Содержание

[Введение](#_Toc283304746)

[Глава I. Виды наркотических веществ и их характеристика](#_Toc283304747)

[Глава II. Причины наркомании](#_Toc283304748)

[Глава III. Правда о подразделении наркотиков](#_Toc283304749)

[Глава IV. Стадии развития наркомании](#_Toc283304750)

[Глава V. Социальные последствия наркомании](#_Toc283304751)

[Глава VI. Борьба с наркоманией](#_Toc283304752)

[Глава VII. Статистика](#_Toc283304753)

[Заключение](#_Toc283304754)

[Список использованной литературы](#_Toc283304755)

# Введение

Злоупотребление наркотиками, известное с древнейших времен, сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Даже при сужении, с точки зрения наркологов, границ наркомании до юридически приемлемых, во многих странах наркомания признана социальным бедствием. Мир наркоманов сегодня приблизился к каждому из нас. Все чаще мы говорим о них, все чаще встречаем, читаем в прессе, слышим о трагедиях, произошедших в семьях знакомых, виной которых стали наркотики. Особое беспокойство вызывает тот факт, что у наркомании - “молодое лицо”. Основное число людей, потребляющих наркотики, сейчас составляет подрастающее поколение - молодые люди в возрасте от 14 до 30 лет. Наркотики - не просто вещества, наносящие вред здоровью. Они стремительно и необратимо разрушают организм и личность человека. Потребление наркотиков, став частью молодежного досуга, увлечений, захватывает все новые клубы, дискотеки, учебные заведения, дворы. Наркотические мафии управляют государствами (Латинская Америка), имеют свои армии (Юго-восточная Азия). Доходы подпольных корпораций по торговле наркотиками превышают известные доходы от торговли нефтью и приближаются к мировым доходам от торговли оружием. Особенно гибельно злоупотребление в молодежной среде - поражается и настоящее, и будущее общества. Полная, с точки зрения наркологов, картина распространения злоупотребления, включающая формы токсикоманий, еще более трагична. Вещества и препараты, не включенные в список наркотиков, как правило, еще более злокачественны, приводят к еще большему ущербу для индивидуума.

Именно из всего вышесказанного вытекает проблема формирования психической и физической зависимости у человека. Наркоманами становятся и остаются обычно те люди, у которых недостаёт физических и душевных сил, для того чтобы в действительно сложных условиях современной борьбы за самореализацию личности - нет, не только материальную, а именно борьбу за самореализацию личности в целом - найти своё место в жизни. Все исследователи по проблемам наркомании на Западе едины во мнении - "белая смерть" опасна, прежде всего, для молодых людей и детей, именно поэтому данная проблема чрезвычайно актуальна в наши дни.

Наркомания - это тотальное (то есть затрагивающее все стороны внутреннего мира, отношений с другими людьми и способов существования) поражение личности, к тому же в большинстве случаев сопровождающееся осложнениями со стороны физического здоровья. Это значит, что человек, идущий по пути наркомана, постепенно уничтожает свои лучшие нравственные качества, становится психически ненормальным, теряет друзей, потом семью, не может приобрести профессию или забывает ту, которой раньше владел, остается без работы, вовлекается в преступную среду, приносит бездну несчастий себе и окружающим и, наконец, медленно и верно разрушает свое тело.

Моя исследовательская работа ставит своей целью ответить на вопросы о причине наркомании, о влиянии наркотических веществ на организм человека, а также выявлении основных стадий наркотической зависимости.

Результатом своей исследовательской работы считаю: подведение общего итога, выявление основных профилактических мер в борьбе с наркотической зависимостью.

Наркоманией 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 (РФ), отнесены к наркотическим средствам.

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 дополнительного понятия “токсикомания”. На территории РФ применяется унифицированный термин “наркомания" для обозначения болезненного состояния, вызванного потреблением наркотических средств. Таким образом, к наркомании относятся только те случаи немедицинского потребления вещества или лекарственных средств, которые в установленном порядке отнесены к наркотическим средствам.

С клинических позиций как наркомания, так и токсикомания 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. В остальном же клиническая картина той или иной формы наркомании зависит от особенностей наркотического вещества, являющегося предметом злоупотребления.

# Глава I. Виды наркотических веществ и их характеристика

**Наркотики** - это вещества, обладающие способностью изменять работу клеток головного мозга и тем самым вызывать ложное чувство удовольствия и приподнятое настроение.

Термин "наркотическое вещество" включает в себя три критерия:

1) медицинский,

2) социальный

3) юридический

Медицинский критерий состоит в том, что средство (вещество, лекарство) должно оказывать только специфическое действие на центральную нервную систему (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.д.), которое было бы причиной его немедицинского применения.

Социальный критерий подразумевает, что немедицинское применение средства приобретает такие масштабы, что становится социально значимым.

Юридический критерий исходит из обеих вышеуказанных предпосылок и требует, чтобы соответствующая инстанция, на то уполномоченная (в РФ Правительство по представлению министра здравоохранения), признала данное средство наркотическим и включило в список наркотических средств. Понятие "наркотик" в Росси является юридическим термином. Государственная Дума издала ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" от 8 января 1993 года № 3-ФЗ, который определяет, что наркотиками считаются субстанции и препараты, включенные в Перечень наркотиков Постоянно действующим Комитетом по Контролю за Наркотиками (ПККН) Российской Федерации.

Наркотики бывают естественного происхождения, известные с древности (марихуана, гашиш, опиум, конопля), и синтетические, т.е. добытые химическим путем. В качестве наркотиков иногда используются лекарственные вещества психотропной группы.

Врачи подразделяют наркотики на несколько групп:

**Подавляющие нервную систему.**

Это героин, опий, дериваты (морфин, кодеин, кетамин), барбитураты (нозепам, реланиум, элениум), седуксен, промедол, фенобарбитал. Эти препараты являются болеутоляющими и снотворными. Наиболее распространенным наркотиком является героин. Героин принадлежит к группе опиатов. Он производится из морфина, но является значительно более сильнодействующим средством. Привыкание наступает гораздо быстрее, чем к любым другим опиатам, в этом особая опасность героина. Это самый разрушительный и затягивающий (пагубный) из существующих наркотиков. В американской медицине он запрещен к применению.

***Психологический и физиологический эффекты:***

героин - это церебральный, спинальный и респираторный депрессант;

первоначальная реакция - род эйфории, ощущение комфорта; это чувство быстро проходит, требуя для своего повторения увеличения дозы;

непосредственно после инъекции наступает слабость. Это называется "кивок", или "клевание носом";

зрачки резко сужены.

**Депрессанты (барбитураты)** используются в медицинской практике для снятия напряжения и как снотворные.

*Психологический и физиологический эффекты:*

сонная одурь, неспособность ясно мыслить;

плохая координация движений;

"летаргическая" речь;

нарушения логики, способности суждения;

мышечный тремор (дрожь);

неконтролируемые движения глаз;

враждебность.

Передозировка барбитуратов - наиболее частая причина смертельных случаев при употреблении запрещенных лекарств.

**Возбуждающие нервную систему.**

Это кокаин, амфетамины - фенамин, дексамфетамин, метамфетамин, экстази, первитин (мощный стимулятор, изготавливаемый кустарным способом), эфедрон.

Дают мощный взрыв энергии, подростки часто употребляют таблетки “экстази” на концертах и дискотеках, после чего могут танцевать часами, не уставая, но эта энергия не берется из "ниоткуда", а компенсируется за счет внутренних ресурсов организма, при этом теряет огромное количество жидкости.

***Психологический и физиологический эффекты:***

бессонница;

потеря аппетита;

сухость во рту;

тошнота, рвота, диарея:

отсутствие "тормозов";

нарушения зрения ("плывущее" изображение);

агрессивность;

галлюцинации, путаница в мыслях.

**Галлюциногены.**

Это марихуана, ЛСД, эрготамин, псилоцибин, мескалин. Эти лекарства способны вызывать изменения в ощущениях, мышлении, эмоциях и самосознании. Наиболее известен препарат ЛСД.

***Психологический и физиологический эффекты:***

странные психические состояния, характеризующиеся повышенной чувствительностью к краскам, звукам и другим раздражителям;

иногда проявляются психические заболевания;

могут развиться хромосомные нарушения;

странные психические состояния могут возвращаться спустя много дней после приема последней дозы;

иногда наблюдается неадекватное восприятие пространства и времени; возникают иллюзии и галлюцинации.

**Марихуана.**

Иные названия - "травка", "сено", "чай", "анаша". Марихуаной обычно набивают сигареты. Первоначально при курении действует как стимулянт, затем вызывает слабость и помутнение сознания. По технической классификации относится к седативным препаратам (успокоительным, снотворным).

***Психологический и физиологический эффекты:***

зрачки расширены, белки глаз налиты кровью;

потеря ориентации в пространстве и времени;

тремор (дрожание);

учащенный пульс и сердцебиение;

головокружение (заметное для окружающих);

странное, эксцентрическое поведение;

отсутствие "тормозов";

галлюцинации;

"психологическая зависимость".

К наркотикам те или иные вещества относят обычно по следующим критериям:

способность вызывать эйфорию (приподнятое настроение) или, по крайней мере, приятные субъективные переживания;

способность вызывать зависимость (психическую и/или физическую) - то есть непреодолимую потребность снова и снова использовать наркотик:

существенный вред, приносимый психическому и/или физическому здоровью регулярно употребляющего их;

возможность и опасность широкого распространения этих веществ среди населения;

в данной культурной среде потребление рассматриваемого вещества не должно быть традиционным (иначе в первую очередь необходимо было бы отнести к наркотикам табак и алкоголь).

Теперь я хотела бы сказать несколько слов о том, как употребляют наркотики.

Существует несколько способов употребления наркотических веществ, а именно:

Инъекции: растворы героина, опия, морфина, кетамина, реланиума, первитина, эфедрона.

Принимают внутрь: кофеин, нозепам, ЛСД, фенамин, дексамфетамин, экстази, эрготамин, мескалин, псилоцибин, барбитураты (нозепам, реланиум, элениум), седуксен, промедол, фенобарбитал.

Нюхают: морфин, кокаин.

Курят: марихуану (другое название этого наркотика - анаша, "травка"), "крэк" (термостабильная субстанция кокаина).

Кладут под язык: морфин.

