Содержание

Введение

. Реабилитация пациентов с наркотической зависимостью

. Метод кинезиогенной терапии

.1 Биологические механизмы

.2 Психологические механизмы

.3 Пищевые добавки и диетическое питание

.4 Применение препаратов блокаторов опиатных рецепторов

Заключение

Список литературы

Введение

Попытки понять, почему люди употребляют одурманивающие вещества, приводя себя в состояние опьянения, предпринимались с тех пор, как это явление возникло в обществе, с тех пор как от санкционированного общественными правилами ритуального, как правило, коллективного и лечебного употребления отдельные индивидуумы начали применять наркотические средства по собственному соображению.

Столетия такое отклоняющееся поведение, как любая форма неподчинения правилам, оценивалась с моралистических позиций. Лишь в XIX веке начались объяснения с позиций научных знаний. Здесь выделяются два направления - социологическое и биологическое. До настоящего времени эти направления, обогащаясь опытом последующих поколений, имеют своих сторонников. С начала века успешно развиваются психологические концепции со своими суждениями о девиантном поведении.

Состояния, обусловленные социальным влиянием, в равной степени неспецифичны, их связь с той или иной девиацией случайна. Кроме того, не всегда эти состояния, точнее - их генез, столь субъективно значимы, как это представляется исследователю. Оценка многих патологических характерологических черт и патогенных ситуаций субъективна. Та личность, которую мы определяем, иначе воспринимает и себя, и свое окружение. Поэтому более надежны не реактивно возникающие состояния, а стабильные характеристики личности - они менее субъективны, основаны не на суждениях наблюдателя о чужих внутренних переживаниях, а на результатах стандартных психологических тестов.

По литературным данным, суммарно личностные особенности наркоманов выглядят следующим образом.

Наркоманы преморбидно представляют собой лиц, далеких от больших социальных интересов, а также лишенных устойчивых и сформированных индивидуальных интересов, какой-либо увлеченности. Они непоследовательны и лабильны во всех своих психических проявлениях, гиперсенситивны, неспособны переносить напряжения, с низкой эмоциональной толерантностью (эмотивная конституция по Кляйсту). Часто не справляются с требованиями жизни, стремятся к немедленному удовлетворению своих желаний. Отмечаются отсутствие интереса к другим людям, иногда агрессивность, склонность к непризнанию авторитетов. В некоторых случаях выражены застенчивость и сознание своей недостаточности, неспособности бороться с трудностями, склонность к уединению и разрешению своих проблем химическим путем. Эти личностные черты соответствуют всем известным формам психопатий, поэтому наркомана в преморбиде многие считают психопатом.

Личность наркомана преморбидно отличают черты незрелости (неустойчивость и не выраженность высоких, в частности интеллектуальных, интересов, твердых нравственных норм, внушаемость, чувство стадности) и несовершенная адаптация или адаптация к банальной повседневности адекватная, но недостаточная для сложных условий. Следствием этих качеств является наряду с отклонениями в поведении и социальной неустойчивостью подверженность наркотизму.

Также отмечаются черты незрелости: неадекватная самооценка, несоразмерность притязаний, слабый самоконтроль, неспособность преодолевать трудности, противостоять стрессам, недостаточные прогноз и рефлексия, незрелые механизмы защиты, нестабильность интересов, непрочность, не сформированность нравственных понятий, что проявляется в том числе "в недоразвитии совести и в завистливости". Считается, что преморбидная личностная недостаточность создает необходимость в коррекции самоощущения и самооценки подсобными средствами, наиболее простым и быстро действующим из которых является наркотик.

