**Содержание**

Введение

1. Причины наркомании

2. Стадии наркомании

3. Социальные последствия наркомании

4. Программа по борьбе с наркоманией

Заключение

Литература

**Введение**

Злоупотребление наркотиками, известное с древнейших времен, сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Особенно гибельно злоупотребление в молодежной среде - поражается и настоящее, и будущее общества. Люди употребляют наркотики в течение тысячелетий, но наука занялась ими сравнительно недавно. Эксперты Всемирной организации здравоохранения предложили следующее определение этим веществам: «наркотик - это такое вещество или смесь веществ, которые коренным образом отличаются от всех веществ, необходимых для нормальной жизнедеятельности человека, и прием которых влечет за собой изменения функционирования организма в целом, серьезно осложняет деятельность внутренних органов, центральной и вегетативной нервной системы». Медицинский смысл понятия «наркотик» (средство для наркоза) не совпадает с социальным, общеупотребительным среди людей (средство для получения удовольствия). Поэтому все заинтересованные стороны в России (медицина, юстиция и др.) договорились, что наркотиками будут считаться вещества, которые включены в Список наркотических средств. Таким образом, термин «наркотик» приобрел юридическую определенность. К наркотикам относят различные вещества, обладающие следующими характерными признаками:

• способностью вызывать эйфорию, приподнятое настроение;

• способностью вызывать наркотическую зависимость, то есть желание снова использовать наркотик;

• нанесением существенного вреда психическому и физическому здоровью человека, употребляющего их. В истории человечества известно несколько целей использования наркотических веществ:

• в медицине для обезболивания, в том числе наркоз во время операции; • в культовых целях (введение человека в состояние экстаза);

• для достижения удовольствия

Как показывают археологические исследования, люди знали и употребляли наркотики еще в дописьменный период. Около 2700 года до н.э. в Китае уже использовали коноплю в качестве лекарства от подагры. В Каирском музее находится мумия малолетней принцессы, жившей в XIV веке до н.э. Во рту у нее были обнаружены остатки опиума; возможно, что она умерла от его передозировки. Великий врач, философ Авиценна, живший в Иране и Средней Азии в XI веке н.э., предупреждал об опасности этих веществ. Сохранился выписанный им рецепт на опиумсодержащее лекарственное средство со специальным предупреждением: длительное употребление лекарства может вызвать неудержимое пристрастие к нему. Этот рецепт говорит о том, что медицинская мысль того времени уже пыталась противодействовать подобному злу. Токсикомания - хроническая болезнь, возникающая в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенными в официальный Список наркотических средств (органические растворители, клей, бензин). Наркомания (от греч. narke - оцепенение и mania - безумие) - заболевание, возникающее в результате употребления наркотических средств и психотропных веществ, вызывающих в малых дозах эйфорию, в больших - наркотический сон, одурманивание. Сущность наркомании:

• непреодолимое влечение к приему наркотика;

• постепенное повышение употребляемых доз;

• формирование абстинентного синдрома;

• психологическая и физическая зависимость.

Абстиненция - резкое ухудшение самочувствия, вызванное прекращением приема наркотика или уменьшением его дозы, к которой организм настолько привык, что далее не может функционировать без наркотика. Физические страдания опийного наркомана в абстиненции ужасны: озноб, насморк, зевота, усиливаются пото- и слюноотделение, расширяются зрачки, возникают сильные мышечные боли, «крутит, ломает» суставы, развивается понос. Больные не находят себе места, пытаясь облегчить боли в суставах, часты попытки самоубийства. При наркомании происходит тотальное поражение личности, затрагивающее все стороны внутреннего мира больного. Человек, идущий по пути наркомана, теряет друзей, семью, не может приобрести профессию. Он попадает в поле зрения преступных элементов и сам становится на путь преступлений, деградирует как личность. Б.Иванова, известный врач-нарколог, пишет: «Я не знаю точно, сколько наркоманов умирает в молодом возрасте, но в своей практике почти не встречала пожилых наркоманов, и, как правило, все, с кем они когда-то начинали, уже умерли». Таким образом, наркомания представляет собой серьезную опасность для общества, так как влечет за собой не только губительные последствия для человека, принимающего наркотические вещества, но и для всего общества в целом. Наркомания – сложное заболевание, которое находит свое отражение не только на физиологическом и психическом уровнях человека, но и на социальном, что приводит к деградации личности, нарушению семейных и групповых отношений, повышению правонарушений, снижению социального статуса и нередко летальному исходу.

**1.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 внимание 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.

**2. Стадии наркомании**

Наркомания – это заболевание, которое развивается поэтапно и в ее развитии можно выделить несколько стадий, которые тесно взаимосвязаны друг с другом. 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.

## 1) 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.

2**)** 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.

