БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНЫХ НАУК

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

КУРСОВАЯ РАБОТА

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Минск, 2016

Оглавление

Введение

Глава 1. Теоретический анализ проблемы наркотической зависимости

.1 Определение понятие наркомании

.2 История развития наркомании

Глава 2. Физиологические, психологические и социальные факторы возникновения наркотической зависимости

.1 Физиологические факторы возникновения наркотической зависимости

.2 Психологические факторы возникновения наркотической зависимости

.3 Социальные факторы возникновения наркотической зависимости

Глава 3. Описание профилактики наркотической зависимости

Заключение

Список использованных источников

Введение

Проблема наркомании является одной из наиболее актуальных проблем современности. Она затрагивает страны всего мира все слои населения. Последствия наркотической зависимости являются отрицательными как для общества, так и для индивида в целом. Но, не смотря на эти последствия и общеизвестную информацию о пагубности наркотических средств, люди так же продолжают их употреблять

Злоупотребление наркотиками, известное с древнейших, 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. Наркотические мафии управляют государствами (Латинская Америка), имеют свои армии (Юго-Восточная Азия). Наркобизнес меняет даже географию и климат: катастрофичные наводнения в Южной Америке объясняют сведением лесов в Андах - земля нужна для посевов коки и мака [7, c. 9].

Рост распространения потребления наркотиков и зависимости от них является одной из острых медико-социальных проблем современного общества. На сегодняшний день наркомания представляет собой серьезную проблему для здоровья населения во многих странах, в том числе и в Республике Беларусь.

На протяжении последних 4-х лет динамика увеличения количества больных наркоманией в Республике Беларусь составляет около 540 человек в год. По состоянию на 1 января текущего года на диспансерном и профилактическом учетах состоит около 11 тысяч больных наркоманией и почти 2 тысячи - токсикоманией [1].

Особо гибельно злоупотребление наркотиками в молодежной среде: поражается и настоящее, и будущее общества. Причем возраст начала заболевания имеет тенденцию к омоложению. К сожалению, первое отечественное руководство по подростковой наркологии было издано только в 1991. До того времени цензурные строгости сдерживали такого рода работы и отбивали от них и отбивали от них интерес.

На сегодняшний день малоизучены социальные факторы среды и личностные характеристики, влияющие на формирование наркотической зависимости. Изучение данных факторов поможет выделить склонности к злоупотреблению, и факторы окружения влияющие на него влияющие. Так же поможет выявлять данную зависимость на ранних стадиях, или не допускать возникновения.

Объект исследования - наркотическая зависимость.

Предмет исследования - факторы возникновения наркотической зависимости.

Цель исследования - выявить физиологические, психологические и социальные факторы возникновения наркотической зависимости.

Задачи исследования:

. Раскрыть понятие наркомания.

. Проследить историю развитие наркомании.

. Определить физиологические, психологические и социальные факторы возникновения наркотической зависимости.

. Описать профилактику наркотической зависимости.

наркотик поведение социальный

Глава 1. Теоретический анализ проблемы наркотической зависимости

1.1 Определение понятия наркомании

Термин наркотик (Narcoticos - усыпляющий) является не точным т.к. характеризует лишь наркотические вещества, обладающие усыпляющим эффектом, опиоиды например. Эффект стимулирующих или галлюциногенных наркотиков не соответствует оригинальному определению. Столь же различны клинические и социальные понятия «наркотик», «наркомания».

Юридически критериями признания вещества наркотиком, прежде всего, служат социальная опасность и криминогенность. Только те вещества и препараты, используемые для злоупотребления, определены юрисдикцией как наркотики, которые особо распространены в нелегальном производстве и торговле. При этом к наркотикам относят и кокаин (стимулятор), и каннабис (психодислептик) - вещества любого действия, отвечающие единственному критерию социальной опасности. Юристами наркоманией признается заболевание только в том случае, если оно вызвано веществом, включенным в список наркотиков. Прочие вещества и препараты, которыми злоупотребляют, в русском языке называются «наркотически действующими» (но не «наркотиками»). Более точного понятийного термина нет. Злоупотребление наркотически действующим веществом, с точки зрения юристов, является не наркоманией, а «токсикоманией».

Клинически наркоманом считается тот, у кого сформированы клинические признаки болезни, обусловленной приемом веществ, находящихся в официальном перечне наркотиков. Токсикомания - те же самые клинические проявления, но обусловленные веществами, не отнесенными официально к наркотикам.

Терминологическая неточность и неустойчивость существует во всех языках. Например, в английском понятие «наркотик» предпочтительнее используется в юридических пособиях, фармакологических, патогенетических работах. В клинической, общемедицинской, социологической, популярной литературе употребляется термин «drug» (лекарство, средство), охватывающий и собственно наркотические вещества. Во всех областях знаний равно часто применяются для всех случаев термины «addiction» - пристрастие и «addict» - «наркоман», «токсикоман», «алкоголик» без разграничения. В немецком языке используются производные от «zucht» (влечение, страсть), смысловая тяжесть при этом переносится на состояние заболевшего, а не на категорию вещества, которым он злоупотребляет (misbrauchtsucht). Во французском языке терминология для обозначения болезни приближена к русской - «narcomanie», «toxicomanie».

Деление на больных наркоманией и токсикоманией тем более условно, что список наркотических веществ постоянно меняется, и, следовательно, одному и тому же больному со временем будут ставить разные диагнозы.

В данной работе я буду обращаться к термину И.Н. Пятницкой: наркотик - вещество, препарат опьяняющего, одурманивающего действия, способный вызвать состояние болезни, наркоманию; наркология - дисциплина, изучающая развитие, течение и исход наркоманий [2, с. 17].

1.2 История возникновения наркомании

Наркотики были издавна известны практически во всех мировых цивилизациях: в Древнем Египте, в Вавилоне, в Древней Греции, Древнем Риме, у ацтеков, инков, в Древней Индии, Китае и даже у народов Крайнего Севера.

Вещества, обладавшие в той или иной степени наркотическими свойствами, потреблялись, как правило, в натуральном виде. Девятнадцатый век положил начало массовому потреблению концентрированных наркотиков. В первом десятилетии был получен в чистом виде морфин, во второй половине столетия - кокаин, а в 1874 году из морфина был выделен героин. Все данные вещества первоначально использовались в качестве лекарств, они рекламировались различными компаниями, что подтолкнуло к их широкому распространению.

В Китае в конце XIX века более трети населения употребляло опиум. Это привело в 1840 году к первой опиумной войне, в результате которой экономика Китая пришла в упадок, ослабло управление государством, а к 1914 году численность наркоманов в Китае превысила 10 млн. человек.