Злоупотребление наркотиками, известное с древнейших времен, сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Даже при сужении, с точки зрения наркологов, границ наркомании до юридических приемлемых во многих странах наркомании признаны социальным бедствием. Наркотические мафии управляют государствами (Латинская Америка), имеют свои армии (Юго-восточная Азия). Доходы подпольных корпораций по торговле наркотиками превышают известные доходы от торговли нефтью и приближаются к мировым доходам от торговли оружием. Особенно гибельно злоупотребление в молодежной среде - поражается и настоящее, и будущее общества. Полная, с точки зрения наркологов, картина распространения злоупотребления, включающая формы токсикоманий, еще более трагична. Вещества и препараты, не включенные в список наркотиков, как правило, еще более злокачественны, приводят к еще большему ущербу для индивидуума, а затем и для общества в целом.

Наркомания, как подчеркивают эксперты Всемирной организации здравоохранения, является большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе. Решение проблемы немедицинского потребления наркотических веществ на территории Российской Федерации в настоящее время вышло в разряд первоочередных задач, стоящих перед государством, и тесно связано с современным состоянием российского общества, которое чаще всего определяется специалистами как нестабильное и даже кризисное. Состояние химической зависимости, развивающееся у того или иного индивида, является результатом воздействия совокупности факторов как биологического, так и психологического и социального порядков.

Следует отметить, что конкретное (индивидуальное) сочетание причин, приводящих к формированию нарко- и токсикоманий, различно у каждого пациента наркологической клиники. С одной стороны, очевидные успехи биологической наркологии позволяют более четко выявлять нейробиологические и генетические основы патологических процессов, лежащих в основе потребления различных психоактивных веществ. С другой, происшедшее в пореформенной России снижение жизненного уровня населения и сопровождающие этот процесс явления негативно влияют на эффективность медицинских мероприятий.

1. Реабилитация пациентов с наркотической зависимостью

наркотическая зависимость кинезиогенная терапия

Отечественная и зарубежная наука уже много лет предпринимает попытки найти эффективные средства для лечения синдрома зависимости от психоактивных веществ. Основными лечебными подходами, в настоящее время, являются психофармакологический (лекарственный) и психотерапевтический или их сочетание, несмотря на это, существенных успехов в решении этой проблемы достичь не удалось.

Наркомания является хроническим заболеванием, для которого характерны ремиссии и обострения - "срывы". Таким образом, под выздоровлением от наркомании понимается стойкая ремиссия. Стойкая ремиссия формируется, если человек не употребляет психоактивные вещества более двух лет. Ремиссия может сохраняться пожизненно при условии полного отказа от употребления в дальнейшем психоактивных веществ изменяющих сознание.

Основной проблемой в лечении наркотической зависимости в настоящее время является не купирование абстинентного синдрома, а устранение патологического влечения к наркотику. Абстинентный синдром лечится медикаментозно или пациент переживает его самостоятельно, но снятие абстиненции - "ломки" не устраняет психической зависимости. С целью терапии патологического влечения в наркологии широко используют психотропные препараты - нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы. Описание лекарственных методов терапии подробно рассматривается в современных руководствах по наркологии. Однако медикаментозная терапия нередко оказывает лишь временный эффект. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют о невысокой эффективности медикаментозных программ, которые позволяют получить ремиссию до 1 года у 15% больных и более года - у 8% больных. Кроме того, использование психотропных препаратов нередко сопровождается побочными эффектами, и их прием снижает качество жизни пациентов (вялость, сонливость, головокружение, атаксия и т. д.), что, не в последнюю очередь, обусловливает отказ от лечения. Но даже если пациент получает медикаментозную терапию, его жизненные стереотипы остаются прежними, он не умеет жить трезво и получать удовольствие от здоровых видов поведения, и эти факторы неизбежно ведут к "срыву" и к возобновлению приема наркотиков или других психоактивных веществ.

