

Федеральное агентство по образованию  
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ГОУ ВПО «АмГУ»

УТВЕРЖДАЮ  
Зав. кафедрой ПиП  
\_\_\_\_\_ А.В. Лейфа  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2007 г.

ПСИХОЛОГИЯ НАРКОТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ  
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
для специальности 050711 – «Социальная педагогика»

Составители: Н.А. Кора

Благовещенск, 2007

Печатается по решению  
редакционно-издательского совета  
факультета социальных наук  
Амурского государственного  
университета

Н.А.Кора

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Психология наркотизации личности» для студентов очной и заочной форм обучения специальности «Социальная педагогика». - Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007.

Рецензент: И.Ю.Кирилишина, канд. психол. наук, доцент БГПУ

© Амурский государственный университет, 2007

## **СОДЕРЖАНИЕ**

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ
2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ
  - 2.1 Тематический план занятий
  - 2.2 Планы практических занятий
  - 2.3 Задания для самостоятельной работы
  - 2.4 Примерный перечень тем рефератов
  - 2.5 Примерный перечень вопросов к экзамену
  - 2.6 Критерии оценки знаний студентов
3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
4. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

## 1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Преподавание дисциплины «Психология наркотизации личности» в вузе призвано содействовать приобретению знаний в области теории и практики разработки системы профилактики злоупотребления психоактивными веществами в среде несовершеннолетних и молодежи, а также развитию культуры и профессиональной компетентности в рамках проектной, конструкторской и управленческой деятельности. Основными ключевыми проблемами, рассматриваемыми в ходе изучения данного курса, являются: природа зависимости личности от наркотических веществ, личностная предрасположенность к наркомании, а также использование современных технологий профилактики детского и подросткового наркотизма.

Ознакомление с опытом, накопленным в области профилактики злоупотребления психоактивных веществ, может рассматриваться необходимым условием профессионального становления будущего социального педагога, занимающегося профилактической деятельностью в образовательном учреждении, и, в конечном итоге, является залогом эффективности его работы.

**Цели курса:** анализ проблемы теоретической и практической работы по профилактике злоупотребления наркотическими веществами в образовательных учреждениях и ориентировка будущих социальных педагогов в основах планирования и организации профилактической работы по предупреждению наркотизации личности на разных возрастных этапах.

**Задачи курса:**

- обеспечить овладение знаниями о свойствах наркотических веществ и их действии на организм человека;
- ознакомить с основными целями и задачами профилактической работы по предупреждению детского и подросткового наркотизма;

- ввести в систему современных технологий профилактики наркотизации личности.

### ***Место курса в общепрофессиональной подготовке выпускника***

Проблема воспитания у детей и подростков стремлений к здоровому образу жизни всегда является актуальной, так как человечество постоянно подвергается различного рода соблазнам (табак, алкоголь, наркотики и т.п.), которые разрушают его физически и личностно. В настоящее время ситуация обостряется в связи с общей нестабильностью нашего общества, сложностью современных социальных процессов, ухудшением межличностных отношений, утратой основных социальных ценностей. Поэтому «Психология наркотизации личности» сейчас является одной из важнейших в ряду отраслей психологии и неотъемлемой частью фундаментальной подготовки будущих социальных педагогов.

Знание научных основ психологии наркотизации личности и основ разработки и реализации профилактических программ необходимо для их эффективного использования и, безусловно, является обязательным условием для разработки специалистом собственной программы профилактической деятельности, построенной с учетом особенностей той категории населения, с которой ему предстоит работать.

### ***После изучения данного курса студенты должны***

- знать закономерности возникновения наркотической (алкогольной) зависимости в подростковом и юношеском возрасте;
- знать объективные и субъективные факторы, причины вызывающие социальную дезадаптацию подростков;
- понять механизм приобщения к алкоголю и наркотикам в детском и подростковом возрасте;
- уметь определять основные признаки наркотического опьянения учащихся;
- знать последствия употребления детьми и подростками психоактивных веществ;

- владеть необходимыми умениями и навыками профилактической работы в области предупреждения алкогольной и наркотической зависимости;

– уметь разрабатывать программу формирования мотивации отказа от употребления наркотических веществ детьми разных возрастных групп;

– уметь планировать и организовывать профилактическую работу с родителями по антинаркотическому воспитанию детей и подростков.

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### 2.1 Тематический план занятий

№ п/п	Наименование раздела, темы	Аудиторная работа		Самост. работа
		Лекции	Практ.зан	
<b><i>I. Природа зависимости личности от наркотически веществ</i></b>				
1.	История возникновения и распространения наркотических веществ	2	2	8
2.	Виды наркотических веществ и их действие на организм человека.	4	2	8
3.	Факторы риска наркотизации и защитные факторы	2	2	8
<b><i>II. Психологическая предрасположенность личности к употреблению наркотических веществ</i></b>				
4.	Личностная предрасположенность к употреблению наркотических веществ	4	2	8
5.	Причины употребления психоактивных веществ детьми и подростками	2	2	8
6.	Мотивация наркозависимого поведения	2	2	8
7.	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических веществ	4	2	8
<b><i>III. Теоретические основы профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде</i></b>				
8.	Концептуальные модели злоупотребления психоактивными веществами.	4	-	8
9.	Зарубежный опыт профилактики наркотизации личности	2	-	8
10.	Содержание	2	2	8

	профилактической работы в условиях школы			
11.	Современные концепции профилактики употребления наркотических веществ	4	-	8
12.	Основы построения программ профилактики злоупотребления наркотическими веществами	4	2	8
<b>Всего: 150 час.</b>		<b>36</b>	<b>18</b>	<b>96</b>

## **Раздел I. Природа зависимости личности от наркотически веществ**

### ***Тема 1. История возникновения и распространения наркотических веществ***

Применение наркотических средств в религиозных обрядах. Раннее использование опиума в медицинских целях до нашей эры в Западной Азии и Восточном Средиземноморье. Культ галлюциногенных грибов в различных культурах народа. Использование препаратов каннабиса (конопли) в Древнем Китае. Роль метрополий в распространении наркотических веществ.

Массовое распространение наркотиков в Европе. Основные этапы распространения наркотических средств в России. Первая Конвенция о наркотиках. Борьба с незаконным распространением наркотиков в России.

### ***Тема 2. Виды наркотических веществ и их действие на организм человека***

Определение понятий «наркотизм», «наркомания».

Гашиш. Фазы гашишного опьянения, их симптоматика. Нарушения, возникающие при гашишном опьянении: познавательной деятельности, двигательных функций, способности правильно оценивать временные интервалы. Передозировка гашиша. Первая помощь при отравлениях гашишем.



Опиаты. Естественные алкалоиды опия и их полусинтетические дериваты. Синтетические анальгетики. Морфин – главный алкалоид опия. Механизм действия морфина. Острая интоксикация. Проведение наркологической экспертизы. Вегетативная симптоматика. Первая помощь при отравлении опиатами.

Барбитураты и ноксирон, обладающие снотворным действием; механизмы их действия. Фазы опьянения и их симптоматика. Формирование зависимости. Вегетативная симптоматика. Признаки передозировки барбитуратами.

Транквилизаторы – психоактивные вещества, обладающие способностью уменьшать тревогу, страх, психическую напряженность. Механизм действия. Вегетативная симптоматика. Первая помощь при отравлении транквилизаторами.

Психостимуляторы. Симптомы фенаминовой интоксикации. Действие эфедрина в высокой концентрации.

Холинолитические вещества. Фазы холинолитического опьянения. Диагностика этого вида опьянения. Терапевтические мероприятия.

Определение токсикомании. Ингаляционные психоактивные вещества и средства бытовой химии. Интоксикация бензином. Первая помощь. Интоксикация ацетоном, ацетонсодержащими растворителями и пятновыводителями. Диагноз. Неотложная помощь.

