**Реферат**

В настоящее время наркомания как социальная проблема приобретает все больший размах во всем мире. В России распространенность злоупотребления наркотическими и другими психоактивными веществами возросла за последнее десятилетие настолько резко, что в настоящее время ситуация приняла характер эпидемического процесса как по темпам нарастания, так и по степени распространенности наркологических заболеваний. В связи с этим возрастает необходимость развития такого направления практики социальной работы как медико-социальная работа в наркологии, направленная на оказание комплексной медико-социальной помощи, включающей социально-психологические, медико-психологические, педагогические и правовые мероприятия, лицам, страдающим наркотической зависимостью и членам их семей.

**Введение**

Злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами к концу ХХ века охватило вест мир и приняло характер пандемии. По данным экспертов Всемирной организации Здравоохранения только количество больных заболеваниями, связанными с зависимостью от наркотиков и других психоактивных веществ, составляет сегодня около 500 миллионов человек (без учета курильщиков табака). Алкоголизм, наркомании, токсикомании поражают все новые регионы, все новые группы населения (дети, подростки, женщины, пожилые люди). Тревогу вызывает и устойчивая тенденция к росту всего спектра неблагоприятных медико-социальных последствий приема алкоголя и наркотиков.

Существенные медицинские и социальные проблемы, связанные с совместным проживанием с лицом, злоупотребляющим наркотиками и другими психоактивными веществами, имеют также члены его ближайшего микросоциального окружения. В целом же количество лиц, нуждающихся в различных видах медико-социальной помощи в связи со злоупотреблением наркотиками и другими психоактивными веществами, составляет более 12 млн. человек.

Несмотря на все более возрастающую потребность в такого рода помощи, в Российской Федерации вплоть до настоящего времени не сложилась целостная система медико-социальной работы с лицами, страдающими зависимостью от наркотиков и других психоактивных веществ.

Небольшой опыт внедрения заимствованный из практики социальной работы развитых стран выявляет значительные трудности на этом пути, связанные не только с экономическими, но и со специфическими социальными и культурно-историческими условиями в Российской Федерации.

Поэтому, при очевидной актуальности развития практики медико-социальной работы в нашей стране, не менее актуальна разработка ее теоретических и организационно-методических основ.

Различные аспекты проблемы, рассматриваемой в данной дипломной работе, стали объектом исследования целого ряда теоретиков: В. Гейзенберг, Б. Баймухаметов, М. Лайтман, Н.П. Пищулин, С.Н. Пищулин анализировали проблему наркомании и социально-психологические особенности лиц, страдающих наркозависимостью; Ю.В. Валентик, А.М. Вязьмин, О.В. Зыков, А.В. Мартыненко, П.И. Сидоров, М.Г. Цетлин изучали теорию и практику медико-социальной работы в наркологии; И.П. Каткова, Н.А. Кравченко рассматривали формирование служб медико-социальной помощи в системе здравоохранения.

Однако медико-социальная работа с лицами, страдающими наркозависимостью, в условиях социальных служб наркологических учреждений в научных работах и практических исследованиях рассмотрена недостаточно подробно, что и обусловило необходимость ее анализа в данной дипломной работе.

Материалы и результаты, полученные в дипломном исследовании можно использовать в учебном процессе при подготовке к лекционным и семинарским занятиям, в научных докладах, рефератах и других работах, а также в практической деятельности специалистов социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» в рамках медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью.

*Объект* дипломной работы – лица, страдающие наркозависимостью.

*Предмет* дипломной работы – медико-социальная работа с лицами, страдающими наркозависимостью.

*Цель* дипломной работы – исследование медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью в деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер»

*Задачи* дипломной работы:

1. рассмотреть наркозависимость как один из видов аддикции;
2. описать социально-психологический портрет лиц, страдающих наркозависимостью;
3. изучить сущность медико-социальной работы;
4. исследовать содержание и кадровое обеспечение медико-социальной работы в наркологии;
5. проанализировать деятельность социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» в рамках медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью;
6. предложить пути совершенствования деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» в рамках медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью.

*Методы* исследования: обобщение, классификация, дедукция; анализ литературных источников, анализ статистических данных, анализ документов.

**1. Общая характеристика лиц, страдающих наркозависимостью**

**1.1 История распространения наркомании**

Если заглянуть вглубь истории, то надо обратиться к первобытному обществу, когда человек был более всего незащищен перед враждебностью природы, мистическими силами, происхождение которых он не мог объяснить лишь во сне, который длился очень недолго, человек мог обрести исполнение желаний, но, проснувшись, он вновь оказывался в одиночестве и опасности.

В силу любопытности человека ему оказалось нетрудным открыть, что природа в изобилии предлагает ему растения, которые повышают настроение, прибавляют сил, вылечивают раны, вызывают необычное состояние духа и иллюзорное исполнение желаний.

Существует гипотеза, что еще *в раннем палеолите* (40000 – 10000 тыс. лет до н.э.) *состоялось первое знакомство человека с наркотиками*. Из архивных документов известно, что шумеры, китайцы, индейцы, древние греки, сибирские племена хорошо знали действие растительных наркотиков и уже тогда, посредством магических обрядов и церемоний, пытались изменить состояние сознания.

Раннее открытие наркотиков помогло человеку установить контакт со своим подсознанием, а также облегчило ему вхождение в состояние экстаза, приносящее утешение, удовлетворение, гармонию с самим собой и окружающим миром. Употребление в первобытном обществе растений, обладающих сильными психоактивными свойствами, строго контролировалось колдунами, жрецами и шаманами. Более того, по древним обычаям наркотики употребляли только избранные и только с определенной целью, самовольное употребление наркотиков влекло за собой самое суровое наказание. Благодаря этим верованиям и запретам многие народы защитили себя в будущем от разрушающего действия наркотиков [17].

*Позднее были открыты лекарственные свойства растений, и в первую очередь, мака, который помогал людям переносить боль и забывать страх*. Его использовали в медицинских целях шумеры, греки, арабы, ему посвящали свои произведения великий древнегреческий поэт Гомер, его восхваляли философы Геродот, Аристотель, Плиний. Народы критской цивилизации воздвигли статую богине мака и поклонялись ей, украшая ее голову надрезанными маковыми головками, из которых вытекал чудодейственный сок.

Если взять другое наркотическое вещество гашиш, то в лечебнике китайского императора Шен-Нуна оно рассматривалось как лекарство от кашля и поносов, а в Древнем Китае его использовали как обезболивающее средство при хирургических операциях.

Древние народы использовали в религиозных целях и галлюциногенные грибы, которые представляли для них тайну, так как они рождались без зерна, появлялись после дождя, а в Древней Мексике был известен гриб, который рос только во время грозы под сверкание молний, в чем первобытный человек видел сверхъестественное возрождение Бога на земле и его чудодейственное превращение. Шаманы в сибирских племенах во время ритуальных обрядов поедали мухоморы для вхождения в состояние экстаза, в котором они могли предсказать ход событий, вылечить больного, установить контакт со сверхъестественными силами для защиты племени и облегчения ему жизни в реальном мире.

Среди растений вызывающих изменение сознания и восприятия, особое место занимает разновидность мексиканского кактуса, который использовали в медицинских и религиозных целях. История зафиксировала массовое отравление сорока тысяч французов в 994 году питьем, приготовленным из этого растения. Перечисленные выше растения вплоть до XIII века оставались основными и единственными наркотическими веществами, пока крестоносцы не привезли с Ближнего Востока опиум. *В 1805 году аптекарь М. Зертюрнер выделил первый алкалоид опиума и дал ему название «морфин»* в честь Морфея, греческого бога сна [35].

Изобретение в 1853 году врачом из Эдинбурга А. Будом иглы для подкожных инъекций в итоге породило новые проблемы, связанные с более эффективным внутривенным введением наркотика в организм человека.

*XIII век придал употреблению наркотиков политическую окраску*, которая была связана с расширением массового употребления наркотиков с целью подчинения одного государства другому, приведшего к разрушению здоровья нации. Первое промышленное производство опиума было организовано в Бенгалии английской компанией, которая владела монополией на производство опиума в этой стране и продавала его в Китай. Когда в 1820 году правительство Китая ввело запрет на импорт опиума, правительство Великобритании развязало первую опиумную войну, а спустя 15 лет вспыхнула вторая опиумная война, к которой уже присоединились французы и американцы. Китай проиграл войну, и, спасаясь от порабощения и инфляции, сам стал выращивать собственный опиумный мак [4].

*Массовое употребление наркотиков в Европе началось в XIX веке*, и этому способствовало литературное течение того времени, когда сами авторы произведений употребляли наркотики, в основном, гашиш и опиум, входили в состояние галлюциногенных снов, в которых писали свои произведения, описывая прелести наркотического состояния.

*В начале XX века* в американской литературе *получила широкое распространение пропаганда употребления марихуаны*, способной изменить состояние психики и сделать духовную жизнь человека богаче. Литераторы сами на себе ставили эксперименты, описывая потом в своих произведениях впечатления, фантастические видения необычной реальности, и это все становилось достоянием гласности массового сознания людей.

В 1960 году во время пребывания в Мексике, гарвардский психолог Т. Лири съел несколько галлюциногенных грибов. Переживаемые доктором ощущения привели его к мысли, что сила наркотиков способна преобразить и изменить не только личности отдельных людей, но и влиять на установление более справедливых общественных отношений.

Большая часть американской молодежи стала сторонниками идей Т. Лири и в начале *XX века* *начались массовые эксперименты с наркотиками*, особенно в среде студенческой молодежи. Это являлось одновременно и формой социального протеста против бессмысленного убийства невинных людей во Вьетнаме, с которым США вели войну. Начинает зарождаться движение хиппи, среди которых врачи, философы, психологи, теологи, верящие, что наркотики могут изменить общество [9].

Однако трагические последствия, приводящие к гибели молодых людей, принимающих наркотики, массовые отравления, расстройства психики заставили американское общество провозгласить новые идеи в деле употребления наркотиков. Они сводились к мысли о том, что постичь тайны своего состояния, вызванного употреблением наркотических веществ, может только подготовленный человек, обладающий знаниями медицины, психологии, философии, необходимыми для правильного восприятия и осмысления эффектов, производимых наркотиками.

Поэтому ученые попытались предложить молодежи новые пути достижения необычного эмоционального состояния, такие как система медитативных упражнений, йога, музыка, а наркотики вернуть в стены научных лабораторий и психиатрических клиник для медицинских целей.

*В России в послевоенный период наркомания существовала в республиках Средней Азии*, в других же регионах, она не имела широкого распространения. Так, число лиц, которые лечились от наркомании в Москве, в 50-х годах насчитывало в разные годы от 3 до 7 человек на один миллион населения.

*Проблема наркомании начала приобретать остроту в середине 70-х годов*. Со стороны органов здравоохранения и милиции принимались некоторые довольно робкие меры, но в силу того, что проблема не стала актуальной (о ней даже не принято было говорить), общество в 90-х годах, когда начался лавинообразный рост наркоманов, оказалось неподготовленным к решению данной проблемы [22].

По статистическим данным в России число наркоманов перешло 7% и составляет более 10 млн. человек. В России уже нет людей, так или иначе, не сталкивавшихся с наркотиками: либо они пробовали их сами, либо их друзья, знакомые, родственники, либо им предлагали наркотики. За последние четыре года число школьников и студентов, употребляющих наркотики, возросло в 6-8 раз. Получили распространение «семейная наркомания» и даже приобщение родителями малолетних детей. Число смертных случаев от употребления наркотиков увеличилось за последние 10 лет среди населения России в 12 раз, среди детей – в 42 раза. Рост наркомании резко обостряет проблему СПИДа. Ежедневно во всем мире 6000 человек заболевают СПИДом, из них 70 % приходят к этому через внутривенное введение наркотиков.

Ежегодно в страну ввозится более тысячи тонн наркотических средств, из них около 80 тонн только одного героина. На российском рынке уровень цен на героин, кокаин и другие наркотики существенно выше, чем в США, Европе, что делает Россию международным рынком сбыта наркотиков. И вряд ли является случайным тот факт, что именно за последние 10 лет число наркоманов в США уменьшилось вдвое, а в России многократно возросло. Наша страна оказалась совершенно не готовой к наркотической агрессии внешнего мира.

По данным международной организации здравоохранения в каждом школьном классе 3-4 ученика – наркоманы. Подсчитано, что каждый наркоман вовлекает в наркозависимость от 10 до 15 человек в год, а значит, эта социальная болезнь прогрессирует. Наряду с этим большая часть наркоманов больна гепатитом, СПИДом и другими неизлечимыми болезнями. Общаясь, они заражают окружающих людей [19].

Таким образом, за последнее время в России увеличилось число заведенных уголовных дел за распространение наркотиков, принят ряд законов по борьбе с наркоманией, однако количество наркоманов не уменьшается, а продолжает расти. Несмотря на то, что злоупотребление наркотиками стало одной из важнейших мировых проблем совсем недавно – лишь в XX веке, опыт употребления людьми наркотических веществ измеряется тысячелетиями.