Наибольший удельный вес среди лиц, поступающих на лечение в московские наркологические стационары, занимают больные героиновой наркоманией (90%). В связи с этим предпринимаются попытки широко использовать блокатор опиатных рецепторов - налтрексона гидрохлорид для лечения опиатных видов наркоманий с длительностью курса приема - полгода и более. Теория, лежащая в основе использования антагонистов при героиновой наркомании, состоит в том, что посредством блокирования эффектов, вызываемых наркотиками (в частности - эйфорию), отбивают охоту к погоне за ними и, таким образом, ломают условия, способствующие привыканию к наркотику. Прием налтрексона приводит к "размыванию" аддиктивных черт, облегчая включение пациентов в программы лечения и реабилитации, снижает тенденцию к употреблению алкоголя, транквилизаторов и снотворных средств, препаратов индийской конопли. В настоящее время налтрексон рассматривается в качестве средства противорецидивной и поддерживающей терапии и как часть комбинированной терапевтической программы для лечения больных с опийными видами наркоманий. Однако, препараты из группы блокаторов опиатных рецепторов не смягчают и не купируют патологического влечения к наркотику. Это является основной причиной отказа больных от продолжения курса лечения с использованием данных средств.

Эффективность медикаментозных лечебных программ в условиях наркологического стационара следует признать невысокой, поскольку ремиссию более 1 года после стационарного лечения, как правило, регистрируют лишь у 9-12% пациентов. Поскольку наркомания относится к числу заболеваний личности, крайне важное значение придается реабилитационным психологическим программам. Однако необходимо отметить, что психологические программы не воздействуют на биологические аспекты заболевания и их эффективность приближается к 12-15%.

Устранить патологическое влечение можно. Для этого необходимо, во-первых, помочь пациенту избавиться от депрессии, лежащей в основе психической зависимости. А во-вторых, применяя реабилитационные психологические программы, научить пациента жить трезво - использовать полученные навыки поддержания хорошего самочувствия и выбирать здоровые виды поведения. После этого в рамках комбинированной противорецидивной и поддерживающей терапии возможен длительный прием блокатора опиатных рецепторов - налтрексона пациентами, которым он показан. Комплексная реабилитационная программа направлена на устранение патологической зависимости от наркотиков, восстановление нормальной, присущей здоровому человеку системы поддержания удовлетворенности. Цель такой программы полный отказ от употребления наркотиков, а затем на восстановлении механизмов нормального удовлетворения в привычной для здорового человека шкале уровней удовлетворенности.

2. Метод кинезиогенной терапии

Основой этой программы реабилитации является использование в качестве антидепрессивной терапии не лекарственных, а кинезиогенных методов лечения. Преимущество нелекарственной терапии обусловлено ее патогенетической направленностью при отсутствии побочных эффектов и тем, что она оказывает лечебный эффект естественным образом, не являясь заместителем наркотика или другим химически активным веществом, оказывающим действие на сознание.

Кинезиогенные методы терапии - это методы лечения, в основе которых лежат физические упражнения (греч. kinesis - движение, genesis - происхождение). Метод кинезиогенной терапии основан на том, что комплексы специальных упражнений оказывают антидепрессивный эффект. Физические упражнения, оформленные в определенные комплексы (составленные в особом порядке с использованием определенных, для каждого упражнения, видов дыхания) оказывают положительное влияние на эмоционально-аффективную сферу человека.

2.1 Биологические механизмы

К настоящему времени существует четыре основных теории, посвященных биологическим механизмам. Согласно одной биологической теории повышение температуры тела вследствие физических упражнений приводит к кратковременному транквилизирующему эффекту. Данная теория основана на том факте, что изменения температуры в стволе головного мозга приводит к уменьшению активности мышечных веретен и синхронизирует электрическую активность коры головного мозга, что в свою очередь способствует развитию состояния релаксации. Согласно второй биологической теории, регулярные физические упражнения облегчают адаптацию организма к стрессорным факторам, так как активность адреналовой системы на фоне выполнения упражнений приводит к накоплению стероидов, которые впоследствии принимают участие реакциях индивидуума на стресс. Третья теория предполагает, что упражнения усиливают нейротрансмиссию норадреналина, серотонина и дофамина, что в итоге приводит к улучшению настроения. И наконец наиболее популярная биологическая теория утверждает, что улучшение психологического состояния является следствием высвобождения после упражнений эндогенных субстанций (эндорфинов и энкефалинов).