### ***Тема 3. Факторы риска наркотизации и защитные факторы***

Понятия «фактор риска», «защитные факторы».

Различные подходы к выявлению факторов риска наркотизации.

Обобщенная классификация факторов риска наркотизации в зависимости от уровня их проявления. Личностные защитные факторы риска.

## **Раздел 2 . Психологическая предрасположенность личности к употреблению наркотических веществ**

#### ***Тема 4. Личностная предрасположенность к употреблению наркотических веществ***

Сущность психологической предрасположенности личности к употреблению наркотических веществ.

Основные формы психологической защиты личности в ситуации психического напряжения. Проявление индивидуальных особенностей индивида в регуляции психического напряжения. Механизмы регуляции психических состояний. Интрапсихический конфликт. Интегративное поведение личности.

Психологические особенности подросткового периода и употребление наркотиков. Особенности отношения взрослых к подросткам. Обретение собственного «Я» – основное содержание подросткового периода. Центральная проблема подросткового периода (по Л.С.Выготскому). Основное содержание концепции подросткового периода (по Э.Эриксону). Отрицание – основа поведения подростков. Приобретение альтернативных ценностей, противостоящих традиционным ценностям общества.

Объективные и субъективные факторы, вызывающие социальную дезадаптацию подростка: экономическая или социальная неустойчивость; неблагополучное соседство и общественная необустроенность; доступность наркотиков и алкоголя; семейное неблагополучие; недостаточные интеллектуальные способности и отсутствие мотивации учения; неблагополучные установки и ценностные ориентиры; общение с людьми, употребляющими наркотики и алкоголь.

Роль различных особенностей характера в клинике подростковых наркоманий (акцентуации характера, психопатии). Поведенческие реакции, типичные для подросткового возраста (А.Е.Личко, В.В.Ковалева).

Факторы, препятствующие распространению детского наркотизма.

## ***Тема 5. Причины употребления психоактивных веществ детьми и подростками***

Первый опыт знакомства с действием токсических субстанций. Механизм приобщения к алкоголю в дошкольном возрасте. Усвоение младшими школьниками психологических функций алкоголя и накопление опыта его физического воздействия.

Влияние старшего по возрасту или значимого для ребенка человека – основная причина детской наркотизации (реакция имитации). Возникновение психологической зависимости как следствие детского любопытства и стремления испытать себя в новой ситуации. Желание детей пережить состояние эйфории – основа установки на употребление психоактивного вещества во взрослой жизни. Механизм подражания определенной групповой норме, манере поведения в подростковом возрасте. Эффект группового подражания и давления. Психологическое воздействие старшеклассников на детей, манипулирование ими, стремление подчинить себе как средство их самоутверждения.

## ***Тема 6. Мотивация наркозависимого поведения***

Причины быстрой социальной деградации личности при употреблении наркотических веществ.

Понятие «амотивационный синдром». Причины проявления амотивационного синдрома.

Проблема исследований мотивации употребления наркотических веществ. Анализ классификаций мотивационных факторов, обуславливающих возникновение зависимости от психоактивных веществ В.Ю.Завьялова, Е.В.Змангосвской, В.С.Битенского. Исследование проблемы мотивационных факторов в зарубежной психологии наркотизации личности (М. В. Holmberg, А. М. Nicholi, D. Hell, R. Battegay и др.).

Выявление мотивации употребления психоактивных веществ.  
Основные типы мотивации употребления психоактивных веществ.  
Позитивная мотивация, включающая гедонистические мотивы. Негативная мотивация (атактические мотивы и мотивы гиперактивации поведения).  
Адаптивная мотивация (субмиссивные мотивы и мотивы псевдокультурного типа).  
Выявление ведущего мотива – необходимое условие планирования психокоррекционной работы с детьми и подростками, употребляющими психоактивные вещества.

### ***Тема 7. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических веществ***

Взаимосвязь и взаимозависимость основных последствий употребления детьми и подростками психоактивных веществ. Основные требования к изложению информации учащимся, родителям, учителям о последствиях употребления наркотических веществ.

Комплекс психологических последствий, приводящий к распаду личности, ее раздвоению, потере смысла жизни: привыкание (психологическая зависимость), апатия, потеря прежних увлечений, снижение мотивации учения, неадекватная самооценка, истощаемость психических процессов и др.

Социальные последствия: нарушения межличностных отношений, делинквентное поведение, изолированность, физическое насилие, арест, агрессивное поведение и др.

Медицинские последствия: привыкание (физическая зависимость), депрессия, психозы, заражение крови, врожденные дефекты организма, бактериальный эндокардит, патология органов дыхания, токсический гепатит др.

Принятие и осознание информации о возможных последствиях употребления психоактивных веществ – необходимый стимул в построении жизни личности без наркотиков.

Необходимость образовательной работы с родителями по антинаркотическому воспитанию детей.

### **Раздел 3. Теоретические основы профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде**

#### ***Тема 8. Концептуальные модели злоупотребления психоактивными веществами***

Представление о природе употребления психоактивных веществ (ПАВ) на разных этапах развития общества.

Моралистическая модель злоупотребления ПАВ и ее характеристика. Сомато-медицинская модель или модель болезни (Ван Инен). Профилактические мероприятия в соответствии с данной моделью. Психиатрическая модель (Ван Инен) или модель самолечения (Д.Вейлант) и основные виды профилактики наркотизации личности. Микросоциальная и макросоциальная модели злоупотребления ПАВ.

Психологические модели злоупотребления ПАВ (З.Фрейд, С.Радо, А.Н.Леонтьев, П.К.Анохин, Д.В.Колесов и др.).

Установки в отношении употребления ПАВ (Э.Бехтель, Д.Узнадзе, А.Г.Макеева и др.)

#### ***Тема 9. Зарубежный опыт профилактики наркотизации личности***

Опыт профилактической работы по предупреждению наркотической зависимости в США. Программы, базирующиеся на работе с общинами. Программы, направленные на школы, местную общественность и семью.

Программа формирования жизненных навыков (Австралия).

Английские профилактические программы (медицинская, образовательная, радикально-политическая модели и модель самоусиления).

Система реабилитации наркозависимых подростков и молодежи «МОНАР» (проект «Муравейник»).

## ***Тема 10. Содержание профилактической работы в условиях школы***

Психологическая готовность педагогического коллектива и родителей к принятию проблемы детского наркотизма.

Цель профилактической работы по предупреждению наркотизации личности. Роль социального педагога в оказании помощи семье в профилактике антиобщественного поведения детей. Необходимость образовательной работы с родителями по антинаркотическому воспитанию детей и подростков .

Основные направления работы социального педагога по профилактике и коррекции девиантного поведения. Выделение «групп риска». Работа с учащимися, входящими в «группу риска». Выявление мотивации употребления детьми психоактивных веществ. Формирование ценностного отношения к собственному «Я» как основа воспитания здорового образа жизни у учащихся. Формы групповой работы с учащимися, входящими в «группу риска».

Оздоровление семьи. Повышение психологической культуры в обществе. Санитарно-гигиеническое воспитание родителей. Культивирование здорового образа жизни. Основная задача социального педагога, педагога-психолога, учителя в работе с родителями по антинаркотическому воспитанию. Мероприятия по оздоровлению семьи.

Развитие культуры общения социального педагога и школьника как условие предупреждения и коррекции девиантного поведения.

## ***Тема 11. Современные концепции профилактики употребления наркотических веществ***

Концепция профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде (Приказ № 619 от 28.02.2000 г.). Основные принципы Концепции: комплексность, дифференцированность, аксиологичность, многоаспектность, последовательность, легитимность. Основные положения Концепции профилактики злоупотребления ПАВ.

Авторские концепции профилактики злоупотребления ПАВ, их анализ.