**1.2 Обоснование актуальности наркологической проблематики**

Алкоголизм, наркомании, токсикомании принадлежат к наиболее значимым социальным болезням. Алкоголь, наркотики и другие психоактивные вещества (ПАВ) – это исторически выявленные и социально закрепленные адаптогены, то есть средства, участвующие в обеспечении адаптации, приспособления к условиям и требованиям жизни благодаря своему действию на психическое (психофизическое) состояние – настроение, эмоции, тонус, поведение.

Именно в качестве социальных адаптогенов алкоголь, наркотики и другие психоактивные вещества включаются в механизмы индивидуального и массового (прежде всего, группового) поведения, массовой культуры, занимая важное место в бытовых обычаях, традициях, формах коммуникации и досуга.

Психобиологические эффекты алкоголя и наркотиков и других психоактивных веществ обуславливают не только их позитивную социальную роль, но и определяют многочисленные разнообразные формы их негативного влияния на индивидов и социум в целом.

В индивидуальном плане мы имеем дело с закрепление роли конкретного психоактивного вещества в качестве важного, а затем основного регулятора состояния, самочувствия, настроения, поведения. Это, в свою очередь, приводит к формированию психической, а затем и физической зависимости от данного химического вещества, то есть к развитию наркологического заболевания.

Наркологические болезни – важнейшая группа (категория) социальных болезней. Их социальность многомерна. Они развиваются у индивидуума как члена макросоциума (общества, этноса) и одновременно – как члена микросоциума (семьи, дружеской группы, рабочего коллектива и т.д.). В их генезе взаимодействует констелляция биологических, психологических и социальных факторов. Эти болезни возникают в рамках типичных для данного макросоциума алкогольных и (или) наркотических традиций [11].

И в то же время – они являются следствием наличия особых, более или менее прочно фиксированных, стабильных, системных отношений с алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами в значимой для индивидуума (референтной) микросоциальной группе – в семье, в бытовом (коммунальном, территориальном, дружеском) сообществе, в производственной, профессиональной, учебной группе.

Речь идет о любой сформулированной системе межличностных отношений, характерных для определенного рода общения, трудовой или общественной деятельности и включающих в качестве облигатного или существенно значимого элемента потребление алкоголя или других психоактивных веществ – в виде «ритуалов» различных дружеских групп, компаний или деятельности менеджеров, работников торговли, рабочих тех или иных специальностей и т.д.

Алкоголизм и наркомании – социальные болезни еще и потому, что от них страдает и больной как член общества и составляющих его структур, и страдает само общество: в их динамике возникают разнообразные социальные (семейные, трудовые, криминальные) конфликты; обществу причиняется материальный ущерб; больной личностно и социально изменяется, меняя свой актуальный статус и (или) социально деградирует – в семейном, трудовом плане, начинает вести асоциальный образ жизни или обнаруживает какие-либо антисоциальные формы поведения [3].

Следовательно, психоактивные вещества, играя, несомненно, определенную позитивную социальную роль – адаптивную, культурную, экономическую, в то же время являются важнейшими негативными, деструктивными социальными факторами – в здравоохраненческой, психолого-поведенческой, демографической, экологической, экономической сферах, в сфере правопорядка.

Следует также подчеркнуть, что личностные адаптивные и эмоциональные реакции, фиксирующие формы взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги у членов социального окружения больного трансформируются в систему прочных патологических связей между больными и его окружением, прежде всего – его семьей, которая принимает характер особой стойкой деформации поведения и психоэмоционального состояния членов окружения – супругов, детей, родителей и других. Этот социально-психологический феномен носит название созависимости и требует специальных мер для его коррекции и устранения.

Таким образом, очерчивается широкий круг социальных проблем, с одной стороны, непосредственно или опосредованно обуславливающих массовое и индивидуальное злоупотребление алкоголем или наркотиками, формирование и течение наркотических заболеваний, а с другой стороны, обусловленных неадекватными в социальном плане отношениями с психоактивными веществами или различными негативными проявлениями и последствиями собственно наркологической патологии.

Все эти проблемы требуют внимания со стороны общества и организации целенаправленной работы по их разрешению, а также исследования на эмпирическом и теоретико-методологическом уровнях.

В широком социальном контексте наркологические болезни высоко социально значимы в плане отягощенности соматической патологией (токсически обусловленной), процессами деградации личности, высокой и ранней инвалидизацией и смертностью [18].

С уровнем потребления психоактивных веществ опосредованно (а иногда и прямо) связаны такие важнейшие социальные параметры, как демографические показатели, показатели общей и психической заболеваемости, уровня криминогенности, производительности труда, состояния семей и т.д.

В узком социальном контексте злоупотребление алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами, чревато последствиями токсического опьянения (травмы, дорожно-транспортные происшествия, правонарушения, преступления, отравления, суициды и т.д.).

Таким образом, потребление алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ – это системное биопсихосоциальное явление современного общества, суммарные массовые эффекты которого (социальные, медицинские, экономические, криминальные, экономические и др.) влияют на общественное благосостояние и социальную безопасность, национальную идентичность и различные их аспекты.

**1.3 Наркозависимость как один из видов аддикции**

*Аддикция* **(**аддиктивное поведение**) –** пагубная привычка, пристрастие, пагубная склонность к чему-либо – одна из форм деструктивного поведения и/или злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, до того, как от них сформировалась физическая зависимость. Можно сказать, что аддиктивное поведение и патологическое пристрастие – синонимы.

Аддиктивное поведение представляет собой попытку бегства от реальности при помощи изменения своего психического состояния, обеспечивающего мнимую безопасность и эмоциональный комфорт. Эта псевдожизнь постепенно начинает доминировать над реальной, вытесняя её. Воля человека ослабевает и перестаёт работать тормозом на пути к получению простейшего удовольствия.

Для зависимого человека, с одной стороны, характерна низкая переносимость напряжения и стрессовых ситуаций, с другой стороны, он может сутками выносить любое напряжение и стресс, если они необходимы для реализации зависимого поведения. Человек всё время балансирует между стремлением к доминированию, в силу жёсткости отстаивания своих интересов, и непризнанностью со стороны окружающих, что приводит к конфликтам [17].

Уход в «другие миры» используется человеком в качестве иллюзорного способа решения конфликтов, с которыми ему приходится сталкиваться в реальной жизни. Зависимая личность предпочитает избегание проблем, как главный способ их преодоления, по принципу «с глаз долой – из сердца вон». Человек не может существовать без своего пристрастия, оно заменяет ему всё – друзей, реальные эмоции, становится центром его существования;

Пристрастие поглощает личность целиком, занимает все мысли, время, силы, энергию и эмоции до такой степени, что он уже не может адаптироваться к жизни и заниматься чем-то другим, получать удовольствие каким-либо иным способом. Мир реальной жизни оказывается для него закрытым. Зависимость проявляется определённой узостью и избирательностью сознания, поскольку всё, что с ней не связано, просто не попадает в поле зрения человека, отторгается, как ничего не значащая и эмоционально нейтральная информация.

В ходе развития зависимости у личности возникает определённый эмоциональный дефект. Сфера чувств любых, даже близких, людей и их эмоции разбиваются о глухую стену непонимания и обиды в ответ на постоянные попытки прервать состояние зависимости. Исчезает возможность анализа ситуации и самоанализа. Они заменяются попыткой самообмана. Зависимые выбирают компанию себе подобных, но действуют не вместе, а рядом, как 2-3 летние дети в процессе игры. Возникает возрастная регрессия.

*Критерии зависимости:*

* 1. игнорирование значимых ранее событий и действий, как результат зависимого поведения;
	2. распад прежних отношений и связей, смена значимого окружения;
	3. враждебное отношение и непонимание со стороны значимых для зависимого человека людей,
	4. скрытность или раздражительность, когда окружающие критикуют его поведение;
	5. чувство вины или беспокойства относительно собственной зависимости;
	6. безуспешные попытки сокращать зависимое поведение [13].

Зависимость сама по себе делает человека более поверхностным в оценках и суждениях. Он начинает оценивать внешние признаки состояний окружающих, а не их внутреннюю суть. Оценка формы поведения начинает превалировать над оценкой содержания и реальным анализом общения.

Акцент общения смещается с самого процесса на результат: отстоять своё право на зависимое поведение. Человек как бы надевает специальные фильтрующие очки, которые сужают поля зрения и позволяют ему видеть в людях лишь то, что важно для обслуживания его зависимости.

*Формы аддиктивного поведения:*

1. алкоголизм – зависимость от употребления спиртных напитков;
2. наркомания (наркозависимость) – употребление наркотиков и других субстанций, изменяющих психическое состояние;
3. гэмблинг – зависимость от азартных игр;
4. промискуитет – сексуальное аддиктивное поведение;
5. анорексия – аддиктивное голодание
6. булимия – аддиктивное переедание;
7. игромания – зависимость от компьютерных игр и игровых автоматов;
8. трудоголизм – аддиктивное трудовое поведение;
9. длительное прослушивание музыки (в том числе очень громкой).

*Наркотическая зависимость* — сильное, непреодолимое влечение к состоянию наркотического одурманивания, возникающее после нескольких приемов наркотических веществ [15].

*Наркомания* – болезнь, которая проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома лишения — *абстиненции* — в случае прекращения их приема; формируется наркотическая зависимость.

*Наркоманией* также называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции (синдрома отмены) при прекращении их приема.

*Основными характеристиками наркомании* являются приобретенная в результате злоупотребления наркотическим средством измененная реактивность к нему, что выражается в патологическом пристрастии (влечении) к наркотику, измененная восприимчивость, изменение первоначального действия наркотика на организм, возникновение абстинентного синдрома вслед за прекращением употребления наркотического средства.

*В нашей стране к наркомании относят* патологическое пристрастие к веществам, которые согласно списку Постоянного комитета по контролю наркотиков, утвержденному Минздравом СССР (позже РФ), отнесены к наркотическим средствам [19].

Термин *«наркомания»* определяется не столько с клинических позиций, сколько с медико-юридических и социальных и применяется только с учетом болезненных патологических состояний, которые вызываются злоупотреблением соответствующими веществами или лекарственными средствами.

Такое применение этого термина вызвало необходимость введения в терминологию клинического определения злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, не признанными законом наркотическими, дополнительного понятия *“токсикомания”*

На территории РФ применяется унифицированный термин «наркомания» для обозначения болезненного состояния, вызванного потреблением наркотических средств, то есть «наркомания» и «наркозависимость» употребляются как синонимы. К наркомании относятся только те случаи немедицинского потребления вещества или лекарственных средств, которые в установленном порядке отнесены к наркотическим средствам.

С клинических позиций, как наркомании, так и токсикомании патогенетически весьма схожи. Единой платформой для определения наркомании является лишь тот факт, что болезненное состояние возникло в связи с потреблением наркотических веществ или лекарственных средств, а токсикомания развилась как результат потребления лекарственного средства или иного вещества, не отнесенного к наркотическим [11].

В остальном же клиническая картина той или иной формы наркомании зависит от особенностей наркотического вещества, являющегося предметом злоупотребления. Так, хорошо известно, насколько своеобразно протекает морфинная наркомания в отличие от кокаиновой наркомании. Исходя из этих позиций не случайно для характеристики болезненных состояний, связанных с злоупотреблением наркотическими средствами, используется термин во множественном числе (“наркомании”) и в каждом случае, для каждой формы наркомании используется прилагательное, характеризующее тот или иной вид наркомании: морфинная наркомания (морфинизм), кокаиновая наркомания, гашишная и др.

Клинические формы зависимости отличаются лишь в рамках особенностей формирования и протекания физической зависимости. Необходимо обращать внимание на две проблемы наркомании: первая - стереотип злоупотребления наркотиками, и вторая - синдром наркотической зависимости. Это разные проблемы, поскольку, например синдром наркотической зависимости существует все время, а стереотип - только, когда человек употребляет наркотики. Стереотип может поменяться, когда наркоман перейдет на что-то другое, но синдром зависимости у него останется, поскольку у него существует потребность в изменении своего душевного состояния любым способом, и если он не находит свой наркотик, он найдет другой.

*В настоящее время выделяют 6 основных групп наркотиков* [3, 7]*:*

*1. Опиоиды* (Препараты опия) - натуральные (героин, кодеин) и синтетические (напр., промедол). Опийная наркомания развивается при наркотизации такими веществами, как опий - сырец (застывший темно-коричневый сок маковых коробочек) и все его производные, которые называются опиатами, а также синтетическими препаратами и лекарственными средствами со сходным действием (героин, морфин, промедол, омнопон, дионин, кодеин, фентанил, фенадол, метадон, пентазоцин и другие). Некоторые из этих средств производятся фармацевтической промышленностью и используются в хирургии, онкологии, травматологии и других областях медицины как обезболивающие. Именно препараты этой группы обладают наибольшим обезболивающим эффектом.

*2. Гипнотики* (в основном барбитураты). Обладают при измененной толерантности инверсным (обратным) действием: возбуждают вместо успокоения. Характерно, что при отмене этого препарата, часто возникает судорожный синдром, например, с наркоманами, попавшими в тюрьму. Гипнотики часто формируют т.н. барбитуратовые энцефалопатии ("барбитура мозги сушит"). После многократного приема барбитуратов снижается сообразительность, ухудшается память, острота интеллекта, что часто не восстанавливается после избавления от зависимости - в отличие от опиатов.