Существует два механизма достижения более высокой степени удовлетворенности за счет физических упражнений. Первый связан с повышением уровня эндогенного этанола, что ведет к повышению уровня метэнкефалина в вентральной тегментальной области, благодаря блокированию разрушения метэнкефалина специфическими ферментами - энкефалиназами. Эндогенный этанол является ингибитором (блокирует действие) энкефалиназ. Второй механизм реализуется за счет повышения уровня норадреналина в области гиппокампа. Этот механизм связан с активацией симпатической нервной системы.

2.2 Психологические механизмы

Согласно одной из теорий, улучшение общего физического состояния дает человеку чувство уверенности в себе, приводит к улучшению самоконтроля. Другая теория утверждает, что выполнение физических упражнений отвлекает от неприятных мыслей, эмоций, неадекватного поведения. Третья теория: упражнения и чувство тревоги имеют сходные внешние проявления: повышение артериального давления, учащение пульса, потливость. А так как тревога сочетается с эмоциональным и физическим дискомфортом, то его отсутствие во время выполнения физических упражнений приводит к улучшению психологического состояния.

Таким образом, действие комплексов упражнений основано на нормальной физиологии человека, и их выполнение, как сказано выше, не ведет к развитию отрицательных или вредных побочных эффектов. Положительное влияние комплексов упражнений на эмоционально-аффективную сферу проявляется в краткосрочном и долгосрочном эффектах. По краткосрочному эффекту, оказываемому на центральную нервную систему, комплексы упражнений подразделяются на два основных вида: комплексы упражнений 1 типа, выполнение которых оказывает седативный эффект, с развитием ощущения "неги" и комплексы упражнений 2 типа, выполнение которых оказывает активирующий эффект, с развитием ощущения эйфории - "куража". Оба вида краткосрочного эффекта, развивающегося сразу после выполнения комплекса упражнений, способны полностью устранять чувство тревоги.

Долгосрочный эффект комплексов упражнений является общим и проявляется в виде выраженного антидепрессивного эффекта, который сохраняется в течение нескольких часов, а впоследствии и дней. Регулярное ежедневное выполнение комплекса упражнений позволяет полностью устранить депрессивное состояние за 2-3 недели.

В среднем каждый комплекс состоит из 8-12 упражнений. По способу выполнения упражнения можно разделить на два вида: динамические (выполняются в движении) и статические (поддержание определенной, неподвижной позы). Каждое упражнение делится на две фазы: фаза напряжения и фаза релаксации. Выполнение упражнений связано с физической нагрузкой, которая на определенном этапе выполнения упражнения, может создавать дискомфортные ощущения (мышечное утомление, чувство физической усталости и эмоциональное сопротивление - "не могу", "не хочу", "зачем это нужно?"). Вне зависимости от наличия дискомфортных ощущений каждое упражнение должно выполняться строго определенный интервал времени, а развивающиеся дискомфортные ощущения должны обязательно преодолеваться.

Первая фаза является фазой преодоления. В последующей фазе релаксации, во-первых, развивается чувство эмоционального удовлетворения от осознания способности преодоления и реализации заданной программы (положительная мотивация конечного результата действия). Во-вторых, возникает естественное чувство удовлетворения обусловленное физиологическими механизмами перехода от интенсивной физической нагрузки к физическому расслаблению. Фаза релаксации является фазой поощрения (подкрепления). Интенсивные упражнения в сочетании с психотерапией, проводимой во время занятий кинезиогенной терапией, позволяют выработать психологические навыки, смысл которых сводится к принципу - "преодоление трудностей поощряется". Закрепление этих навыков позволяет человеку реализовывать принцип преодоления трудностей в повседневной жизни, восстанавливает терпение и навыки получения отсроченного удовлетворения, которые были редуцированы за время активного употребления наркотиков.