В США широкое использование опиума в военно-медицинских целях привело к тому, что при прекращении его выдачи солдатам у них возникали тяжелые патологические состояния, лишь позже оцененные как абстинентный синдром. Согласно докладу правительства, в 1912 году в Соединенных Штатах Америки в результате потребления кокаина и героина скончалось более 5000 человек, что было обусловлено наличием беспрепятственного доступа к таким наркотическим средствам.

В Великобритании дешевый опий продавался в бакалейных лавках и свободно использовался до 1868 года.

Во Франции отмечалось существенное увеличение количества притонов курильщиков опия после колонизации Индокитая. В современном мире проблема незаконного потребления и оборота наркотиков приобрела глобальный характер.

Анализ истории потребления человеком наркотиков позволяет условно выделить ряд стадий данного процесса. Еще в древности, в процессе изучения окружающего мира человек столкнулся с наркотиками. Люди наблюдали за животными, которые потребляли наркотические вещества, что вызывало огромный интерес, порождало подражание им и возникновение культов животных. Позже люди стали использовать эти вещества в медицине и исследованиях (Египет, Центральная и Южная Америка), при этом применение наркотиков не носило пагубного характера. Это период характеризуется началом целенаправленного выявления лекарственных средств и проведения экспериментов на рабах.

С развитием науки во времена античности наркотические средства использовались исключительно как лекарства или яды, при этом злоупотребление, как правило, не наблюдалась.

В Америке наркотические средства являлись неотъемлемой частью культуры и религии индейцев, но злоупотребление ими не отмечалось. В это время в человеческом обществе в среде служителей культов появились люди, посвященные в тайны изготовления и потребления наркотиков, обладавшие привилегией общения с богами - жрецы. В их среде имело место злоупотребление веществами, вызывающими зависимость, но массовая наркомания как таковая отсутствовала.

В средневековье под гнетом церкви наука постепенно пришла в упадок и наркомания как феномен не существовала. Психоактивные вещества исследовали алхимики в поисках философского камня. К окончанию средневековья относится развитие фармакологии и первые попытки восстановления античных рецептов и разработки боевых ядов. Случаи наркомании были единичными.

К эпохе возрождения относится начало масштабной наркомании. В это же время отмечены первые факты массового злоупотребления наркотиками с целью получения наслаждения от их употребления. Во времена колониальных войн наркотики применялись для порабощения местного населения колоний. Из колоний наркосодержащие вещества привозились в Европу, что в дальнейшем способствовало появлению новых типов психоактивных веществ. К этому периоду относится развитие фармакологии и физиологии. В 1846 году был впервые использован наркоз.

С развитием индустриального общества в Европе толчок к развитию получили химическая и фармацевтическая промышленность. Повышение образования и благосостояния людей способствовало стремительному росту незаконного оборота наркотиков. Исследователи выделили алкалоиды (морфин, кодеин, опий) из опийного мака. Их использование повлекло эпидемии наркомании в отдельных регионах мира. В это время были разработаны способы синтеза многих синтетических наркотиков, начато их массовое производство, резко возросло распространение и производство психоактивных веществ, цены на них упали. Вместе с тем, контроль за оборотом веществ как таковой отсутствовал. Появились содержащие опий сиропы для младенцев, абсенты, кока-кола с добавлением кокаина.

В начале ХХ века общество осознало серьезность проблемы массового распространения наркомании, в связи с чем актуальным стал вопрос об установлении контроля за потреблением и распространением наркотических веществ. Одновременно появились первые способы лечения зависимости, которые не всегда являлись успешными. К числу последних, можно отнести способ лечения героином кокаинизма.

В этот же период международное сообщество приступило к разработке первых международных конвенций в сфере контроля над наркотиками. Перечень подконтрольных веществ постоянно корректируется, уточняется и дополняется.

Итак, история начала борьбы с наркоагрессией выглядит следующим образом:

г. - в Шанхае созвана Опиумная комиссия;

г. - в Гааге принята Международная конвенция по опиуму;

г. - в Женеве принята Международная конвенция по опиуму;

г. - принята Международная конвенция об ограничении производства и регламентации распределения наркотических средств;

г. - принята Международная конвенция по борьбе с незаконным оборотом вредных лекарственных веществ.

г. - создается комиссия ООН по наркотическим средствам,

г. - в Нью-Йорке принят Протокол об ограничении и регламентации культивирования растения мака, производства опиума и т.д.

г. - принята Единая конвенция ООН о наркотических средствах,

г. - Конвенции ООН о психотропных веществах.

К середине века оформились мощные наркокартели, доставляющие растительные и полусинтетические наркотики в США. Наркомания приобрела широкий размах в странах Западной Европы и Северной Америки и стала частью появившихся в то время молодежных субкультур: хиппи и панков.

К 70-м годам наркомания приобрела широкий размах в странах Юго-Восточной Азии и части Восточной Европы.

В 80-е годы наркомания значительно распространилась на страны Восточной Европы и Азии. В связи с этим, активизировалась и борьба против наркомании.

В 1983 году в Вене состоялась 30-я сессия комиссии ООН по борьбе с распространением наркотических средств, на которой была создана временная оперативная группа по наблюдению, контролю и координации действий в глобальном масштабе по борьбе с распространением и употреблением наркотиков.

В конце ноября 1987 года на 56-й сессии Генеральной ассамблеи Интерпола в Ницце обсуждались ключевые вопросы борьбы с контрабандой наркотиков.

В 1988 году принята конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотиков, установившая контроль над прекурсорами.

До распада СССР проблема наркотиков в целом находилась под контролем мощной государственной системы с огромным арсеналом средств воздействия, начиная с ограничения зарубежных контактов и заканчивая идеологическим процессом. Нелегально использовались, в основном, маковая солома, конопля, ацетилированный опий, первитин; синтетические наркотики отсутствовали в обороте.

С распадом Союза в странах бывшего СССР сложилась тяжелая финансово-экономическая и политическая обстановка, что явилось стимулом для расширения наркорынка.

Ухудшение уровня взаимодействия и активности правоохранительных органов стран СНГ привело к тому, что наркоситуация в данном регионе резко обострилась. Рост употребления наркотических средств повлек увеличение наркопреступности. Произошла интенсивная структурная перестройка нелегального наркорынка, возрасли изъятия опия, героина, кокаина, ЛСД по отношению к традиционным наркотикам растительного происхождения.

Конец ХХ столетия характеризуется развязыванием «войн» за рынки сбыта наркотиков. Окрепли новые «фигуры» - Афганистан, Польша, Бразилия, Югославия.

В 1990 году создана Программа ООН по международному контролю за наркотиками, в национальном масштабе разработана «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками» и первые государственные программы противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту [1].