**Рассмотрим подробнее каждую из групп наркотических веществ.**

**Препараты конопли.**

Одно из первых мест среди наркомании в мире занимают наркомании, возникающие в связи со злоупотреблением препаратами из разных видов конопли, такими, как анаша, марихуана, гашиш, банг, киф, гуаза, хусус, план, харас, хуррус, дагга, гунья, черес, кафур. Разные сорта конопли произрастают в странах Азии, Африки, Южной Америки, широко культивируются во многих странах мира. В растениях конопли в зависимости от разновидности и сорта в разных концентрациях содержатся ароматические альдегиды каннабинола. Психотомиметическим аффектом обладают тетрагидроканнабинолы, в частности, 6-тетрагидроканнабинол, который в основном определяет одурманивающий эффект при потреблении. Наибольшая концентрация каннабинола содержится в индийской конопле (Cannabis indica). Заболеваемость гашишной наркоманией в общей структуре заболеваемости наркоманией в РФ составляет от 20 до 30%. В некоторых южных мусульманских странах, где традиционно спиртное запрещено, гашишизмом поражено до 60% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. После алкоголизма гашишизм является наиболее распространенным видом наркотиков в мире.

Высушенная или не высушенная зеленая травянистая часть конопли, которую также называют "марихуана" - это похожие на табак, обычно - светлые зеленовато-коричневые мелко размолотые сушеные листья и стебли. Бывает плотно спрессована в комочки, тогда называется "анаша" или "план".

Прессованная смесь смолы, пыльцы и мелко измельченных верхушек конопли ("анаша", "гашиш", "план" или "хэш" - жаргонное название в Петербурге) - плотная темно-коричневая субстанция, по консистенции напоминающая охлажденный пластилин - иногда ее тоже так называют - (но менее пластичная), на бумаге оставляет жирные пятна.

Есть и другие, не столь популярные. Все препараты конопли имеют довольно резкий специфический запах и горький вкус. Как правило, их курят, забивая в папиросы вместе с табаком. Действующим (активным) веществом конопли является группа алкалоидов под общим названием "тетрагидроканнабиолы" (английская аббревиатура - ТНС).

Действие препаратов конопли, в частности гашиша, начинается с чувства жажды и голода, сухости во рту. Постепенно по всему телу разливается ощущение тепла. Появляются ощущение невесомости, желание прыгать, танцевать, принимать вычурные позы. Незначительные действия окружающих вызывают нелепый неудержимый смех. Становится невозможно сосредоточиться. Ассоциации возникают легко и быстро сменяют друг друга. Произносят набор фраз, часто незаконченных. Возникает быстрый поток мыслей. Все больше суживается контакт с окружающими, нарушается взаимопонимание с ними. Появляется импульсивность. Возникают массивные иллюзии, фантазии, все звуки приобретают особый резонанс, ощущение, что разговор идет в зале с усиленной акустикой.

Конопля и ее препараты не имеют в России никакого медицинского применения и полностью запрещены для использования.

**Подавляющие нервную систему.**

Опиатные наркотики (кустарного изготовления и синтетические) занимают второе после производных конопли место по распространенности в нашей стране. Могут встречаться в необработанном виде:

1. "**Маковая соломка"** - мелко размолотые (иногда до состояния пыли) коричневато-желтые сухие части растений: листьев, стеблей и коробочек.

2. "**Ханка"** - застывший темно-коричневый сок маковых коробочек (он же опий-сырец), сформированный в лепешки 1-1,5 см. в поперечнике.

3. "**Бинты" или "марля**" - пропитанная опием-сырцом хлопчатобумажная ткань, становится коричневой, если до пропитки имела светлый цвет. Плотная и ломкая на ощупь.

4. "**Героин" и "метадон"** - изготовленные в подпольных лабораториях наркотики. Белый, сероватый или коричневатый порошок в виде мельчайших кристалликов, на ощупь напоминает питьевую соду. Обычно горький, если разведен сахарной пудрой - со сладким привкусом.

Все необработанные опиатные наркотики из растительного сырья имеют легкий вяжущий эффект при попадании на язык. Содержат алкалоиды опиатного ряда - морфин, кодеин и несколько других.

В обработанном виде опиаты выглядят как растворы.

**Кодеин** также является опиатным наркотиком, обычно он встречается в виде. изготовленных фабричным способом таблеток от кашля и головной боли.

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

Опиаты обычно используют инъекционно (вводятся внутривенно). Растительное сырье предварительно обрабатывают химическими веществами - органическими растворителями и ангидридом уксусной кислоты, а порошкообразные наркотики просто разводят. Редко солому заваривают в виде чая или глотают сухой.

**Депрессанты (барбитураты).**

Снотворные препараты сейчас встречаются только в виде официальных препаратов, обычно таблеток. Не все снотворные препараты являются наркотиками в юридическом смысле этого слова, но все снотворные лекарства способны вызывать зависимость (конечно, некоторые из них очень быстро - они включены в Список ПККН) и могут обнаруживать свойства наркотиков.

Наиболее опасными среди снотворных являются производные барбитуровой кислоты (барбитураты) типа **барбамила, фенобарбитала** и т.д. Но и другие снотворные, даже те, которые продаются в аптеках более или менее свободно (**феназепам, радедорм, реланиум**, **элениум**), при длительном употреблении или превышении рекомендованных доз могут породить проблемы - психическую и физическую зависимость. А это значит, принимать таблетки больному придется постоянно и в нарастающей дозе.

Наибольшее распространение из снотворных препаратов среди наркоманов сейчас имеет реладорм, состав которого входит циклобарбитал - препарат барбитуратного ряда, и злоупотребление реладормом является настоящей наркоманией.

**Психостимуляторы.**

Психостимуляторы - довольно разнородная группа веществ, имеющая один объединительный признак: в результате их употребления ускоряется темп мышления (при этом суждения становятся легковесными, поверхностными, менее обдуманными). Часть препаратов этой группы имеет также способность искажать восприятие окружающего, поэтому близко граничит с галлюциногенами. Существуют психостимуляторы растительного происхождения (кока, эфедра, кола), однако у нас они встречаются в основном в виде химических субстанций (порошков) или таблеток.

1. **Эфедрин** - белый порошок с горьким вкусом, кристаллики которого имеют продолговатую форму. Может встречаться в виде раствора в ампулах с маркировкой "эфедрин".

2**. Псевдоэфедрин и эфедрон** - производные эфедрина. В чистом виде у нас не встречаются. Обычно изготавливаются самими наркоманами непосредственно перед употреблением из эфедрина с помощью марганцовки и уксусной кислоты. В этом случае имеют вид прозрачного раствора (жаргонное название "белое", "белый раствор") с запахом уксуса. Вводят внутривенно.

3. **Фенамин** (отечественное название) или **амфетамин (**международное название) - препарат, встречаются как в виде таблеток, так и в виде порошка, а может быть расфасован в капсулы. Употребляют его и внутрь, и внутривенно. Вид и цвет таблеток и капсул разнообразные. Амфетамин и похожие на него вещества могут входить в состав "чудодейственных препаратов на травах для похудения".

4**. "Экстази", "ХТС**" - группа производных амфетамина (метилен-диокси-метамфетамин МДМА, метокси-метилен-диокси-метамфетамин ММДА и другие - еще длиннее и вычурнее), для которых с рекламными целями выдумано влекущее имя "экстази". Встречаются в виде разноцветных таблеточек разнообразной формы. Употребляют их только внутрь.

5. **Кокаин -** белый кристаллический порошок, по виду похож на питьевую соду, который обычно разведен сахарной пудрой или тальком. Попав на язык, вызывает ощущение онемения (как новокаин). Кокаин обычно вдыхают, иногда вводят внутривенно, предварительно разведя водой. Некоторые производные кокаина нагревают на фольге и вдыхают образовавшийся дым.

**Галлюциногены.**

Более точный термин - препараты, изменяющие сознание, так как иногда они не вызывают галлюцинаций, а искажают самоощущение наркомана. И он чувствует измененным не только окружающий мир, а еще и себя. В группу галлюциногенов также входят очень разные по химическому составу продукты, некоторые из них - натурального происхождения. У наркоманов большинство галлюциногенов носят объединяющее название "кислота".

1. **Грибы рода Psilotsibum** содержат псилоцин и псилоцибин. На данный момент, видимо, один из наиболее распространенных галлюциногенных препаратов в нашей стране. Доступны только в конце лета, выглядят как маленькие коричневые поганки на тонкой ножке, шляпка имеет фиолетовый оттенок.

2. **ЛСД (**диэтиламид лизергиновой кислоты) - "эталонный" галлюциноген. Очень токсичный препарат. ЛСД встречается в виде прозрачного раствора, порошка и в виде разноцветных марок, напоминающих почтовые (их основа пропитана раствором наркотика). ЛСД обычно принимают внутрь.

3. **РСР (**читается "пи-си-пи") он же фенциклидин. Встречается редко, как и сходные с ним препараты, обычно в виде порошка. К сожалению, тоже иногда вводится внутривенно.

Хочу подчеркнуть, что все препараты группы галлюциногенов крайне губительны для психического здоровья.

**ЛВНД.**

К Летучим Веществам Наркотического Действия (ЛВНД), иначе - "ингалянтам", относятся бензин и разнообразные растворители препаратов бытовой химии, например, красок. Иногда в качестве ингалянта применяют горючий бытовой газ. Похожие растворители входят в состав клеев вроде "Момента". ЛВНД не включены в Перечень наркотиков ПККН, но их опасность от этого не уменьшается. В некоторых странах (например, в Швеции) продажа веществ, обладающих свойствами ЛВНД, строго контролируется.

Механизм действия ЛВНД похож на механизм действия алкоголя и веществ для наркоза, применяемых для хирургических операций.

Опьянение Летучими Веществами Наркотического Действия возможно лишь в том случае, если количество поступившего в организм токсина очень (по сравнению с другими типами наркотиков) велико - ведь каждый из нас много раз в жизни ощущал запах ацетона или бензина, а опьянения не испытывал. Но именно потому, что для опьянения необходимо большое количество токсина, злоупотребление ЛНДВ так опасно.

Самое страшное, что может случиться при употреблении ЛНДВ - так называемая "смерть в мешке". Высокая концентрация летучих веществ может вызвать мгновенную ("рефлекторную", т.к. она происходит из-за перевозбуждения нервных центров) остановку сердца и дыхания.