*3. Седативные* (снотворные средства) при измененной толерантности вызывают чувство эйфории, опьянения. Психика наркомана такова, что он получает удовольствие от изменений сознания, от которых здоровый человек не получает такового. У наркоманов часто при приеме успокаивающих препаратов возникает чувство "прилива", желания что-то сделать. Часто они уже подготовлены самим ожиданием процесса, усиливая действие эффектом "плацебо" и ритуальной нагрузкой действия - например, наркоман может получить удовольствие при внутривенном вливании. Очень часто наркоманы принимают гипнотики, седативные средства и барбитураты в комбинациях, которые, как правило, усиливают эффект намного больше, чем при простом арифметическом сложении действия этих средств (эффект потенцирования) - например, молодежь предпочитает кодеин с глютамином [3].

*4. Психостимуляторы* (кофеин, тонин, фенамин или перветин). Первитин часто изготавливают самодельно из эфедрина и используют для внутривенных инъекций. Он повышает содержание серотонина в мозгу, из-за чего не хочется спать, причем дозы могут повторяться через 6-8 часов, что держит человека в состоянии постоянной высокой работоспособности и эйфории, однако впоследствии серотонин и андреналин как бы вымываются из своих депо в нейронах мозга и вызывает коматозное состояние, иногда с остановкой сердца. Интересно, что эта группа препаратов не вызывает абстинентного синдрома и как бы не формируют физической зависимости, хотя психическая зависимость очень сильна. Сюда же относится кокаин. Психостимуляторы, действуя возбуждающе и устраняя сдерживающие механизмы, повышают риск криминальных действий, часто ведут к психозам, шизофрении.

*5. Психотомеметики* (галлюциногены: ЛСД, псилоцибин, фемциклидин или РСР - синтетический дешевый наркотик, который в небольшой пропорции смешивается с дорогим кокаином и дает знаменитый крэг, так распространенный в бедных черных кварталах США, где черные не могут позволить себе чистый кокаин). Психотомеметики не дают привыкания, но, как и другие препараты, ведут к снижению контроля, психологической зависимости.

*6. Канабинол* (марихуана, гашиш, план, анаша - препарат, содержащий тетрагидроканабинол, обычно изготовленный из индийской или чуйской конопли). Считается неплохой альтернативой алкоголю и разрешен во многих странах, т.к. не влечет выраженного антисоциального поведения. На примере этих стран, где наркоманов ничуть не больше, чем в других странах, видно, что дополнительным стимулом для потребления наркотика, является (особенно для подростков) то, что он запрещен.

*Наркотическими средствами* признаются определенные вещества растительного или синтетического происхождения, лекарственные препараты, содержащие наркотические вещества, которые оказывают специфическое (стимулирующее, возбуждающее, угнетающее, галлюциногенное) воздействие на центральную нервную систему и включены в Список наркотических средств, который содержит три перечня [18].

*Перечень N 1* представляет собой сводный список наркотиков, отнесенных к таковым Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г. Среди них – гашиш (анаша), героин, каннабис (марихуана), кодеин, кокаин, концентрат из маковой соломы, кустарно приготовленные препараты из эфедрина (так называемый эфедрон), лизергиновая кислота и ее препараты (например, галлюциноген ЛСД), мескалин, метадон, морфин (морфий), ноксирон, омнопон, опий (опиум), промедол, тебаин и некоторые другие (всего 240 наименований).

*В перечне N 2* указаны наркотические лекарственные средства, которые используются при лечении больных и отпускаются строго индивидуально по особым рецептам врачей. Содержащиеся в данном перечне наименования наркотических средств соответствуют позициям предыдущего перечня.

*В перечне N 3* поименованы наркотические средства, запрещенные для применения на людях и производства, в том числе для посевов и выращивания. Среди них такие наркотикосодержащие растения, как индийская, южно - чуйская, южно - маньчжурская, южно - архонская, южно - краснодарская конопля, опийный мак и их производные, млечный сок мака разных видов, не являющихся снотворным маком, но содержащих алкалоиды мака (тебаин, орипавин).

Стереотипы потребления наркотиков различны. Наихудшим вариантом считается употребление инъекционных препаратов – героина, морфина, в нашей стране – самодельных опиатов, которые употребляются в основном после экстракции с помощью ацетона методом нагревания без всякой дополнительной очистки, что ведет к частым заражениям при попадании инфекции в вену, флебитам, гепатитам и СПИДу.

*Формирование наркотической зависимости.* Наркотическая эйфория длится не более 1-5 мин, а остальное время от 1,5 до 3 часов человек находится в фазе расслабления, переходящей в состояние бреда или сна. Причем сновидения не всегда доставляют удовольствие. Кошмар картины своей смерти, расчленения своего трупа и похорон — острые ощущения не для широкого круга. Если наркотик лишь трехминутное удовольствие, то уже спустя месяц наркоман не может без него существовать [23].

Из-за постоянного введения в кровь наркотических веществ в организме перестают вырабатываться собственные болеутоляющие вещества, и человек начинает ощущать боль не только от прикосновения одежды к коже, но и пульсацию сосудов и даже трение суставов при движении. Его тело превращается в одну сплошную рану, причиняющую нескончаемую боль. Нет больших страданий, чем те, которые испытывает наркоман при отсутствии наркотиков. Это состояние называется абстиненцией (у наркозависимых – ломкой).Она появляется, если наркотик в организме отсутствует 10-12 ч. Человек, хоть раз перенесший ломку, готов пойти на любое преступление. Очень быстро, через 2-3 года, наркомания приводит человека к полному психофизическому истощению. Кожа человека приобретает желтоватый оттенок, появляется ломкость костей и потеря волос, наступает преждевременное старение с признаками слабоумия, утрачиваются прежние чувства и интересы, единственной заботой становится проблема добычи наркотиков любой ценой.

Таким образом, наркозависимость является сложной формой аддиктивного поведения, не только разрушающего личность наркомана, но и опасного для его окружения и общества в целом.

**1.4 Социально-психологический портрет лиц, страдающих наркозависимостью**

В обществе существует миф об абсолютном вреде алкоголя и наркотиков: Однако наркозависимого создает не наркотик, а личность – просто при употреблении наркотика проявляются те качества, которые были этому человеку присущи и ранее. На самом деле, наркозависимый уже начинает принимать наркотики, поскольку он – зависимый человек, а не впадает в зависимость из-за того, что начинает принимать наркотик. Наркотик – это не более чем протез для замены тех личностных качеств или душевных состояний, которые наркоман не научился вырабатывать самостоятельно.

Именно поэтому можно утверждать, что все наркозависимые обладают определенными *личностными качествами,* такими как [7]:

1. Ранимость, обидчивость. Низкая способность к принятию, осознанию и выражению своих чувств, безуспешные попытки их контролировать и отказ принять себя таким, как он есть.

2. Низкий уровень самозаботы, неспособность позаботиться о себе.

3. Низкий уровень самооценки, чередующийся с завышенной самооценкой (как правило, во время приема наркотиков или после него).

4. Нарушения взаимоотношений, низкая фрустрационная устойчивость, непереносимость отказов, отрицательных ответов, что чаще всего провоцирует либо грубое, либо попустительское отношение близких людей.

Суммарно это можно охарактеризовать, как ощущение собственной ненужности, заброшенности, вины и гипертрофированной ответственности за все, что происходит вокруг них.

Считается, что *степень наркозависимости* может быть оценена по следующим *критериям:*

1.Больше или меньше наркотиков стал употреблять наркоман за истекший период ("раньше надо было 5 колес, сейчас хватает одного" - положительный сдвиг, т.к. ему надо меньше денег, меньше вероятность заражения, меньше поддерживает наркобизнес и т.п.).

2.Использует ли помимо основного наркотика другие стимуляторы (комбинация всегда хуже - в том числе для здоровья наркомана).

3.Состояние физического здоровья: кожи, зубов, ногтей, легких, печени, ЦНС).

4.Наличие психиатрических осложнений (психоза, интеллектуальных расстройств, навязчивых страхов и т.п.).

5.Семейные и социальные показатели (ладит ли с домашними, живет ли дома, не развелся ли, есть ли друзья и т.п.).

6.Взаимоотношения с законом (аресты, приводы, штрафы, судимости сильно сказываются на здоровье наркомана - после временного вынужденного воздержания и сильного стресса наркоманы гораздо чаще увеличивают дозы).

7. Взаимоотношения с работодателем (работает ли).

Сохранившиеся социальные связи, безусловно, делают все попытки помочь наркоману более успешными. Если же наркоман уже потерял семью, работу, прежних друзей, то чаще всего после реабилитации он начинает заново принимать наркотик [20].

Наиболее типичными для лиц, употребляющих наркотики, является следующие *механизмы психологической защиты*:

1. *Вытеснение* - из сознания вытесняются не столько факты употребления, сколько психологически травматичные обстоятельства, сопутствующие употреблению наркотических веществ. К таким обстоятельствам относятся гибель одного из знакомых от передозировки наркотика, помещение знакомого в места лишения свободы. Вытеснение наиболее характерно с акцентуацией характера или психопатией истероидного типа.

2. *Рационализация* - этот защитный механизм, с помощью которого наркозависимый стремится найти приемлемое объяснение употреблению наркотических веществ, собственно, рационализирует патологическое, недостаточно осознаваемое влечение к наркотикам. Наиболее популярны следующие рациональные объяснения приема наркотиков: “по подражанию”, “для того, чтобы успокоиться” и т.д.

3. *Проекция* - этот защитный механизм, с помощью которого наркозависимый освобождается от чувства страха и вины, приписывая свои негативные качества другим людям. У молодых наркоманов отмечаются проявления рационалистической проекции. Наркоман знает, что он употребляет наркотики и подвергается опасности. Однако, он приписывает употребление наркотиков значительному числу своих сверстников: ”гашиш курит каждый второй в училище”, ”почти все нюхают” [32].

*Особенности поведения на разных этапах наркотизации* [24]*.*

Употребление психоактивных веществ обычно происходит в группе, оно тесно связано с групповыми стандартами поведения, наркозависимые собираются не только для совместной наркотизации, прием наркотиков, как правило, связан с желанием оживить общение, добиться более ярких впечатлений от прослушивания музыки.

Как правило, в группе имеется лидер, который высказывает предложение достать или употребить имеющееся психоактивное вещество. Обычно никаких возражений участники группы не высказывают. При дальнейшем приеме наркотических веществ проявляется “патохарактереологический сдвиг”. Нарушение поведения наркозависимого углубляется и трансформируется. Чаще всего окружающие обращают внимание на их необычную раздражительность, вспыльчивость, лживость. Наркозависимые совершенно не обеспокоены тем, как правдоподобнее объяснить свое отсутствие дома или в школе. Будучи разоблачены, не смущаются, тут же выдвигают другую версию, столь же неадекватную.

Возрастают материальные потребности наркозависимого, они настаивают на приобретении дорогих вещей, выдаче им определенной суммы “карманных денег”. Внешне эти формы поведения может напоминать обычные проявления реакции эмансипации. Настораживает то, что купленные вещи либо выданные деньги бесследно исчезают. При этом наркозависимый не обнаруживает признаков огорчения в связи с потерей вещей.

Наряду с эпилиптоидными чертами, в поведении проявляется и демонстративность. Выразительная жестикуляция, трагические интонации в голосе, превращение любого мелкого конфликта в “проблему жизни” настораживают. У наркозависимых подростков и без того низкая успеваемость в школе становится совершенно неудовлетворительной. Вместе с тем поведение в школе не вызывает особых подозрений учителя: подростки сидят тихо, уроков не срывают, но излагаемого материала не усваивают. Невнимательность, иногда необычная сонливость на уроках поводом для обращения к наркологу. Обычно присутствие подобных подростков на уроке просто игнорируется учителем. Часты пропуски уроков без уважительной причины.

Существенно, что указанные патохарактереологические расстройства носят парциальный характер: они проявляются в основном по отношению к родителям, в меньшей степени - к школе. В привычном окружении наркозависимые ведут себя естественно, их эмоциональные реакции более сдержанны. Драки между наркозависимыми, употребляющими психоактивные вещества, наблюдаются реже, чем в обычных группах [27].

*При 1-ой стадии наркомании* появляется собственно психологическая зависимость. Мысли о приеме наркотика приобретают навязчивый характер. Наркотик становится “лекарством” снимающим эмоциональное напряжение в конфликтных ситуациях - трансформируются характереологические и патохарактереологические черты. Основное направление этой трансформации от стенического типа к астеническому и апатическому. Происходит нарастание социальной дезадаптации. Наркозависимый утрачивает прежние положительные ориентации, у него снимается чувство ответственности, долга, способность к сопереживанию.

*При 2-ой стадии наркомании* появляются ощущения, вызываемые приемом наркотика, притупляются, теряет прежнюю яркость. Общение в группе практически отсутствует, единственная цель общения между наркозависимыми – употребление наркотика. Взаимный обман, “предательство”, полная потеря взаимных обязательств членов группы - обычное явление.