Распространение наркомании уподобляют эпидемии. Имеется инфекционный агент - наркотик. Имеется эпидемический очаг - часто обнаруживается источник заражения. Так, полагают, что опиокурение в США появилось вначале в притонах Сан-Франциско, когда на строительство западных железных дорог в 50-60-х годах XIX века приехало много китайцев, привыкших курить опий. Тогда был принят местный закон, запрещающий заведения, где курили опий (в дополнение к общегосударственному Акту Гаррисона). В Нидерландах опиомания распространилась из портовых китайских опиокурилен в Роттердаме, гашишизм в Великобритании с начала 60-х годов - от «зараженного» канадского эстрадного оркестра. Эпидемического характера вспышки с высокой контагиозностью наблюдались в 60-х годах в среде хиппи; с 70-х годов XX в. в США, а с 80-х - в СССР появились нюхальщики в школах определенного района [2, с. 13].

Распространение наркомании уподобляют эпидемии. Контагиозность, вероятность передачи инфекции в развитии наркотизма называется прозелитизмом - появлением «последователей». Считается, что каждый больной наркоманией «заражает», по разным источникам, 5-17 человек. Аналогия распространяется и на наркогенность вещества - силу, скорость, с которыми вещество вызывает привыкание. Наркогенность уподобляется силе инфекционного агента. Героин наркогеннее транквилизаторов, как вирус опаснее бактерии. Уподобление наркомании эпидемии - не риторическая фигура. Как многие аналогии, оно несет понимание методов борьбы и профилактики [2, c. 18].

Терминологическая неточность является проблемой, так как возможны неверная постановка диагноза, расхождение понятий у населения и специалистов по наркологии, что способствует недопониманию и не помогает в борьбе с самой наркоманией. Но, к сожалению, объединение всех сфер, в которых данные понятия (наркотик, наркомания) применяются невозможно. Поэтому неточности останутся, и разночтения будут всегда помехой.

Рассматривая историю наркомании можно сделать вывод, о том, что присутствие наркомании в жизни человека было всегда. История развития наркомании поражает своей протяженностью, и это дает повод задуматься о ее опасности, а также о необходимости предприятия мер по ликвидации или снижению опасности данной проблемы. Но можно заметить, что меры предпринимаются, но это не только не останавливает развитие наркомании, но и не замедляет ее распространение и интенсивное развитие. Это связанно с развитием цивилизации, доступностью информации о наркотиках. В противопоставление мера борьбы, наркоторговцы новые пути добычи, перевозки, хранения и сбыта наркотиков. Следовательно, нужен иной подход к мерам борьбы с наркоманией.

Глава 2. Физиологические, психологические и социальные факторы возникновения наркотической зависимости

2.1 Физиологические факторы возникновения наркотической зависимости

Биологические объяснения склонности к злоупотреблению наркотическими веществами имеют основанием бесспорный факт различия реакций людей на биологические воздействия. Известно, что люди неодинаково переносят жару, холод, голодание. В эпидемию заболевают не все, при массовых отравлениях, в том числе бактериальными токсинами, кто-то остается здоровым, профессиональными болезнями поражаются лишь часть работающих во вредных условиях. Разумно предположение, что и при воздействии наркотических алкалоидов наркоманическая зависимость развивается не у всех. Это подтверждается и тем фактом, что пробующих наркотик намного больше, чем заболевающих наркоманией. Наглядность этого - не только в отношениях с употреблением спиртных напитков и алкоголизмом, но и в отношениях с медицинским употреблением анальгетиков и опиизмом, лечением бессонницы и барбитуратизмом. Сейчас такую избирательную ранимость, подверженность наркомании мы видим в условиях широкого распространения эпидемии «пробования» летучих наркотически действующих веществ [3].

Известна роль расовых различий реакций на наркотик: у монголоидной расы снижена переносимость этанола, негроидная, а также некоторые этнические группы Юго-Восточной Азии отвечают возбуждением на те опийные алкалоиды, которые вызывают седацию у белокожих. Даже у животных обнаруживаются видовые различия реакций: парнокопытные, кошачьи (в том числе львы и тигры), собаки, медведи, лягушки, грызуны (кроме кроликов и крыс) отвечают на опиаты возбуждением. Лошадям перед скачками тайно вводят морфин. Такова же реакция кошек на валериану. Кошки добровольно употребляют спиртовые растворы только в состоянии стресса (впервые ученые зафиксировали это в Лондоне при бомбардировках во время Второй мировой войны). Обезьяны отказываются от спиртного и в опытах самовведения предпочитают барбитураты или кокаин, мыши - фенциклидин, от которого отказываются крысы [4].

Согласно концепции А.А. Портнова полярность, амбивалентность реакций на любой внешний раздражитель - один из механизмов видового самосохранения. Так, при громком шуме олени убегают, но часть стада остается на месте, новую еду едят только некоторые крысы - примеров очень много. Полярность реакции - гарантия выживания популяции за счет сохранившейся части. Таким образом, полярность реакции на наркотик не только у животных, но и у человеческих рас - реакция неспецифическая, к собственно наркотику отношения не имеющая. И с какими бы дополнительными характеристиками наркотическая амбивалентность ни коррелировала, эти характеристики с тем же, если не большим основанием должны быть соотнесены с общебиологической видовой полярностью. Тем не менее индивидуальная склонность существует. То или иное опьяняющее вещество «подходит» или «не нравится», что злоупотребляющий активно преодолевает начальную плохую переносимость, но все же даже в условиях ограниченного выбора наркотиков он свой выбор делает[5].

В исследовании И.Н. Пятницкой обнаружилось, что многие больные, начавшие злоупотребление в раннем возрасте, сознательно избирали наркотики, а не алкоголь, так как спиртное, его запах, вид пьющих вызывали у них отвращение из-за воспоминаний об отце-алкоголике. Не только поэтому оценка роли наследственности в предрасположении к злоупотреблению затруднена. По наблюдениям И.Н. Пятницкой, алкоголизм родителей иногда, напротив, приводит к демонстративной трезвости детей. Это характерно для тех детей, которые успели родиться до начала его (ее) злоупотребления. В ряде случаев наши пациенты-наркоманы рассказывали, что принимают наркотики, а не спиртное именно потому, что отец, больной алкоголизмом, вызывал у них отвращение. И именно в этой группе было раннее, как мы упоминали, начало наркотизации. Здесь примечательно не то, что дети больных алкоголизмом не стали злоупотреблять алкоголем, а то, что они все же стали (и рано) наркоманами; важно, что им не удалось избежать злоупотребления[6].

Это свидетельствует о передаче некой неспецифической предрасположенности к патологическому поведению, к нездоровью.