## ***Тема 12. Основы построения программ профилактики злоупотребления наркотическими веществами***

Основные типы профилактических программ: универсальные, выборочная, программа по показаниям. Обязательная направленность всех программ.

Основные принципы построения профилактических программ. Правила реализации профилактических программ. Организационные положения профилактической работы в образовательном учреждении, позволяющие создать четкую структуру и повысить эффективность проводимой работы.

Организация волонтерского движения в рамках антинаркотической профилактической работы.

### **2.2 Планы практических занятий**

#### **Практическое занятие № 1**

***Тема: История возникновения и распространения наркотических веществ (2 часа)***

#### ***Вопросы для обсуждения***

1. Применение наркотических средств в религиозных обрядах.
2. Роль метрополий в распространении наркотических веществ.
3. Массовое распространение наркотиков в Европе.
4. Основные этапы распространения наркотических средств в России.

#### ***Учебная литература***

- Бабаян Д. Путевка в ад. – М.: Международные отношения, 1974. 232 с.
- Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманах. – М.: СПб., 2000.
- БСЭ. – 1-е изд. – М.: Сов. энцикл. , 1926 – 1947.
- Волпянский П. Слуги Одина не знали страха // Труд, 1998. – 4 февраля.

Гернет М.Н. Сотня детей – наркоманов // Вопросы наркологии. – М., 1926. - № 1. – С. 34 – 38.

Горовой-Шалтан В.А. Морфинизм, его распространение и профилактика // Вопросы наркологии. – М., 1928. - № 2..

Дэвлет М.А. Пляшущие человечки // Природа. – М., 1976. - № 9. – С. 115 – 123.

Захаров И.А., Касперавичус М.М. Грибы в мифах и обрядах (краткий очерк этномикологии) // Микология и фитопатология. – М., 1981. – Т. 15. - № 1. – С. 66 – 72.

Зиман Р.М. О кокаинизме у детей // Вопросы наркологии. – М., 1926. - № 1. – С. 28 – 32.

Кора Н.А. Психология наркотизации личности. – Благовещенск, 2005.

Маркс К. Англо-китайский конфликт / Маркс К., Энгельс Ф. Сос. 2-е изд. Т. 12.

Маслов Е.В. Проблема наркоманий в Туркестанской ССР // Сов. Здравоохранение Туркмении. – Ашхабад, 1939. - № 2. – С. 121 – 128.

Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: Пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. А.Н.Гаранского. – М.: ВЛАДОС - ПРЕСС, 2003. – 352 с.

Петрова В.И., Ревяко Т.И. Наркотики и яды: психоделики и токсические вещества, ядовитые животные и растения. – М., 1996.

Рапопорт А.М. Кокаинизм и преступность // За социалистическое здравоохранение. – М., 1926. - № 1. – С. 54 – 59.

### ***Контрольные вопросы***

- Опираясь на исторический материал о динамике распространения наркотиков на территории России, определите основные этапы рассматриваемого явления.
- В какой период времени, и в каких странах наркотики чрезвычайно широко использовались в медицинской практике?



- Выявите основные причины и факторы наркотизации населения на Дальнем Востоке и Средней Азии.
- В чем заключается государственная политика противодействия наркотизму?
- Попробуйте разработать научные рекомендации по совершенствованию законодательства и правоприменительной деятельности в области противодействия наркотизму.

### ***Самостоятельная работа***

#### ***Рефераты***

Морфинизм, его распространение.

Наркомания в дореволюционной России.

Грибы в мифах и обрядах.

- Составьте схему (таблицу, карту) распространения наркотических препаратов в России (по всем континентам).

### **Практическое занятие № 2**

***Тема: Виды наркотических веществ и их действие на организм человека (2 часа)***

#### ***Вопросы для обсуждения***

1. Гашиш. Фазы гашишного опьянения, их симптоматика. Первая помощь при отравлениях гашишем.

2. Опиаты. Механизм действия морфина. Острая интоксикация. Вегетативная симптоматика. Первая помощь при отравлении опиатами.

3. Барбитураты. Фазы опьянения и их симптоматика. Признаки передозировки барбитуратами.

4. Транквилизаторы. Механизм действия. Вегетативная симптоматика. Первая помощь при отравлении транквилизаторами.

5. Психостимуляторы. Симптомы фенаминовой интоксикации. Действие эфедрина в высокой концентрации.

#### ***Контрольные вопросы***

- Употребление каких наркотических средств приводит к тяжелому повреждению головного мозга?
- В чем заключается особая опасность употребления опиатных наркотиков?
- Какие препараты считаются наиболее опасными среди снотворных?
- Раскройте механизм действия барбитуратов.
- Употребление какого наркотического средства делает человека агрессивным, а не благодушным?
- Отравление каким препаратом вызывает психоз?
- Опасно ли употребление наркотика ради эксперимента, только один раз? Почему?
- Почему среди алкоголиков есть люди разных возрастов, а среди наркоманов 90% составляет молодежь?
- 

### *Учебная литература*

Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркомания. – М.: Медицина, 1993. – 336 с.

Белогуров С.Б. Наркотики и наркомании: Кн. для всех / Фонд безопасности и здоровья. – СПб.: Унив. кн., 1997. – 112 с.

Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворняк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – Киев, 1989. – 216 с.

Кора Н.А. Психология наркотизации личности. – Благовещенск, 2005.

Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы: Кн. для учителя. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.

Лешнер А. Наркомания – заболевание мозга // Глобальные вопросы. – 1997. – Т. 2. - № 3. – Июнь.

Наркология: Справочное пособие / Ред. Л.С.Фридман и др. – М.: Бином; СПб.: Нев. диалект, 1998. – 317 с.

Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: Пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. А.Н.Гаранского. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 352 с.

Нейк А. Наркотики: Какую опасность представляет наркомания для здоровья и как ее избежать? / Ин-т общегуманитар. исслед. – м., 2001. – 128 с.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных средств // Русский медицинский журнал. – 1998. – Т. 6. - № 2. – С. 88 – 101.

Пятницкая И.Н. Наркомании. Руководство для врачей. – М.: Медицина, - 1994. – 544 с.

Соловьев А.В. Наркомании: причины, виды, последствия, профилактика: Для психологов, педагогов образовательных учреждений. – Казань: Хэтер, 1999. – 128 с.

Соловьев А.В. О раннем распознавании употребления детьми и подростками наркотических веществ // Школа здоровья. – 1996. – Т. 3. - № 3. – С. 20 – 34.

Соломзес Дж., Чеурсон В., Соколовский Г. Наркотики и общество. – М., 1998.

Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберт Д.Г. Хайман С.Е. Наркология. – М.-СПб., 1998.

### ***Самостоятельная работа***

Составьте и заполните таблицу «Основные виды наркотических средств и их воздействие на индивида» по следующим разделам: название наркотического средства, его характеристика; способ употребления; длительность опьянения наркотиком; физиологические изменения, происходящие в организме вследствие употребления наркотика; личностные изменения, происходящие в результате употребления наркотика.

### **Практическое занятие № 3**

***Тема: Факторы риска наркотизации и защитные факторы(2 часа)***

### ***Вопросы для обсуждения***

1. Обобщенная классификация факторов риска наркотизации в зависимости от уровня их проявления.

2. Личностные защитные факторы риска.

### ***Учебная литература***

Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г. Психологические факторы в развитии токсикомании у подростков // Психологический журнал. – 1991. – Т. 12. - № 4. – С. 87 – 93.

Козлов А.А. «Наркоманическая « личность // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2000. – Т. 100. - № 7. – С. 23 – 27.

Кора Н.А. Психология наркотизации личности. – Юлаговещенск, 2005.

Личко А.А., Лавкай И.Ю. Акцентуации характера у подростков // Психологический журнал. – 1987. - № 2..

Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.

