**Реферат**

Анализ медико-социальных проблем больных наркоманией

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

. ПОНЯТИЕ И СУЩНОСТЬ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ КАК СОЦИАЛЬНО ОПАСНОЙ БОЛЕЗНИ

. ПРОЯВЛЕНИЯ (СИНДРОМЫ) НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛИТЕРАТУРА

проблема наркомания болезнь зависимость

**ВВЕДЕНИЕ**

Как и пьянство, наркотизм связан с психическим экспериментированием, поиском новых, необычных ощущений и переживаний. Помимо вреда для здоровья наркотизм почти неизбежно означает вовлечение человека в криминальную субкультуру. В процессе экспериментирования с наркотиками возникают разные формы зависимости. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков и других психоактивных веществ, иногда и после однократного их приема. Физическая зависимость и абстинентный синдром развиваются в процессе употребления отдельных видов наркотического или психоактивного вещества. Абстинентный синдром - это всегда показатель сформировавшейся физической зависимости. В течение любой формы наркомании присутствует прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала, угасание влечений, потребностей как в биологическом, так и в социальном смысле, снижение сопротивляемости к внешним воздействиям, прогрессирующее истощение. Поэтому тема данной работы **актуальна** и практически значима.

**Объект** исследования: наркомания.

**Предмет** исследования: анализ медико-социальных проблем больных наркоманией.

**Цель** исследования: определить социальные и медицинские признаки больных наркоманией.

На пути к поставленной цели решались следующие **задачи**: определение понятие сущность наркотической зависимости как социально-опасной болезни; выявить проявления (синдромы) наркотической болезни.

Методы исследования: аналитические, наблюдения и определения.

Работа базировалась на трудах: Н.Н. Иванец, Л. Кесельман, проф. Л.М. Шипициной, проф. Л.С. Шпилени, О.Л. Романовой, Г. Силласте.

**1. ПОНЯТИЕ И СУЩНОСТЬ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ КАК СОЦИАЛЬНО ОПАСНОЙ БОЛЕЗНИ**

Термин «наркотическое вещество»включает в себя три взаимосвязанных критерия: медицинский; социальный; юридический. Медицинский состоит в том, что средство должно оказывать только специфическое действие на центральную нервную систему (седативное, стимулирующее, галлюциногенное), которое было бы причиной его немедицинского применения.

Социальный критерий заключается в том, что немедицинское употребление средства приобретает масштабы социально значимого явления. Юридический критерий исходит из предыдущих и требует, чтобы соответствующая инстанция признала данное средство наркотическим и включила его в перечень наркотических веществ.

Перечень наркотических веществ и наркотических лекарственных средств состоит из четырех списков:

) Вещества, запрещенные для применения на людях и производства, не подлежащие включению в рецептурные справочники и учебные пособия (героин, мескалин, псилоцибин, каннабис, маковая соломка и т.д.).

) Наркотические лекарственные средства, оборот которых ограничен и в отношении которых установлены меры контроля. Это - кодеин, кокаин, морфин, опий, омнопон, промедол, барбамил, этаминал-натрий и др.

) Психотропные вещества, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством. К ним относятся оксибутират натрия, фторотан, пентобарбитал, этиламфетамин.

) Прекурсоры, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых установлены меры контроля в соответствии с законодательством. К ним относятся ацетон, перманганат калия, серная и соляная кислоты, толуол, эфедрин, лизергиновая кислота, эрготамин и др.).

Конечно, само по себе употребление наркотика не обязательно делает человека наркоманом. По мнению А.Е. Личко существуют разные уровни наркотизации: 1) единичное или редкое употребление наркотиков; 2) многократное их употребление, но без признаков психической или физиологической зависимости; 3) наркомания I стадии, когда уже сформировалась психическая зависимость, поиск наркотика ради получения приятных ощущений, но еще нет физической зависимости и прекращение приема наркотика не вызывает мучительных ощущений абстиненции; 4) наркомания II стадии, когда сложилась физическая зависимость от наркотика и поиск его направлен уже не столько на то, чтобы вызвать эйфорию, сколько на то, чтобы избежать мучений абстиненции; 5) наркомания III стадии - полная физическая и психическая деградация.

Первые две стадии развития обратимы; по мнению П. Нобла (1970), только 20 процентов индивидуумов, относящихся ко второму из указанных уровней, в будущем становятся настоящими наркоманами. Однако степень риска зависит также от возраста, в котором начинается употребление наркотика, и от характера наркотического средства (к опиатам привыкают вдвое быстрее, чем к транквилизаторам).