Таким образом, при возникновении различных жизненных трудностей или эмоциональных проблем, человек уже ориентирован их преодолевать, зная что это хорошо, а предвидение и ожидания положительного результата формирует оптимистическое мировоззрение личности.

То, что обучение различным видам деятельности, в том числе определенным упражнениям, оказывает влияние на эмоционально-аффективную сферу, подтверждается фундаментальными исследованиями в области нормальной физиологии. Эмоциональные ощущения сопровождают любые формы обучения и в определенной степени руководят ими. Уже при обучении ходьбе ребенок в основном руководствуется эмоциональными ощущениями. При обучении, например, игре на музыкальном инструменте эмоциональные ощущения также играют императивную роль. Достижение результата всегда сопровождается положительной эмоцией и фиксирует соответствующую функциональную систему. Отрицательная эмоция может явиться причиной прекращения обучения, а иногда, напротив, стимулирует обучающегося к преодолению трудностей. Для формирования оптимистической личности важно, чтобы любое обучение осуществлялось по отработанной эволюционной схеме: от потребности к ее удовлетворению. Именно в этом случае положительные эмоции, сопровождающие подкрепление, включаются в оценку результата действия и начинают предвидеться при возникновении соответствующей потребности и активно направлять субъекта на ее удовлетворение.

Исходя из этого, прежде всего, у пациента, необходимо создать мотивацию, направленную на выздоровление и отказ от употребления наркотиков. Затем пациент активно обучается индивидуальным комплексам специальных упражнений, которые выполняет с различной частотой и интенсивностью на различных этапах реабилитации.

Длительность курса кинезиогенной терапии зависит от срока проведения реабилитации. Первые 3-6 месяцев комплекс упражнений рекомендуется выполнять ежедневно, что позволяет не допустить развития депрессии на фоне отмены наркотика, а, следовательно, устранить патологическую тягу и закрепить навыки поддержания хорошего самочувствия.

Таким образом, кинезиогенная терапия помимо антидепрессивного эффекта позволяет формировать положительные психологические навыки, формирует оптимистическое мировоззрение личности, положительно влияет на психическое и физическое состояние человека и, тем самым, нивелирует ценность наркотика в сознании человека. С целью ориентации пациента на приоритетность трезвых видов поведения применяются методы индивидуальной и групповой психотерапии и программа "12 шагов".

Принципиальная возможность воздействия на эмоционально-аффективную сферу человека физических и дыхательных упражнений подтверждена целым рядом клинических исследований. Опубликованы результаты контролируемого исследования, в котором сравнивалась антидепрессивная активность комплексов дыхательных и физических упражнений по сравнению с трициклическим антидепрессантом имипрамином (мелипрамин) и электросудорожной терапией (ЭСТ). Курсовое применение ЭСТ приводит к развитию гиперчувствительности альфа-1-адренергических рецепторов и снижению чувствительности бета-адренергических, ГАМК-эргических, альфа-2-адренергических рецепторов в кортикальных структурах мозга. Также отмечается снижение функциональной активности дофаминовых ауторецепторов и увеличение плотности лимбических серотониновых (типа С1А) рецепторов, также на фоне снижения их активности. Изменения, развивающиеся при применении ЭСТ, сходны с эффектом длительного применения многих антидепрессантов.

Доказано, что сочетание физических и дыхательных упражнений обладают достоверным антидепрессивным эффектом. Опубликованы результаты другого, плацебо контролируемого, исследования, в котором эффективность лечения синдрома панических атак с помощью физических упражнений сравнивалась с эффективностью трициклического антидепрессанта кломипрамина. Результаты исследования подтверждают высокую эффективность методики с использованием упражнений. Контролируемыми исследованиями показана эффективность дыхательных упражнений в лечении обсессивно-компульсивных расстройств. По мнению ряда авторов патологическое влечение к наркотикам можно рассматривать как обсессивно-компульсивные расстройства.