По существу опыт столетий говорит об этом. Теория А.Б. Мореля (середина XIX в.) о дегенерации была основана именно на анализе нескольких поколений потомства пьяниц. Вырождение - это «болезненное уклонение от первоначального типа», накопление и передача по наследству психических и телесных расстройств. А.Б. Морель привел длинный список признаков («стигматы Мореля»), указывающих на вырождение: форма черепа, ушей, пальцев, ногтей, черт лица, строение скелета и пр. Будучи психиатром, он описал личностные типы дегенератов, болезни дегенерации. Это нравственная испорченность, расстройства влечений, приступы бешенства, слабоумие, эпилепсия. К расстройствам влечения, отмеченным А.Б. Морелем, до настоящего времени относят самоубийства, злоупотребление опьяняющими веществами, бродяжничество, непродуктивную жизнь, склонность к безделью, воровству, поджогам, сексуальным извращениям, проституции, другим формам криминального поведения. Накапливаясь, патология прерывает генетическую линию на 4-м поколении бесплодием, безбрачием или мертворождением. Морель при издании своей работы в 1857 г. добавил, что вырождение вероятно не только вследствие пьянства, пьянство действует «наряду с другими внешними факторами»; имеет значение «непосильный труд в антисанитарных условиях»[2, с. 425].

В среде современных детей и подростков следует отметить одно явление, это высокий порог нейрофизиологического раздражения. К нему относятся любовь к ярким «ядовитым», «химическим» краскам, их сочетаниям в одежде, комнате, украшенной по своему вкусу. Такие дети обнаруживают высокую переносимость мелькающих на дискотеках и концертах огней на протяжении длительного периода времени, хотя указанное раздражение - классический (и изученный) фактор, вызывающий эпилептические припадки[4].

Чрезвычайную выносливость у этих подростков показывает и слуховой анализатор: громкая музыка, однообразная мелодически и ритмически, переносится безболезненно. Известно, что громкие слуховые раздражители крайне опасны, к снижению шума стремятся на производствах, современные бытовые приборы снабжены (по требованию покупателей) указателем предельного шума. У многих взрослых людей громкие раздражители, даже не однообразные, вызывают головную боль, бессонницу, подъем артериального давления, учащение пульса. В экспериментах на животных (крысах) показан отрицательный эффект сверхсильных акустических раздражителей: возбудимость, судорожные припадки, язвы слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, нарушение репродуктивной функции [4].

О повышении порога восприятия внешних раздражителей свидетельствует и стремление к «экстремалу» - занятиям, сопряженным с опасностью, «на грани». Даже невежественные дети выучили слово «адреналин», им нужно, как они говорят, «хлебнуть адреналинчику», нужен «глоток адреналина». В популяции такие люди находились всегда, но это были единицы, сейчас же экстремизм становится явлением. Когда он появился на Западе, это можно было объяснить благополучной, «скучной» жизнью. Теперь же экстремизм распространен и в тех странах, где насыщенность событиями вполне достаточна [2, c. 415].

Высокий порог возбудимости объясняет и характер ранней половой жизни. Подростки, о которых идет речь, как правило, не знают состояния влюбленности - волнений, переживаний, возникающих при мыслях, взглядах, прикосновениях, виде объекта издали, т. е. они лишены того достаточно длительного периода, который предшествует физическому сближению. Эти раздражители оказываются слишком слабыми. Впечатления не воспринимаются и вследствие низкого уровня эмоционального развития. Цинизм, безответственность, частая смена партнеров, допустимость промискуитета также основаны на слабости эмоционального включения в сексуальную жизнь и высоком пороге раздражения. Высокий порог раздражения эмоциональных переживаний в какой-то степени может объяснить обращение к наркотикам. Объяснение их употребления желанием «повеселиться», «побалдеть» странно для людей юного возраста, которым в норме должны быть присущи высокий жизненный тонус, жизнерадостность, «смех без причины», смешливость. Поиск дополнительного источника веселья кажется излишним. Но если принять во внимание, что для хорошего уровня функций, в том числе эмоциональной, требуется сверхсильный раздражитель, то тогда стремление к опьянению получает свое объяснение [5].

Преодоление изначальной непереносимости наркотического вещества, принимаемого группой сверстников (в отсутствие свободного выбора), обнаруживает весомость для начала злоупотребления не только биологических, но и личностных факторов. Следовательно, и тогда, когда станет известным патогенез зависимости, биологические характеристики разрешат прогнозировать развитие состоявшейся болезни, но не позволят категорически предсказывать вероятность ее начала, поэтому построение профилактической работы в популяции на базе биохимических, физиологических и прочих исследований - а такие попытки делаются уже сейчас [2, c. 456].

Эпидемический характер распространения наркотизации не позволяет, утверждать жесткую биологическую предуготованность индивидуума к злоупотреблению. Как при алкоголизме, где количество заболевших превышает вероятное число случаев предопределенности, так и при наркоманиях мы не можем надеяться выделить «обреченных» на злоупотребление. Для суждения о том, почему люди, а как свидетельствует эпидемиология, в основном молодежь, обращаются к наркотизации, необходимы психологические исследования побудительных индивидуальных и групповых поводов. Оценка эпидемий злоупотребления психоделическими веществами показывает, что существуют некие более широкие, чем групповые, популяционные мотивы, наркоманическое поведение возрастных и социальных когорт. Ответ на вопрос, почему для некоторой части молодой популяции значим поиск эйфории, почему желание опьянения перевешивает стремление к реальным жизненным ценностям, не может быть найден в сугубо наркологических работах, для этого требуются психологические и социальные исследования [2, c. 431].

2.2 Психологические факторы возникновения наркотической зависимости

Изучая личность наркомана, наркологи обращают внимание на отдельные черты, делающие его уязвимым, неустойчивым к действию опьяняющих средств, черты, толкающие к активному поиску опьянения. Кроме того, исследуются временные состояния, когда появляется склонность к одурманиванию, ситуационные. К этим временным состояниям в узком смысле относят, прежде всего, аффективные расстройства, потребность выровнять фон настроения, используя эмоциотропное положительное действие наркотиков [2, c. 415].

Окружающая обстановка в семье оказывает прямое влияние на формирование психики ребенка. В семье, где присутствует даже скрытая неприязнь, правильное эмоциональное развитие ребенка нарушается.

В семьях алкоголиков присутствует обстановка напряженности, тревоги, насилия и скандалов, горя, отсутствия необходимых ребенку любви, заботы и разумного воспитания. Приступы любви, как и приступы раскаяния в трезвые промежутки, чаще не успокаивают, а пугают ребенка своей несообразностью, неожиданностью и грубостью, характерными для эмоциональности больных алкоголизмом. Нужно сказать, что здесь не исключен и собственно токсический фактор. В семьях деградированных пьяниц принято угощать спиртным маленьких детей, а иногда и принуждать их к этому [7, c. 110].

Другая патологическая эмоциональность семьи проявляется в особом виде защиты ребенка от внешнего мира, по существу в виде изоляции - гиперопеки. Гиперопека проистекает также из крайностей эмоций старших - чрезмерности, утраты связи между чувством и разумом. Причиной гиперопеки может служить также и высокий уровень тревожности родителей. И это последнее, и гиперопеку следует оценивать как наследственность, отягощенную эмоциональным неблагополучием, и как показатель эмоциональной неустойчивости самого пациента, его невыносливости к житейским эмоциональным нагрузкам[6, c. 25].