Следует различать два понятия: привыканиек веществу (необходимость увеличения дозы для достижения клинического эффекта при систематическом приеме) и пристрастиек веществу (необходимость повторного приема для достижения состояния психического и физического комфорта). Наркомания - группа заболеваний, которые проявляются патологическим влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств, развитием зависимости от них, а также выраженными медико-социальными последствиями.

Следует остановиться еще на одной проблеме - невысоком авторитете наркологической службы у населения в учреждениях которой можно было бы провести самодиагностику, посоветоваться в случае болезни родственников, получить помощь как созависимое лицо, проконсультироваться по правовым и социальным вопросам или привести на профилактическую беседу подростка.

Часто дети, попавшие в созависимую ситуацию, испытывают внутреннее чувство стыда, злости, одиночества, недостатка близости. Ребенок стремится вести себя нарочито конфликтно, противопоставляет себя окружающим и их требованиям, отрицает любые проявления сочувствия, опеки по отношению к себе. Такое поведение характеризуется специалистами как «оппозиционно- вызывающее». Может отмечаться наркотизация по мотивам протеста. Одновременно с этим отмечается идеализация родителей, которые ранее ими осуждались за анормальное поведение.

Рассматривая причины создавшейся ситуации, следует, прежде всего, указать, что индивидуальная готовность и потребность в искусственном позитивном изменении с помощью наркотиков психического состояния, настроения, биотонуса определяются биологическими механизмами, ответственными за переживания душевного и физического комфорта, удовольствия, успешной адаптации и самоактуализации. Недостаточность действия этих механизмов в рамках нормативного поведения может обусловливаться как личностной дефицитарностью, так и средовой, лимитирующей развитие личности и удовлетворение ее потребностей, а также чрезмерными средовыми требованиями.

Анализ отечественной наркотической ситуации позволяет выделить целый ряд факторов, определяющих ее тяжесть и негативную динамику. Условно можно разделить эти факторы на социально-экономические и социально-психологические, а также по уровню, масштабу их действия (на глобальные, геополитические, свойственные только нашей стране, отдельным ее регионам, отдельным слоям, группам населения, характерные преимущественно для подростковой среды, реализующиеся через макросоциальные, семейные, индивидуально-личностные механизмы).

Факторы, отражающие специфические процессы, происходящие сегодня внутри нашего общества, в его экономическом и социальном устройстве, весьма многообразны. Это, прежде всего, стрессогенность социально-политической и социально-экономической ситуации в стране в целом и в отдельных ее регионах. Данное положение в равной степени справедливо в отношении, как кругов крупных дельцов, так и малообеспеченных слоев населения, лишенных достаточных и стабильных доходов. Наиболее значим этот механизм для групп, у которых оказался разрушенным весь жизненный уклад, - жителей «горячих точек», беженцев, переселенцев, лиц, пострадавших вследствие природных катастроф, и т.п. Здесь можно говорить о массовом дезадаптационном синдроме, открывающем ворота к наркотизации.

В широком социально-психологическом плане высоко значимо все более отчетливое преодоление ранее традиционного для большинства регионов нашей страны жесткого массового табу в отношении наркотиков, изменение отношения к наркотизирующимся с их активного неприятия, отвержения на нейтральное. В этом же проблемном регистре находятся такие массово выявляющиеся поведенческие феномены, как аномия и маргинализация. Под аномией понимают такое психологическое состояние индивидуума и всего общества, когда прежние идеологические основы, нормативные и ценностные ориентации и социально-психологические стереотипы поведения оказываются разрушенными, а новые еще не сформированы, и выработка их происходит хаотично и бессистемно.

Следующий социально-психологический фактор, действующий в масштабах нашей страны, - это разрушение существовавшей тоталитарной системы моральных и поведенческих ценностей без достаточной замены ее четкой иерархией принятых в цивилизованном мире общечеловеческих идеалов и гуманных норм поведения. Этот фактор обусловил в значительной степени явление «разрыва поколений»: нормы и догмы «отцов», и особенно «дедов», оказались отвергнутыми молодежью с отказом от опыта «предков» и их сегодняшнего поведения как примера для подражания.

Одновременно на фоне отказа от единообразной системы воздействия на детей в рамках прежних идеологизированных молодежных организаций выступает недостаточность системы позитивного воспитания детей - в плане личностного саморазвития, формирования волевых механизмов, духовной культуры, навыков конструктивного общения, выработки ценностных ориентиров, утверждения моральных поведенческих норм, навыков ответственного, социально приемлемого, строго нормативного поведения.