Николаева Л.П. О причинах наркотизма // За здоровый образ жизни. Борьба с социальными болезнями. Сборник. – М., 1989.

Рогачева Т.В. Психологический портрет личности наркомана // Урал индустриальный: Матер. докл. и сообщ. третьей регион. науч.- практ. конф., УГТУ. – Екатеринбург, 1999. – С. 225 – 227.

Тарас А.Е. Направленность личности несовершеннолетних, склонных к употреблению наркотиков // Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних. – Минск, 1987. – С. 15 – 23.

Таротенко О.С. Роль психологических свойств личности в формировании наркотической зависимости // Становление личности на современном этапе: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. (21 сент. 2000 г.). – Бийск, 2000. – С. 371 – 373.

Шипицина Л., Казакова Е. Факторы риска, или Кто чаще становится наркоманом // Основы безопасности жизни. – 2000. - № 8. – С. 22 – 26.

Эрман Л., Парсонс П. Генетика поведения и эволюция. – М., 1984.

### ***Контрольные вопросы***

- Какова роль макро- и микросоциума в формировании направленности личности ребенка и его мировоззрения?
- Какие факторы влияют на возникновение влечения индивида к наркотикам?
- Под влиянием каких факторов происходит деформация личности?
- Укажите наиболее опасный, на ваш взгляд, фактор, способствующий развитию подросткового наркотизма.
- Как условия жизни человека влияют на его желание принять наркотик?
- Почему повышенное внимание к ребенку и повышенный контроль над ним, также может способствовать приобщению подростка к наркотическим веществам?
- Какие формы семейного неблагополучия могут быть прямой причиной приобщения подростка к психоактивным веществам?
- Почему дети и подростки, зная о вреде наркотиков, пробуют или даже начинают употреблять наркотические вещества?

### ***Самостоятельная работа***

Разработайте памятку для родителей по профилактике употребления наркотических веществ в семье.

### **Практическое занятие № 4**

***Тема: Личностная предрасположенность к употреблению наркотических веществ (2 часа)***

### ***Вопросы для обсуждения***

1. Сущность психологической предрасположенности личности к употреблению наркотических веществ.

2. Психологические особенности подросткового периода и употребление наркотиков.

3. Роль различных особенностей характера в клинике подростковых наркоманий (акцентуации характера, психопатии).

4. Поведенческие реакции, типичные для подросткового возраста (А.Е.Личко, В.В.Ковалева).

5. Факторы, препятствующие распространению детского наркотизма.

#### ***Учебная литература***

Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотиками и другими токсическими веществами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 1993. - № 1. – С. 73 – 75.

Козлов А.А. «Наркоманическая» личность // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2000. – Т. 100. - № 7. – С. 23 – 27.

Ларионов А.В. Наркомания. Мифы. Смысл. Причины. Терапия. – Екатеринбург, 1997.

Личко А.А., Лавкай И.Ю. Акцентуации характера у подростков // Психологический журнал. – 1987. - № 2..

Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.

Рогачева Т.В. Психологический портрет личности наркомана // Урал индустриальный: Матер. докл. и сообщ. третьей регион. науч.- практ. конф., УГТУ. – Екатеринбург, 1999. – С. 225 – 227.

Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков: Учеб.-метод. пособие. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 144 с.

Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой.  
– М., 1997. – 424 с.

Тарас А.Е. Направленность личности несовершеннолетних, склонных к употреблению наркотиков // Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних. – Минск, 1987. – С. 15 – 23.

Таротенко О.С. Роль психологических свойств личности в формировании наркотической зависимости // Становление личности на современном этапе: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. (21 сент. 2000 г.). – Бийск, 2000. – С. 371 – 373.

Шабалина В.В. Зависимое поведение школьников: Психологическое консультирование школьников и их родителей по проблемам зависимого поведения. // СПб. унив. пед. мастерства и др. СПб.: Медиц. пресса, 2001. – 167 с.

### ***Контрольные вопросы***

- В чем сущность психологической готовности к употреблению психоактивных веществ?
- В каких ситуациях происходит актуализирование психологической готовности к употреблению психоактивных веществ?
- Что является основной характеристикой фрустрационного поведения?
- Какова цель психологической защиты личности в ситуации психического напряжения?
- В чем заключаются индивидуальные особенности в регуляции психического напряжения?
- Какие механизмы регуляции психических состояний вы знаете?
- Чем обусловлено состояние эмоциональной напряженности, психического дискомфорта в подростковом возрасте?
- Что такое интрапсихический конфликт?

- Какие способы избегания эмоционального чрезмерного напряжения вы знаете?

### ***Самостоятельная работа***

Разработайте листовку (закладку для книги) для подростков по профилактике употребления наркотических веществ.

Составьте кроссворд по теме занятия (курса) – не менее 25-30 понятий.

### **Практическое занятие № 5**

***Тема: Причины употребления психоактивных веществ детьми и подростками (2 часа)***

#### ***Вопросы для обсуждения***

1. Первый опыт знакомства с действием токсических субстанций.
2. Механизм приобщения к алкоголю (табаку) в детстве.
3. Механизм подражания определенной групповой норме, манере поведения в подростковом возрасте.
4. Психологическое воздействие старшеклассников на детей, с целью приобщения их к употреблению психоактивных веществ.

#### ***Учебная литература***

Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г. Психологические факторы в развитии токсикомании у подростков // Психологический журнал. – 1991. – Т. 12. - № 4. – С. 87 – 93.

Кора Н.А. Психология наркотизации личности. – Благовещенск, 2005.

Николаева Л.П. О причинах наркотизма // За здоровый образ жизни. Борьба с социальными болезнями. Сборник. – М., 1989.

Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой. – М., 1997. – 424 с.

Шейн С.А., Чугунова Т.Л. Возможности психологической диагностики и коррекции подростково-юношеских наркоманий // Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних. – Минск, 1987. – С. 24 –



31.

Шипицина Л., Казакова Е. Факторы риска, или Кто чаще становится наркоманом // Основы безопасности жизни. – 2000. - № 8. – С. 22 – 26.

### ***Контрольные вопросы***

- Какова роль макро- и микросоциума в формировании направленности личности ребенка и его мировоззрения?
- Какие факторы влияют на возникновение влечения индивида к наркотикам?
- Под влиянием каких факторов происходит деформация личности?
- Укажите наиболее опасный, на ваш взгляд, фактор, способствующий развитию подросткового наркотизма.
- Как условия жизни человека влияют на его желание принять наркотик?
- Почему повышенное внимание к ребенку и повышенный контроль над ним, также может способствовать приобщению подростка к наркотическим веществам?
- Какие формы семейного неблагополучия могут быть прямой причиной приобщения подростка к психоактивным веществам?
- Почему дети и подростки, зная о вреде наркотиков, пробуют или даже начинают употреблять наркотические вещества?

### ***Самостоятельная работа***

Составьте таблицу (схему, рисунок) «Причины употребления личностью психоактивных веществ на разных возрастных этапах».

Разработайте эскиз плаката для конкретной аудитории (для детей, подростков, старшеклассников, студентов, взрослых людей) на тему «Здоровым быть модно!».

### **Практическое занятие № 6**

***Тема: Мотивация наркозависимого поведения (2 часа)***

#### ***Вопросы для обсуждения***

1. Проблема исследований мотивации употребления наркотических веществ.
2. Анализ классификаций мотивационных факторов, обуславливающих возникновение зависимости от психоактивных веществ  
В.Ю.Завьялова, Е.В.Змангосвской, В.С.Битенского.
3. Выявление мотивации употребления психоактивных веществ.
4. Основные типы мотивации употребления психоактивных веществ.