Следует также оценить семьи, которые можно назвать беспорядочными. Беспорядочная семья - это не только семья, где царят хаос и грязь, где пьянствуют, где конфликт постоянен и взрослые бесконечно выясняют отношения. Многие вполне психически благополучные семьи, но занятые своими интересами, загруженные работой, не в состоянии обеспечить последовательность воспитания, контроль и помощь ребенку в становлении необходимых качеств. Общим для беспорядочных (и благополучных, и неблагополучных) семей является разрыв традиций. Эти семьи или не передают жизненного, нравственного, понятийного опыта потомству, или способны передать только отрицательный опыт. Но, кроме того, беспорядочные и конфликтные семьи оказываются постоянным психотравмирующим фоном для растущих детей. Итогом такого стресса полученного в детстве являются состояние напряжения, изменение схемы психических переживаний, их кататимность, иная направленность, а иногда и психическая дезорганизация. В расширенное понятие стресса вкладывают и накопление вредностей, протрагированные отрицательные воздействия, в частности семейные, школьные. Дети с грузом неблагоприятных жизненных событий отличаются колебаниями настроения, сниженной самооценкой, затруднением в контактах, недоверчивостью, готовностью к агрессии, склонностью к злоупотреблению, другим девиациям [6, c. 30].

Личность наркомана преморбидно отличают черты незрелости (неустойчивость и невыраженность высоких, в частности интеллектуальных, интересов, целей, внушаемость, чувство стадности) и несовершенная адаптация или адаптация к банальной повседневности адекватная, но недостаточная для сложных условий. Следствием этих качеств является наряду с отклонениями в поведении и социальной неустойчивостью подверженность наркотизму. Отмечаются и другие черты незрелости: неадекватная самооценка, несоразмерность притязаний, слабый самоконтроль, неспособность преодолевать трудности, противостоять стрессам, недостаточные прогноз и рефлексия, незрелые механизмы защиты, непрочность, несформированность нравственных понятий, что проявляется в том числе «в недоразвитии совести и в завистливости» [8].

Считается, что преморбидная личностная недостаточность создает необходимость в коррекции самоощущения и самооценки подсобными средствами, наиболее простым и быстродействующим из которых является наркотик. Часть перечисленных особенностей совпадает с тем, что диагностируется как пограничные состояния: аффективная неустойчивость, импульсивность, нестабильность отношений, преобладающие чувства одиночества, непонятости, пустоты, неспособность себя контролировать и пр. Однако частота пограничных расстройств в популяции превышает распространенность наркомании, и в отличие от распределения наркомании по полу пограничные расстройства более часты у женщин. Возможно также выделение в обширном перечне особенностей преморбидной личности структур менее патологического, более приближенного к норме смысла (стеничные, астеничные, истеро возбудимые и т. д.) [9].

Попытка установить тип личности, некую постоянную совокупность черт, который вовлекается в злоупотребление с большей частотой, чем другие, трудно осуществима и потому, что потребление начинается в возрасте, когда личность оказывается в неравновесном, достаточно аморфном состоянии пубертата.

В наркологических работах обособление от взрослых, агрессивность к обществу, воспринимаемому как враждебное, солидарность с возрастной группой, поиск чувственных впечатлений, сексуального опыта, даже познавательные интеллектуальные побуждения подростков считаются достаточными объяснениями наркотизации. Разные авторы придают некоторым особенностям большее значение, нежели другим. Л. Е. Личко выделяет реакцию имитации, А. А. Коломеец считает, что высокий риск создается незавершенным формированием мотиваций и нравственных ценностей, повышенной чувствительностью к средовым воздействиям, опасность угрожает тем подросткам, которым свойственны зависимость от ситуации, пассивное в ней поведение. Не во всех исследованиях подтверждается использование опьяняющих средств, с целью избегания трудностей и преодоления проблем [2, c. 415].

Также существует временный мотив употребления наркотиков. Временным мотивом является мотив прагматический, когда наркотик принимается для облегчения психического состояния. Временный мотив обнажается исследовательским поисковым поведением мальчиков; после реализации он утрачивает силу. Временным ситуационным можно считать «пробование» в группе сверстников. Последние мотивы поглощаются обозначением «познавательный». Желание испытать особые ощущения невозможно отделить при любом использовании наркотических средств даже там, где первоначален иной мотив. Именно стремление к удовольствию создает проблему наркомании. Поскольку стремление к удовольствию - свойство всего живого, его следует считать постоянным. Активен поиск опьянения животными в свободных природных условиях. Гернет Н. Н. описал случай привыкания к курению мальчика 2,5 лет, который тянулся на руки любому человеку с папиросой [2, c. 450]. Присущая всем, а не только патологической личности, эта черта у некоторых людей (стремление к удовольствию) доминирует и проявляется не только в склонности к опьянению. Однако лишь одного свойства, стремления к удовольствию, именно из-за его всеобщности недостаточно для объяснения наркотизма. Социологическое объяснение, подразумевая стремление к удовольствию, дополняется следующим: «Образ жизни наркомана - заостренное, утрированное воплощение потребительства, целенаправленное выключение себя из традиционной деятельности человека, эгоцентрическое потребление результатов заботы и труда окружающих; социальные связи разрываются из-за эгоистических устремлений». А.И. Дурандина пишут о многоуровневых факторах, и социальных, и психологических, подводящих личность к наркотизации [2 c. 400].

Так же следует обратить внимание на проблему аддиктивного поведения. Addiction - по английски пагубная привычка, пристрастие к чему-либо, порочная склонность. Аддиктивным поведением стали называть злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того, как от них сформировалась физическая зависимость [10]. С.А. Кулаков распространил этот термин и на случаи без индивидуальной психической зависимости.

Для подростков термин “аддиктивное поведение”, возможно, наиболее адекватен. Вряд ли удачно назвать наркотизмом случаи, когда злоупотребляют не наркотиками, а другими веществами. Еще менее удачно назвать поведение токсикоманическим, когда токсикомания еще не сформировалась, а злоупотреблять могут и наркотическими веществами. Термин “аддиктивное поведение” указывает на то, что речь идет не о болезни, а о нарушениях поведения. Лечение в этих случаях может быть направлено на дезинтоксикацию, если в этом есть необходимость. Главное при аддиктивном поведении - не медицинские, а воспитательные меры. Также описано два пути развития аддиктивного поведения, на каждом из которых можно выделить определенные этапы. Эти пути были отслежены В. С. Битенским [13].

Первый путь можно назвать полисубстантным аддиктивным поведением. Подростки пробуют на себе действие различных токсических веществ, среди которых может выбрано наиболее привлекательное. Но злоупотребление может оборваться и до такого выбора.