Отсюда - слабость или отсутствие у подростков «защитных» механизмов противостояния наркотическим соблазнам, в частности соблазнам участия в наркобизнесе и т.д. На личностном уровне это реализуется в виде утраты необходимого баланса между нормативным влиянием семьи, родителей и авторитетом иных референтных групп - подростковых компаний, полукриминальных и криминальных сообществ, обеспечивающих своим членам высокий материальный уровень и удовлетворение гедонистических потребностей. Происходит смещение «Я-Образа» в сторону криминализации личности.

Специфической возрастной особенностью детско-подросткового контингента является высокая подверженность дистрессу, обусловленная процессами психофизического и полового развития, аутоидентификации, социализации, происходящими на фоне недостаточно сформированных адаптивных механизмов. Она особенно значима в пубертатный и постпубертатный периоды, которым свойственны поведенческие реакции эмансипации, протеста, оппозиции, ухода и активное поисковое поведение со склонностью к «экспериментам». И в этих случаях важную роль играет влияние микрогруппы, конкурирующее с родительским авторитетом.

Таким образом, социальные изменения в обществе и общественном сознании являются благодатной почвой для наркотизации молодежи.

**2. ПРОЯВЛЕНИЯ (СИНДРОМЫ) НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

На уровне отдельных индивидуумов важным фактором, предрасполагающим к началу и продолжению приема наркотиков, оказывается не только личностная дефицитарность, обусловленная актуальными особенностями воспитания и условиями жизни, но и наследственная биологическая дефицитарность, врожденные аномалии характера (в виде акцентуаций и психопатий), а также приобретенная органическая недостаточность, проявляющиеся в виде аффективных и поведенческих расстройств. Фактически, это разрушение позитивных концепций «Я-Образа» и замена их психически анормальными установками.

И.Н. Пятницкая (1994) выделила три синдрома, составляющих большой наркоманический синдром, наличие которого отличает наркомана от здорового человека: 1) синдром измененной реактивности организма к действию наркотика; 2) синдром психической зависимости; 3) синдром физической зависимости. Кроме того, существуют и другие проявления, которые обязательно присутствуют в процессе развития наркомании. Наркоманическое опьянение или синдром наркотического опьяненияпредставляет собой состояние, возникающее после приема наркотических веществ, включающее определенные психические и физические симптомы.

Из психических симптомов - это, прежде всего эйфория. Эйфория слагается из эмоциональных переживаний, психических и соматических ощущений. Каждому наркотику свойственна своя структура эйфории (например: алкоголь вызывает чувство эмоционального и физического комфорта, желание общаться; опиаты - соматическое наслаждение и ощущение полного блаженства; стимуляторы - интеллектуальное просветление и подъем; гашиш - расстройства восприятия в сочетании с особым состоянием мистического, фантастического содержания; летучие ароматические соединения - удовольствие от красочного восприятия и т.д.).

Расстройства восприятия проявляются в трех формах: 1) обострение восприятия (стимуляторы); 2) избирательность восприятия (опиаты); 3) снижение восприятия (седативные препараты). Кроме того, могут возникать и качественные нарушения восприятия: иллюзии и галлюцинации. Происходит нарушение ощущений, идущих от внутренних рецепторов - возникает чувство тепла, легкости или тяжести, нарушение восприятия схемы тела.

Расстройства мышления встречаются как количественные (замедление или ускорение), так и качественные. Страдает концентрация и качество мышления. Может происходить выход мышления за рамки реальности, возникают сверхценные и бредовые идеи. Каждое психоактивное вещество вызывает нарушения сознания разного типа и глубины от сужения до различной степени помрачения.

Большинство наркотиков вызывает подъем температуры тела и гиперемию кожи, тахикардию, подъем АД, учащение дыхания. Все наркотики на первых порах снижают аппетит и повышают сексуальное влечение. После выхода из опьянения отмечается жажда и голод (особенно после приема препаратов конопли). Физическая активность, как правило, снижается (исключение составляют психостимуляторы). Выход из опьянения обычно сопровождается сном, по пробуждении от которого часто возникает чувство разбитости, депрессии и тревога.

Синдром измененной реактивности включает: 1) изменение формы потребления; 2) изменение толерантности; 3) исчезновение защитных реакций при передозировке; 4) изменение формы опьянения (Пятницкая, 1994). Некоторые авторы используют термин «синдром измененной толерантности» (Врублевский, 2000). Подъем толерантности (устойчивости к наркотику) достигает максимума на высоте болезни и превышает начальную дозу в 5-10 раз у барбитуратов, в 8-10 раз у седативных препаратов, 100-200 раз у опиатов. Организм начинает переносить многократно смертельные для здорового человека дозы. Возрастание толерантности, ее стабилизация (плато «толерантности») и снижение относят к осевым проявлениям зависимости. Кроме того, отмечается и так называемый симптом перекрестной толерантности. Он наблюдается при сочетанном употреблении нескольких видов ПАВ. Симптом заключается в быстром росте толерантности к новым веществам, которые начал употреблять больной на фоне сформировавшейся зависимости.