### *Учебная литература*

- Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. – М., 1990. – 285 с.
- Завьялов В.Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых // Психологический журнал. – 1986. - № 5. – С 102 – 111.
- Кудрявцев В.Н. Генезис преступления: Опыт криминологического моделирования. – М., 1998.
- Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.
- Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой. – М., 1997. – 424 с.
- Ольков С.Г. Общественные болезни. – Тюмень, 1996.
- Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности . – М., 1989.
- Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М., 1994.
- Энциклопедия глубинной психологии / Под ред. А.М.Боковикова. – М., 2001. – Т. 2.

### *Контрольные вопросы*

- В чем проблема исследований мотивации употребления

наркотических веществ?

- Какое необходимое условие для планирования психокоррекционной работы с детьми и подростками, употребляющими психоактивные вещества?
- Перечислите основные мотивы употребления психоактивных веществ в младшем школьном возрасте.
- Перечислите основные мотивы употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте.
- Перечислите основные мотивы употребления психоактивных веществ в юношеском возрасте.
- Перечислите основные мотивы употребления психоактивных веществ в студенческом возрасте.

### ***Самостоятельная работа***

Составьте таблицу (схему, рисунок) «Мотивация употребления психоактивных веществ».

### ***Рефераты***

Исследование проблемы мотивационных факторов в зарубежной психологии наркотизации личности (М. В. Holmberg, А. М. Nicholi, D. Hell, R. Battegay и др.).

### **Практическое занятие № 7**

***Тема: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических веществ (2 часа)***

#### ***Вопросы для обсуждения***

1. Взаимосвязь и взаимозависимость основных последствий употребления детьми и подростками психоактивных веществ.
2. Комплекс психологических последствий, приводящий к распаду личности, ее раздвоению, потере смысла жизни: привыкание

(психологическая зависимость), апатия, потеря прежних увлечений, снижение мотивации учения, неадекватная самооценка, истощаемость психических процессов и др.

3. Социальные последствия: нарушения межличностных отношений, делинквентное поведение, изолированность, физическое насилие, арест, агрессивное поведение и др.

4. Медицинские последствия: привыкание (физическая зависимость), депрессия, психозы, заражение крови, врожденные дефекты организма, бактериальный эндокардит, патология органов дыхания, токсический гепатит др.

### ***Учебная литература***

Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. – М.: СПб. «Изд-во Союз» – Лениздат, 2000. – 224 с.

Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.

Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков: Учеб.-метод. пособие. – М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2003. – 144 с.

Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой. – М., 1997. – 424 с.

Шульга Т.И., Слот В., Спарнирд Х. Методика работы с детьми «группы риска». – М., 2001.

Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберт Д.Г. Хайман С.Е. Наркология. – М.-СПб., 1998. – 318 с.

### ***Контрольные вопросы***

- Обоснуйте взаимозависимость и взаимозависимость основных последствий употребления детьми и подростками психоактивных веществ.

- Раскройте психологические последствия употребления психоактивных веществ для личности.
- Докажите, что нарушения межличностных отношений могут являться также и следствием употребления психоактивных веществ.
- Какие формы делинквентного (девиантного) поведения могут обнаружить лица, употребляющие психоактивные вещества?

### ***Самостоятельная работа***

#### ***Рефераты***

Образовательная работа с родителями по антинаркотическому воспитанию детей.

**Задание:** Разработать сценарий тренинга (интерактивного занятия) для конкретной аудитории по профилактике злоупотребления психоактивными веществами.

### **Практическое занятие № 8**

**Тема:** *Содержание профилактической работы в условиях школы (2 часа)*

#### ***Вопросы для обсуждения***

1. Цели и задачи профилактической работы по предупреждению наркотизации личности в условиях образовательных учреждений.
2. Роль социального педагога в оказании помощи семье в профилактике антиобщественного поведения детей.
3. Основные направления работы социального педагога по профилактике и коррекции девиантного поведения детей и подростков.
4. Оздоровление семьи. Мероприятия по оздоровлению семьи.
5. Развитие культуры общения социального педагога и школьника как условие предупреждения и коррекции девиантного поведения.

### *Учебная литература*

Макеева А.Г. Не допустить беды: Педагогическая профилактика наркотизма школьников / Под ред. М.М.Безруких. – М.: Просвещение, 2003. – 191 с.

Макимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.

Наркомания: причины, последствия, меры защиты / Байкова В.Г., Белогуров С.Б., Горанский А.Н. и др.; Под общ. ред. А.Н.Гаранского. – Тюмень: Мандрика, 2000. – 381 с.

Профилактика злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними: Сб. программ / Под науч. ред. Л.М.Шипицыной. – СПб., 2003. – 384 с.

Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков: Учеб.-метод. пособие. – М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2003. – 144 с.

Российский подросток и психоактивные вещества: Технологии педагогической профилактики. Региональный аспект / Под ред. проф. Гиля С.С. – М.: РИТМ, 2004. – 240 с.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Зыков О.В. и др. Концептуальная программа первичной профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами. – М., 2001.

Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой. – М., 1997. – 424 с.

Шипицина Л.М., Исаев Д.Н. Экспресс-диагностика выявления «группы риска» наркоманий у подростков // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2000. - № 2. – С. 15 – 27.

Шульга Т.И., Слот В., Спарнирд Х. Методика работы с детьми «группы риска». – М., 2001.

### *Контрольные вопросы*

- В чем заключается психологическая готовность педагогического коллектива и родителей к принятию проблемы детского наркотизма?
- Обоснуйте необходимость образовательной работы с родителями по антинаркотическому воспитанию детей и подростков.
- Назовите основные формы антинаркотической работы с учащимися, входящими в «группу риска».
- Какие методы используются для выявления мотивации употребления детьми психоактивных веществ.
- Как следует формировать у детей и подростков ценностное отношение к собственному «Я»?
- Что является основой в воспитании здорового образа жизни у учащихся?
- Какие формы групповой антинаркотической работы с учащимися, входящими в «группу риска», можно использовать в условиях образовательных учреждений?
- Какие методы используются для повышения психологической культуры в обществе?
- Назовите основные цели, задачи санитарно-гигиенического воспитания родителей.

### ***Самостоятельная работа***

Разработайте конспект занятия с учащимися «группы риска» (любой возрастной группы) по формированию ценностного отношения к собственному здоровью.

Подберите психодиагностические методики по выявлению мотивации употребления детьми психоактивных веществ.

### **Практическое занятие № 9**

***Тема: Основы построения программ профилактики злоупотребления наркотическими веществами (2 часа)***

### ***Вопросы для обсуждения***

1. Основные типы профилактических программ.
2. Основные принципы построения профилактических программ.
3. Правила реализации профилактических программ.
  
4. Организация волонтерского движения в рамках антинаркотической профилактической работы.

### ***Учебная литература***

Бочкарев В.К. Наркоситуация в России: сегодня, завтра. – М., 2000. – 143 с.

Гасанов Э.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления. – М.: Учеб.-информ. центр «ЮрИнфоР», 1997. – 264 с.

Карпов А.М. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии наркомании. – Казань, 2000.

Лопатина В.И., Щипкова Т.Ю., Шклярова О.А. Здоровьесберегающие технологии в условиях модернизации образования / Методические рекомендации для руководителей образовательных учреждений. – М.: Пушкинский ин-т, 2003.

Российский подросток и психоактивные вещества: Технологии педагогической профилактики. Региональный аспект / Под ред. проф. Гиля С.С. – М.: РИТМ, 2004. – 240 с.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Зыков О.В. и др. Концептуальная программа первичной профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами. – М., 2001.

Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. – М.: Аркти, 2003.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Программа формирования здорового жизненного стиля. – М., 2000.

Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой. – М., 1997. – 424 с.



### ***Контрольные вопросы***

- Назовите основные типы программ профилактики злоупотребления наркотическими веществами.
- В чем заключается обязательная направленность всех профилактических программ?
- Раскройте содержание основных принципов построения профилактических программ.
- Какова основная цель волонтерского движения в рамках антинаркотической профилактической работы?