# Глава II. Причины наркомании

Наркомания - это тяжелое заболевание, которое является одной из форм девиантного поведения, то есть поведения, отклоняющегося от общепринятых морально-нравственных норм. Среди причин возникновения и развития наркомании чаще всего называют особенности характера, психические и физические расстройства, влияние различных социальных факторов. Нередки также случаи возникновения наркомании среди больных, вынужденных длительное время принимать наркотические вещества в медицинских целях. Наибольшее распространение наркотические вещества получили в молодежной среде, поэтому будет целесообразно перечислить основные причины наркомании среди молодежи:

1. Главная причина наркомании - недостаток любви и душевного тепла. Подросток, как никто другой, нуждается в заботе и внимании со стороны родителей. Отсутствие интереса родителей к жизни ребенка влечет за собой опасные последствия, такие как пристрастие подростка к алкогольным напиткам, курению и нередко наркомании. Стремление быть понятым - одна из основных потребностей человеческой души. Каждый из нас хочет, чтобы его голос был услышан, чтобы с его мнением считались, уважали его и ценили. Большинство уверено, что ключом к влиянию является умение четко донести до других свою точку зрения, способность убеждать. Отсутствие понимания между родителями и ребенком ведет к серьезнейшим изменениям во взаимоотношениях в семье. Ребенок начинает искать поддержку в других местах: на улице или в школе там, где его мнение что-то значит. Неудовлетворенная потребность в понимании ведет к психологической незрелости. В каждом человеке независимо от возраста и пола есть определенные потребности, которые ему необходимо реализовать. Недостаток воспитания ответственности за свои действия и поступки, создаёт почву для развития и воспроизводится в новых поколениях.

2. Эксперимент над сознанием, попытка расширить его за границы рационального. Эта мотивация характерна для интеллектуальной молодежи. "Экспериментаторы" достаточно образованы, они изучают психоделическую литературу, знакомятся с новинками психоделиков через Интернет, принимают меры, чтобы не перешагнуть грань зависимости.

3. Любопытство. Почти все подростки пробуют алкоголь или наркотики. Если подросток только "экспериментирует", он обращается к наркотикам редко, всего несколько раз, а потом останавливается. Экспериментирование является первой из четырех стадий развития наркотической зависимости. За экспериментированием обычно следует спорадическое употребление, реже чем раз в неделю, потом - регулярное употребление, финальной стадией является развитие зависимости.

4. Нажим со стороны ровесников. Обычно среди друзей есть такие, кто употребляет наркотики. Зачастую их давлению противостоять достаточно сложно.

5. Бунтарство. Иногда употребление наркотиков является формой выражения протеста против ценностей, исповедуемых родителями или насаждаемых в обществе.

6. Отсутствие внутренней дисциплины и чувства ответственности. Отношение к жизни основано на эгоизме, нет чувства ответственности перед собой и обществом. Подростки действуют импульсивно, совершают поступок прежде, чем успеют подумать, во всем ищут удовольствий и не желают выполнять какие-либо обязанности. Из-за отсутствия чувства ответственности они часто вступают в конфликт со всеми, кто обладает над ними какой-либо властью. По той же причине они обычно плохо учатся. Подростки очень часто имеют весьма высокий уровень притязаний, не обладая при этом необходимой дисциплинированностью и не представляя себе, что нужно для достижения честолюбивых целей. Подобные подростки ставят перед собой цели, но понятия не имеют, как надо добиваться их осуществления.

7. Отсутствие мотивации. У некоторых подростков отсутствует интерес к каким-либо занятиям, вещам, событиям. Они равнодушны к школе и не имеют никаких увлечений. Они живут сегодняшним днем, не проявляют интереса к будущему, какие-либо личные достижения не имеют для них ценности.

8. Серьезные внутренние конфликты. Субъективное ощущение несчастья, неудовлетворенность, депрессия, тревога, скука, неуверенность в себе. Эти симптомы весьма характерны для тех, у кого низкая самооценка и кто других считает лучше себя. Они несчастны дома, часто ощущают отчужденность, изоляцию в семье. Часто человек нуждается в дополнительном "обезболивании" - вот тут-то и выходят на сцену алкоголь, наркотики, переедание и азартные игры. Но внутренняя боль - не наказание, а призыв к действию. Тот, кто понимает это, раскрывается людям и растет как личность. Ну, а другие убегают в "замены" и замыкаются в собственном неподвижном и иллюзорном мире.

9. Проблемы социализации. Подростки, имеющие проблемы социализации, трудно вступающие в общение, обычно поддерживают самые поверхностные приятельские отношения с ровесниками, у них мало друзей, нет близкого друга. Часто они чувствуют себя изолированными, находясь среди ровесников. Они не ладят с властями, начиная со школьных учителей, у них плохие отношения в семье, непрестанные столкновения с близкими и родственниками.

10. Проблемы неуверенности в себе. Люди, имеющие низкую самооценку, часто ощущают незащищенность, страдают отсутствием уверенности в себе. На этой почве может развиться пристрастие к алкоголю и наркотикам.

11. Желание расширить круг общения и повысить свою популярность. Одной из социальных причин употребления наркотиков является стремление подростков завязать отношения со сверстниками, стать "своими" в их компании. Вместе с тем, наркотики служат для усиления сплоченности внутри коллектива. Такие компании возникают на основе общих интересов: игра в карты, дискотеки, клубы, распитие спиртных напитков и употребление наркотиков.

12. Стремление побороть депрессию. Если человек живет в ситуациях, с которыми он плохо справляется психологически, он сам находится постоянно в стрессе, напряжении. В один момент такой человек захочет отдохнуть от всех своих проблем и алкоголь или наркотики являются самым идеальным выходом из ситуации. Люди, которые не научились справляться с жизнью, подвержены этому и используют наркотики или алкоголь в порядке самолечения. В центре их эмоциональных трудностей - депрессия, ощущение безнадежности, несчастья. Наркотики приносят временное облегчение этих симптомов. Эти свойства личности весьма типичны, но не являются обязательными причинами для всех, кто склонен к злоупотреблению алкоголем и наркотиками.

Итак, наркомания, как ни одно другое заболевание, обусловлено, прежде всего, социальными и психологическими факторами: социальная среда (окружение человека), глубокие разочарования в жизни и стрессовые ситуации, непонимание со стороны родителей и сверстников. Наркомания скорее заболевание общества, чем личности, и причиной заражения, осложнения или активации заболевания может стать каждое сказанное слово, в ненужное время и в ненужном месте, поэтому необходимо обеспечить в обществе социальные условия, не способствующие злоупотреблению наркотиками.

Проблемы наркомании и наркотизма находятся на стыке многих наук - социологии, культурологии, экономики, права, медицины. Наиболее крупный вклад в изучение этих проблем внесли ученые США, интерес которых к наркомании обусловлен высоким уровнем наркопотребления в этой стране.

Одной из главных проблем, обсуждаемых учеными, является объяснение причин наркомании.

Социологи рассматривают наркоманию как одну из форм *девиантного (*отклоняющегося) *поведения*, т.е. поведения, не соответствующего официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам, стереотипам и образцам поведения.

Для объяснения наркомании и наркотизма используются все социологические теории, описывающие механизмы девиации:

теория аномии (социальной дезорганизации), предложенная [Э. Дюркгеймом](http://www.krugosvet.ru/enc/gumanitarnye_nauki/sociologiya/DYURKGEM_EMIL.html) и позже развитая [Робертом К. Мертоном](http://www.krugosvet.ru/enc/nauka_i_tehnika/matematika/MERTON_ROBERT.html) и другими;

теория субкультур низших слоев общества (Э. Сатерленд);

теория стигматизации (Г. Беккер).

В современной литературе, посвященной социологии наркопотребления, одно из центральных мест занимает тезис о неадекватности молодежного досуга, который порождает скуку и тоску. Молодые люди, чувствующие свою неспособность получать настоящее удовлетворение от предлагаемого досуга, подвержены социальной дезорганизации и начинают пробовать наркотики. Другие социологические исследования связывают аномическую наркоманию не столько с недостатками организации досуга, сколько с неудачами в жизненной карьере. Так, американский социолог Денис Кандел доказывал в 1980-е, что важными стимулами употребления запрещенных наркотиков являются "провал нормального вхождения во взрослые роли, такие как замужество и постоянная рабочая занятость". Таким образом, употребление наркотиков рассматривается как проявление социальной и психологической патологии, связанной с неспособностью отдельных индивидов занять "нормальные" позиции в сексуальной сфере, семейной жизни и на рынке труда.

Другое направление социологических исследований связано с приоритетным вниманием не к личным проблемам отдельных людей, а к особенностям поведения разных социальных групп. Пытаясь определить, какие именно индивиды способны прийти к употреблению наркотиков, ученые изучают их семьи, культурное окружение, а также негативные социальные факторы жизни (бедность, безработица, дискриминация).

Ранее считалось, что к наркомании сильнее всего склонны маргиналы, для которых характерно отсутствие самоконтроля и недостаточное знакомство с "нормальными" культурными формами жизни современного среднего класса. Однако интерпретация наркомании как удела "отбросов общества" стала подвергаться некоторому сомнению. Так, в 1980-е американский социолог Джон Хандлеби проинтервьюировал 150 "трудных" мальчиков до их поступления в исправительную школу и протестировал 196 мальчиков из обычных школ, а затем через три года обследовал их повторно. Его исследование показало, что к употреблениям наркотиков оказались заметно предрасположены те, у кого были отмечены "сверхмерный, подвижный" ум и независимый характер.

Развивая этот подход, некоторые радикальные социологи рассматривают наркоманию как проявление "бунтарства". По их мнению, употребление наркотиков часто является рефлексивным сопротивлением доминирующим социальным ценностям, культурной практике, идеологическим и материальным условиям жизни. Например, американский социолог Говард Беккер еще в своих работах 1960-х о потребителях марихуаны доказывал, что подобного рода поведение молодых людей являлось как бы антимоделью законопослушного поведения "нормальной" молодежи. Молодые люди, которые включались в сообщество ведущих наркотический "образ жизни", приспосабливались к ценностям, существующим в этих группах, внутри которых наркопотребление вовсе не считалось криминальными или даже просто плохим. Криминализация потребления наркотиков, с этой точки зрения, отражает не столько его реальную общественную опасность, сколько отторжение обществом молодежного "бунтарства". Поскольку наркопотребление клеймится как антиобщественное, то противопоставляющие себя обществу нонконформисты демонстрируют "вызов общественным вкусам" именно потреблением наркотиков.

Экономические теории интерпретируют наркоманию как частный случай потребления "вредных благ", ставя потребление наркотиков в один ряд с потреблением алкоголя, курением, пристрастием к азартным играм. Экономический анализ наркомании (economics of drugs) базируется на некоторых общих принципах, присущих экономическому образу мышления как таковому. Экономисты предполагают, что поведение всех людей является рациональным - они сознательно и обдуманно стремятся максимизировать свое благосостояние при имеющихся в их распоряжении ограниченных ресурсах. Соответственно, наркоманы рассматриваются как люди, знающие о вредных последствиях приема наркотиков, но сознательно выбирающие наркотические грезы вместо тусклой обыденной жизни.