Асоциальность наркозависимых доходит до критической черты. Утрата этических принципов, эмоциональных привязанностей сочетается с необходимостью достать значительные материальные средства для приобретения наркотика. Подхлестываемые “бичом абстиненции”, лишенные каких-то определенных планов на будущее, озлобленные, наркозависимые решаются не только на кражи вещей из дома или у друзей, но совершают серьезные уголовные преступления. Цель этих преступлений - добыть наркотик или его заместитель.

Социальная опасность 2-ой стадии наркомании состоит в том, что наркоман активно группирует вокруг себя других людей, вовлекая их в употребление психоактивных веществ. При естественном распаде группы наркоманов каждый ее член становится центром новой группы.

Обобщая вышесказанное, можно сказать, что для наркотического опьянения характерна неуправляемость социальной и психической деятельности [18].

*В эмоциональной сфере* наблюдается неспособность к диссимуляции даже в ситуации экспертизы, невозможность подавить страх, другие отрицательные чувствования.

*В сфере восприятия* (иллюзии, галлюцинации) – наркотик всегда с какого-то момента опьянявший уже не действует, а наркозависимый не в состоянии изменить волевым усилием свое состояние. В мышлении свободное, спонтанное течение мыслей, ассоциаций прерывается персеверацией, возникают мысли, от которых невозможно освободиться.

Таким образом, лица, страдающие наркозависимостью, имеют схожие социально-психологические характеристики, обусловленные воздействием наркотических веществ. Это воздействие пагубно сказывается не только на самих лицах, страдающих наркозависимостью, но и на их социальном окружении, что повышает общественную значимость медико-социальной работы в наркологии.

**2. Медико-социальная работа в наркологии**

**2.1 Сущность медико-социальной работы**

*Медико-социальная работа* – это профессиональная деятельность междисциплинарного характера, направленная на медико-реабилитационную, правовую, психологическую и педагогическую помощь клиенту в восстановлении и сохранении его физического, психического и социального благополучия [11].

*Цель медико-социальной работы* – достижение оптимально возможного уровня адаптации и функционирования лиц с физической, психической и социальной патологией. Как правило, такие лица оказываются в трудной жизненной ситуации.

*Объектом медико-социальной работы* являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенциируют друг друга и их решение затруднительно в объеме односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

*Особенность медико-социальной работы* состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стуке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения. Несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работе в смежном секторе, после соответствующей подготовки на основе выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста – специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую специализацию [13].

Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников, специалистов по социальной работе. В свою очередь специалисты по социальной работе в своей деятельности очень часто работают с клиентами, которые страдают и физической патологией, то есть выступать и в роли врачевателей.

Обозначая *место медико-социальной работы* среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов «родственных» профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов и других специалистов.

Сложившаяся в нашей стране государственная система здравоохранения несет в себе большой потенциал развития дифференцированных и эффективных форм медико-социальной работы, использующих разветвленную сеть учреждений и специализированных структурных подразделений. Такой подход обосновывают *И.П. Каткова и Н.А. Кравченко*, предлагающие формирование служб медико-социальной помощи в системе здравоохранения [12].

*Профессиональная медико-социальная работа* может эффективно осуществляться и в учреждениях социального обслуживания: центрах социального обслуживания, территориальных центрах социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах для детей и подростков, геронтологических центрах, стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатах, детских домах, интернатах для умственно отсталых детей, домах-интернатах для детей с физическими недостатками) и др. Вместе с тем, принципиальным является положение о том, что профессиональная медико-социальная работа может проводиться не только в учреждениях здравоохранения или социального обслуживания. Подготовленные квалифицированные специалисты могут выполнять свои функции в любом учреждении, предприятии независимо от ведомственной принадлежности или формы собственности [11].

В последние годы в Российской Федерации идет активный процесс формирования *правовой базы*, которая позволяет разрабатывать отраслевые нормативно-правовые документы по обеспечению населения медико-социальной помощью на уровне профессиональной медико-социальной работы [15].

Важнейшим документом, регламентирующим медико-социальную работу, являются «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.). В этом законодательном документе дано четкое определение понятия «медико-социальная помощь». Оказание медико-социальной помощи – это профессиональная обязанность не только медицинских, но и социальных работников, закрепленная в статье 20 как правовая норма.

Вторым основополагающим правовым документом стал Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (1995 г.). Данный закон определяет социальное обслуживание как деятельность служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в сложной жизненной ситуации.

Правовой основой медико-социальной работы являются также законы «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (1995 г.), «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.), «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992 г.) и другие правовые акты.

Не менее важными являются Приказы министерства здравоохранения и социального развития «Об организации медицинской помощи» (1995 г.), «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц» (1991 г.)

На основании правовой базы на уровне министерств и ведомств разрабатываются нормативно-правовые документы, которые позволяют внедрить в практику социальных институтов общества востребованную временем медико-социальную работу.

**2.2 Медико-социальная работа в клиническом лечебно-профилактическом учреждении**

Практика медико-социальной работы в клинических лечебно-профилактических учреждениях основана на главных направлениях, истории, ценностных приоритетах, которые являются общими для всей практики социальной работы. Они отражают профессиональную ориентацию и фокусируются на социальных взаимодействиях и отношениях, а также на адаптационных процессах в системе «личность - ее социальное окружение».

Однако поскольку контекст профессиональной деятельности составляет система не социальной, а медицинской службы, постольку в клинических лечебно-профилактических учреждениях имеются специфические аспекты работы. Медико-социальная помощь в клинических лечебно-профилактических учреждениях оказывается гражданам, имеющим выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий.

*Клиническое лечебно-профилактическое учреждение* – это учреждение, куда люди, страдающие различными заболеваниями или угрожающими жизни расстройствами, направляются для ухода и лечения с целью сохранения или продления жизни. Деятельность клинических лечебно-профилактических учреждений сосредоточена на болезни, на повреждении органа в результате внедрения в него разрушающего агента, например бактерии или вируса. Для социального работника, практикующего в клинических лечебно-профилактических учреждениях, главным выступает целостность существования пациента как человека и как личности, провозглашение взгляда на пациента в равной мере как на психическое, социальное и биологическое существо [18].

Понимание практики социальной работы как процесса решения проблем клиентов сосредотачивает внимание на личности, на содержании этого понятия, а также на месте и форме отношений «клиент - социальный работник», путях взаимного согласования способов решения проблем.

И в клинических лечебно-профилактических учреждениях, и в других местах проведения социальной работы этот процесс остается одним и тем же, основываясь на одних и тех же ценностях. Он включает в себя: принятие согласованной формулировки проблемы; выяснение причин; разработку плана действий (включающего выявление потребностей, установление целей и выбор способа и задач вмешательства); обеспечение всем необходимым для завершения, оценки и обратной связи.

Рассматриваемый процесс (социальная работа) сосредоточен на клиенте, хотя допустимая в клинических лечебно-профилактических учреждениях степень его самостоятельной активности ограничивается самим «статусом пациента». Задача социального работника – вовлечь клиента в процесс решения его проблемы настолько, чтобы дать ему как можно больше возможностей управлять этим процессом и самому принимать решения [30].

Госпитализация в результате несчастного случая, неожиданного острого заболевания или внезапного осложнения хронического недуга является для пациента и его семьи дополнительным серьезным переживанием. Кризисные состояния могут возникать также в случае неожиданного сообщения о необходимости операции, о терминальной стадии болезни неизбежности смерти. Реакция многих людей в подобных случаях определяется их убежденностью в том, что болезнь крайне опасна (или смертельна), а у них абсолютно нет никакой возможности эффективно повлиять на ситуацию, справиться с ней. Вмешательство в подобные кризисные ситуации представляет еще одну важную задачу практики социальной работы в клинических лечебно-профилактических учреждениях.

Для достижения основной задачи социальной работы в клинических лечебно-профилактических учреждениях немаловажными являются взаимоотношения социального работника, пациента и врача. Они обусловливают стремление так повлиять на процесс оказания помощи пациенту, чтобы сделать эту помощь соответствующей его нуждам, чтобы он сам мог с пользой для себя включиться в терапевтический процесс.

Можно выделить четыре наиболее однородные группы клиентов клинических лечебно-профилактических учреждений: инвалиды, длительно болеющие, больные с выраженными социальными проблемами и члены их семьи.

Непременным условием для эффективного взаимодействия с пациентом (клиентом) является сотрудничество с членами семьи и ближайшим окружением, которые могут выполнять исключительную роль в разрешении сложившейся трудной жизненной ситуации. Семейный подход является основным и принципиальным в эффективной организации охраны здоровья и заботы о больных.

Госпитализация и хроническое заболевание человека серьезно влияют на функционирование его семьи, причиняют беспокойство представителям всех ее поколений. Как только индивид оказывается в роли «пациента», его семья начинает исполнять роль «семьи пациента». Членам семьи и родственникам не отводится какой-то строго определенной роли в лечебном процессе. Однако выделяются *три типа «работы родственников»* в клинических лечебно-профилактических учреждениях [11].

1. «Психологическая» работа с пациентом, как правило, включающая следующие задачи:

а) ободрение, вселение надежды;

б) физическое присутствие, благодаря которому пациенту создается физический комфорт (например, взбить ему подушку);

в) социальное присутствие, обеспечивающее социальную поддержку, например, сохранение связи с «домом»;

г) поддержка, совместные размышления и сопереживания, связанные с темами жизни и смерти, вопросами «Почему это случилось со мной?»;

д) совместные воспоминания о «прошлой жизни»;

е) помощь в четкой формулировке характера болей и неприятных ощущений;

ж) по возможности обсудить незаконченные дела, например, переживаемые им или причиненные им кому-то другому неприятности; а также помочь пациенту простить тех, кто провинился перед ним.

2. Семьи часто занимаются юридической и административной деятельностью от имени пациента. Если пациент не способен дать разрешение или поставить свою подпись в документах, то возможны бюрократические проблемы. Для того чтобы свести их к минимуму, в некоторых ситуациях родственники могут выступать как его агенты. От них ожидается выполнение следующих задач: выбор страховых агентств, подготовка документов и необходимых соглашений для раздела собственности; сбор сведений для регистрации смерти; организация похорон. Чем больше растет степень бюрократизации больничной системы и технического уровня медицинского обслуживания, тем важнее значение такого рода помощи. Члены семьи могут также выступать в роли защитников пациентов, рассказывая об их потребностях и желаниях персоналу.

3. Нередко семьи привлекают пациента к участию в принятии принципиальных решений. Поддержка родственников и их участие в делах, которые необходимо выполнить в период госпитализации, помогают пациенту преодолеть страх, тревогу и одиночество. Участие родственников в процессе принятия решения облегчает положение пациента, позволяет обсуждать варианты решения, советуясь с членами семьи, которые лучше других знают его психологические особенности, жизненный опыт и социальные условия.

Значительное внимание медицинского персонала направляется на *биологические аспекты* благополучия пациента. Исходя из этого, особое место в деятельности социальных работников в клинических лечебно-профилактических учреждениях должна занимать оценка влияния психосоциальных факторов на состояние пациента, а именно: как эти факторы отражаются на развитии заболевания или действуют на пребывание его в больнице, какова их роль в процессах выздоровления и последующей реабилитации. Способность оценивать социальный смысл конкретной ситуации пациента важна столь же, как и способность специалистов другого профиля диагностировать особенности ее биологического или психологического аспекта. Социальный компонент может явно или опосредованно угрожать жизни так же, как физическое недомогание или его психологические последствия [13].

*Психосоциальный аспект* подразумевает взаимодействие внутренних психологических процессов индивида и тогда, когда они влияют на окружающий внешний мир, и тогда, когда испытывают на себе его влияние. Оценка психосоциального аспекта представляет собой попытку уточнения взаимосвязей внутренних психологических процессов и требований внешней (социальной) окружающей среды, иными словами, попытку прояснить взаимодействие требований «стресса» (психологического) и «пресса» (социального). Психосоциальная оценка сосредоточивается на трех моментах: на личности, точнее личностной системе, уделяя особое внимание влиянию на ее восприятие и ожидания, а также реакциям на ситуации; на окружении, включая конкретные реалии внешней среды, их социальные и психологические аспекты; на взаимодействии «личность - ее окружение». Результатом оценки является разработка плана действий, поддерживающих усилия пациента по овладению ситуацией и регулированию жизни [12].

Некоторые специалисты настойчиво утверждают, что наиболее важным моментом, требующим вмешательства клинических социальных работников, является *планирование выписки и постстационарного периода* как единого созидательного процесса. Сотрудник, составляющий выписку, должен дать ее конкретный план, охватывающий также последующий период пребывания пациента там, куда он направится сразу после лечения.

Подключение социального работника к планированию выписки уже на ранних стадиях пребывания пациента в клинических лечебно-профилактических учреждениях позволяет: уменьшить сроки госпитализации, сделать более эффективным последующее «ведение» пациента дома или в интернате, способствует формированию установки на осознанное и в эмоциональном плане положительно окрашенное выполнение режима рекомендованного на период после выписки.

Таким образом, деятельность специалиста по медико-социальной работе в клинических лечебно-профилактических учреждениях характеризуется биологическими, психологическими и собственно социальными аспектами.

**2.3 Содержание медико-социальной работы в наркологии**

*Медико-социальная работа в наркологии* – это вид профессиональной деятельности междисциплинарного характера, направленной на оказание комплексной медико-социальной помощи, включающей социально-психологические, медико-психологические, педагогические и правовые мероприятия, лицам, страдающим наркотической зависимостью и членам их семей.