### ***Самостоятельная работа***

Разработать проект программы профилактики злоупотребления наркотическими веществами.

### **2.4 Примерный перечень тем рефератов**

1. Психологические особенности личностных изменений лиц, имеющих наркотическую зависимость.
2. Психологические особенности самосознания и поведения лиц с наркотической зависимостью.
3. Исследования патологии мышления при наркоманиях.
4. Особенности родительских установок у родителей, имеющих детей с наркотической зависимостью.
5. Особенности мотива помощи у родителей, имеющих детей-наркоманов.
6. Особенности психологического времени и жизненной перспективы у лиц с наркотической зависимостью.

7. Изучение влияния психофармакологических препаратов на высшие психические функции.
8. Особенности защитных механизмов у родственников детей (подростков), употребляющих психоактивные вещества.
9. Психологическая готовность к употреблению наркотиков.
10. Особенности девиантного поведения лиц с наркотической зависимостью.
11. Диагностика самосознания и самооценки лиц с наркотической зависимостью.
12. Исследования особенностей самосознания при наркоманиях.
13. Трансформация личностных свойств в системе отношений «человек - наркотик».
14. Экспериментальное исследование мотивации лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ.
15. Психологические аспекты антинаркотической профилактики среди детей и подростков в условиях образовательных учреждений.
16. Предупреждение вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя, наркотиков) у детей и подростков.
17. Семья и профилактика злоупотребления психоактивными веществами в семейной среде.
18. Профилактика наркозависимости в дошкольном и младшем школьном возрасте.
19. Психопрофилактические особенности наркотической зависимости у подростков.
20. Профилактика наркозависимости в подростковом возрасте.
21. Стандартизация профилактической деятельности.
22. Методы профилактической работы с родителями.
23. Коррекционная работа с детьми наркозависимых родителей.
24. Семья как адресат профилактики наркозависимости.
25. Психологическая диагностика в определении риска наркомании.

26. Роль социального педагога в профилактике наркотизации детей и подростков.

27. Подготовка специалистов по профилактике злоупотребления психоактивными веществами.

## **2.5 Примерный перечень вопросов к зачету (экзамену)**

1. Основные этапы распространения наркотических препаратов в России.

2. Социально-исторические причины возникновения и распространения наркотических средств в обществе.

3. Основные причины и факторы наркотизации на Дальнем Востоке и Средней Азии.

4. Государственная политика противодействия наркотизму.

5. Основные виды наркотических средств и их воздействие на индивида.

6. Личностные изменения, происходящие в результате употребления наркотика.

7. Особая опасность употребления опиатных наркотиков.

8. Физиологические изменения, происходящие в организме вследствие употребления наркотика.

9. Наркотическое средство (по выбору), его характеристика, способ употребления, длительность опьянения наркотиком.

10. Механизм действия барбитуратов.

11. Характеристика наркотических препаратов, вызывающих психоз.

12. Характеристика наркотических препаратов, которые делают человека агрессивным, а не благодушным.

13. Сравнительный анализ понятий «наркомания» и «наркотизм».

14. Показатели сформировавшейся физической зависимости от наркотика.

15. Наркомания как социальное заболевание.
16. Опасность наркомании для личности.
17. Опасность наркомании для общества.
18. Содержание понятия «наркотизм».
19. Негативные последствия наркотизма в различных сферах жизни.
20. Основные тенденции функционирования наркотизма.
21. Роль макро- и микросоциума в формировании направленности личности ребенка и его мировоззрения.
22. Факторы, влияющие на возникновение влечения индивида к наркотикам.
23. Характеристика основного фактора, способствующего развитию подросткового наркотизма (с личной точки зрения).
24. Условия жизни человека, влияющие на его желание принять наркотик, их характеристика.
25. Формы семейного неблагополучия, являющиеся прямой причиной приобщения подростка к психоактивным веществам.
26. Механизм формирования наркотической зависимости.
27. Эффективные направления профилактической работы по предупреждению наркотической зависимости (с личной точки зрения), их характеристика.
28. Реализация запретительного направления в профилактике наркотизации личности и его последствия.
29. Реализация информационного направления в профилактике наркотизации личности и его последствия.
30. Основы аффективного обучения личности предупреждению возникновения зависимости от психоактивных веществ.
31. Характеристика программы развития жизненных навыков.
32. Основная цель личностно-ориентированного направления профилактики наркотизации личности.

## **2.6 Критерии оценки знаний студентов**

Итоговая экзаменационная оценка знаний студента оценивается по пятибалльной системе. При этом учитываются: выполнение самостоятельной работы, участие студента в обсуждении тем семинарских занятий и раскрытие вопросов экзаменационного билета. Если студент не выполнил самостоятельную работу, то экзаменационная оценка понижается на один балл.

Оценка *«отлично»* - материал усвоен в полном объеме, изложен логично, сделаны выводы, самостоятельная работа выполнена.

Оценка *«хорошо»* - в усвоении материала имеются некоторые пробелы, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие.

Оценки *«удовлетворительно»* - не полные ответы на вопросы билета, затрудняется отвечать на дополнительные вопросы.

Оценка *«неудовлетворительно»* - самостоятельная работа не выполнена, ответы не раскрывают вопросы экзаменационных билетов

## **2.7 Вариант итогового тестового контроля**

1.

## **3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### ***Основная***

Баландин Р. Наркоцивилизация: (Куда движется человечество) // Молодая гвардия. – 2001. - № 11/12. - С. 129 –157.

Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманах. – М.: СПб., 2000.

Бочкарев В.К. Наркоситуация в России: сегодня, завтра. – М., 2000. – 143 с.

Гасанов Э.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления. – М.: Учеб.-информ. центр «ЮрИнфоР», 1997. – 264 с.

Гишинский Я.И. др. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. – СПб.: Медицинская пресса, 2001. – 200 с.

Гишинский Я.И. Наркотизм: мифы и реальность // Молодежь. Цифры, факты, мнения. – 1996. - № 1. – С. 80-84.

Данилин А., Данилина И. Как спасти детей от наркотиков. М., 2001.

Данилин А.Г. LSD. Галлюциногены, психоделия и феномен зависимости. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2002. – 521 с.

Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. – М.: СПб. «Изд-во Союз» – Лениздат, 2000. – 224 с.

Карпов А.М. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии наркомании. – Казань, 2000.

Колесов Д.В. Антинаркотическое воспитание: Учебно-методическое пособие. – М., Воронеж, 2001

Комиссаров Б.Г., Фоменко А.А. SOS: Наркомания. Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 312 с.

Лопатина В.И., Щипкова Т.Ю., Шклярова О.А. Здоровьесберегающие технологии в условиях модернизации образования / Методические рекомендации для руководителей образовательных учреждений. – М.: Пушкинский ин-т, 2003.

Макеева А.Г. Не допустить беды: Педагогическая профилактика наркотизма школьников / Под ред. М.М.Безруких. – М.: Просвещение, 2003. – 191 с.

Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.

Наркомания: причины, последствия, меры защиты / Байкова В.Г., Белогуров С.Б., Горанский А.Н. и др.; Под общ. ред. А.Н.Гаранского. – Тюмень: Мандрика, 2000. – 381 с.

Профилактика злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними: Сб. программ / Под науч. ред. Л.М.Шипицыной. – СПб., 2003. – 384 с.

Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков: Учеб.-метод. пособие. – М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2003. – 144 с.

Российский подросток и психоактивные вещества: Технологии педагогической профилактики. Региональный аспект / Под ред. проф. Гиля С.С. – М.: РИТМ, 2004. – 240 с.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Зыков О.В. и др. Концептуальная программа первичной профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами. – М., 2001.

Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. – М.: Аркти, 2003.