Наиболее последовательно этот принцип реализован в концепции американских экономистов Гэри Беккера и Кетрин Мерфи. В конце 1980-х они разработали модель рационального поведения потребителя "вредных благ", в которой анализируется зависимость масштабов индивидуального потребления наркотиков от изменения их цен.

Ранее экономисты были склонны рассматривать спрос на наркотики как слабоэластичный по цене: это значит, что наркопотребители почти не реагируют на изменение цен. Согласно концепции Беккера - Мэрфи, напротив, склонность людей принимать наркотики сильно зависит от динамики цен, однако эта зависимость проявляется не мгновенно, а на протяжении длительных промежутков времени. По модели К. Беккера и К. Мерфи, существуют следующие закономерности наркопотребления:

ожидаемое повышение цен снижает текущее потребление, и наоборот;

лица сболее низким доходом на изменения цен "вредных благ" реагируют сильнее, чем лица с более высоким доходом, которые больше учитывают будущие вредные последствия;

молодежь сильнее реагирует на изменение цен, чем более пожилые люди, поскольку у молодых слабее навыки рационального поведения.

Из концепции Беккера - Мерфи вытекает, что одной из главных причин роста наркомании является удешевление наркотиков. Поскольку наркопотребители из бедных слоев более чувствительны к снижению цен, то наркомания среди бедных сильнее, чем у среднего класса и богатых. Аналогично, наркомания среди молодежи заметно выше, чем среди других групп населения.

Как было сказано выше, в современно мире наркомании в большей степени подвержены подростки. Ученые выявили **факторы риска, способствующие употреблению наркотиков подростками.**

**В семье:**

· Родители не контролируют поведение детей, их свободное время вне дома;

· Взрослые члены семьи употребляют спиртное, наркотики;

· Мать и отец конфликтуют между собой;

· Нет эмоциональной близости между членами семьи;

· Родители испытывают проблемы в воспитании детей;

· Имеется генетическая предрасположенность к употреблению наркотических и токсических веществ;

· Родители не интересуют успехи детей в школе.

**В школе:**

· Преподаватели не уделяют достаточного внимания проблемам наркомании и токсикомании среди подростков;

· Учащие часто переходят из одной школы в другую;

· Ученики пропускают занятия без уважительных причин, остаются на второй год;

· Существует недоброжелательный климат среди друзей;

· Имеют место употребления спиртных напитков и наркотиков в раннем возрасте;

· Отмечаются проявления асоциального поведения в виде краж, бродяжничество;

· Подростки находятся под влиянием более старших товарищей, общаются в компании, употреблявших алкоголь и наркотики.

**В обществе:**

· Законы и общественные нормы не препятствуют употреблению алкогольных напитков и наркотических веществ;

· Алкоголь, наркотики и токсические вещества легко доступны и относительно дешевы;

· Неблагоприятный социально-экономический климат.

**Возможные предпосылки и мотивы потребления наркотиков и токсикантов:**

**Социальные:**

· Неблагополучная семья (алкоголизм или наркомания родителей, низкий имущественный уровень, отсутствие эмоционального контакта, неполная семья);

· Широкое распространение злоупотребления психоактивными веществами в данной местности;

· Активная пропаганда в средствах массовой информации (СМИ) направлений молодежной субкультуры, связанных с употреблением наркотиков и токсикантов (клубная культура, некоторые стили музыки (рейв, джангл и т.п.)), завуалированная пропаганда легализации наркотиков, проводимая отдельными СМИ;

· Неадекватная молодежная политика, отсутствие реальной программы досуга, занятости несовершеннолетних;

· Проживание в районах с низким имущественным цензом (районы городского дна).

**Конституционально-биологические:**

· Наследственная отягощенность психическими и/или наркологическими заболеваниями.

**Традиционные:**

· Культуральное потребление психоактивных веществ в данной местности.

**Индивидуально-психологические:**

· Подражание более старшим или авторитетным сверстникам;

· Попытка нейтрализовать отрицательные эмоциональные переживания;

· Стремление соответствовать обычаям значимой для подростков группы сверстников;

· Аномальные черты личности (гедонизм, авантюризм, возбудимость, завышенная или заниженная самооценка, повышенная конформность, неустойчивость характера);

· Протестные реакции (назло), направленные против старших (родителей, педагогов);

· Самодеструктивное поведение;

· Любопытство;

· Подчинение давлению и угрозам.

# Глава III. Правда о подразделении наркотиков

**"Мягкие наркотики" правда или вымысел?**

Собирая информацию для данной работы, я прочла немало пособий, посетила огромное количество сайтов, посвященных наркомании. Многие люди спрашивают о том, правда ли, что существуют наркотики мягкие, "безопасные", к которым почти не развивается привыкание. Считаю уместным в данной работе представить полный ответ на этот вопрос.

Существуют наркотики, от которых наркомания развивается позже, существуют наркотики, от которых наркомания может развиться через неделю приема. Но это не означает, что наркомания не может развиться от т. н. мягких наркотиков - марихуаны, конопли и т.д. (Почти все, кто стал наркоманом, начинали именно с них.)"Мягкие" наркотики почти не вызывают физической зависимости, т.е. явления абстиненции (обрыва) выражены в легкой степени: легкие расстройства сна, повышенная возбудимость, неприятные ощущения в области сердца, отсутствие аппетита, сонливость. Однако, возникает выраженное психическое влечение, психическая зависимость в виде непреодолимого (или трудно преодолимого) желания жить в иллюзорном мире, т.е. в опьянении человек ощущает свое могущество, якобы обострение интеллектуальных возможностей, может "по заказу" вызывать яркие иллюзии, галлюцинации с чувством блаженства. "Мягкие" наркотики также опасны - речь идет лишь об относительно более длительных сроках возникновения и меньшей интенсивности физической зависимости, а потребность в уходе в нереальный мир, желание эйфории, т.е. психическая зависимость с охлаждением к реальной жизни - такие же. Деление наркотиков на "мягкие" или "жесткие" не научно и не соответствует реальному положению вещей.

Таким образом, любое наркотическое вещество, так или иначе вызывает привыкание, переходящее в зависимость. Наркомания - это заболевание, которое развивается поэтапно и в ее развитии можно выделить несколько стадий, которые тесно взаимосвязаны друг с другом.

# Глава IV. Стадии развития наркомании

Для наркотической зависимости характерно фазное течение с наличием в своей структуре нескольких поэтапно формирующихся стадий (синдромов):

1. Синдром измененной реактивности;

2. Синдром психической зависимости;

3. Синдром физической зависимости, эти три синдрома объединяются в общий наркотический синдром;

4. Синдром последствий хронической наркотизации.

Синдром изменённой реактивности

Наркоманический синдром, являющийся первым синдромом формирующегося заболевания, включающий изменение формы потребления наркотика, исчезновение защитных реакций при передозировке, изменение толерантности и изменение формы опьянения.

Изменение формы потребления - переход от эпизодического к регулярному приёму наркотика. С течением времени развивается привыкание к наркотику и систематический его приём уже вынужденный, так как обеспечивается формированием синдромов психической и физической зависимостей, абстинентным синдромом. Условием изменения формы потребления наркотика является исчезновение защитных реакций и изменившаяся толерантность к наркотику.

Исчезновение защитных реакций - показатель перехода организма на новый уровень функционирования, когда прежние дозы наркотика уже нетоксичны, не требуют защиты. Изменение толерантности - осевой симптом наркомании. Для всех без исключения форм наркоманий характерно вначале возрастание толерантности, её стабилизация на высоком уровне, а затем её снижение. Именно этим "сквозным", осевым симптомом определяется стадия развития наркомании. С момента систематического приёма наркотика толерантность к нему начинает неуклонно увеличиваться, превышая изначальную, физиологическую на высоте болезни в 5-10 раз (для барбитуратов), в 8-12 раз (для транквилизаторов), в 100-200 раз (для опиатов). Такие дозы могут значительно превышать смертельные для "обычных" людей. Изменение формы опьянения - симптом, появляющийся последним в структуре синдрома изменённой реактивности. После того, как сформировался систематический приём наркотика, исчезли защитные реакции, установилась высокая толерантность. Физиологическое действие наркотика, имевшее место на ранних этапах развития заболевания, при всех формах наркомании с течением времени трансформируется: при приёме транквилизаторов, снотворных, опиатов исчезает их седативный эффект, алкоголь перестает вызывать благодушный эффект, моторную заторможенность, кодеин не подавляет кашлевой центр, стимуляторы не вызывают тахикардии и т.д. Достижение прежней интенсивности вызываемой наркотиком эйфории вначале возможно за счет постоянного увеличения вводимой дозы, но на определённом этапе заболевания максимальная доза не даёт прежней силы ощущений, а её превышение ведёт к передозировке. На этом этапе происходит изменение качества эйфории, претерпевают изменения её фазы. Синдром изменённой реактивности состоит из взаимосвязанных и взаимно обусловливающих друг друга симптомов, появляется первым при формировании наркомании и непрерывно трансформируется на всех стадиях развивающегося заболевания.

**Механизм формирования психической зависимости.**

Синдром психической зависимости - наркоманический синдром, появляющийся на определённой стадии развития болезни, включающий психическое (обсессивное) влечение и способность достижения состояния психического комфорта в интоксикации. Появлению синдрома психической зависимости в течение наркомании предшествует синдром изменённой реактивности.

Психическое (обсессивное) влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подавленности, неудовлетворённости в отсутствие наркотика, подъёме настроения в предвкушении приёма наркотика. Обсессивное влечение определяет эмоциональный фон, но не способно (в отличие от физического, компульсивного влечения) полностью занимать всё содержание сознания, диктовать поведение. На стадии заболевания, когда формируется обсессивное влечение, ещё имеет место борьба мотивов. Обсессивное влечение обостряется при конфликтных ситуациях, неприятных переживаниях, причинно не связанных с наркотизацией, при посещении мест, встречах с людьми, чтении литературы, разговорах, связанных с наркотизацией. Влечение может ослабевать при конфликтных ситуациях, причинно связанных с наркотизацией, появлении сильного увлечения, состояния положительного эмоционального насыщения. Обсессивное влечение неспецифично, то есть оно может полностью удовлетворяться другим наркотиком, что составляет второе главное отличие обсессивного влечения от компульсивного.

Обсессивное влечение в то же время и самый длительный и трудноустранимый симптом заболевания. С развитием заболевания и появлением более ярких признаков наркомании, таких как компульсивное влечение, абстинентный синдром, обсессивное влечение отступает на второй план. Однако в состоянии ремиссии после снятия острой симптоматики и относительном физическом благополучии обсессивное влечение продолжает существовать в той же степени выраженности, что и до лечения. В подавляющем большинстве случаев психическое влечение к наркотику является основной и единственной причиной постоянных рецидивов заболевания.