*Цель медико-социальной работы в наркологии* – это комплексная медико-социальная помощь входящим в группы повышенного риска развития наркологических заболеваний и лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, членам их семей и ближайшего окружения, включающая медицинские, медико-психологические, социально-психологические, педагогические и правовые ее аспекты [13].

*Задачами медико-социальной работы в наркологии* являются:

1. участие в программах первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ в организованных и неорганизованных контингентах;
2. выявление лиц, входящих в группы риска и работа с ними;
3. установление контакта с семьями больных, организация консультирования, необходимой помощи и поддержки;
4. решение организационных и терапевтически вопросов в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;
5. участие в специальной тренинговой работе, способствующей ранней реадаптации и реабилитации пациентов;
6. организация семейной психотерапии.

Выделяют следующие *формы медико-социальной работы в наркологии*:

1. Профилактическую медико-социальную работу, нацеленную на предупреждение возникновения наркологических проблем;
2. Медико-социальную работу с проблемными лицами, у которых имеются те или иные очерченные наркологические проблемы, но не выявляются клинические формы наркологических заболеваний, а также с их микросоциальным окружением;
3. Медико-социальную работу с больными, страдающими наркологическими заболеваниями и их микросредой [30].

В отношении последнего контингента следует подчеркнуть, что в настоящее время при оказании им наркологической помощи в организационно-методическом плане происходит переход от использовавшейся длительное время медицинской (медико- и нозоцентристской) – медико-психолого-социальной модели. Это означает отказ от доминирования методов биологического, химико (фармако) терапевтического воздействия в пользу комплексной лечебно-реабилитационной работы с опорой на психотерапевтические и социотерапевтические методы, ориентированные на решение личностных, средовых, трудовых проблем, на повышение уровня социальной компетенции, компенсации, адаптации, интеграции.

Изучение литературных данных о международном опыте организации медико-социальной работы в сфере наркологии и анализ практической деятельности различных организационных форм такой работы позволяют определить принципы построения ее базовой системной организационно-функциональной концепции (модели).

Концепция (модель) может быть представлена в реально-прагматическом ее варианте, учитывающем конкретные современные социально-экономические условия, а также особенностям организационной и финансовой ситуации в сферах здравоохранения и социальной защиты населения, их государственных, общественных и частных структур. Не менее важна адекватность этой среды в регионе и комплексу специфических особенностей национального менталитета в его отношении к проблемам потребления алкоголя и наркотиков, бытового пьянства и алкоголизма как болезни; выявления, лечения и социального статуса больных, обращения за социальной и медицинской помощью.

Модель может быть представлена в идеально-прогностическом варианте, рассчитанном на усвоение в полном объеме зарубежного опыта и учитывающем наиболее значительные показатели вероятностного прогноза развития как в целом общественной ситуации в стране, так и в ситуации наркологической.

В современной практике медико-социальной работы в наркологии выделяются следующие основные виды социальных программ в сфере наркологии.

*Первая категория* (вид) – *профилактические программы* направлены на предупреждение вовлечения в пробы и потребление алкоголя и (или) наркотиков, а также в злоупотреблении ими, - и более широко нацеленные на превенцию любых форм отклоняющегося поведения, включая аддиктивные болезни и те или иные состояния зависимости. Здесь мишенями целенаправленного воздействия будут в основном контингенты детей и подростков – как в целом, так и те составляющие их группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик. Выделяя группы риска, мы имеем в виду детей, у которых отягощена, особенно в наркологическом плане, наследственность; которые воспитываются в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем или больных алкоголизмом или наркоманией; которые отягощены в органическом, личностном, поведенческом плане, в том числе интеллектуально недостаточные или (и) дефицитарные в плане своевременного личностного и социального развития, угрожающие в отношении формирования патохарактерологической, психопатической структуры личности. Работа здесь ведется в учебных заведениях, специализированных учреждениях и т.д. [24].

К числу групп повышенного риска относятся и различные молодежные и взрослые контингенты – находящиеся в ситуациях социального напряжения, тех или иных общественных кризисов или природных катастроф (бедные слои населения, безработные, инвалиды, жертвы войн, этнических и социальных конфликтов, финансовых крахов; вынужденные и добровольные мигранты; члены криминальных групп и сообществ; пострадавшие вследствие землетрясений, пожаров, наводнений и т.п.; асоциальные элементы, маргиналы и др.).

*Вторая категория* (вид) программ социальной помощи в сфере наркологической проблематики – это *лечебные программы*. Сюда входят программы, ставящие своей целью максимально раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркологической нозологией. Центральное место в этой группе занимают собственно терапевтические программы, решающие задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков (т.е. в ремиссии), проведения мер вторичной и третичной профилактики – восстановление физического (сомато-неврологического), личностного (психического) и, прежде всего, социального статуса больных. Не менее важны здесь программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и близким (детям, родителям) пациентов, корригируется их личностный, семейный, трудовой статус. К этой же категории форм социальной работы в сфере наркологической помощи относятся программы «помощи (лицам с наркологическими проблемами) на рабочих местах» - непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т.п. [28].

*В третью категорию* (вид) специализированных социальных программ в области наркологии, неразрывно связанных с терапевтическими программами, входят *программы по реабилитации, реадаптации, ресоциализации* наркологических больных. В рамках этих программ по возможности эффективно преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в макро- и микросоциум – максимально адекватно его индивидуальным особенностям, склонностям, возможностям, а также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, данной общины, социально-экономической ситуации в ней.

Специфика медико-социального статуса различных контингентов клиентов с проблемами наркологического профиля диктует необходимость дифференцированного подхода при составлении конкретных программ медико-социальной работы. Проведенное исследование позволило выделить в структуре всего контингента следующие качественно своеобразные группы и определить соответствующие оптимальные и наиболее эффективные формы медико-социальной работы с каждой из групп [12].

*В первую группу* вошли инвалиды. Причем особенность инвалидизации заключается в том, что инвалидность в подавляющем большинстве случаев устанавливалась не по основному заболеванию наркологического профиля, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Это связано с тем, что до настоящего времени не разработаны критерии определения тяжести зависимости от ПАВ.

*Вторую группу* составили больные с заболеваниями наркологического профиля с выраженными социальными проблемами. Выраженность социальных проблем у данного контингента объяснялась либо тяжестью и высоким темпом прогредиентности течения основного заболевания, либо неблагоприятными особенностями конституционного психического склада, либо негативной жизненной ситуацией и негативным окружением, на фоне которого протекало основное заболевание.

*В третью группу* включены длительно и тяжело болеющие пациенты, медико-социальная работа с которыми отличается значительным своеобразием.

*В качестве отдельных групп* выделены также: больные с заболеваниями наркологического профиля без существенной отягощенности соматической патологией и социальными проблемами (четвертая группа); члены семей больных наркологического профиля (пятая группа); лица, принадлежащие группам повышенного риска развития наркологических заболеваний (шестая группа); население в целом (седьмая группа) [13].

Таким образом, медико-социальная работа в наркологии ориентирована на организационную базу и сложившуюся структуру наркологической службы, поэтому она развивается с учетом реальной ситуации в здравоохранении.

**2.4 Кадровое обеспечение медико-социальной работы в наркологии**

Обеспечить эффективный подход в решении медицинских и социальных проблем на междисциплинарном уровне можно специалистами, имеющими профессиональное образование, соответствующее требованиям и характеру выполняемой работы, склонные по своим личным качествам к оказанию социальных услуг. В медицинских вузах Российских Федераций открываются факультеты и отделения социальной работы, формируется медико-социальное направление образовательной деятельности, что позволит обеспечить подготовку кадров с высшим профессиональным образованием.

В настоящее время в рамках специальности «Социальная работа» определены специализации, которые позволят обеспечить профессиональное ведение медико-социальной работы. К ним, в частности, относятся «медико-социальная работа с населением» и «социальная работа в здравоохранении». В рамках перечисленных специализаций может вестись профессиональная подготовка дипломированных специалистов и для медико-социальной работы в наркологии.

В соответствии с программой их подготовки значительный объем времени отведен на изучение дисциплин и курсов специализации. Среди них: основы патологии органов и систем человека, социально-гигиенические системы здоровья, медико-генетическое консультирование, организация лечебно-профилактической и медико-социальной помощи населению, правовые основы медико-социальной помощи, основы психического здоровья и психопатологии, основы реабилитации инвалидов, социальная работа в психиатрии, наркологии, онкологии, биомедицинская этика и другое.

Поскольку, в конечном счете, обучение врача и медико-социального работника имеет общее целеполагание, вполне обоснованно решение организации факультетов медико-социальных работников в медицинских академиях и университетах. В подтверждение последнего тезиса имеются и другие весомые аргументы. В частности, серьезными доводами могут являться общность морально-этических основ медицины и медико-социальной работы и их воспитание в процессе образования, необходимость получения будущими специалистами по медико-социальной работе необходимого объема медицинских знаний.

В концепции подготовки медико-социального работника заложена идея о том, что медико-социальная работа – деятельность по изменению условий жизни человека, который является не только объектом, но и субъектом этого процесса, посильно участвуя в рациональном изменении своих жизненных условий. Это положение актуально в контексте изменения социальной политики в сторону преобладания тенденций на снижение патерналистской направленности государства в вопросе поддержания общественного здоровья граждан [11].

Нам представляется, что в вопросе формирования концепции обучения медико-социальных работников чрезвычайно важную роль играет региональная специфика, которая оказывает определяющее влияние не только на содержательную сторону образовательного процесса, но и общеметодические и философские его аспекты. Социально-экономические, демографические, этнические, культурные, экологические особенности северо-европейского региона, во многом несущие элемент экстремальности, существенно меняют социальную ситуацию и предполагают использовать особых подходов и принятие нестандартных решений в деле поддержания общественного здоровья населения.

Специалисты по медико-социальной работе в наркологии имеют широкое поле деятельности, их деятельность осуществляется поэтапно [13].

*На условном домедицинском этапе* они участвуют в программах первичной профилактики зависимости от ПАВ как в организованных, так и в неорганизованных контингентах; выявляют лиц, входящих в группы риска, и работают с ними; содействуют в привлечении к лечению лиц, нуждающихся в нем, устанавливают контакт с семьями таких лиц, оказывают им консультативную помощь и иную поддержку.

*На условном медицинском этапе*, когда клиенты оказываются в сфере деятельности медицинских работников, специалисты по социальной работе тесно взаимодействуют с медицинским персоналом. Они принимают участие в специальных тренингах, способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ, организуют семейные группы и участвуют в семейной психотерапии, вместе с клиентами ищут пути решения накопившихся социальных проблем.

*На условном послемедицинском этапе* социальные работники участвуют в дифференцированных программах реабилитации и реинтеграции пациентов, профилактики временной нетрудоспособности и инвалидности. Дифференцированная направленность – одно из важнейших положений медико-социальной работы в наркологии. Так, качественно отличаются: формы и методы профилактической медико-социальной работы, направленной на предупреждение возникновения наркологических проблем; формы и методы медико-социальной работы с лицами, имеющими проблемы наркологического профиля (но не больными) и с их окружением; формы и методы медико-социальной работы с больными алкоголизмом и наркоманиями и их микросредой. В отношении последнего контингента можно констатировать намечающийся переход от медицинской (медико- и нозоцентрической) модели помощи к полипрофессиональной (полицентрической) модели. Все большее развитие получают комплексные модели работы с опорой на психотерапевтические и социотерапевтические методы, ориентированные на компенсацию, адаптацию и интеграцию клиентов в нормальный социум, повышение уровня их социальной компетенции.

Таким образом, на основании вышесказанного можно обозначить перспективы медико-социальной работы в наркологии [12].

1) Для социальных работников в области наркологии необходимо определить максимально полный набор требуемых знаний, умений и навыков с учетом специфического профиля конкретной практической работы с особыми критериями больных, а также лиц, взаимодействующих с ними (семейная созависимость; алкоголизирующиеся группы на производстве и т.д.).

2) Целесообразно также наметить наиболее значимые направления социальной работы в наркологической сфере с учетом реалий современной социально-экономической ситуации в России. Необходимо при этом исходить из места в системе социальной и наркологической помощи государственных и общественных структур, из актуальной наркологической ситуации, учитывать особенности общественного мнения по отношению к больным алкоголизмом и наркоманиями (национальный менталитет).

3) Важно также определить уровни обучения социальной работе в зависимости от формируемой должностной квалификации, сформированы правила аттестации специалистов, ее нормативы (стандарты), определена система постоянного повышения квалификации.

**3. Исследование медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью в социальной службе ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер»**

**3.1 Деятельность социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» в рамках медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью**

*Социальная служба* областного государственного учреждения здравоохранения «Амурский областной наркологический диспансер» была образована в 2001 году на основании приказа Министерства здравоохранения РФ № 287 «О мерах по усовершенствованию наркологической помощи населению РФ».

*Цель социальной службы* – комплексная социальная помощь наркозависимым лицам и членам их семей.