Спрангер Б. Анализ обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире // Вопросы наркологии, 1994. - № 1.

Спрангер Б.Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков // Вопросы наркологии, 1993. - № 3. – С. 48 – 53.

Шульга Т.И., Слот В., Спарнияд Х. Методика работы с детьми «группы риска». – М., 2001.

### *Дополнительная*

Авдеева Д.О. О наркомании и наркоманах // Воспитание школьников. – 1999. - № 4. – С. 47-51.

Аверина Е.В. Антинаркотическое воспитание в школе // Педагогика. - 2002. - № 1. – С. 56-60.

Александров А.А., Александрова В.Ю. Курение и его профилактика в школе. – М., 1996.

Амед А. Проблема профилактики наркомании в молодежной среде //Педагогика. – 2004. - № 4. – С. 21-29.

Анисимов Л.Н. Профилактика пьянства, алкоголизма и наркомании среди молодежи. – М.: Юрид. лит-ра, 1988. – 174 с.

Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Consilium Medicum, 2001. – Т. 3. - № 3.

Афанасьев В., Гишинский Я. Девиантное поведение и социальный контроль в условиях кризиса российского общества. СПб.: СПб. филиал Института социологии РАН, 1995. – 105 с.

Бабаян Д. Путевка в ад. – М.: Международные отношения, 1974. - 232 с.

Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании. – М., 1988. – 256 с.

Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркомания. – М.: Медицина, 1993. – 336 с.

Белогуров С.Б. Наркотики и наркомании: Кн. для всех / Фонд безопасности и здоровья. – СПб.: Унив. кн., 1997. – 112 с.

Березин С.В. и др. Психология ранней наркомании / Благотв. фонд «Второе рождение»; Об-во «Родители против наркотиков»; Рос. акад. образования / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, И.А. Мотыгина. – Самара, 1997. – 64 с.

Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворняк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – Киев, 1989. – С.216.

Быков С.А. Наркомания среди молодежи как показатель дезадаптированности // Социологические исследования. – 2000. - № 4. – С. 48 – 52.

Ван Инен. Наркотическая зависимость и алкоголизм. – Женева, 1978.

Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. – М., 1990. – 285 с..

Договоримся о терминах, или Что такое наркотики и наркомания // Основы безопасности жизни. – 2000. - № 4. – С. 17 – 19.

Додельцев Р.Ф. Концепция культуры З.Фрейда. – М., 1989.



- Долгова Т.П., Клейберг Ю.А. Молодежная субкультура и наркотики: Социокультурные и социопсихологические факторы: Учеб. пособие / Тверской гос. техн. ун-т. – Тверь, 1997. – 63 с.
- Дубинин Н.П., Карапец И.И., Кудрявцев В.Н. Генетика. Поведение. Ответственность. – М., 1982.
- Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. – Л.: Медицина, 1991. – 214 с.
- Дэвлет М.А. Пляшущие человечки // Природа. – М., 1976. - № 9. – С. 115 – 123.
- Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. - М., 1999. – 144 с.
- Журавлева Л.А. Факторы и условия наркотизации молодежи // Социологические исследования. – 2000. - № 6. – С. 43 – 48.
- Захаров А.И., Касперавичус М.М. Грибы в мифах и обрядах (краткий очерк этномикологии) // Микология и фитопатология. – М., 1981. – Т. 15. - № 1. – С. 66 – 72.
- Квартин Л.М. Эйфория: достижение, характеристика, анализ ощущений. – М., 1991.
- Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма // Тимофеев Л.М. Наркобизнес. 2-е изд. СПб.: Мед.пресса, 2001. – С. 14 – 164.
- Козлов А.А. «Наркоманическая» личность // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2000. – Т. 100. - № 7. – С. 23 – 27.
- Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. – М.: Педагогика, 1991. – 312 с.
- Колесов Д.В., Турцевич С.В. Наркотизм: сущность и профилактика. – М., 1988. – 230 с.
- Коломеец А.А. Об этиологических факторах наркомании // Вопросы наркологии, 1989. - № 1. – С.34 –38.
- Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде: Приложение к приказу Министерства

образования России от 28. 02. 2000 № 619 // Вестник образования, 2000. - № 8.

Коробкина З.В. У опасной черты. – М.: Мысль, 1991. – 218 с.

Кто он, юный наркоман? // ОБЖ. – 2000. - № 2. – С. 20-22.

Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. – СПб.: Алетейя, 2001. – 225 с.

Ларионов А.В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 1997. – 218 с.

1990. – С. 13-18.

Левин Б.М., Левин М.Б. Не оступись.... – М.: Мысль, 1998. – 155 с.

Лисовский В.Т., Колесникова Э.А. Наркотизм как социальная проблема. – СПб.: Изд-во С-Петербур. унив., 2001. – 200 с.

Личко А.Е. Наркотизм и подростковая наркомания // Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1977. – 283 с.

Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – 302 с.

Макеева А.Г. Педагогическая профилактика наркомании в школе. (Библ. ж-ла «Директор школы») – М.: «Сентябрь», 1998. - № 5. – 144 с.

Макеева А.Г., Лысенко И.В. Организация педагогической профилактики наркотизма среди младших школьников. – СПб., 1999.

Маккенна Т. Пища богов: Поиск первоначального древа познания: Радикальная история растений, психоактивных веществ и человеческой эволюции / Предисл. В. Майкова. – М.: Изд-во Трансперсон. ин-та, 1995. – 378 с.

Медведев Р. Семья и причины наркозависимости. – СПб., 1997.

Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Методологические аспекты первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей // Вопросы наркологии. – 1997. - № 2. – С. 67 – 75.

Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. / Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи, 1996. – 139 с.

Романова О.Л., Самойлова М.В. Позитивная антинаркотическая профилактика в начальной школе // Вопросы наркологии. – 1994. - № 1. – С. 78 – 82.

Русакова М.М. Наркотики в России // Девиантность и социальный контроль в России (19 – 20 в.в.): тенденции и социальное осмысление. / Под ред. Я.И.Гилянского. – СПб.: Алтея, 2000. – С. 215 – 288.

Сборник статистических данных Министерства здравоохранения Российской Федерации по наркологической службе (1991 – 1999 г.г.). – М.: Минздрав, 2000. – 280 с.

Симонов П.В. Эмоциональный мозг. Физиология. Нейроанатомия. Психология эмоций. – М.: Наука, 1981.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Наркотики: проблемы и их решение. – М., 2000.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Программа формирования здорового жизненного стиля. – М., 2000.

Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой. – М., 1997. – 424 с.

Смирнов В.К., Нечипоренко В.В., Бердник К.П. Некоторые подходы к пониманию психологических аспектов формирования наркомании // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989. – С. 38 – 43.

Соловьев А.В. Наркомании: причины, виды, последствия, профилактика: Для психологов, педагогов образовательных учреждений. – Казань: Хэтер, 1999. – 128 с.

Соловьев А.В. О раннем распознавании употребления детьми и подростками наркотических веществ // Школа здоровья, 1996. – Т. 3. - № 3. – С. 20 – 34.

Соломзес Дж., Чеурсон В., Соколовский Г. Наркотики и общество. – М., 1998.

Спрангер Б. Анализ обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире // Вопросы наркологии, 1994. - № 1.

Спрангер Б.Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков // Вопросы наркологии, 1993. - № 3. – С. 48 – 53.

Таротенко О.С. Роль психологических свойств личности в формировании наркотической зависимости // Становление личности на современном этапе: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. (21 сент. 2000 г.). – Бийск, 2000. – С. 371 – 373.

Типологические особенности подростков, предрасположенных к употреблению наркотических и токсических веществ: Метод. разработ. в помощь шк. психологу / НИИ общ. и пед. психологии АПН СССР; Сост. Т.В.Темиров. – М.: АПН СССР, 1989. – 14 с.