Способность достижения состояния психического комфорта при интоксикации не является синонимом эйфории, под ним подразумевается не столько переживание удовольствия, сколько уход от состояния неудовольствия. Если здоровый человек способен ощущать удовольствие во многих ситуациях, в том числе в состоянии наркотического опьянения, то наркоман - только при употреблении наркотика. В то же время если психические функции здорового человека в состоянии наркотического опьянения нарушаются, то психические функции наркомана, будучи низкими вне интоксикации, после приёма наркотика улучшаются. Симптом удовлетворительного психического функционирования в состоянии интоксикации наблюдается практически при всех формах наркоманий, за исключением злоупотребления некоторыми психоделиками (ЛСД), при употреблении которых психика дезорганизуется всегда.

Синдром физической зависимости - синдром, появляющийся на определенной стадии развития привыкания к психоактивным веществам, в частности - наркотикам, включающий физическое (компульсивное) влечение, способность достижения состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром. Появлению синдрома физической зависимости в течение наркомании предшествуют синдром измененной реактивности и синдром психической зависимости.

Физическое (компульсивное) влечение выражается в неодолимом стремлении к введению в организм психоактивного вещества, достигает интенсивности витальных влечений и способно вытеснять другие витальные влечения - голод, жажду (сексуальное влечение на этапе заболевания, когда появляется компульсивное влечение, уже практически отсутствует). Компульсивное влечение способно занимать все содержание сознание больного, оно не только определяет аффективный фон, но диктует поведение, подавляет противоречащие такому поведению мотивы и контроль. По условиям возникновения компульсивное влечение бывает трех видов:

1. Компульсивное влечение, возникающее вне интоксикации, в светлом промежутке. Не является первым признаком абстинентного синдрома, так как, во-первых, может появляться на стадии болезни, когда еще не сформировался абстинентный синдром, во-вторых, компульсивное влечение возникает и при тех редких формах наркоманий, при которых вообще не формируется абстинентный синдром (злоупотребление ЛСД). При неоказании помощи компульсивное влечение, возникающее вне интоксикации, ведет к рецидиву заболевания или к употреблению другого вида психоактивных веществ. Особенностью компульсивного влечения является то, что интоксикация организма экзогенными психоактивными веществами способна притупить, уменьшить влечение, но никогда не приводит к достижению полного психического и физического удовлетворения. Исходя из вышесказанного, компульсивное влечение обладает двумя основными отличительными особенностями (отличающими его от влечения обсессивного):

Высокой интенсивностью, достигающей уровня витального влечения, способного заполнять все содержание сознания;

Специфичностью, заключающейся в том, что компульсивное влечение может быть удовлетворено толькотем наркотиком, или его наиболее полным аналогом, который вызвал его появление - компульсивное влечение не свойственно для полинаркомании

2. Компульсивное влечение, входящее в структуру абстинентного синдрома.

3. Компульсивное влечение, возникающее во времяинтоксикации. Характерно не для всех видов наркоманий. Этот вид компульсивного влечения возникает при тех видах наркотического опьянения, для которых характерна та или иная степень помрачения сознания, та или иная степень оглушения. В первую очередь это формы наркоманий, развивающиеся при злоупотреблении снотворными, стимуляторами, алкоголизме. Этот вид компульсивного влечения с меньшей частотой возникает при интоксикации психоделическими препаратами, транквилизаторами, и никогда не возникает при опиомании.

Способность достижения состояния физического комфорта при интоксикации характеризуется отсутствием вне наркотизации или интоксикации организма не запрещёнными экзогенными психоактивными веществами ощущения физического благополучия (отсутствие психического благополучия, естественно, также присутствует как проявление синдрома психической зависимости, уже сформированного к моменту появления синдрома физической зависимости). Абстинентный синдром развивается не при всех формах наркоманий (не развивается при злоупотреблении психоделиками), время его формирования, конкретная симптоматика, выраженность тех или иных групп симптомов для разных форм наркоманий различна. Патогенетически абстинентный синдром это попытка организма собственными ресурсами в отсутствие наркотика воспроизвести условия, соответствующие наркотической интоксикации, то есть условия, необходимые для удовлетворительного функционирования организма, патологическая симптоматика абстинентного синдрома является следствием несовершенной компенсации в условиях отсутствия наркотика.

Конечно, в формировании психической зависимости участвуют множество факторов, у разных людей они различны и часто не поддаются учету. Именно поэтому лучшей защитой от наркомании является категорический отказ "попробовать".

**Механизм формирования физической зависимости.**

Существует биологический механизм формирования зависимости. Это механизм, реализующийся через процессы, протекающие в организме - биохимические, биоэлектрические, биомембранные, клеточные, тканевые и так далее. Такая зависимость называется физической. В большей степени она присуща наркомании к опиатным наркотикам, снотворным, алкоголю.

Физическая зависимость развиваются в результате того, что организм "настраивается" на прием наркотиков и включает их в свои биохимические процессы. Объяснить, что происходит при этом, очень не просто. Главный принцип элементарен: наркотики - каждый препарат по-своему - начинают выполнять функции, которые раньше обеспечивались веществами, производящимися самим организмом. Тело больного, чтобы сэкономить внутренние ресурсы, прекращает или сокращает синтез этих веществ. Мы это помним из школьной биологии - есть такие гормоны: адреналин, норадреналин и прочие. Кроме того, при введении наркотиков нарушается баланс большого количества не таких известных, но не менее важных субстанций: медиаторов серотонина, ацетилхолина и дофамина, "кирпичиков" для ДНК - цАМФ и цГМФ; изменяется проницаемость клеточных стенок для ионов кальция и много чего еще происходит.

Если процесс "перенастройки" физиологии организма "под наркотики" зашел достаточно далеко, то при их отсутствии начинается абстиненция или "ломка".

Еще одна особенность: сами наркотики постоянно разрушаются ферментными системами и выводятся через почки, кишечник и легкие. Поэтому "запас наркотиков" в организме необходимо регулярно "пополнять". В результате физическая зависимость принуждает употреблять наркотики регулярно, не давая никакой передышки. Субъективно, то есть самим больным наркоманией, это воспринимается очень тяжело.

Пропустив время приема очередной дозы, наркоман обрекает себя на мучительные страдания. Это не только боли, но еще и непереносимые ознобы - "внутренний ледяной холод" безо всякой надежды на возможность согреться, холодный пот, боли в животе с многократным поносом, тошнота и рвота, непрекращающийся насморк, слабость, ломота в суставах. Для алкогольной физической зависимости характерен еще и тремор - знаменитый "колотун", когда дрожат не только руки, но и все тело.

Абстиненция, как правило, сопровождается выраженной тревогой с более или менее выраженной (но не меньше 7-10 суток при опиатной или барбитуровой зависимости) бессонницей, следовательно, наркоманам всеми правдами и неправдами приходится доставать очередную дозу к твердо установленному сроку, что это зачастую бывает непросто.

**Синдром последствий хронической наркотизации**.

Для каждого вида наркотизации свои исходы: алкоголь и снотворные > грубые анамнестические расстройства (нарушение мышления, интеллекта) и расстройства памяти; опий и стимуляторы > за счёт нарушения воли (волевые расстройства).

Страдает I - энергетическая функция (снижение активности, энергетического потенциала, угасание влечений и потребностей, снижение сопротивляемости, прогрессирующее истощение);

II - трофическая функция (соматические изменения: истощение, бледность, снижение тургора кожи, утрата блеска глаз, ломкие и тусклые ногти, волосы, похудение, опиоманы - быстро и безболезненно теряют зубы; тромбоз вен, разрастание соединительной ткани - вены в виде плотных тяжей, нарушения клеточного и гуморального иммунитета, вследствие чего гнойные осложнения, нарушения со стороны ЖКТ - опиоманы, барбитуроманы; со стороны сердечнососудистой системы - инфаркты, расстройства органов дыхания - при злоупотреблении гашишем, поражения печени - при полинаркомании).

III - психическое истощение проявляется слабоумием. Психическое истощение развивается в 3 этапа:

1) огрубение личности (заострение характера);

2) психопатизация;

3) деменция. Органическое слабоумие характерно для лиц, злоупотребляющих барбитуратами, летучими ароматическими веществами, некоторыми сортами гашиша. Дисфории в исходе наркомании по типу аффективных расстройств, тревоги. Также таким больным свойственны экзогенные психозы, которые возникают 1) на высоте опьянения;

2) на высоте абстиненции (причина - интоксикация);

3) при смене наркотиков и проявляются расстройством сознания с амнезией на момент расстройства. Особенностью наркоманических психозов является обязательное наличие эмоциональных расстройств, возможен делирий, параноид или галлюциноз. Имеет место поражение подкорки, гипоталамуса, мозжечка - по типу полиневрита (что говорит о диффузном процессе)

Наркомания приводит к расслоению общества, к падению всяческих моральных норм и ценностей. Рассмотрим социальные последствия наркомании.

# Глава V. Социальные последствия наркомании

Непосредственным результатом систематической наркотизации является снижение активности, энергетического потенциала больных, проявляющееся прежде всего в снижении и потере трудоспособности. Значительная часть наркоманов не работает. Они живут на содержании родственников или занимаются криминальной деятельностью, направленной на добывание денег. Это объясняется, во-первых, тем, что поиск наркотиков требует много времени и, во-вторых, тем, что больной способен к продуктивной деятельности только под действием наркотика, его мысли постоянно заняты в основном тем, где достать и как употребить очередную дозу наркотика. В конечном итоге, при росте толерантности и увеличении кратности приема больные не могут регулярно и продуктивно трудиться. В значительном числе случаев больные нигде не работают и не учатся. Значительная часть их состоят в криминальных структурах или занимаются различного рода коммерцией. В динамике болезни почти у всех больных опийной, героиновой наркоманией и полинаркоманией снижается профессиональный уровень, их трудовая деятельность неполноценна. У работающих больных наблюдаются неоднократные нарушения трудовой дисциплины; они испытывают затруднения в выполнении своих профессиональных обязанностей, у них отмечается безразличие либо негативное отношение к выполняемой работе. Характерными негативными социальными последствиями злоупотребления наркотиками являются деформация, искажение, разрушение семейных связей. Наркоманы значительно реже вступают в брак, чем здоровые лица того же возраста, и семьи их быстро распадаются, если второй супруг не является наркоманом.Т.Б. Гречаная, В.Ф. Егоров, И.А. Архипов нашли, что среди наркоманов число состоящих в браке в 1,6 раз меньше, чем в населении, а разведенных - в 2,8 раз больше. Нередко больные образуют так называемую "семью" наркоманов. Целью такой "семьи" является наркотизация в наиболее безопасных условиях, облегчение добычи наркотиков. "Семья" имеет свой "дом", которым может быть и пустая квартира, и подвал, и чердак, и какое-либо изолированное строение. У такой "семьи" свои пути и способы добывания наркотиков, свои способы добычи денег для этого. В "семье" возможны и сексуальные отношения, обычен промискуитет, нередок гомосексуализм. Так, например, в парах героиновых наркоманов часто употребляют наркотик вместе для усиления сексуальной активности. Со временем употребление наркотика, а не сексуальное влечение и другие, не связанные с наркотиками общие интересы, становится основным фактором, определяющим отношения в таких "семьях".