*Задачи социальной службы:*

1. Проводить первичную профилактику среди детско-подросткового и взрослого населения по вопросам наркотической зависимости.
2. Сотрудничать с государственными, общественными и частными организациями.
3. Координировать помощь пациентам, прошедшим лечение, в области решения социальных проблем путем сотрудничества с государственными, общественными и частными организациями.
4. Проводить санитарно-просветительную работу среди преподавателей, родителей по вопросам наркотической зависимости.
5. Осуществлять социальную помощь близким и родственникам наркозависимых, то есть созависимым.
6. Проводить социальный патронаж лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учетах.
7. Проводить встречи с работниками предприятий, учреждений, организаций с целью оказания медико-социальной помощи.

В соответствии с поставленными задачами, социальная служба работает *по двум направлениям*:

*Первое направление – первичная медико-социальная профилактика.*

*Первичная медико-социальная профилактика* – комплекс мероприятий по превенции распространения наркомании в региональном социуме.

*Цель* первичной медико-социальной профилактики – формирование у населения устойчивой мотивации на здоровый образ жизни как альтернативы злоупотреблению наркотическими и другими психоактивными веществами.

*Задачи* первичной медико-социальной профилактики:

1. информировать население о проблеме наркомании, ее распространении на территории области;
2. разъяснять причины и последствия употребления наркотиков и других психоактивных веществ;
3. формировать у детей, подростков и молодежи навыки безопасного уверенного поведения, отрицания в ситуациях, связанных с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ;
4. исследовать динамику наркоситуации в области путем проведения опросов, мониторингов, наблюдений.

Такая профилактика занимает особое место в работе социальной службы. Она проводится в высших и средних специальных учебных заведениях, учреждениях начального профессионального образования, общеобразовательных школах, детских домах, социальных приютах для детей и подростков, школах-интернатах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, летних оздоровительных лагерях, на пришкольных площадках.

Первичная медико-социальная профилактика осуществляется путем сотрудничества с такими организациями как: Управление Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков по Амурской области; Отдел по работе с молодежью администрации Амурской области; Отдел по делам молодежи администрации г. Благовещенска; Департамент образования администрации Амурской области; Управление образования администрации г. Благовещенска; Центр эстетического воспитания им. Белоглазова; детские библиотеки; Амурская областная детская клиническая больница; детские клинические больницы; детские поликлиники; детско-подростковые клубы; Государственное учреждение культуры Амурской области краеведческий музей им. Новикова-Даурского.

Мероприятия, проводимые в рамках медико-социальной профилактики, условно можно разделить *на пять основных направлений,* анализ которых проведен в период с 2006 по 2008 г.г.:

*1. Массовые мероприятия*, среди которых можно отметить следующие:

– *чтение лекций*, которые проводятся в организациях и учреждениях, где имеются большие залы или помещения, вмещающие большое количество людей. Такие лекции проводятся в МУЗ «Детская городская клиническая больница», кинокомплексе «Благовещенск», СОШ № 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 22, 25, 26, 27, 28, 31, школе-интернате № 21, коррекционной школе № 7, ШРМ № 1, 6, ПУ № 1, 4, 6, 23, 24, 26, ПЛ № 27, детском доме п. Садовый, социальном приюте для детей и подростков, УПК № 2, БСХТ, БТЭК, БФЭК, АПК, АМК, АСК, училище культуры, ДальГАУ, АмГУ, Морском государственном университете, военной части № 29209. В 2006 г. было проведено 133, в 2007 г. – 167, в 2008 г. – 184 лекции.

– *проведение опросов* в форме анкетирования школьников и интервьюирования родителей по вопросам изучения причин и мотивов употребления наркотиков и других психоактивных веществ, отношения подростков к их употреблению. В 2006 г. было опрошено 127, в 2007 г. – 245, в 2008 г. – 268 человек.

– *организация встреч* информационного характера на базе школ города и муниципальной библиотеки имени Б.А. Машука. Такие встречи проводятся с участием специалистов по социальной работе социальных учреждений и служб, а также родителей в рамках школьных родительских собраний. На этих встречах специалисты социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» информируют участников о наркоситуации в области, о проводимых профилактических мероприятиях. В 2006 г. были информированы 673, в 2007 г. – 865, в 2008 г. – 739 человек.

– *участие в конференциях*, проводимых на базе клинических лечебно- профилактических и образовательных учреждений. Специалисты социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» выступают с докладами, принимают участие в работе круглых столов. Так специалист по социальной работе О.Ю. Евтишина в 2007 г. выступила на конференции медицинских сестер, проводимой на базе Амурской областной клинической больницы с докладом на тему: «Игровые мероприятия в профилактической работе». На конференции присутствовало 156 человек.

– *показ видеофильмов* на базе кинозалов г. Благовещенска на темы: «Последствия употребления наркотиков и других психоактивных веществ», «Последствия табакокурения», «Последствия употребления алкоголя», «Вредные привычки и их последствия», «Влияние табака на детский организм», «Влияние алкоголя на детский организм», «Влияние наркотиков на детский организм». В 2006 г. фильмы посмотрели 5664, в 2007 г. – 7241, в 2008 г. – 8653 человека.

*2. Групповые мероприятия*, среди которых можно отметить следующие:

– *участие в работе круглых столов* на темы: «Переходный возраст и вредные привычки», «Как остановить наркоманию в подростковой среде», «Проблемы молодой семьи». Круглые столы были проведены в гимназии № 1, АмГУ, школе-интернате № 21 для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, БГОО «Центр общественных инициатив». В 2006 г. специалисты по социальной работе социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» приняли участие в работе 1, в 2007 г. – 3, в 2008 г. – 5 круглых столов.

– *проведение познавательных и ролевых игр* в Благовещенском в социальном приюте для детей и подростков «Мечта», МУЗ «Детская городская клиническая больница», школе-интернате № 21 для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Специалисты ежегодно проводят познавательную игру «Поле чудес», ролевые игры «Скажи нет вредным привычкам»; «Безопасное поведение», «Твой выбор», «Умей сказать нет наркотикам». В 2006 г. проведено 3 игры, в 2007 и 2008 г.г. – по 5 игр.

– *участие в работе семинаров* на темы: «Игровые мероприятия в профилактической работе», «Признаки и последствия употребления психоактивных веществ» в Благовещенском техникуме физической культуры, в Благовещенском политехническом колледже, в Амурском педагогическом колледже. В 2006 г. специалисты по социальной работе социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» приняли участие в работе 2, в 2007 г. – 5, в 2008 г. – 4 семинаров.

– *организация бесед* на темы: «Психическая и физическая зависимость при употреблении наркотиков», «Последствия употребления наркотиков и других психоактивных веществ», «Сопротивление массовой рекламе наркотиков», «Приемы отказа от предлагаемых наркотиков и других психоактивных веществ», «Последствия табакокурения», «Вредные привычки и их последствия». Беседы проводятся в СОШ № 2, 6, 9, 13, 16, 22, 26, 27, 28, ШРМ № 1, 6, ПУ № 1, 4, 6, 23, 26, ПЛ № 27, социальном приюте для детей и подростков, школе-интернате № 21 для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, муниципальной детской библиотеке им. А.П. Чехова, МУЗ «Детская городская клиническая больница». В 2006 г. проведено 120, в 2007 г. – 128, в 2008 – 164 беседы.

– *проведение обучающих упражнений*, направленных на развитие умений противостоять давлению («Сумей отказать», «Факторы выбора»), а также способствующих формированию навыков безопасного поведения («Два мнения», «Принятие решения»). Упражнения проводятся специалистами по социальной работе на базе социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер», обучение могут пройти все желающие. В 2006 г. обучение прошли 42 человека, в 2007г. – 56, в 2008 г. – 62.

*3. Ежегодные мероприятия*, среди которых можно отметить следующие:

– *проведение викторины* *на тему «Что мы знаем о психоактивных веществах»* на базе школ города № 13, 16, 21, 22, а также МУЗ «Детская городская клиническая больница». В 2006 г. было проведено 2, в 2007 – 4, в 2008 г. – 6 викторин.

– *проведение выставки-акции «За здоровый образ жизни»* в Амурском областном краеведческом музее им. Новикова-Даурского. Выставки-акции сопровождаются проведением массовых лекций, показом видеофильмов, проведением круглых столов. В 2006 г. в них приняли участие 300, в 2007 г. – 450, в 2008 г. – 570 человек.

– *проведение целевой профилактической операции* *«Здоровье»,* включающей в себя организацию открытых родительских собраний, чтение лекций, показ видеофильмов, проведение бесед. Такие операции проводятся на базе СОШ № 2, 4, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 22, 26, 28, школы-интерната № 21, коррекционной школы № 7, социального приюта для детей и подростков, ПУ № 1, 4, 23, 24, ПЛ № 27, детского дома п. Садовый, ДальГАУ, училища культуры, Морского государственного университета, Амурского строительного колледжа, Амурской областной детской библиотеки. В 2006 г. в них участвовали 1859, в 2007 г. – 1282, в 2008 г. – 1550 человек.

– *проведение мероприятий, посвященных Дню без табака*. Среди таких мероприятий можно выделить: показ видеофильма на тему: «Последствия табакокурения», «Влияние табачного дыма на детский организм»; проведение упражнений с целью формирования мотиваций отказа: «Рисунок», «Ситуация», «Табу», «Коробочка», «Два мнения», «Попросить-отказать»; организация ролевых игр: Безопасное поведение», «Жизнь без риска»; проведение викторины: «Последствия табакокурения»; проведение игры «Поле чудес» антитабачной направленности; организация конкурса детских рисунков; проведение конкурса плакатов под девизом «В XXI век без никотина». В 2006 г. в мероприятиях приняли участие 435, в 2007 г. – 486, в 2008 г. – 479 человек.

– *проведение мероприятий в рамках «Ярмарки здоровья»* специалистами социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» (врачом психиатром-наркологом, специалистом по социальной работе, психологом). Среди таких мероприятий можно выделить: лекции, беседы, упражнения, ролевые игры, практические занятия. В 2006 г. мероприятиями было охвачено 865, в 2007 г. – 1052, в 2008 г. – 939 человек.

– *проведение мероприятий, посвященных Международному дню борьбы с наркоманией и наркобизнесом.* Среди таких мероприятий можно выделить: лекции на тему «Влияние наркотиков на детский организм»; упражнения по выработке эффективных стратегий отказа: «Паутина», «Шаги», «Ситуация»; ролевые игры: «Жизнь без риска», «Умей сказать нет наркотикам», «Безопасное поведение», «Твой выбор»; Веселые старты под девизом: «Спорт против наркотиков», компьютерная игра антинаркотической направленности «Боец спецназа ФСКН России». Мероприятия были проведены в СОШ № 9, 10, 11, 15, 16, 18, 27, 28, в оздоровительном лагере им. Гагарина. В 2006 г. ими было охвачено 388, в 2007 г. – 364, в 2008 г. – 320 человек.

– *проведение мероприятий в рамках летней оздоровительной компании* на базе летних оздоровительных площадок г. Благовещенска*.* Мероприятия проведены в СОШ № 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 25, 26, 27, 28. Среди задач летней оздоровительной компании можно выделить: формирование ответственного жизненного выбора, формирование навыков отказа от рискованного поведения; снижение вероятности вовлечения детей в экспериментирование с наркотиками; повышение уровня социально-психологической компетенции детей. В 2006 г. в мероприятиях принимало участие 1652, в 2007 г. – 1802, в 2008 г. – 1937 детей в возрасте 7-12 лет.

*4. Мероприятия, реализуемые по целевым программам,* среди которых можно отметить следующие:

– *профилактическая работа по программе «Мир без наркотиков».* Программа реализуется в СОШ № 2 им. А.С. Макаренко, СОШ № 13, 16, 22, школе-интернате № 21, социальном приюте для детей и подростков для детей из неблагополучных семей в составе медико-психологической группы. В рамках такой работы были сформированы группы, в которых проводились групповые занятия и анкетирование. В 2007-2008 г.г. группы продолжали работу по программе. Такая мониторинговая методика позволила выявить позитивные динамические изменения у детей из неблагополучных семей, улучшить положение самих семей.

– *профилактическая работа по программе «Выездная поликлиника».* Программа реализуется в средних общеобразовательных школах с. Тамбовка, с. Толстовка, с. Придорожное, с. Новоалександровка, п. Новобурейский, с. Резуновка, в Резуновском социальном приюте для детей и подростков «Журавушка», в ГОУ НПО ПУ-18 с. Тамбовка. В рамках программы проводятся: занятия по профилактике табакокурения «Разговор с Мудрецом»; лекции на тему: «Последствия употребления наркотиков» с просмотром видеофильма, с последующим его обсуждением, с раздачей буклетов; конференции на тему: «Роль социальной службы в профилактической работе», «Организация первичной профилактики злоупотребления психоактивных веществ».

*Второе направление – медико-социальная реабилитация.*

*Медико-социальная реабилитация* – комплекс мероприятий по восстановлению биопсихосоциального статуса наркозависимого.

*Цель* медико-социальной реабилитации – воссоздание социальных качеств наркозависимого, возвращение его в общество, окружение, семью.