Второй путь - моносубстантное аддиктивное поведение. Подростки злоупотребляют только одним веществом, чаще всего это обусловлено тем, что только к нему имеется доступ, но иногда они отказываются от всех других. Данный путь был назван С.В. Битенским “первичным мононаркотизмом”.

Эти пути имеют свои этапы. Первый этап - этап проб, он служит началом аддиктивного поведения. Впервые пробуют, какое либо веществе под влиянием компании, или приятеля. В большинстве первым выбирают алкоголь, иногда гашиш и ингалянты. Затем может последовать отказ от употребления или его повторение. Причиной отказа могут быть неприятные ощущения вызванные интоксикацией, или страх пристраститься к выбранному веществу, или угроза наказания.

Далее наступает этап поискового “полинаркотизма”. Он наступает после повторения проб наркотика.Обычно это происходит в компаниях и разные психоактивные вещества употребляются совместно.

Этап выбора завершает поиски предпочитаемого вещества. Подросток останавливается на выборе одного из веществ. Но зависимость еще не сформировалась [7, 115].

2.3 Социальные факторы возникновения наркотической зависимости

Влияние средовых факторов на макросоциальном и микросоциальном уровне достаточно наглядно. Наркотизмом поражаются определенные группы населения, в частности преступники, богема, десоциализированная среда люмпенов и, напротив, среда беззаботных, не занимающихся делом и обеспеченных. Социальное влияние, опосредованное через «моду», предопределяет эпидемический характер распространения наркомании [2, c. 411].

Эпидемиология наркотизма также показывает влияние внешних факторов, среды: алкоголизм более распространен в странах, где производят много алкогольных напитков, опиомания и гашишизм - в странах с традиционным выращиванием мака и конопли (Ближний Восток, Северная Африка, Юго-Восточная Азия и пр.). [2, c. 21].

Роль социальных факторов прослеживается там, где строг общественный контроль, в частности религиозный, профессиональный. И напротив, распространенность наркотизации в определенной профессиональной среде, например шоу-бизнесе, медицинской, также подтверждает значение социальных факторов, условий. Употребление наркотиков, как полагает Л.Н. Рыбакова, должно рассматриваться как значимая и целесообразная деятельность определенной части членов общества.

Социологический подход к проблеме наркомании должен учитывать стадии развития этого социального феномена, его нормативной структуры на распространение наркотиков. Наркомания изучается как социальное отклонение не через изначальные психические отклонения, послужившие причиной обращения к наркотикам, а через нежелательные отклонения в условиях взаимодействия индивидуумов в обществе, в реализации ими своих ролей, своего потенциала, т. е. тех особенностей жизнедеятельности людей, которые регулируются обществом. Наркомания рассматривается как результат неэффективности социальной сферы с точки зрения определенных типов индивидуального образа жизни.

Социологический подход к наркомании позволяет выявить дисфункциональные особенности в образе жизни индивидуумов и групп и разработать меры противодействия этому отклонению. Следовательно, и социологический анализ должен рассматривать явление на уровне индивидуума и на уровне микрогрупп. Без этого оценка социальных и внешних факторов, определяющих распространенность и форму наркотизма, все-таки не дает в полной мере возможности объяснить его причину. Необходимость искать взаимодействие и взаимовлияние на уровне «микрогруппа - общество» перед нашими глазами: это не только групповая наркотизация подростков, но и всем известное пьянство цехами, сменами, гаражами, дворами и неформальными обществами [2, c. 21].

К социальным моментам следует отнести уровень распространенности наркотизма в обществе, моду, способ времяпрепровождения в компании с пробованием наркотиков. С такой точки зрения объясним и молодежный наркотизм - мода захватывает в первую очередь, а иногда и исключительно молодежь. Это формирует у молодежи «наркоманическое поведение» [7, c. 101]. На фоне наркоманического поведения и оказываются возможными отдельные вспышки злоупотребления теми или иными одурманивающими веществами, как мы видим сейчас на примере ЛНДВ. В связи с этим выделяемый Г.А. Небогатиковым фактор риска - хорошая осведомленность о наркотиках - является не столько индивидуальным, сколько социальным показателем. Мода, широкое распространение создают не только «наркоманическое поведение» - мотивационную установку. Образуется стиль, образ жизни, когда наркотизация становится обязательной, создается наркотический климат. По данным М.Е. Поздняковой, московские потребители наркотиков среди металлистов составляют 77 %, панков - 67 %, хиппи - 57 %, рокеров - 41 %, брейкеров - 40 %. Сходные данные, характеризующие неформальные молодежные группы, приводит В.С. Битенский. Путем приобщения к наркотизму оказывается вхождение в некоторые неформальные молодежные группы, наблюдение за наркотизацией, стремление идентифицировать себя с этой субкультурой [2, c. 413].

В молодежной культуре наркотики часто рассматриваются как социальная функция, действие. Так, для хиппи потребление наркотиков - ритуал, реализация своей философии жизни: наркотики - символ, сближающий группу и отделяющий ее от остального общества. Группы «готов», «панки» используют наркотики как символ отрицания общественных норм и даже как средство самоотрицания, стремление к разрушению, в том числе себя, сходное с членовредительством - прокалыванием частей тела (пирсинг), отказом от мытья, стрижки и т. д. [11].

Другими словами, здесь видятся извращенная, с общепринятой точки зрения, социализация, вхождение в особое общество с усвоением соответствующих обществу норм. При этом знание пагубных последствий не останавливает подростков от злоупотребления. Общественность бывает удовлетворена, когда подростки в школьном классе дружно и заученно признают вред наркотиков для здоровья. К сожалению, это значит, что просвещение здесь проводится, но не говорит о КПД этого просвещения - за стенами класса у подростков своя жизнь. Так, И.Г. Ураков отметил, что среди подростков, выразивших отрицательное и резко отрицательное отношение к наркотикам, 10,1 % признались в их употреблении. В другом исследовании аналогичной возрастной группы подростков, знающих о вреде наркотиков, эти авторы установили потребление наркотиков только на основании опроса в 20-22 % случаев [6, c. 31].

Н.А. Сирота показала, что угрожаемые в отношении наркотизации подростки (как и подростки-наркоманы) отличаются от здоровых нарушенным нормативным эталоном восприятия и понимания окружающих. В отличие от наркоманов они не склонны к отрицательным оценкам, но их оценки окружающих, родителей, себя неустойчивы, не содержат определенной прогностической информации, они затрудняются в выборе референтной группы общения. Тем не менее, группы общения формируются и, как показывает однотипность их поведения, не случайно. Поскольку под влияние моды попадают не все, не всегда случайно люди оказываются в той или иной социальной группе, поиск причин ведется в постоянном непосредственном окружении тех, кто начинает злоупотребление [2, c. 418].