В большинстве семей тех больных, которые продолжают состоять в браке, отмечаются нарушения семейных взаимоотношений - частые конфликты, ссоры, сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям и семье, отсутствие заботы о близких, потребительское отношение к ним. Чаще всего конфликты в семьях происходят на фоне наркотизации. Дети в этих семьях в большинстве случаев воспитываются отдельно от своих родителей. У женщин-наркоманок часто наблюдается беспорядочность половой жизни; среди них очень высок процент проституток, несмотря на угнетающее действие героина на синтез половых гормонов и ослабление либидо. Женщины-наркоманки имеют большее число сексуальных партнеров по сравнению с мужчинами, они чаще вовлечены в проституцию и продолжают работать на улице только для того, чтобы обеспечивать себя средствами на наркотики. Женщины, страдающие наркоманией, поражаются в личностном, социальном отношении более глубоко, так как их роль матери или потенциальной матери не согласуется со стилем жизни наркомана. Антисоциальное поведение является характерным для больных наркоманиями. Они совершают отдельные или многочисленные действия, противоречащие правовым или нравственным нормам. Им свойственны уголовно ненаказуемые, но аморальные поступки (пьянство, стяжательство, сексуальная распущенность, конфликты в семье и с ближайшим окружением). Они нередко культивируют безнравственные привычки, чем создают неблагоприятные ситуации для себя и своих близких. Они нередко неадекватно переоценивают свои возможности, что сказывается на межличностных отношениях. Больные наркоманиями часто совершают агрессивные поступки, нередко с нарушением закона, проявляют неприязнь или недоброжелательность, вплоть до словесных оскорблений, или применяют грубую физическую силу, демонстрируя свое превосходство над другим человеком или группой лиц. Чаще всего аффективные вспышки у них возникают психогенно и характеризуются бурными эмоциональными и вегетативными проявлениями - гневом, радостью, тоской, страхом или тревогой. Лишь у небольшой части больных отмечается социально приемлемое поведение. Эти лица имеют определенные социально принятые установки, характеризующиеся достаточной устойчивостью и согласованностью (имеются в виду взгляды на мир и образ того, к чему человек стремится, антипатии и симпатии по отношению к значимым объектам, готовность действовать по заранее намеченному плану и т.д.). Очень высока криминогенность больных наркоманиями. Каждый потребитель рано или поздно обращается ко все более криминальным способам добычи материальных средств, необходимых для приобретения наркотика. Этим обстоятельством объясняется высокий уровень преступности и других социальных аномалий среди наркоманов.Н.С. Ларин, исследуя криминальность больных наркоманией, установил, что наибольшая частота противоправных деяний характерна для группы больных токсикоманией и осложненной наркоманией; причем обращает на себя внимание очень высокий уровень криминальности в период до начала систематического употребления наркотиков. Наибольшая частота правонарушений после начала наркотизации была им отмечена в группе в настоящее время редких больных с кодеин-ноксироновой полинаркоманией.

Криминогенность больных наркоманиями объясняется рядом факторов: потребностью в деньгах, так как наркотики стоят очень дорого; вынужденной связью с торговцами наркотиками, что само по себе тоже является противоправным действием; описанными выше изменениями личности, наступающими в результате наркотизации и проявляющимися в выраженном морально-этическом снижении. Кроме того, наркоманы могут совершать противоправные действия, находясь в состоянии наркотического опьянения или в психотическом состоянии, вызванном употреблением того или иного одурманивающего вещества. Необходимо отметить, что большинство правонарушений совершается в состояниях наркотического опьянения, чаще всего в абстиненции, а также в перерывах между употреблениями наркотиков. Описан целый ряд различных правонарушений, совершаемых больными. Это профессиональные правонарушения: они не выполняют трудовой договор и неоднократно совершают различные нарушения в рамках своей профессии. Это уголовные правонарушения, представляющие опасность и причиняющие ущерб обществу и отдельным лицам (причинение вреда здоровью и жизни; хищения собственности и др.). Это административные правонарушения (проступки), выражающиеся в посягательстве на установленный общественный порядок, прав и свободы граждан. Больные нарушают правила дорожного движения, таможенного контроля, посягают на деятельность и собственность частных или юридических лиц и т.д. Это, наконец, экономические правонарушения - такие, как незаконная предпринимательская, банковская деятельность, уклонение от налогов, заведомо ложная реклама, контрабанда, подделка денег и документов. Следует отметить, что наиболее чаще совершают правонарушения больные опийной (героиновой) и кокаиновой наркоманиями, реже - гашишной и другими формами наркоманий.

# Глава VI. Борьба с наркоманией

Кто же он, наркоман, преступник, которого надо ловить, сажать в тюрьму, или больной, которого надо лечить? Что заставляет его рисковать?

Наркомания - биологическая, прогрессирующая и смертельная болезнь. Период кайфа очень короток - 10-12 инъекций героина, 5-6 месяцев употребления опия. Затем наступает физическая зависимость, при которой наркотик становится лекарством, а наркоман - инвалидом. В отношении больного не должно быть понятия “виноват”. Наркобизнес - это другое дело.

Наркомания - это болезнь, ее надо лечить. Она страшна тем, что растет как снежный ком: когда перестают действовать более легкие наркотики, наркоман переходит на тяжелые, в конечном счете это приводит к гибели тысяч молодых людей. Сегодня наркоманы ушли в подполье. К этому привели запретительные меры, к которым от бессилия прибегают наши правоохранительные органы. Силы общества должны быть направлены на то, чтобы из наркоманов сделать не врагов, а союзников врачей и милиции”.

Среди борцов против наркомании бытует мнение, что наркоманы не хотят лечиться. Это неправда. Правильнее было бы поставить вопрос так: где и как можно лечиться? У многих ли есть деньги на это?

Во всем мире избавлением от наркозависимости занимаются медицинские учреждения разных форм собственности, где обеспечивается анонимность. Разрешительным документом для лечения таких больных является квалификация и профессионализм медицинского персонала.

Самое сложное в лечении наркомании - психологическая зависимость. Государственных реабилитационных центров у нас нет. Этим занимаются частные клиники. Но много ли найдется пациентов, готовых заплатить за услуги 30 тыс. рублей и более?

Наркоманию можно победить, но лечить надо и общество.

У каждой болезни есть своя причина. У сердечно-сосудистых - стрессы, у онкологических заболеваний - плохая экология, у наркомании - бездуховность общества. Наркомания - крайняя форма духовного кризиса личности.

Наркомания расцветает, когда старые ценности мертвы, а новые еще не созданы. В России нет национальной идеи, модели будущего. Помимо социальных причин есть причины личностные. Это болезнь недолюбленных детей, тех, у кого шаткая психика, нет душевных ориентиров. Ребенка недолюбили, не оценили таким, каков он есть, и в душе поселяются страдание и боль. Наркотики становятся обезболивающим средством.

Можно ли вылечить наркомана? Если рассматривать результаты лечения с позиции гриппа или ангины, то нет. Но это болезнь. Такая же, как и другие. Ее можно сравнить с сахарным диабетом. Больной диабетом - человек, который устроен не так, как все. Но он остается полноценным и здоровым, если не ест сладкого. Лечить наркоманию должна команда врачей-наркологов, психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников.

Существуют разные методики лечения. Рассмотрим некоторые из них.

Контрпропаганда

Несомненно, что одной из главных причин взрывного роста потребления наркотиков является неосведомленность потенциальных наркоманов - подростков и лиц с невысоким социальным статусом. В практической деятельности наркологов нередки случаи, когда молодой пациент сообщает, что даже не представлял себе эффекта и механизма действия наркотика, не говоря уже о формировании физической или психической зависимости.

Сложившаяся ситуация требует срочного развития системы контрпропаганды и разъяснительной работы об опасности наркотиков среди населения. Сейчас же, наоборот, пропаганда и реклама наркотиков преобладает в обществе над контрпропагандой. Реклама наркотиков производится обычно двумя путями:

· Прямая реклама (то есть, бытовой путь либо реклама энергетических напитков на радио, телевидении, бортах транспорта и т.д.)

· Косвенная реклама (видео - и книжная беллетристика с описанием безысходной борьбы с непобедимыми наркодельцами; некомпетентная контрпропаганда наркотиков лицами, не обладающими достаточными для этого знаниями).

Часто следствием описания действия наркотиков становится рост интереса к ним. В особенности это касается разнообразных “жареных” публицистических материалов в средствах массовой информации и на телевидении, радио.

По общему мнению врачей-наркологов, система контрпропаганды наркотиков должна строится на трех принципах:

широкий выбор средств контрпропаганды;

разумный выбор объектов профилактики;

компетентность разработчиков.

Предполагается, что должны использоваться наиболее популярные в обществе средства воздействия на массовое сознание - например, серии коротких рекламных видеороликов (на телевидении для них необходимо самое “горячее” время) и музыкальные видеоклипы, выступления популярных личностей, яркая полиграфическая продукция на рекламных щитах в общественных местах и в особенности, в местах сбора молодежи.

Выбор объектов профилактики - это создание профилактических сообщений, направленных на определенные группы населения. В качестве первого шага можно предложить создание раздельных программ для потенциальных наркоманов (подростков) и их близких. Такие программы будут отличаться и содержанием, и формой представления. В частности, для подростков главным должно стать негативное представление их личного будущего в случае употребления наркотиков, а для родителей - способы распознавания наркотической интоксикации и т.д. Различия в формах представления информации, видимо, понятны.

Компетентность разработчиков пропагандисткой продукции в первую очередь обеспечивается прямым и детальным знакомством с вопросами, касающимися обсуждаемого предмета. Под этот критерий в настоящее время подходят работники служб, непосредственно соприкасающиеся с наркотиками и наркоманами, например, профессиональные наркологи, активисты общественных антинаркотических организаций, работники соответствующих структур МВД. Обычно же в роли таких специалистов выступают плохо разбирающиеся в материале журналисты.

Необходимо отметить, что многие средства массовой информации охотно содействуют антинаркотической пропаганде на некоммерческой основе, понимая важность этой работы.