*Задачи* медико-социальной реабилитации:

1. содействовать занятости наркозависимого (трудоустройство, продолжение учебы, профессиональное обучение);
2. участвовать в восстановлении социального положения наркозависимых (получение необходимых документов, льгот, оформление пенсий);
3. проводить социальные обследования наркозависимых (семейные отношения, бытовые и производственные отношения);
4. взаимодействовать с родственниками и ближайшим окружением наркозависимых (индивидуальные и групповые консультации).

Такая реабилитация осуществляется в отношении детей, подростков и взрослых непосредственно специалистами по социальной работе социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер», а также в клинических лечебно-профилактических учреждениях г. Благовещенска и Амурской области, что способствует не только реабилитации, но и выявлению лиц, страдающих наркозависимостью.

Медико-социальная реабилитация осуществляется путем сотрудничества с такими организациями как: отделы ЗАГС; центры занятости населения; паспортно-визовые службы и отделы; Центр эстетического воспитания им. Белоглазова; детские спортивные организации; детско-подростковые клубы; детские поликлиники; Благовещенский центр социальной помощи семье и детям «Благо»; Управление Министерства социальной защиты населения по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Мероприятия, проводимые в рамках медико-социальной реабилитации, условно можно разделить *на два основных направления,* анализ которых проведен в период с 2006 по 2008 г.г.:

*1. Консультативная работа в социальной службе.* Такая работа проводится как в отношении детей и подростков, так и в отношении взрослых пациентов социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер». Она включает в себя:

– консультации по трудоустройству для подростков и взрослых, которые проводятся во взаимодействии с органами службы занятости населения;

– индивидуальные консультации для всех лиц, страдающих наркозависимостью, по проблемам медико-социального и психосоциального характера;

– консультации для созависимых, то есть родственников и ближайшего окружения наркозависимых.

Консультативная работа в период с 2006 по 2008 г.г. отражена в таблице.

Таблица 1. – Динамика консультативной работы социальной службы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. |
| Консультации по трудоустройству | 116 | 181 | 153 |
| - Подростки | - | - | 30 |
| - Взрослые |  |  | 123 |
| Индивидуальные консультации по вопросам наркозависимости | 31 | 72 | 105 |
| - Подростки |  |  | 75 |
| - Взрослые |  |  | 30 |
| Консультации созависимых (родственников наркозависимых) | - | - | 166 |
| ИТОГО | 146 | 253 | 424 |

*2. Патронажная работа в детских поликлиниках.* Такая работа проводится в детских поликлиниках № 1-4 г. Благовещенска. Она заключается в:

– посещении приемов поликлинических больных и диспансерных обследований в городских поликлиниках;

– выявлении лиц, страдающих наркозависимостью, а также лиц, склонных к употреблению наркотических или других психоактивных веществ;

– диагностике степени наркозависимости пациентов поликлиник;

– разработке программ патронажной работы на краткосрочную и долгосрочную перспективу;

– содействии восстановлению бытовых, правовых, трудовых, образовательных, психологических характеристик социального статуса пациента.

В рамках такой деятельности специалисты по социальной работе социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляют социальные обследования пациентов, выявляют характер семейных, трудовых, производственных, бытовых и межличностных отношений и проблем. Патронажная работа в период с 2006 по 2008 г.г. отражена в таблице.

Таблица 2. – Структура социальных патронажей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. |
| Всего посещений | 786 | 1011 | 1917 |
| Из них диспансерных больных |  |  | 1716 |
| - Дети | 130 | 30 | 61 |
| - Подростки | 341 | 437 | 511 |
| - Взрослые | 222 | 544 | 1144 |
| Детская поликлиника № 1, всего | 36 | 83 | 80 |
| - Дети | 15 | 32 | 30 |
| - Подростки | 21 | 51 | 50 |
| Детская поликлиника № 2, всего | - | - | 3 |
| - Дети | - | - | 1 |
| - Подростки | - | - | 2 |
| Поликлиника № 3, всего | - | 28 | 8 |
| - Дети | - | 13 | 3 |
| - Подростки | - | 15 | 5 |
| Поликлиника № 4, всего | 65 | 185 | 110 |
| - Дети | 34 | 89 | 50 |
| - Подростки | 31 | 96 | 60 |

Обобщая анализ деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер», можно выделить ее *позитивные характеристики*.

1. Работа социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляется по принципу полинаправленности, деятельность включает в себя большой перечень разнообразных мероприятий.
2. Деятельность данной службы можно охарактеризовать как ориентированную во вне, то есть на взаимодействие в различными предприятиями, учреждениями и организациями.
3. Мероприятия, реализуемые специалистами по социальной работе социальной службы, имеют активную направленность, предполагают формирование у клиентов новых желательных установок, навыков, умений.
4. В своей деятельности специалисты социальной службы учитывают характер, особенности и причины возникновения проблем, связанных с наркозависимостью, используя как массовые и групповые, так и индивидуальные формы работы.
5. Работа социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» ориентирована не только на устранение последствий проблемы наркозависимости (медико-социальная реабилитация), но и на превенцию ее причин (медико-социальная профилактика).
6. В своей деятельности специалисты социальной службы реализуют не только традиционные (лекции, беседы, показ видеофильмов), но и инновационные (упражнения, тренинги, ярмарки) формы работы.
7. В работе социальной службы присутствует эффективное направление деятельности – реализация целевых социальных программ, рассчитанных на внедрение в течение нескольких лет, что позволяет не только зафиксировать одномоментный результат, но и отследить динамику изменения ситуации.
8. Охват населения мероприятиями, проводимыми социальной службой ежегодно возрастает, что свидетельствует о востребованности деятельности специалистов по социальной работе в наркологии.

Несмотря на позитивные особенности, деятельность социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» имеет *следующие недостатки:*

* 1. Реализация реабилитационного направления в деятельности социальной службы выглядит значительно скромнее профилактического направления, где спектр мероприятий весьма разнообразен.
	2. В реализации различных направлений медико-социальной профилактики нередко используются однотипные мероприятия, что затрудняет понимание их специфики относительно друг друга и может приводить к дублированию.
	3. В направлении медико-социальной реабилитации скудно представлены мероприятия собственно реабилитационной направленности, например, разработка и реализация индивидуальных и групповых реабилитационных программ как для самих лиц, страдающих наркозависимостью, так и для их ближайшего окружения.
	4. Сотрудники социальной службы активно участвуют в мероприятиях, проводимых различными организациями и учреждениями, но к своей работе на базе социальной службы внешних партнеров привлекают достаточно редко.
	5. В обширном перечне мероприятий, реализуемых социальной службой практически отсутствуют мероприятия, направленные на работу с различными категориями наркозависимых, например, инвалидами, слабо защищенные, длительно и тяжело больными, группами повышенного риска, неблагополучными.
	6. В работе социальной службы отсутствует социально-терапевтическое направление, тогда как именно в рамках данного направления можно успешно реализовать медико-социальную работу с наркозависимыми, имеющими отягощенность соматической или психической патологией.
	7. В деятельности социальной службы слабо развита разработка и реализация комплексных целевых социальных программ, которые в настоящее повсеместно получают финансовую и другую поддержку, а, значит, могут быть эффективно реализованы.

**3.2 Пути совершенствования деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» в рамках медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью**

На основе недостатков, выделенных в рамках медико-социальной работы социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» с лицами, страдающими наркозависимостью, необходимо предложить пути ее совершенствования.

*Первый* *путь* совершенствования этой деятельности – воздействие на лиц, страдающих наркозависимостью, средствами и способами *социальной терапии.* Основная *форма* социальной терапии, посредством которой можно реализовать указанную технологию – терапевтический тренинг.

*Терапевтический тренинг* – набор терапевтических методик, конечной целью которого является создание единого терапевтического сообщества с единой конкретной целью – избавиться от наркотической зависимости. В процессе подготовки тренинга формируется группа, определяются темы, разыгрываются роли. На тренинг собираются люди, имеющие схожие заботы, связанные с наркотической зависимостью. В ходе интенсивной работы формируются сплоченные взаимоотношения, взаимное доверие. В ходе тренинга люди узнают о положительном опыте сопротивления наркозависимости других людей, получают достоверную информацию о психобиологических механизмах развития и разрушения зависимости, повышают свою способность овладевать стрессами и справляться с жизненными трудностями. Они могут получить навыки быстрого расслабления и саморегуляции, повысить свою психологическую чувствительность к провоцирующим факторам и умение избегать их, а в итоге прийти к основной цели – к полноценной жизни без зависимости. В процессе тренинга обычно воспроизводятся ситуации, которые так или иначе связаны с употреблением наркотиков. При этом происходит тренировка отдельных умений, как например умения отказаться от наркотика, при этом могут использоваться видеозаписи для тренинга социальных навыков. /ПРИЛОЖЕНИЕ А/

*Второй* *путь* – решение проблемы созависимости. *Созависимость* – деформация взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги и искажение психоэмоционального состояния у членов социального окружения больного наркоманией – супругов, детей, родителей и других. Химически зависимый человек редко одинок. Обычно его окружают люди, обеспокоенные его поведением и изо всех сил пытающиеся помочь. Своими эмоциональными реакциями такое «озабоченное» окружение невольно способствует течению болезни, и как бы толкает ее к развитию до более серьезной стадии. Чем больше семья или друзья защищают и покрывают наркозависимого, тем глубже они прячут его от реальности. Они становятся его няньками и невольно принимают на себя ответственность за него, позволяя развиваться болезни. В результате такой поддержки он не сталкивается с последствиями своего поведения и продолжает заблуждаться относительно серьёзности своей зависимости.

*Работа с созависимыми* может осуществляться в нескольких *формах*: индивидуальная работа с членами проблемных семей; работа с семьей в целом; специальные родительские группы; работа с массовой родительской аудиторией. Индивидуальная работа с членами проблемных семей часто является единственно доступной формой профилактической работы с созависимыми. Как правило, привлечь к такой работе удается субъективно наиболее заинтересованного члена семьи. В большинстве случаев (65%) - это женщины.

Однако, по мере развития консультативно-терапевтического процесса, к нему в значительной части случаев удается привлечь и других созависимых. В этом случае работа может продолжаться в режиме общесемейных встреч или индивидуальных встреч с членами семьи, а также в обеих формах сразу. Результатом индивидуальной работы также может быть готовность взрослых членов семьи посещать родительские группы. Подчеркнем, что здесь важен не столько какой-то конкретный результат, сколько готовность и желание продолжать работу и сотрудничество со специалистами социальной службы. /ПРИЛОЖЕНИЕ Б/

*Третий путь –* разработка *программ медико-социальной реабилитации наркозависимых*. Залогом эффективности медико-социальной реабилитации наркозависимых является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции социального статуса больного. Отсюда вытекает необходимость сближения позиций наркологов и специалистов по медико-социальной работе.

Такое сближение возможно, прежде всего с помощью грамотной организации совместного лечебно-реабилитационного процесса, что должно быть закреплено в соответствующих нормативных документах, должностных инструкциях и положениях.

*Социальная реабилитация* – это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий.

Можно констатировать, что социальная реабилитация своей главной целью имеет восстановление или формирование нормативного, личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала в рамках программы медико-социальной реабилитации. /ПРИЛОЖЕНИЕ В/

*Четвертый* *путь* – организация деятельности *групп само- и взаимопомощи*. Такие группы ориентированы на овладение их членами навыками разрешения социальных, правовых, бытовых, психологических и других трудностей, связанных с наркозависимостью и ее преодолением.

В эти группы включаются люди, находящиеся на разных стадиях работы с проблемой наркозависимости, они делятся друг с другом «рецептами» преодоления трудностей. Члены таких групп чувствуют себя более уверенно в коллективе, где у всех такие же проблемы и есть удачные примеры их решения, они могут обратиться к любому члену группы и получить доступный жизненный совет.

Их плюсы: простые, но эффективные приемы поддержки; хорошо учитывают особенности психологического статуса больных с зависимостью; легко интегрируется с другими видами терапии; апеллирует к высшим духовным ценностям наркозависимых и активизирует их, они получают новые силы для борьбы со своим заболеванием. /ПРИЛОЖЕНИЕ Г/

*Пятый* *путь* – организация и проведение *мониторинга проблемы наркозависимости* на региональном уровне. *Мониторинг* – непрерывное комплексное наблюдение, позволяющее определить характерные закономерности развития процессов и явлений, которые не могут быть обнаружены в ходе одномоментного исследования любого масштаба. Исследование основных тенденций развития проблемы наркомании на территории Амурской области включает в себя: выявление наиболее популярных наркотиков и путей их распространения, изучение механизмов и способов противодействия наркомании в городских и сельских территориях области. Такие исследования могут проводиться методом массовых и экспертных опросов в территориях, а также методами анализа социальных биографий наркозависимых и их ближайшего окружения и документов, характеризующих соответствующую деятельность в динамике.

*Суммируя вышеизложенное*, можно констатировать, что пути совершенствования деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» в рамках медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью, заключаются в следующем:

1. решение организационных и терапевтических проблем в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;
2. организация и участие в специальных тренингах, способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов;
3. организация семейной терапии и участие в ней родственников и ближайшего окружения наркозависимого;
4. организация и участие в различных программах индивидуальной и групповой социальной реабилитации и реадаптации пациентов;
5. анализ проблемы наркомании на региональном уровне.