Исследования микросредовых влияний на приобщение к наркотикам и на развитие злоупотребления многочисленны. Особое внимание уделяется кровной семье, поскольку наркотизация начинается в годы жизни в семье родителей; семья остается важнейшим фактором социализации ребенка. В работе Н. Steinhausen показано, что неполная семья патогенна. У детей с единственным родителем обнаруживаются трудности общения; неправильное поведение часто характерно для детей, чьи матери одиноки, в семьях низкого социально-экономического статуса, низкой культуры, растущих без внимания и заботы. В 60-х годах XX в. V. D. Pisani сформулировал понятия «семейный дефицит» и «недостаточность социальных стимулов» (что в последующем не совсем точно стали обозначать как «социальная депривация») как причину наркотизации при взрослении. Роль социальной депривации, к сожалению, обычно сужается, в ней видится лишь причина отсталости развития (главным образом интеллектуального).

В целом известно, что риск наркотизации высок в будущем для детей, происходящих из семей со множеством жизненных проблем, замеченных в непослушании, мелком воровстве, плохой успеваемости. Обращено внимание не только на «хронические неполадки», но и на нарушение иерархической структуры даже в полной семье, неспособность избегать и разрешать конфликты, «секретность» друг от друга, на изоляцию семьи от окружающих. Это дети, в семьях которых отношения посредственные и плохие, дети, нарушающие дисциплину, с безразличным или отрицательным отношением к труду, асоциальным поведением [2, c. 433].

Биологические объяснения склонности к злоупотреблению наркотическими веществами имеют основанием бесспорный факт различия реакций людей на биологические воздействия. Высокий порог нейрофизиологического возбуждения влияет на наркотизацию индивида.

Предуготованность к психической нестабильности возникает в раннем детстве. Это происходит в момент рождения: смена комфорта, укачивающего ритма сердечных сокращений матери на холодный чуждый мир. Другими словами, все человечество из поколения в поколение психотравмировано. Окружающая обстановка в семье оказывает прямое влияние на формирование психики ребенка, поэтому психотравмирующая обстановка в семье может влиять на предпосылки наркотизации.

Социальные факторы возникновения обусловлены микро и макро средой. Например, семья или группа сверстников являются причинами наркотизации.

Так же можно заметить, что все факторы возникновения связанны между собой, и их разделение - условно.

Глава 3. Описание профилактики наркотической зависимости

Согласно классификации ВОЗ профилактика разделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика направлена на предупреждение возникновения болезней. В наркологи она включает серы борьбы со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими токсичными веществами.

Вторичная профилактика подразумевает меры предназначенные для того чтобы задержать развитие болезни. В наркологии сюда относят не столько раннюю диагностику и лечение, сколько совокупность мер для предотвращения рецидивов после лечения раннего алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, включая специальное противорецидивное лечение.

Третичная профилактика ставит целью предотвращение инвалидности главным образом с помощью реабилитационных мер. В наркологии она охватывает ограниченную, но весьма трудную область - тяжелые но далеко зашедшие случаи наркоманий после неоднократных рецидивов и безуспешного лечения.

Э.А. Бабаян отметил, что классификация ВОЗ умаляет значение первичной профилактики, и только она является истинной. Первичная профилактика была разделена им на радикальную, включающую изменение социально-культурных условий жизни населения (пропаганда здорового образа жизни, спорт, санитарное просвещение и т.п.), а также меры, запрещающие и контролирующие, и раннюю, под которой подразумевалось выявление ранних стадий болезни (запоздалая профилактика), на предотвращение рецидивов (поздняя профилактика) и принудительное лечение далеко зашедших хронических случаев (терминальная профилактика).

Предложено так же иное разделение профилактики на первичную, вторичную и третичную в зависимости от поля деятельности [Егоров В.Ф., Врублевский А.Г., Вороник К.Э., 1989]. К первичной профилактике относят все, что адресуется ко всему населению (от системы запретов, до санитарного просвещения), вторичная профилактика направлена на выявление группы риска, а третичная - уже к тем, кто злоупотребляет.

Первичная профилактика в наркологии располагает, по сути дела, двумя основными методами - системой запретов и наказаний и санитарным просвещением. Вспомогательным важным приемом является выделение контингентов высокого риска аддиктивного поведения.

За систему запретов и наказаний отвечают органы внутренних дел. Законом преследуются незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка и сбыт сильнодействующих и ядовитых веществ. Но употребление таких веществ без назначения врача (например, опьянение вызванное большими дозами транквилизаторов) не наказуемо. Однако совершеннолетние, вовлекающие несовершеннолетних в немедицинское потребление, лекарственных и других средств, несут за это уголовную ответственность. К сожалению, эффективность этих мер не велика.

В отношении злоупотребления алкоголем и пьянства энергичные казалось бы, меры, принятые в 1985 г., оказались не только малоэффективными, но из-за непродуманности и поспешности повлекли за собой ряд весьма неблагоприятных последствий. Резкое ограничение продажи алкогольных напитков, а также изъятие их дешевых сортов привело к тому, что среди подростков стало больше распространяться злоупотребление токсическими веществами, особенно доступными средствами бытовой химии и наркотиками, изготовленными кустарным способом, из дикорастущих мака, конопли или иных материалов [12].

Уголовное преследование совершеннолетних за спаивание несовершеннолетних было неизбежно обречено на провал в связи с широким распространением пьянства в семьях. К моменту принятия этого закона около 30-40% подростков употребляли алкоголь в семье [Братусь Б.С., Сидоров П.И., 1984]

При всей необходимости системы запретов для профилактики аддиктивного поведения у подростков только этой системой ограничиваться невозможно, так как либо она оказывается недостаточно эффективной, либо вовсе недейственной. Следует так же обратить внимание на санитарное просвещение.

Использование санитарного просвещения в целях профилактики аддиктивного поведения является не простой задачей. Санитарное просвещение предназначено разъяснить, какой вред для здоровья, для физического и психического развития, для будущего в целом наносит злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами.

Попов считает, что субъективная цена собственного здоровья в определенной части нового поколения подростков упала - все более актуальной становится проблема саморазрушающего поведения.

Еще большие трудности возникают в области санитарного просвещения в отношении ненаркотических токсических веществ.

Энтин [Энтин Г. М., 1987] предлагает информировать подростков только о наркотических и токсических веществах, которые встречаются в данном регионе, и раскрывать только вред для здоровья, лишение перспектив в спорте и выборе престижных профессий. Однако действенности данного подхода мешает упомянутое падение субъективной цены здоровья и саморазрушающее поведение.

Опрос нескольких тысяч учащихся старших классов школ, профессионально-технических училищ и техникумов показал, что лишь 5 - 10% проявляют устойчивый интерес к спорту и ценят успехи в этой области, в то время как современной музыкой увлекаются 50 - 60%, а последняя не ставит преград к аддиктивному поведению [14].