У здорового человека прием наркотиков вызывает определенные побочные эффекты. Систематический прием и достижение полного физического и психического комфорта свидетельствует об изменении реактивности организма. При отмене наркотика наблюдается явления абстиненции. Становится необходимым систематический прием психоактивного вещества.

Защитные реакции организма это свидетельство передозировки. Примерами защитных реакций могут быть рвота при приеме алкоголя, зуд, тошнота, резь в глазах, слюнотечение при приеме опиатов. Исчезновение защитных реакций свидетельствует о переходе организма на новый уровень реагирования, когда высокие дозы токсического эффекта не вызывают и не требуют защиты.

Извращение эффекта действия наркотика наступает, когда сформировались предыдущие симптомы. Снотворные и транквилизаторы не дают успокоения, кодеин не подавляет кашля, опий не вызывает запоров. Снижается интенсивность эйфории. Впоследствии эйфорический эффект действия наркотика меняется на тонизирующий. Это, как правило, совпадает со снижением толерантности.

Синдром психической зависимости включает патологическое влечение к наркотику и способность достигать состояния психического комфорта в интоксикации. Можно сказать, что психическая зависимость является самым ранним и главным синдромом наркомании и в то же время самым длительным и тяжелым, который проявляется и в ремиссии.

Психопатологическая структура психической зависимости неоднородна и может быть представлена: навязчивыми состояниями, характеризующимися борьбой мотивов и частичной критической самооценкой больным своего состояния; компульсивными (непреодолимыми) и импульсивными состояниями с тотальной охваченностью, стремлением получить ПАВ любой ценой, часто с элементами суженного сознания, без критической самооценки и учета ситуации; доминантными структурами сверхценного типа без борьбы мотивов, когда возможность реализации, как правило, обусловлена внешними ситуационными факторами. На практике психическая зависимость проявляется в постоянных мыслях о ПАВ, повышении настроения в предвкушении его приема, подавленности - при отсутствии ПАВ. Течение влечения волнообразно. Иногда оно имеет циклический характер.

Синдром физической зависимости включает компульсивное (непреодолимое) влечение к ПАВ, способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром. Степень влечения сопоставима с чувством голода и жажды. От навязчивого состояния оно отличается еще и тем, что способно подчинять все состояние сознания, определять поступки и мотивацию действий. Улучшение физического состояния возникает только после приема ПАВ.

Абстинентный синдром формируется постепенно, в разные сроки. Он наиболее выражен при опиатной наркомании («ломка»). Возникает через несколько часов (до суток) после последнего приема наркотика. Состоит из нескольких фаз, сменяющих друг друга во времени. Выражен абстинентный синдром и при хроническом алкоголизме, барбитуровой и амфетаминовой наркоманиях. Психические и соматоневрологические симптомы определяются формой ПАВ.

Синдром последствий хронической наркотизации. Различные формы наркотической зависимости вызывают различные и достаточно специфические проявления этого синдрома.

Психические нарушения личности многообразны и зависят от наркотика. Разрушение личности идет поэтапно: этап «уплощения» личностных черт, этап психопатизации, этап деменции (слабоумия). Степень выраженности симптомов органического поражения мозга зависти от свойств и длительности приема наркотика. Психическая инвалидация начинается с этапа изменения личности. Падает психическая активность, ограничиваются интересы и мотивации, упрощаются побуждения, уплощается эмоциональная сфера. Образно говоря, личность зависимого - это человек, лишенный внутреннего стержня (или «Я-Образа»), от которого осталась только внешняя оболочка.

Наркотическая зависимость всегда сопровождается эмоциональными расстройствами. По мере прогрессирования заболевания депрессия и тревога сменяются дисфорией (состояние тоскливой злобы и раздражительности). Различным формам наркомании свойственны психозы или на высоте опьянения, или в периоде абстиненции. При психозах отмечается помрачение сознания с нарушением ориентировки, галлюцинациями, бредом, а также быстрой динамикой клинических проявлений, хотя иногда психозы могут принимать и затяжное течение.