**Диагностика.**

Диагностика наркомании отличается от иной тем, что больные обычно сами сообщают врачу свой диагноз, но ни в коем случае не желают признавать его в немедицинских ситуациях. Поэтому, не будучи актуальной для врача-нарколога, проблема диагностики весьма важна для общества. Наиболее распространены следующие ситуации:

**Подростки**. Наиболее часто диагностика против желания больного связана с подозрением индивида в употреблении наркотиков, например родителями или учителями.

**Водители и лица ответственных операторских профессий (авиадиспетчеры, высотные монтажники и т.д.)** В анонимной наркологической практике люди этих профессий встречаются, хоть и не часто. Возможно, проведение контроля на содержание наркотиков в крови - так же, как делается для алкоголя, будет признано полезным.

**Милиция / охранные структуры**. Несмотря на то, что органы МВД и охранные предприятия призваны обеспечивать порядок в обществе и в этом контексте - противодействовать наркотикам, среди их личного состава также встречаются употребляющие наркотики и даже зависимые от них.

Для проведения обследований, в том числе в больших масштабах и даже в полевых условиях в настоящее время имеются недорогие иммунологические тесты Qwick-strip - мировой стандарт на экспресс методы распознавания наркотиков. Эти средства допускают качественный тест на наркотики по слюне испытуемого и обладают высокой избирательностью (теоретически можно обнаружить до 30 различных наркотических веществ). Срок обнаружения следов наркотика в биологических средах для опиатов составляет более 3-х суток.

Для практической работы достаточно наличия тестов на морфин/героин, тетрагидроканнибиол (алкалоид конопли), эфедрон и производные амфетамина. Тесты вполне могут быть табельным средством оснащения медицинских пунктов школ, автопредприятий, постов ГАИ, отделений милиции и т.д. Понятно, что для ограничения того или иного субъекта в гражданских правах положительного результата скринингового теста на наркотики недостаточно, и таковой должен быть подтвержден наркологической экспертизой.

**Неотложная помощь**

Можно выделить три группы мероприятий, требующиеся в подавляющем большинстве случаев оказания неотложной помощи больным наркоманией:

Токсикологическая помощь;

Психиатрическая помощь;

Реанимационная.

Объяснять важность проведения всех трех групп мероприятий не имеет смысла - неотложная помощь, это просто спасение жизни наркозависимого.

**Профилактика осложнений наркомании.**

В результате употребления наркотиков возможно развитие крайне серьезных осложнений:

· Передозировка опиатных наркотиков и снотворных угрожает смертью в результате остановки дыхания. Передозировка галлюциногенов (включая коноплю) опасна развитием психотического состояния, в котором больной не способен управлять своими действиями. Передозировка психостимуляторов (включая экстази) приводит к серьезным нарушениям сердечной деятельности;

· Хроническое отравление высокотоксичными продуктами (ацетон, толуол, бензол, уксусный ангидрид), содержащимися в кустарно изготовленных опиатных наркотиках. Такое отравление приводит к резкому снижению иммунитета наподобие СПИДа и токсическому поражению печени и головного мозга;

Заражение инфекциями, передающимися через шприцы и иглы. Сюда входят и СПИД, и гепатит (которым в Петербурге поражено до 95% “инъекционных" наркоманов), и скоротечный сепсис, приводящий к смерти.

Профилактика осложнений - направление, которому в настоящее время придается особое значение ввиду катастрофических последствий осложнений злоупотребления наркотиками.

**Детоксикация - снятие физической зависимости**

В настоящее время детоксикация не является проблемой для наркологии. В основном в детоксикации нуждаются зависимые от опиатов и барбитуратов. Доля последних в общем числе наркотиков невелика, а разработка методов детоксикации при злоупотреблении опиатами являлась одной из главных тем отечественной наркологии на протяжении последних 10 лет. Относительно таких методов следует заметить:

Имеются безопасные и быстрые методы детоксикации, не использующие наркотических средств.

Большинство больных, имеющих серьезное намерение прекратить употребление наркотиков, легко переносит опиатную абстиненцию, обходясь “домашними” средствами.

Тем не менее, следует поддерживать программы детоксикации ради привлечения большего количества наркозависимых к лечению.

**Реабилитация и социальная помощь**

Поскольку проблема ликвидации физической зависимости от наркотиков в целом решена, на первый план выходит задача борьбы с психической зависимостью. Это требует организации полномасштабных и продуманных реабилитационных программ, так как психическая зависимость от наркотиков напрямую связана с неспособностью больных адаптироваться к реальной жизни без химического допинга. К сожалению, как уже было указано, возможности реабилитации наркоманов в городе (и в стране) очень ограничены.

Лечение наркоманий и токсикоманий в настоящее время не имеет четкой патогенетической ориентации и во многом симптоматично, поскольку экспериментальные исследования и клиническая практика еще не выработали единых, общепризнанных методов лечения наркоманической зависимости. Это обстоятельство связано с недостаточным знанием интимных механизмов патогенеза наркоманий, которые, как известно, прежде всего обусловлены весьма тонкими и вначале малозаметными функциональными изменениями физиологических и биохимических процессов в центральной нервной системе.

В подавляющем большинстве случаев лечение сводится к госпитализации больного, лишению его возможности принимать наркотики, проведению дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. Перечисленные мероприятия купируют абстинентный синдром, разрушают физическую зависимость. Однако психическая зависимость, играющая в развитии наркомании, как мы полагаем, важнейшую роль, остается вне досягаемости для существующих сегодня психотерапевтических мероприятий, построенных в соответствии с традиционным психиатрическим подходом.

Сложные причины возникновения зависимости от наркотических и токсических веществ, приводящие в конечном итоге к заболеванию, страданиям и инвалидизации человека, не дают возможности избавиться от нее лишь с помощью врача и медикаментов, не в состоянии вернуть человека к нормальной жизни. Методы лекарственного лечения необходимы и эффективны лишь на первых этапах сложного процесса избавления от наркотической зависимости. Возвращение к людям, к обществу - это совместный труд врачей, семьи, педагогов. Полный курс лечения от наркомании и токсикомании состоит из четырех этапов.

Первый этап - нейтрализация ядов в организме человека. С помощью специальных растворов и медикаментов осуществляется выведение и избавление организма от наркотических веществ. Процесс выведения наркотиков особенно необходим при передозировке, в случае непринятия скоропомощных мер наркоман может погибнуть от остановки сердца или прекращения дыхания. Во время первого этапа также проводятся мероприятия по восстановлению физических сил лечащегося.

Второй этап - это восстановление нормального функционирования всех органов и систем человека, нарушенных длительным разрушающим действием наркотиков, неправильным образом жизни.

Третий этап - мероприятия, направленные на отвыкание от наркотиков, преодоление вредной привычки. В этой фазе лечения на первое место выступает воспитательное воздействие. Необходимо вызвать у больного негативное или хотя бы нейтральное отношение к наркотикам. Взамен наркотическому дурману интересы больного должны быть направлены на добрые дела, полезные для общества. Этой новой ориентацией и должны заниматься теперь педагоги, психотерапевты и психологи. Важность медикаментов отступает на второй план.

Четвертый этап - социальная реабилитация выздоравливающего пациента. Вернуть человека к самому себе, семье, к давно оставленному труду - задача трудная и не всегда выполнимая. Ведь наркотики подавили силу воли, отняли здоровье, стремление к жизни в обмен на иллюзии и несбывшиеся мечты. Поверить в человека, возвращающегося к людям, помочь ему в этом - долг нашего общества.

К настоящему времени сформировалось два основных подхода к наркополитике: традиционный подход акцентирует внимание собственно на борьбе с наркоманией, новые подходы - на борьбе с ее отрицательными последствиями.

Традиционная политика борьбы с наркоманией основана на сочетании информационного, социально-профилактического, медико-биологического и репрессивного подходов. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки.

Информационный подход ориентирует на сознательное восприятие норм и ценностей общества. Речь идет о пропаганде здорового образа жизни и об информировании о негативных последствиях наркопотребления.

Социальная профилактика направлена на устранение внешних (социально-экономических, бытовых, социально-психологических) причин и условий отклоняющегося поведения.

Медико-биологический подход помогает субъекту преодолеть внутренние, субъективные препятствия в стрессовой ситуации. Кроме того, наркологи стремятся выработать эффективные методики лечения наркомании, что, однако, связано с большими трудностями.

Наконец, применение санкций защищает общепринятые правила поведения, используя возможности принуждения за их нарушение. Если предыдущие методы ориентированы на работу с потенциальными или реальными наркопотребителями, то в рамках этого подхода главный акцент делается на борьбе с наркоторговцами.

Именно применение санкций против наркоторговцев и наркопотребителей долгое время было главной стратегией борьбы с наркотиками. Известны случаи, когда для устрашения наркоторговцев в некоторых странах приговаривали к смертной казни даже иностранных туристов, задержанных при перевозке относительно небольших партий наркотиков. Статистика, однако, свидетельствует, что традиционные меры борьбы с наркоманией давали в 1960-1970-е довольно слабый эффект, или даже вообще оказывались бесполезными: рост расходов на полицейские мероприятия шел параллельно росту наркомании. Поэтому в 1980-е стали высказываться призывы к поиску качественно новых путей.

Многие видят решение проблемы в том, чтобы частично легализовать наркотики и тем самым ослабить негативные последствия нелегального наркопотребления. Опыт Нидерландов показывает, что ограниченная легализация легких наркотиков (марихуана, гашиш) и иные нетрадиционные меры помощи наркоманам (например, бесплатная раздача шприцов для приема героина) привели не к росту, а к снижению наркомании и ее негативных последствий в сравнении с другими развитыми странами. Среди криминологов, экономистов и наркологов продолжаются дискуссии об эффективности легализации наркотиков. Однако в целом преобладает настороженное отношение к голландскому опыту, поскольку господствует мнение, что даже частичная легализация легких наркотиков может спровоцировать рост наркопотребления и его негативных последствий.

Иной подход в 1990-е продемонстрировали США: не отказываясь от продолжения "войны" с наркоторговцами, американское правительство сделало главную ставку на пропаганду здорового образа жизни. Сотрудников правительственных организаций и многих коммерческих фирм обязали проходить тестирование на наркозависимость, от результатов которого зависит их дальнейшая карьера. В результате в Америке удалось добиться перелома в борьбе с наркоманией.

Хотя и голландский, и американский методы борьбы с наркотиками демонстрируют высокую эффективность, однако их широкое тиражирование практически невозможно: голландский опыт основан на уникальном для Нидерландов сочетании терпимости и законопослушности, а американский - на использовании огромных финансовых ресурсов. Поэтому поиск эффективных путей борьбы с наркотиками продолжается и в наши дни.