4) 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)

**3. 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.

**4**. **Программа по борьбе с наркоманией**

Наркотики представляют собой огромную угрозу для всего мира и для России в частности. В настоящее время эта проблема еще не до конца осознана обществом, поэтому важное место в деятельности социального работника должна занимать профилактическая, воспитательная и информационно-пропагандистская работа. Наркотическая зависимость – это достаточно серьезное заболевание. К сожалению, расчет только на собственные силы чаще всего малоэффективен, поэтому при решении данной проблемы не обойтись без квалифицированной помощи социальных работников, психологов, медиков. Социальный работник не может и не должен решать все проблемы клиента, поэтому одного желания лечиться тоже оказывается недостаточно. Клиенту следует настроиться на серьезную внутреннюю, самостоятельную работу. Социальный работник лишь помогает ему измениться, но найти свое новое «Я», свободное от наркотиков, научиться вести с ним диалог и обрести твердую почву под ногами может только сам клиент, ведь это же его «Я». Моя программа состоит из нескольких блоков, которые включают в себя различные этапы, способствующие постепенному выздоровлению и адаптации людей, страдающих наркоманией.

1 блок – это осознание своей зависимости от наркотиков и желание действовать, чтобы справиться с зависимостью. Данный блок является одним из самых сложных, поскольку большинству страдающих наркотической зависимостью очень сложно признать, что они больше не контролируют свою жизнь, не отвечают за свои поступки, что сейчас ими движет желание принять очередную дозу. Наркомания – это способ уйти от реальности, а отрицание своей зависимости – это способ уйти от себя.

На первом этапе социальному работнику необходимо установить контакт с клиентом. При этом социальный работник должен быть готов к тому, что клиент будет отрицать свою зависимость. Отрицание означает неспособность клиента увидеть реальность своей болезни: он преуменьшает ее влияние, обвиняет других людей, ссылаясь на то, что его семья, друзья и работодатели слишком многого от него ожидали. Клиент сравнивает себя с другими наркоманами, чья зависимость кажется “хуже” его собственной. Он может винить какой-то один конкретный наркотик. Основная задача специалиста по социальной работе на данном этапе объяснить клиенту, что проблема существует и требует немедленного решения. И самое главное – побороть наркотическую зависимость способен только сам клиент, мобилизуя свои внутренние силы, а социальный работник лишь направляет его.

На втором этапе основной задачей социального работника является борьба с отчаянием и бессилием клиента. Вся ложь, все оправдания и иллюзии улетучиваются, когда клиент перестает бояться видеть то, во что превратилась его жизнь. Он обнаруживает, что стал недружелюбным или совершенно замкнутым, а его отношения с семьей превратились в притворство, в пародию на любовь и близость. Клиенту может показаться, что все потеряно, когда он видит себя в таком состоянии: он начинает понимать, что даже если он не захочет принимать наркотики, он будет просто не в состоянии остановиться. Социальный работник должен объяснить клиенту, что наркомания – это не приговор, а болезнь. И как любая болезнь она требует лечения. А лекарством на данном этапе борьбы с зависимостью является готовность поверить в то, что можно жить по-другому, и захотеть это осуществить, честно признать свою зависимость и как следствие примириться с наркоманией и своим выздоровлением: не чувствовать страха перед людьми, которые будут помогать ему справиться с наркоманией, принимать выздоровление как дар, как работу, которая не труднее обычной жизни. Клиент должен понять, что болезнь и выздоровление – это части его жизни.

Третий этап – это работа с семьей и близким окружением клиента, выявление причин наркотической зависимости клиента. Ведь зачастую люди, страдающие наркоманией, винят в своей болезни семью, проблемы на работе, друзей, чьи ожидания они не оправдали. Мы должны объяснить близким, что без их помощи клиент не справиться, ему необходима поддержка близких людей и вера в то, что он сможет победить эту страшную болезнь, а они ему в этом помогут.

Итогом 1 блока программы является осознание того, что наркоманию можно преодолеть и со временем человек научится жить без наркотиков, у него появляется надежда на выздоровление.

2 блок – клиент понимает, что он не может выздороветь в одиночку, ему нужна помощь.

На первом этапе социальный работник должен предоставить клиенту возможность самостоятельного принятия решения. Клиент должен сам решить готов ли он изменить свою жизнь. Ведь пока он сам этого не захочет, ему никто не сможет помочь.

На втором этапе задачей социального работника является установление доверительного контакта. У клиента должно появиться желание совместно с данным специалистом решить свою проблему, он должен верить, что социальный работник способен и готов ему помогать, направлять его, способствовать его выздоровлению.

Итогом 2 блока является трансформация надежды в веру. Клиент осознает, что изменения не только возможны, но и неизбежны. Появляется готовность довериться социальному работнику и поверить в свои силы.

3 блок – выявление причин наркотической зависимости и определение мотивации к выздоровлению.