.3 Пищевые добавки и диетическое питание

В комплекс реабилитации входит применение биологически активных пищевых добавок и диетическое питание. Специальные пищевые добавки, восстанавливают физиологические функции в организме, нарушенные в результате употребления наркотиков. Применяемые пищевые добавки содержат набор необходимых аминокислот и вещества, обладающие антидепрессивным эффектом. Данные добавки разрешены к применению в США Комиссией по контролю лекарств и пищевых продуктов (FDA - Food and Drug Administration), а также сертифицированы в России. Достоинство этих добавок в том, что они не имеют вредных побочных эффектов, а их антидепрессивная эффективность доказана в научных исследованиях.

Находясь в клинике, пациенты получают особое питание. Это полноценное питание является низкогликемическим, так как в нем ограничено содержание углеводов и сахаров и содержатся продукты, ограничивающие всасывание легко усваиваемых углеводов. Низкогликемическая диета препятствует перепадам настроения, которые связаны с колебаниями уровня сахара в крови, позволяя поддерживать состояние удовлетворенности.

Употребление богатой углеводами пищи вызывает усиленный выброс инсулина из депо. Под воздействием инсулина мышечная ткань начинает активно адсорбировать из плазмы крови нейтральные аминокислоты (лейцин, изолейцин, валин, тирозин, фенилаланин), кроме триптофана, в связи с этим отмечается относительное повышение его уровня в плазме крови. С повышением уровня триптофана повышается уровень серотонина в головном мозге. Повышение уровня серотонина вызывает приятные переживания. Этот механизм лежит в основе пристрастия к сладкому и к богатой углеводами пище.

.4 Применение препаратов блокаторов опиатных рецепторов

Для пациентов страдающих опийной наркоманией возможно проведение поддерживающей терапии с использованием препарата из группы блокаторов опиатных рецепторов - налтрексона. При использовании препаратов этой группы в качестве средства индивидуальной, длительной терапии больных опийной наркоманией, следует учитывать, что они не смягчают и не купируют патологического влечения к наркотику, в основе которого лежит депрессия. Именно этим обусловлен отказ пациентов от длительного приема препарата. В связи с этим до назначения терапии налтрексоном необходимо вывести человека из депрессии и научить навыкам поддержания хорошего самочувствия, это позволяет сделать метод кинезиогенной терапии. Налтрексон назначается после купирования депрессии в среднем за 5-7 дней до выписки из стационара или во 2-ой фазе реабилитации. Налтрексон используется в качестве средства поддерживающей терапии, как дополнительная часть комбинированной терапевтической программы.

Заключение

В широком понимании наркомания - это болезненное лечение или пристрастие к наркотическим веществам, употребляемым различными способами (глотание, вдыхание, внутривенная инъекция) с целью добиться одурманивающего состояния. Для этого, используют разные вещества, например такие подлинные сильнодействующие наркотики, как опий, морфий, героин, и слабодействующие - кокаин, марихуана.

Похожее действие оказывают также некоторые лекарственные препараты, не отнесенные к разряду наркотических. Злоупотребление ими можно называть лекарствоманией.

Все применяемые одурманивающие вещества (как настоящие наркотики, так и другие препараты растительного происхождения или получаемые химическим путем) - сильные яды, т.е. токсины, поэтому стремление к одурманивающему состоянию с помощью ненаркотических веществ следовало бы называть, как уже принято, токсикоманией.

Поскольку слова «наркомания», «наркотики», «наркоманы» широко распространены, то можно пользоваться ими, идет ли речь о токсикомании или наркомании. Это тем более оправдано, что подлинная наркомания среди молодежи встречается редко, ибо настоящие наркотики дороги и труднодоступны. Молодые люди, пристрастившиеся к наркотическому дурману, обычно употребляют более доступные вещества или же готовят кустарным способом разные наркотические препараты из мака.

Не имеет существенного значения, как называть эту беду - привычкой или болезненным пристрастием к наркотикам, хотя вредную привычку победить все-таки легче, нежели болезненное пристрастие.