Разные виды наркотиков вызывают и разные психические реакции. Так, употребление конопли (каннабиса), которая относится к наиболее распространенным в мире, вызывает эйфорию лишь после второго - третьего приема препарата (гашиша). Действие начинается с чувства жажды и голода, сухости во рту. Появляется ощущение тепла. Возникает эйфория с многоречивостью, ускорением темпа мышления, бурным потоком ассоциаций. Увеличивается моторная активность. Любые действия и слова окружающих вызывают дурашливый неудержимый смех. Суживается контакт с окружающими. Возникают иллюзии, звуки приобретают особый резонанс. Аффект неустойчив - могут возникать приступы тревоги, страха. Затем происходит спад возбуждения. Длительность интоксикации зависит от дозы и продолжается от 30 минут до нескольких часов. При выходе из опьянения резко повышается аппетит (вплоть до состояния булимии - волчьего голода). Сознание ясное, присутствует апатия, вялость, которая переходит в сон. Формирование второй стадии происходит через 3-5 лет систематического употребления гашиша. Снижается эйфоризующее действие наркотика, преобладает тонизирующее. Толерантность к наркотику возрастает. Вне интоксикации гашишист расслаблен, несобран, нетрудоспособен.

Опиатная наркомания является самой распространенной и по последним данным составляет до 90% всех официально зарегистрированных наркоманий. С середины 90-х годов в структуре опийной наркомании на первое место вышел героин - препарат вызывающий наиболее тяжелую форму наркомании. Отличительным признаком опиатной зависимости является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются в ряде случаев для терапевтических целей.

Регулярность наркотизации - начало первой стадии заболевания, когда сон - поверхностный, аппетит подавлен, уменьшается количество мочи, запоры. Постепенно растут дозы. Отсутствие наркотика проявляется через 1-2 суток в основном в форме психических расстройств. Продолжительность первой стадии при инъекционном приеме от 2 до 4-х месяцев, при приеме кодеина - до полугода, при приеме внутрь маковой соломки- до нескольких лет. При второй стадии резко возрастает толерантность (100-300 раз). Изменяется физиологическое действие наркотика, поведение становится вялым, пассивным. Формирование абстинентного синдрома («ломки») может произойти через 1-2 месяца регулярного употребления наркотика. Продолжительность его без лечения составляет 5-10 суток.

Таким образом, при всех различиях действия разных наркотиков, все они оказывают серьезное воздействие на психику человека, ломая его концептуальные основы «Я-Образа».

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Термин «наркотическое вещество»включает в себя три взаимосвязанных критерия: медицинский; социальный; юридический. Существуют разные уровни наркотизации: 1) единичное или редкое употребление наркотиков; 2) многократное их употребление, но без признаков психической или физиологической зависимости; 3) наркомания I стадии 4) наркомания II стадии 5) наркомания III стадии - полная физическая и психическая деградация.

Анализ отечественной наркотической ситуации позволяет выделить целый ряд факторов, определяющих ее тяжесть и негативную динамику. Условно можно разделить эти факторы на социально-экономические и социально-психологические, а также по уровню, масштабу их действия.

На уровне отдельных индивидуумов важным фактором, предрасполагающим к началу и продолжению приема наркотиков, оказывается не только личностная дефицитарность, обусловленная актуальными особенностями воспитания и условиями жизни, но и наследственная биологическая дефицитарность, врожденные аномалии характера (в виде акцентуаций и психопатий), а также приобретенная органическая недостаточность, проявляющиеся в виде аффективных и поведенческих расстройств.

Защитные реакции организма это свидетельство передозировки. Примерами защитных реакций могут быть рвота при приеме алкоголя, зуд, тошнота, резь в глазах, слюнотечение при приеме опиатов. Исчезновение защитных реакций свидетельствует о переходе организма на новый уровень реагирования, когда высокие дозы токсического эффекта не вызывают и не требуют защиты. Таким образом, наркомания - это группа заболеваний, которые проявляются патологическим влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств, развитием зависимости от них, а также выраженными медико-социальными последствиями.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения / Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. - 1997. - №4. - С. 26-28.

. Кесельман Л. Социальные координаты наркотизма / Л. Кесельман. - СПб., 1999. - 325 с.

. Наркоситуация в молодежной среде: Структура, тенденции, профилактика. - М.: Изд. Дом «Генжер», 2003. - 265 с.

. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью: руководство/ Под науч. ред. проф. Л.М. Шипициной и проф. Л.С. Шпилени. - М.: НОРМА, 2003. - 187 с.

. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина и др. - Самара, 1999. - 258 с.

. Романова О.Л. Первичная профилактика наркологических заболеваний у детей / О.Л. Романова // Вопросы наркологии. - 1999 - № 3. - С.10-14.

. Силласте Г. Социальные последствия возможной легализации наркотиков в России / Г. Силласте // Безопасность. - 1993. - № 2. - С.18-20.