Первый этап – процесс познания себя, с помощью которого клиент и социальный работник выявляют истинные причины наркотической зависимости и ценные качества в характере клиента. При этом социальный работник может использовать метод интроспекции, метод самоотчета, метод идентификации, диалогическую беседу и биографический метод.

Второй этап - определение мотивов деятельности клиента: что послужило мотивом к выздоровлению. На данном этапе специалист по социальной работе, должен объяснить клиенту какую пользу принесет их совместная работа, а также объяснить важность работы над собой, так как может оказаться, что клиенту придется преодолевать барьер, обусловленный неготовностью признать, что наркомания задела все сферы его жизни. Большое значение на втором этапе имеет создание благоприятного психологического климата в семье и на работе (если клиент работает), при котором клиент будет осознавать, что готов справиться с порученной работой, причастность к ней, личную ответственность за ее результаты; клиент должен понимать ценность результатов, их важность.

Итогом 3 блока является принятие себя и уверенность клиента в себе и своих силах. Клиент начинает видеть в себе не только недостатки, но и положительные, ценные качества; понимает, что порой прошлый негативный опыт способствует развитию лучших качеств и служит толчком к началу новой жизни, в которой нет наркотиков. Совместная работа социального работника и клиента, проделанная в данном блоке, станет фундаментом для последующей работы.

4 блок – посредничество. Особенностью социальной работы как профессии является ее посреднический характер, который находит свое отражение в данном блоке.

На первом этапе появляется необходимость посредничества между клиентом и различными социальными учреждениями, а также другими специалистами (психологом, медицинским работником, юристом). Своим участием социальный работник усиливает волю обратившегося и побуждает встречную волю учреждения войти в положение клиента.

Второй этап – это направление клиента в реабилитационный центр, где ему могут оказать медицинскую помощь, помочь справиться с физическими проявлениями его болезни. Так как психологически клиент уже готов к выздоровлению. При этом социальному работнику необходимо поддерживать связь с учреждением, в котором находится его клиент, так как он должен предоставлять информацию о его состоянии и изменениях в поведении семье клиента.

Итогом 4 блока является физическое и психическое выздоровление клиента. Клиент начинает «новую жизнь», в которой нет места наркотикам, он осознает полную готовность влиться в социум.

5 блок – этот блок представляет собой социальную адаптацию клиента. После того как клиент полностью избавился от наркотической зависимости начинается не менее трудный этап – это его «возвращение» в социум. Социальный работник, как никто другой, может в этом помочь клиенту. Прежде всего, надо обеспечить недоступность клиента бывшим дружкам. Нередки случаи, когда именно в этот момент они стараются «облегчить его муки» и передать ему наркотики. Также немаловажным является преодоление депрессии, которая возникает после лечения в силу снижения жизненных функций и настроения. Этот период может длиться до полугода. И все это время клиент должен постоянно ощущать внимание со стороны своих близких, их готовность помочь.

6 блок – информационно-пропагандистская, воспитательная и профилактическая работа социального работника. Специалист по социальной работе должен выявлять факторы и группы риска на основе анкетирования, пропагандировать здоровый образ жизни и способствовать формированию в обществе негативного отношения к потреблению наркотических веществ, проводить различные профилактические беседы, организовывать встречи со специалистами различных областей знаний (например, организовать встречу школьников с психологом, медицинским работником, возможно с людьми, которые на своем опыте убедились, что такое наркомания, но смогли преодолеть эту страшную болезнь). Для осуществления данной деятельности социальный работник может использовать различные графические изображения (фотографии, плакаты), метод тестирования, и возможности ПК (слайды, видео).

Итогом 6 блока должна стать осведомленность населения о последствиях употребления наркотических средств, формирование отрицательной личной позиции по отношению к наркотическим средствам, а также готовность понять и впоследствии принять человека, справившегося с наркотической зависимостью в социум.

Ведь главное на пути к выздоровлению не только желание самого клиента и поддержка со стороны семьи и близких людей, а уверенность в том, что общество его примет и даст возможность реализовать свой личностный, творческий и профессиональный потенциал!

**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.

**Литература**

* 1. Большая медицинская энциклопедия./Гл. редактор Б.В. Петровский, Изд. 3-е. Т.1-30. М.://Советская энциклопедия, 1974, 253с.
	2. www.openeyes.ru/narcotici.html.
	3. www.narcoinfo.com/vid.html.
	4. http://www.narkotiki.ru/library\_5441.html.
	5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. М.: Изд. Академия, 2003,176с.
	6. http://www.netnarkotik.ru/programy\_reabil.
	7. http://www.narcozona.ru/vnvvdoc.html.
	8. http://nonarkotik.ru/.
	9. www.medline.narod.ru/
	10. www.narkotiki.ru/rup.html.
	11. http://www.narcoinfo.com/vid.html.
	12. Баландин А., Баландина Л., Джанибеков В. Самые опасные наркотики. М.: Авторское издание, 2008, 105с.