**Заключение**

На протяжении последних десятилетий устойчиво растет масштаб злоупотребления наркотиками и увеличивается вся совокупность медико-социальных проблем связанных с этим. В то же время остается недостаточно эффективной помощь людям, страдающим наркотической зависимостью. Тем не менее, выход существует. Об этом свидетельствует анализ мирового и, частично, отечественного опыта формирования нового, важнейшего направления помощи лицам с зависимостью от наркотиков – медико-социальной работы.

Очевидный вывод из пройденного на данный момент пути: социальная работа в наркологии – это не просто появление дополнительных функций у наркологической службы, это – кардинальная перестройка всего лечебно-реабилитационного процесса профилактической работы. В систему отношений с пациентом в качестве полноправного его партнера в том процессе, наряду с медицинским персоналом, включается специалист по социальной работе, координирующий деятельность нескольких социальных работников (консультантов). При этом особое внимание следует обратить на привлечение к социальной работе лиц, имеющих бесценный опыт собственного выздоровления от зависимости от психоактивных веществ или преодоления созависимости. Включение в лечебный процесс человека, «прожившего» изнутри проблему и, в силу этого, познавшего все психологические тонкости выздоровления, придает особую доверительность и убедительность атмосфере, которая складывается в той или иной лечебной программе и в наркологическом учреждении в целом.

В процессе подготовки дипломной работы была достигнута ее цель и решены основные задачи, в связи с чем можно сделать следующие выводы.

1. *Наркотическая зависимость* — сильное, непреодолимое влечение к состоянию наркотического одурманивания, возникающее после нескольких приемов наркотических веществ. *Наркомания* – болезнь, которая проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома лишения — *абстиненции* — в случае прекращения их приема; формируется наркотическая зависимость. На территории РФ применяется унифицированный термин «наркомания» для обозначения болезненного состояния, вызванного потреблением наркотических средств, то есть «наркомания» и «наркозависимость» употребляются как синонимы.

2. Большинство наркозависимых обладают определенными *социально-психологическими качествами,* такими как: *1.* *Ранимость, обидчивость*. Низкая способность к принятию, осознанию и выражению своих чувств, безуспешные попытки их контролировать и отказ принять себя таким, как он есть; *2.* *Низкий уровень самозаботы*, неспособность позаботиться о себе; *3.* *Низкий уровень самооценки*, чередующийся с завышенной самооценкой (как правило, во время приема наркотиков или после него); *4.* *Низкая фрустрационная устойчивость*, нарушения взаимоотношений, непереносимость отказов, отрицательных ответов, что чаще всего провоцирует либо грубое, либо попустительское отношение близких людей. Суммарно это можно охарактеризовать, как ощущение собственной ненужности, заброшенности, вины и гипертрофированной ответственности за все, что происходит вокруг них.

3. *Медико-социальная работа* – это профессиональная деятельность междисциплинарного характера, направленная на медико-реабилитационную, правовую, психологическую и педагогическую помощь клиенту в восстановлении и сохранении его физического, психического и социального благополучия. *Цель медико-социальной работы* – достижение оптимально возможного уровня адаптации и функционирования лиц с физической, психической и социальной патологией. Как правило, такие лица оказываются в трудной жизненной ситуации. *Объектом медико-социальной работы* являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенциируют друг друга и их решение затруднительно в объеме односторонних профессиональных мероприятий.

4. Практика медико-социальной работы в клинических лечебно-профилактических учреждениях основана на главных направлениях, истории, ценностных приоритетах, которые являются общими для всей практики социальной работы. Однако поскольку контекст профессиональной деятельности составляет система не социальной, а медицинской службы, постольку в клинических лечебно-профилактических учреждениях имеются специфические аспекты работы. Медико-социальная помощь в клинических лечебно-профилактических учреждениях оказывается гражданам, имеющим выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий.

5. М*едико-социальная работа в наркологии* – это комплексная медико-социальная помощь входящим в группы повышенного риска развития наркологических заболеваний и лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, членам их семей и ближайшего окружения, включающая медицинские, медико-психологические, социально-психологические, педагогические и правовые ее аспекты. Медико-социальная работа в наркологии ориентирована на организационную базу и сложившуюся структуру наркологической службы, поэтому она развивается с учетом реальной ситуации в здравоохранении.

6. *Социальная служба* областного государственного учреждения здравоохранения «Амурский областной наркологический диспансер» была образована в 2001 году на основании приказа Министерства здравоохранения РФ № 287 «О мерах по усовершенствованию наркологической помощи населению РФ». В соответствии с поставленными задачами, социальная служба работает по двум направлениям. Первое направление – первичная медико-социальная профилактика. Второе направление – медико-социальная реабилитация. Анализ деятельности в рамках указанных направлений позволил выявить как ее достоинства, так и недостатки, на основании чего были сформулированы авторские предложения по совершенствованию деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер».

**Библиографический список**

**Источники**

1. Альбицкий В.Ю. Организация медико-социальной помощи детям // Здравоохранение РФ.- 1993.-№7.-С. 10-11.
2. Баймухаметов Б.Сны золотые. Исповеди наркоманов. (Электронный ресурс) (2005) <http://www.narkotiki.ru/thirdcontest_5842.html>
3. [Белогуров С.Б.](http://www.biblion.ru/cgi-bin/WebObjects/shop.woa/16/wa/authorLayout?wosid=5tw3sfXFWySmpyhW8uYcqg&authorid=6352) Популярно о наркотиках и наркоманиях: 2-е изд., испр. и доп. Издательство “[Невский диалект](http://www.biblion.ru/cgi-bin/WebObjects/shop.woa/16/wa/producerLayout?wosid=5tw3sfXFWySmpyhW8uYcqg&producerid=19373)”, Санкт-Петербург: 2001 г., 213 с.
4. Джон А., Соломзес В., Соколовский Г.Н., Наркотики и общество. http://www.high.ru/cgi-bin/wb.cgi
5. Дьяченко В.Г. Некоторые подходы к совершенствованию медико-социальной помощи детям-инвалидам // Здравоохранение РФ.- 2001.-№5.- С. 17-19.
6. [Исмуков](http://www.ozon.ru/detail.cfm/#authors) Н.Н. Без наркотиков. Программа предупреждения и преодоления наркотической и алкогольной зависимости. Издательство “[Фаир-Пресс](http://www.ozon.ru/detail.cfm/ent%3D3%26id%3D826)”. М.: 2001 г., 384 с.
7. Караганова С.А., Малашенко И.Е., Федорова А.В., Наркомания в России: угроза нации. М.: Наука. 1998. 56 с.
8. Каткова И.П. , Кравченко Н.А. Научно-методические основы формирования службы медико-социальной помощи населению РФ. – Сб. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М.: Центр общечеловеческих ценностей. 1992. С. 9-31.
9. Лайтман М. Наркотики как неизбежное побуждение. (Электронный ресурс) (2004) [http://www.kabbalahinfo.ru](http://www.kabbalahinfo.ru/)
10. [Максимова Н.Ю.](http://www.ozon.ru/detail.cfm/#authors) Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. М: «Мир книги», М.: 2001 г., 384 стр.
11. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: Теория, технологии, образование. – М.: Наука, 1999. – 238с.
12. Мартыненко А.В. Проблемы становления в России медико-социальной работы как профессиональной деятельности. – М.: Медицина. 1995. – С. 41-44.
13. Медико-социальная работа в наркологии. Архангельск: Изд-во Архангельской гос. Мед. Академии. – 1998. 112 с.
14. Надеждин А.В., Профилактика наркомании основной путь решения проблемы молодежного наркотизма, <http://www.narconon.ru/>
15. Основы социально-медицинской работы: Учеб. Пособие / Отв. Ред. Сигида Е.А..-М.: РАРОГЪ,1998.-254с.
16. Пищулин Н.П., Пищулин С.Н. Наркомания среди несовершеннолетних в оценках московской общественности. (Электронный ресурс) (2003) http://[www.mos.ru](http://www.mos.ru)
17. [Проценко](http://www.ozon.ru/detail.cfm/#authors) Е.Н. Наркотики и наркомания Издательство “[Информ-12](http://www.ozon.ru/detail.cfm/ent%3D3%26id%3D1319)”, 1999 г., 112 с.
18. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина. 1994. – 544 с.
19. Распространение наркомании в России – угроза безопасности семьи, женщин и детей. 2 июня 1998 года, http://www.narcom.ru/content.html
20. Решение проблемы наркомании и наркотиков в России, <http://nodrugs.magelan.ru/welcome.html>
21. Русакова М., Наркотизм в молодежной субкультуре крупного города, <http://www.narconon.ru/>
22. Соловьев Ю. От наркомании – к народной коме? "Восточно-Сибирская правда", Среда, 30 сентября 1998 года №187 (23295)
23. Социальные проблемы здравоохранения (сборник статей) / Под ред. Кофмана Ф.Я., Погорельского В.П.-М.,1975-188с.
24. Социальные проблемы здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина. М., 1972.-207с.
25. Справочное пособие по социальной работе / Под. ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой. - М.: Юрист, 1997. - 168с.
26. Стационарная медицинская помощь (основы организации) / Под ред. А. Г. Сафонова, Е.А.Логиновой. – Москва.: «Медицина», 1989. – 349с.
27. Струим Н.Л., Гусева Н.Г., Оценка мотивации возникновения ранних наркоманий как элемент эпидемиологического надзора и прогнозирования при ВИЧ-инфекции, <http://nodrugs.magelan.ru/welcome.html>
28. Тишук Е. Медико-демографические процессы в современной России // Здравоохранение .- 2000.- №1. - С.36-38.
29. Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы. - М.: Воронеж, 1997. - 256с.
30. Хрестоматия по технологиям социальной работы / Под ред. Л.Г. Гусляковой, М.И.Попковой.- Барнаул: Изд-во Алтайского гос. Ун - та, 2000.- 156с.
31. Цетлин М.Г., Коваль Л.В., Павлова А.З., Широкова М.С. Наркологические проблемы у детей, находящихся в специализированных учреждениях социальной помощи. – М.: Российское общество психиатров. – 1995. 847 с.
32. Черносвитов Е.В. Социальная медицина.- М.: Владос, 2000.- 304с.
33. Чорбинский С.И. Социальная работа и социальные программы в США.- М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1992. - 123с.
34. Шипицина Л.М. Старое и новое: Социальная защита в России: Учеб.-методич. пособие.- С.-П. ,1997. - 42с.
35. [Шпаков](http://www.ozon.ru/detail.cfm/#authors) А.Н. Справочник для родителей и детей. Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания. Курение. Природные и бытовые яды. Происхождение, распознавание, лечение, профилактика. М.: Издательство: [Зенит](http://www.ozon.ru/detail.cfm/ent%3D3%26id%3D966), [Энергия](http://www.ozon.ru/detail.cfm/ent%3D3%26id%3D2064). 2000 г., 368 с.

**Литература**

1. Алексеев Н.А. Роль многопрофильных больниц в системе оказания медицинской помощи населению крупного города // Проблемы социальной гигиены. – 2001. - №5.-С41-44.
2. Белозеров Г.М. Организация медико-социальной помощи ветеранам ВОВ и ветеранам боевых действий // Проблемы социальной гигиены. – 2002.-№6.-С.44-45.
3. Введение в социальную работу: теоретические и прикладные аспекты: Учеб. Пособие / Под общ. ред. Н.Г.Стойко.- Красноярск Красноярский гос. ун-т, 1998.-150с.
4. Галкин Р.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Организация медико-социальной помощи лицам старшего возраста в лечебных учреждениях // Проблемы социальной гигиены. – 1997.-№3.-С.31-33.
5. Гехт И.А. Организация медико-социальной помощи пожилым и старым людям // Проблемы социальной гигиены. – 2001. - №4.-С.45-47.
6. Гончаренко В.Л., Мартыненко А.В., Стародубов В.И. Совершенствование управления социальной работой и повышение эффективности медико-социальной помощи // Здравоохранение РФ. – 1998. - №3.-С.17-19.
7. Копыт Н.Я., Сидоров П.И. Профилактика алкоголизма. – М.: Медицина. 1986. 240 с.
8. Лисицин Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. – М.: Мысль, 1988.-270с.
9. Максимова Т.М., Белов В.Б., Гаврилова Н.Н., Токуров М.В., Хритова В.В. Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста // Проблемы социальной гигиены. – 2001. - №2.-С.4-9.
10. Общественные науки и здравоохранение / отв. Ред. И.Н. Смирнов; АН СССР, Отд-ие философии и права.- М.: Наука, 1987.-262с.
11. Причины появления наркомании в России. <http://nodrugs.magelan.ru>
12. Роль общественности и средств массовой информации в оздоровлении социальной среды, <http://nodrugs.magelan.ru/welcome.html>
13. Социальная работа: теория и практика / Под. ред. Е.И. Холостовой. / М/. ИНФРА-М, 2001. - 427с.
14. Теория и практика социальной работы: Отечественный и зарубежный опыт / Под. ред. Т Ф. Яркина. - М.: СОЮЗ, 1993. - 392с.
15. Технологии социальной работы: Учебник / Под ред. Холостовой Е. - М.: ИНФРА - М, 2001.- 400с.