# Глава VII. Статистика

Уже в далеком 1997 году Россия поняла, что население "подсело на иглу". Одной из самых главных причин наркомании в стране эксперты называют наркомафию. Всем известно, что самый прибыльный "бизнес" - это торговля наркотиками, их производство, доставка и распространение. К примеру, купленный в Афганистане килограмм героина за 9 тысяч долларов в Москве легко "уходит" за 150 тысяч. Положение с употреблением наркотических веществ детьми и подростками в России, в настоящее же время приобрело поистине угрожающие цифры.

Число преступлений связанных с наркотиками выросло на 91% (данные за 1997 г., Москва):

всего совершено преступлений, связанных с наркотиками - 8 720

к уголовной ответственности привлечено - 3 780 жителей столицы

россиян - 874 человек

выходцев из бывшего СССР - 749 человек

иностранцев (в основном из Нигерии) - 144 человек

женщин - 601

несовершеннолетних распространителей - 461

зарегистрировано 2 298 случаев изъятия героина

1 291 случай изъятия опия

1 155 случаев изъятия марихуаны.

В настоящее время 30% от всех обратившихся за медицинской помощью наркоманов - это люди в возрасте от 16 лет. По данным же МВД РФ 70% всех наркоманов - это подростки и молодежь.

Государственный научный центр психиатрии и наркологии Минздравмедпрома РФ регулярно проводит социологические исследования, и по последним отчетам картина наркомании в РФ такова:

среди подростков в возрасте от 14 до 18 лет спиртные напитки потребляют 88% мальчиков и 93% девочек

употребляли наркотические и токсические вещества, хотя бы один раз в жизни 56% мальчиков и 20% девочек.

потребляют наркотики в настоящее время 45% мальчиков и 18% девочек.

Согласно отчетам заместителя главного нарколога Москвы Е. Брюна:

в Москве насчитывается от 600 000 до 1 000 000 наркоманов

у 90% наркоманов диагностируется заразная форма гепатита

средний возраст наркомана неуклонно снижается до подросткового.

Наркологи утверждают, что эффективность лечения наркомании составляет 3-5%. Это значит, что из 100 наркоманов, подвергшихся лечению, только 3-5 человек в дальнейшем перестают принимать наркотики, а также то, что 95-97% пролеченных за государственный счет больных после окончания лечения продолжают употреблять наркотики.

Подсчеты в области лечения наркомании не отличаются оптимизмом. Например, содержание 1 больного в НИИ наркологии составляет около 900 рублей в день, 330 000 рублей в год. Если учесть, что из 100 человек вылечиваются 3-5, то несложно понять, какой бюджет просто-напросто вылетает в пустоту.

**В мире**

По данным ООН, в мире сейчас проживает около 200 млн. наркоманов, точнее "примерно 200 млн. человек, или 5% населения в возрасте от 5 (!) до 64 лет, употребляют наркотики. Число же тех, кого обычно называют наркозависимыми лицами, составляет примерно 25 млн. человек" (с) центр новостей ООН.

По данным того же доклада ООН, самый часто употребляемый в мире наркотик - марихуана (162 млн. человек), за ней следуют опиаты (16 млн. человек), кокаин (13 млн. человек) и героин (11 млн. человек).

Что примечательно, человечество вступило в XXI век с гораздо меньшими площадями выращивания наркосодержащих культур и масштабами наркомании, чем это было в начале прошлого века.

Статистика распространения наркомании в России в 2000-2010 гг.

[Распространение наркомании в России](http://www.fsknszfo.ru/new.php?id=1122) в последнее десятилетие происходило угрожающими темпами. За последние 10 лет количество наркозависимых граждан в России выросло на 60%.

В 2000 г. в России наркотической зависимостью страдали более 2 млн человек (по некоторым данным, около 3 млн).

В 2001 г. в России на учете стояли 369 тысяч больных наркоманией. По оценкам экспертов, реальное соотношение выявленных и скрытых наркоманов составляет 1: 10, то есть их около 3-3,5 млн.

По данным Минздрава РФ, в 2002 г. число официально зарегистрированных больных наркоманией в России составляло 450 тысяч человек, 70% из них в возрасте до 25 лет. По экспертным оценкам, реальное количество наркоманов в 5-8 раз больше, то есть может достигать 4 млн человек.

В 2003 г. в России употребляли наркотики около 4 млн человек. Эта цифра составляет 4% населения России. Только около 500 тысяч человек обратились в медучреждения за помощью. На учете в медучреждениях находилось только 15-20% от числа людей, употребляющих наркотики.80% употребляющих наркотики - это люди в возрасте 18-39 лет.

В 2005 г., согласно ежегодному докладу Международного комитета по контролю за наркотиками (МККН) при ООН, опубликованному 2 марта 2006 г., потребителей запрещенных веществ в России официально зарегистрировано 500 тысяч, однако, по данным МККН, общее количество лиц, злоупотребляющих наркотиками в России, "может достигать 6 млн человек. При этом 2 млн российских наркоманов - молодые люди в возрасте до 24 лет, а 1 млн российских граждан употребляют наркотики-опиаты, в основном героин.

В 2006 г., по данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) в России, по приблизительным подсчетам [насчитывалось порядка 2 млн. наркоманов](http://www.rian.ru/spravka/20070626/67829656.html). Состоящих на медицинском учете - 350 тысяч, но эта цифра плохо соотносится с действительностью.

В 2007 г. на госучете в России состояло 537 тысяч человек, которые или были, или больны наркоманией, или регулярно употребляли наркотики с болезненными последствиями. Согласно международным методикам расчета, [реальное количество наркозависимых примерно в пять раз больше](http://www.narkotiki.ru/gnk_6614.html), то есть 2-2,5 млн человек или почти 2% населения страны. Эти данные корреспондируются с данными Управления ООН по наркотикам и преступности.

Анализ статистических данных Минздравсоцразвития России, характеризующих учтенную распространенность наркологических заболеваний, показывает, что в 2007 г. специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрированы 356 тысяч 188 больных наркоманией, или 250,45 в расчете на 100 тысяч населения.

Показатель распространенности употребления наркотиков с вредными последствиями составил в 2007 г.181 тысяча 586 человек, или 127,68 больных на 100 тысяч населения.

Таким образом, суммарное число лиц, злоупотребляющих наркотиками, и состоящих на учете наркологических учреждений Российской Федерации, [составило в 2007 г.537 тысяч 774 человек](http://www.narkotiki.ru/gnk_6643.html), или 378,13 в расчете на 100 тысяч населения.

По учетам Минздравсоцразвития России, количество наркоманов [в 2008 г. составило](http://www.rg.ru/2009/09/08/ivanov.html) около 550 тысяч человек. Зарегистрировано более 140 тысяч детей и подростков, страдающих наркологическими расстройствами. По оценкам специалистов, количество лиц, потребляющих наркотики, в стране достигает примерно 2,5 млн человек, или почти 2% населения страны.

В сентябре 2009 г. в России [на учете стояли 550 тысяч человек](http://www.fsknszfo.ru/new.php?id=1122) (тех, кто обратился добровольно за помощью), а фактически в России 2-2,5 млн наркоманов.

От общего числа наркоманов в России по статистике - 20% - это школьники, 60% - молодежь в возрасте 16-30 лет, 20% - люди более старшего возраста.

Средний возраст приобщения к наркотикам в России [составляет по статистике 15-17 лет](http://www.netnarkoticov.ru/narkomanija-statistika.html), резко увеличивается процент употребления наркотиков детьми 9-13 лет. Зафиксированы случаи употребления наркотиков детьми 6-7 лет - к наркомании их приобщают родители-наркоманы.

Как заявил в феврале 2010 г. заместитель директора ФСКН России Олег Сафонов, по данным ООН самое большое число наркозависимых, в Иране и Афганистане, третьей в этом списке значится Россия. По данным Минздрава в России около 550 тысяч наркозависимых лиц, но по экспертным оценкам их [около 2-2,5 млн человек](http://www.rian.ru/society/20100212/208903661.html).

# Заключение

Наркотики - страшный враг, коварный и безжалостный. И избежать несчастий, которые несет в себе наркомания, легче всего одним способом - никогда не пробовать наркотики. В демографической пирамиде возрастного состава населения наркомания выбирает, прежде всего, самый многочисленный и репродуктивный слой - людей 20 - 50-летнего возраста. А ведь все экономическое благосостояние общества, как воспроизведение населения, в первую очередь зависит от этих людей. Потери значительной части населения в возрасте 20 - 50 лет могут нанести любому обществу огромный ущерб, поскольку оно утрачивает наиболее трудоспособную часть своего производственного и воспроизводственного потенциала.

Наркотики - бич ХХ века. Для профилактики этой страшной беды специалисты разрабатывают целые программы, включающие в себя следующие тенденции:

тенденция включить семью, особенно родителей, в движение против

наркотиков;

развитие способности сопротивляться;

выявление социальных групп, склонных к употреблению алкоголя и других наркотиков и разработка программ специально для них;

возрастающее внимание к программам, призванным минимизировать риск и негативные последствия от уже начавшегося употребления наркотиков.

Эти программы не разрешают употребление наркотиков, а ищут возможности минимизировать негативные последствия, связанные с их употреблением, для человека и общества.

Проблема наркомании многогранна. А механизмы возникновения наркотического пристрастия еще до конца не изучены. Предстоит сделать многое, чтобы наркотики в будущем перестали угрожать России и человечеству.

**И помните!** Ежегодно в России умирают около 30.000 человек вследствие приема наркотических средств. Каждый год выявляются 80.000 новых наркозависимых. Общее количество наркоманов от 2.000.000 до 2.500.000 человек в возрасте от 18 до 39 лет. Из них более 140 тысяч детей-подростков.

Годовой оборот наркотиков в России составляет не менее 200 тонн.

Статистика наркомании напрямую связана со статистикой грабежей и убийств. Большая часть подобных преступлений совершается именно ради добычи денежных средств на очередную дозу. Известно, что официальные данные как минимум на половину занижают реальную статистику наркомании в стране.

# Список использованной литературы

1. http://www.stop-narkotiki.ru/index. php/-2010.html
2. http://www.krugosvet.ru/enc/medicina/NARKOMANIYA.html? page=0,0
3. http://statistika.ru/zdr/2007/12/07/zdr\_9773.html
4. http://www.narkotiki.ru/christianity\_183.html#19
5. www.narcoinfo.com/vid.html.
6. http://www.netnarkotik.ru/programy\_reabil.
7. http://www.biometrica. tomsk.ru/ftp/dict/narco/narco1. htm (Сергей Белогуров. Популярная энциклопедия о наркотиках и наркоманиях)