Эффективность санитарного просвещения среди подростков самими наркологами была признана низкой. На Всесоюзном семинаре по проблемам подростковой его участники оценили как плохую эффективность антиалкогольной пропаганды в 63%, деятельность обществ борьбы за трезвость - в 90%, профилактику наркоманий и токсикоманий - в 58%. [7, c.120].

Гульдан В.В. проведя исследование на предмет информированности подростков о наркотиках установил, что для 14-летних подростков, никогда не употреблявших никаких токсических веществ, главным источником информации в этой области являются телевидение и фильмы. Поэтому они лучше знают об опиатах, чем об ингалянтах и транквилизаторых, которыми злоупотребляют их сверстники. Среди них же бытует представление, что “наркоманом можно стать с одного раза” [7, c.122].

По мнению Бабаяна Э.А. информация о наркотиках может вызвать нездоровый интерес к ним, и способствовать распространению злоупотребления, поэтому санитарное просвещение в данной области должно быть ограниченно группами высокого риска. Их же сверстники, склонные к злоупотреблению токсическими веществами, получают сведения в основном от своих же приятелей или обладают собственным опытом. Они лучше знаю об ингалянтах и других опьяняющих веществах, которыми пользуются в их компаниях. Представление о зависимости у них более реальные [15].

Однако согласно Уголовному кодексу, строго караются незаконное приобретение, изготовление, хранение, перевозка и сбыт наркотических веществ, а также склонение других к их употреблению. Отсутствие сведений у населения, особенно в среде молодежи о том, какие вещества законом признаются наркотиками, а какие к ним не отнесены, способно создать парадоксальную ситуацию - незнание того за что нужно нести уголовную ответственность. Как известно, эту ответственность несут лица с 16-летнего возраста. Поэтому, Личко А.Е. провел исследование среди тех, кому в ближайшем будущем предстояло ознакомиться с действием наркотиков, а именно среди поступивших в медицинский институт в первые дни учебы - до того, как им были прочитаны информационные лекции по основам наркологии, введенные в начале учебы. В перечень для проверки знаний были включены только лекарственные наркотики. Было выяснено, то сведениями о принадлежности таких препаратов, как опий, морфин, героин (наименования, часто упоминаемые средствами массовой информации), располагают 80 - 90% поступивших в медицинские институты. Зато другие препараты названия, которых не фиксируют в текстах, передаваемых средствами массовой информации (ноксирон, промедол и т.д.), были отнесены к наркотикам лишь в 5 - 10%. В тоже время 52% посчитали кофеин наркотиком. Даже 17-летние выпускники медицинских училищ лишь в 38% случаев знали, что наркотиком является омнопон и только в 11% ноксирон, притом что 10 - 15% рассматривали как наркотики кофеин. Последнее свидетельствует о существенных пробелах в подготовке по наркологии среднего медицинского персонала. Нельзя не предположить, что молодые медики могут служить источником дезинформации подростковой популяции [7, c. 118].

Существуют три вида профилактики болезней. Первый направлен на предупреждение возникновения заболевания. Второй необходим для того чтобы задержать болезнь. А третий для того чтобы не допустить инвалидность. По способам - разделяют профилактику на санитарное просвещение и систему запретов и наказаний. Но на данный момент, эффективность таких способов профилактики достаточно низкая. Даже сами наркологи признают эту проблему.

Как было выяснено - большую часть информации он наркотиках подростки получают из средств массовой информации, от сверстников и в меньшей степени от взрослых. Данные сведения помогут эффективней разрабатывать методы профилактики.

Заключение

Наркотик - вещество, препарат опьяняющего, одурманивающего действия, способный вызвать состояние болезни, наркоманию; наркология - дисциплина, изучающая развитие, течение и исход наркоманий. Клинически наркоманом считается тот, у кого сформированы клинические признаки болезни, обусловленной приемом веществ, находящихся в официальном перечне наркотиков. Токсикомания - те же самые клинические проявления, но обусловленные веществами, не отнесенными официально к наркотикам.

Распространение наркомании уподобляют эпидемии. Для заражения наркоманией необходим контакт с уже “зараженным” или больным. Уподобление наркомании как эпидемии объясняет вспышки этой болезни. Вспышка наркомании сопровождается введением нового, “модного” наркотика.

История свидетельствует о том, что наркомания сопровождает все развитие цивилизации. При этом ее масштабы с каждым годом увеличиваются. Меры борьбы являются не эффективными, так как рост наркомании не прекращается.

Рассматривая факторы возникновения наркотической зависимости можно заметить их связность и не раздельность. Влияние культуры, индивидуальных особенностей психики, генетических и биологических данных, все это способствует развитию наркомании.

Существенной проблемой является подростковая наркомания. Подростки имеют недостаточное количество информации и примеров о последствиях наркомании, следовательно, из за несформировавшегося представления о наркотиках подростки не видят ограничения для продолжения эйфорического эффекта, ведь в начале употребления побочные эффекты проявляются не всегда.

Существует такая проблема как аддиктивное наркоманическое поведение. Трудно отслеживаемое, так как зависимость еще не сформировалась. Решение данной проблемы в основном лежит на профилактике. Но у профилактики наркомании имеются недостатки и основной из них - небольшая эффективность, признанная самими наркологами.

Список использованных источников

1. Министерство внутренних дел // История развития наркомании. - 2010-15

2. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. - М. “Медицина”, 2008.

. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. - Санкт-Петербург “Лань”, 1998. - 652 с.

. Беспалов А.Ю., Звартау Э.Э. Нейрофармакология антагонистов рецепторов. - Санкт-Петербург “Невский диалект”, 2000. - 296 с.

. Портнов А.А. Общая психопатология. - Москва “Медицина”, 2004. - 320-345 с.

. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. - Москва “Медицина”, 2002.

. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. - Ленинград “Медицина”, 1991.

. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. - Киев: Здоровье, 1989. - 212 с.

9. Давыдовский И.В. Общая патология человека. - М.: Медицина, 1969. - 610 с.

10. Miller W. Addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. - Oxford ets.: Pergamon Press, 1984,. - p.

11. Фромм Э. Бегство от свободы. - М.: Прогресс, 1995. - 256 с.

. Сидоров П.И., Никифоров И.А. Проблемы подростковой наркологии // Вопр. наркологии.- 1989.- № 3.- с. 22-26.

. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Дворяк С.В. Наркомании у подростков - Киев Здоров’я, 1989 - 216 с.

. Князев Ю.Н. Анализ медико-социологического обследования учащихся школ, ПТУ и техникумов г. Бобруйска // Вопр. наркологии.- 1988. - с. 35-36.

. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова - М, 1988 - Т 2 - с. 169-218.