обсуждаются итоги работы.** **Проведение упражнения - активизатора "Хвост дракона".** Участники игры становятся в затылок друг другу, каждый держит за талию стоящего впереди. Участник, стоящий первым (голова дракона), должен поймать собственный хвост (последний человек в колонне). Участники должны крепко держаться друг за друга, чтобы дракон не развалился. Через некоторое время участники меняются местами, занимая места "головы" и "хвоста" дракона. **Работа с таблицами "Органы-мишени человека, подвергающиеся воздействию табачного дыма".** Группам раздаются таблицы "Органы-мишени человека, подвергающиеся воздействию табачного дыма". Время работы 5 минут. Участники на данных таблицах должны отметить, какие органы человека поражаются при табакокурении. Представители групп выходят к доске, вывешивают таблицы и рассказывают, какие органы поражаются. Участники по разному отмечают поражающие органы: одни - ставят "галочки" около органа, другие - раскрашивают органы в различные цвета, третьи - ставят крест на фигуре человека или рисуют мишень, а сигарета расстреливает ее. Медработник делает вывод, что при табакокурении нет ни одного органа, который бы не поражался табачным дымом; возникают заболевания, которые приводят к инвалидизации и преждевременной смерти человека. Данные таблицы остаются на доске. **Работа с анкетой "Так почему же мы курим?".** Каждой группе раздаются анкеты "Так почему же мы курим?".

|  |
| --- |
| Анкета "Так почему же мы курим?" 1. Хорошо ли курить? Да или нет? Если - нет, то почему (перечислите)? 2. Если курить вредно, то почему люди курят? И почему большинство не могут бросить курить? Ведь знают: курить - здоровью вредить. 3. Почему подросток начинает курить? Перечислите мотивы начала курения. 4. Какие проблемы возникают у подростка, который курит? В настоящее время? Во взрослой жизни? 5. Какой лучший способ или метод отказа от курения? 6. Знаете ли Вы, как отказаться от предложенной сигареты и не выглядеть при этом "белой вороной"? Сможете ли вы разыграть подобные ситуации? Покажите, разыграйте (к этому вопросу группам раздаются ролевые игры) |

Время работы - 7 минут. Участники дают ответы на вопросы анкеты. На 4-й и 5 - й вопросы - ответы выписывают на доске, дополняя друг друга. Идет обсуждение. Затем группы разыгрывают ролевую игру. Тема ролевой игры "Как отказаться от предложенной сигареты". У каждой группы - свой вариант ролевой игры. Ребята смотрят и высказывают свое мнение о вариантах отказа. Медработник подводит итоги работы групп, обращая внимание на возможные варианты отказа от предложенной сигареты. Учащиеся делают вывод, что можно сопротивляться давлению среды, что существуют определенные методы отказа от предложенной сигареты, и это их решение.

**Подведение итогов работы.**

1. Медработник предлагает участникам посмотреть на плакаты с записями ожидания от занятия, таблицы с последствиями табакокурения; плакат "Что я знаю о негативном воздействии табакокурения на организм человека", таблицы "Органы-мишени человека, подвергающиеся воздействию табачного дыма". 2. Удалось ли реализовать ожидания, и оправдались ли они 3. Принятие собственного решения - курить или не курить 4. И делает главный вывод занятия - **ваше здоровье - в ваших руках!**

Приложение № 2



Никотин. Никотин относится к нервным ядам. По своей ядовитости он равносилен синильной кислоте. Птицы (воробьи, голуби) погибают, если к их клюву всего лишь поднести стеклянную палочку, смоченную никотином. Кролик погибает от 1/4 капли никотина, собака - от 1/2 капли.

Угарный газ и окись углерода. Это ядовитые газы, без цвета и запаха, снижающие содержание в крови кислорода, что особенно опасно для беременных женщин и людей с болезнями сердца. При поступлении в организм окиси углерода развивается кислородное голодание за счет того, что угарный газ легче соединяется с гемоглобином, чем кислород, и доставляется с кровью ко всем тканям и органам человека.

Аммиак. Аммиак раздражает слизистую оболочку рта, гортани, трахеи, бронхов. Вот почему у курильщиков не редкость рыхлость десен, язвочки во рту, часто восполняется зев, что приводит к возникновению ангин. От длительного курения происходит сужение голосовой щели, появляется осиплость голоса.

Смола. В смоле свыше 1000 химических веществ, в том числе множество раздражителей и не менее 60 известных канцерогенов. В легких смола оседает вязким слоем.

В последние годы ученые уделяют пристальное внимание веществам, вызывающим рак. К ним в первую очередь, относятся бензопирен и радиоактивный изотоп полоний-210. Если курильщик наберет в рот дым, а затем выдохнет его через платок, то на белой ткани останется коричневое пятно. Это и есть табачный деготь. В нем особенно много веществ, вызывающих рак. Если ухо кролика несколько раз смазать табачным дегтем, то у животного образуется раковая опухоль.