Употребление наркотиков, помимо психической и физической зависимости, всегда приводит к необратимому грубому нарушению жизнедеятельности организма и социальной деградации наркомана. Именно эти последствия составляют наибольшую опасность для здоровья и жизни человека.

Во-первых, хроническое отравление организма наркотическими препаратами приводит к необратимым изменениям в нервной системе, распаду личности. В результате наркоман теряет некоторые высшие чувства и нравственную сдержанность. Появляются наглость, нечестность, угасают жизненные устремления и цели, интересы и надежды. Человек теряет родственные чувства, привязанность к людям и даже некоторые естественные влечения. Это особенно трагично, когда речь идет о лицах молодого возраста, о только еще формирующихся индивидуальностях, наиболее ценных для общества. Наркотическое одурманивание и серьезные недомогания, абстинентный синдром делают невозможным учебу и работу, поэтому наркоманы обычно тунеядствуют.

Под влиянием общественного мнения наркоман вынужден скрывать свой порок. Он ищет поддержку в какой-либо группе, которая приняла бы его. Обычно это отбросы общества: присоединяясь к ним, наркоман сам исключает себя из прежнего коллектива.

Во-вторых, развившийся или только еще развивающийся порок требует все более частого приема наркотиков во все увеличивающихся дозах. Необходимость постоянного их добывания толкает наркоманов на путь преступления: множатся кражи, взломы аптек, подделки рецептов, разврат, даже убийства - все это ради денег на покупку наркотиков.

Наконец, в-третьих, наркомания ведет к крайнему истощению организма, значительной потере массы тела и заметному упадку физических сил. Кожа становится бледной и сухой, лицо приобретает землистый оттенок, появляются также нарушения равновесия и координации движений, что ошибочно можно принять за проявление алкогольного опьянения (обычно наркоманы избегают алкоголя, хотя это и не является правилом).

Отравление организма становится причиной болезни внутренних органов, особенно печени и почек.

Дополнительные осложнения происходят от внутривенных инъекций наркотиков грязными иглами и шприцами. У наркоманов часто встречаются гнойные поражения кожи, тромбозы, воспаление вен, а также разные инфекционные заболевания, например гепатит.

И всё же - главное в борьбе с наркоманией это профилактика.

Большое значение в профилактике имеют правильное и четкое планирование в организации массовых мероприятий, культурно-просветительной и спортивной работы в свободное от занятий время, в выходные и праздничные дни. Свободное время - благо, но и испытание личности на прочность. Досуг не должен отожествляться с праздностью. Здесь уместно дать полный простор творческим увлечениям, занятиям по интересам, умению преодолевать «скуку» будней.

Люди разумные понимают, что предотвратить болезнь легче, чем ее лечить. Тем более что, как доказано врачами, наркомания неизлечима, а возрастная планка употребления первой дозы наркотика неукоснительно снижается. На учет к наркологам попадают восьмилетние дети, а средний возраст наркоманов упал до 15 лет.

Таким образом в демографической пирамиде возрастного состава населения наркомания выбирает, прежде всего, самый многочисленный и репродуктивный слой - людей 20-50-ти летнего возраста. А ведь все экономическое благосостояние общества, как воспроизведение населения, в первую очередь зависит от этих людей.

Потери значительной части населения в возрасте 20-50-ти лет могут нанести любому обществу огромный ущерб, поскольку оно утрачивает наиболее трудоспособную часть своего производственного и воспроизводственного потенциала.

Список литературы

1. Бабаян Э.А., Гонопольских М.Х. Наркология. - М.: Медицина, 1990.

2. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. - СПб.: Невский Диалект, 2000.

. Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патофизиология алкогольной болезни и наркоманий. - М.: изд-во УДН, 1991.

4. Гурски С. Внимание - наркомания! - М.: Медицина, 1988.

5. Запорожченко В.Г. Образ жизни и вредные привычки. - М.: Медицина, 1984.

6. Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания. - М.: Феникс, 2000.

7. Ураков И.Г. Наркомания: мифы и действительность. - М.: Медицина, 1990.