Узнадзе Д.Н. Психология установки. СПб., 2001. – 416 с.

Ураков И.Г. Наркомания: мифы и действительность. – М.: Медицина, 1990. – 56 с.

Фомина А. Наркомания – глобальная угроза национальной безопасности Российской Федерации // ОБЖ. – 1999. - № 2. – С. 3-7.

Фрейд А. Психология «я» и защитные механизмы // Фролов Ю.И. Психология подростка. – М.: Российское педагогическое агентство, 1997. – С. 64 –90.

Фрейд З. Неудовлетворенность культурой / По ту сторону принципа наслаждения. Я и Оно. – Харьков, 1998.

Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберт Д.Г. Хайман С.Е. Наркология. – М.-СПб., 1998. – 318 с.

Фролова Н. Совершенствование наркотической политики в Российской Федерации к анализу вопроса // Вестник аналитики. – 2004. - № 1. – С. 189-211.

Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М., 1994.

- Фромм Э. Бегство от свободы. – М., 1993.
- Фромм Э. Революция надежды. – СПб., 1999.
- Фрэнкин Р. Мотивация поведения. – СПб., 2004.
- Хажилина И.И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 228 с.
- Хачапуридзе Б.И. Некоторые особенности установки у детей // Труды Тбилис. гос. ун-та. 1941. Т. XVII.
- Худенко Е.Д., Кальянов И.В., Филипенко М.С., Ермакова И.И. Психолого-педагогические технологии организации антинаркотической профилактики в комплексе «Школа - ВУЗ». – Рязань, 2004. – 158 с.
- Худенко Е.Д., Кальянов И.В., Филипенко М.С., Ермакова И.И., Мартынова С.М., Барышникова Д.И. Технологии формирования единого здоровьесберегающего образовательного пространства в условиях школы как один из аспектов антинаркотической профилактической работы с несовершеннолетними. – Рязань, 2004. – 155 с.
- Хухлаева О.В., Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников. – М., 2001.
- Цетлин М.Г., Кошкина Е.А., Шамота А.З., Надеждин А.В. Состояние наркологической помощи несовершеннолетним в Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию // Вопросы наркологии. – 1997. - № 4. – С. 31 – 39.
- Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы наркологии, 1997. - № 3. – С. 3 – 73.
- Чепурных Е. Здоровый образ жизни и профилактика наркомании // Народное образование. – 1999. - № 10. – С.32-35.
- Чибисов Ю.К. К вопросу о причинах наркоманий и токсикоманий // Вестник Московского ун-та. Сер. 11: Право. – 1998. - № 2. – С. 52 –54.
- Чуркин А.А., Косарева С.П. Демографические особенности распространенности наркоманий и токсикоманий в Дальневосточном районе. – Хабаровск: Изд-во Хабар. краев. центра псих. здоровья, 1999. – 39 с.

Чуркин А.А., Творогова Н.А. Возрастная структура учтенного контингента употребляющих психоактивные вещества в Российской Федерации // Профилактика и реабилитация в наркологии. – 2002. - № 1. – С. 8 – 11.

Шабалина В.В. Зависимое поведение школьников: Психологическое консультирование школьников и их родителей по проблемам зависимого поведения. // СПб. унив. пед. мастерства и др. СПб.: Медич. пресса, 2001. – 167 с.

Шакуров Р. Профилактика наркомании среди учащихся // Народное образование. – 2005. - № 7. – С. 143-145.

Шеин С.А., Чугунова Т.Л. Возможности психологической диагностики и коррекции подростково-юношеских наркоманий // Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних. – Минск, 1987. – С. 24 – 31.

Шипицина Л., Казакова Е. Наркотики и личность: Какие черты характера способствуют наркомании // Основы безопасности жизни. – 2000. - № 7. – С. 26 – 27.

Шипицина Л., Казакова Е. Факторы риска, или Кто чаще становится наркоманом // Основы безопасности жизни. – 2000. - № 8. – С. 22 – 26.

Шипицина Л.М., Исаев Д.Н. Экспресс-диагностика выявления «группы риска» наркоманий у подростков // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2000. - № 2. – С. 15 – 27.

Щербакова Е.М. Нарконадзор в России // Социологические исследования. – 2004. - № 1. – С. 70-74.

Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В. Исследование образа «Я» у подростков с аддиктивным поведением // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989. – С. 74 – 79.

Эриксон Э. Детство и общество. – СПб., 2002.

Эрман Л., Парсонс П. Генетика поведения и эволюция. – М., 1984.

Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией:

Автореф. дисс. ..д-ра мед.н. – СПб., 1995.

Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Анализ современных подходов к профилактике употребления наркотиков // Вопросы наркологии. – 1996. - № 3. – С. 91 – 97.

## **5. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ**

### **Лекция 1. История возникновения и распространения наркотических веществ**

С тех пор как человек, перейдя в своем развитии грань от кочевого образа жизни к оседлости, стал заниматься земледелием, он «открыл» для себя одурманивающие свойства некоторых веществ и получил в результате их

приема наркотический эффект. Практически всегда, даже на более ранних этапах развития человеческого общества, общественное сознание понимало опасность употребления наркотических веществ, стремилось ограничить и контролировать их употребление. Однако факты свидетельствуют о том, что, зная о запрете употребления одурманивающих веществ и губительных в результате их приема последствий, люди практически всегда использовали одурманивающие вещества для снятия боли, восстановления сил, как снотворное, либо как одурманивающее средство, приводящее человека в состояние беспричинной радости и восторга, снимающее неприятные ощущения, полученные в соприкосновении с жестокой действительностью и т.д. Антропологи полагают, что в этих целях западная ветвь человечества использовала в основном алкоголь, тогда как восточная – собственно наркотики, такие, как мак, конопля горных плато Ирана, мексиканские шампиньоны, японский лишай и пр.

В настоящее время данная проблема характеризуется иными масштабами и детерминантами. Сейчас наркотики являются следствием разрыва индивида с обществом, наблюдается утрата общепризнанных ценностей со стороны лиц, не сумевших самореализоваться или ставших по различным причинам социальными аутсайдерами, а также разными путями познакомившихся с наркотиками и не способными отказаться от удовольствия, вызванного употреблением этих веществ.

Общеизвестно, что любое явление может быть правильно понято и оценено лишь при условии его рассмотрения в процессе развития, т. е. следующих друг за другом во времени и совокупности исторических связей, зависимостей и закономерностей. Поэтому, не случайно, историзм – это основополагающий принцип научного подхода к изменяющейся во времени, развивающейся действительности. Знать историю возникновения, развития наркомании, ее распространения по планете необходимо затем, «...чтобы убедиться, что наркотики – это творение рук человеческих, а наркомания – результат бездумного их употребления, уводящего людей от нормальной



жизнедеятельности в область фатальных патологий». Осмысление этого факта является необходимым условием в осуществлении профилактической и коррекционной работы в данном направлении.

Анализ исторических источников свидетельствует о том, что в течение всего развития человеческой цивилизации в разные исторические периоды и у различных народов всевозможные наркотические средства находили применение в религиозных обрядах, медицине и повседневном быту. К культурно-историческому (традиционному) и медицинскому факторам наркотизации населения различных стран добавились затем географический и политический факторы. Роль, которую играли наркотические растения и средства, изготовленные из них, обусловлена зависимостью от исторических особенностей, традиций и обычаев, географического положения, вероисповедания и ряда других факторов существования тех или иных народов.

Обратимся к научным источникам, в которых отражена данная проблема. Существует гипотеза, что еще в раннем палеолите (40 тыс. – 100 тыс. лет до н.э.) состоялось первое знакомство человека с наркотиками.

Археологические находки свидетельствуют о том, что шумеры, китайцы, индейцы, древние Греки, ацтеки и племена Сибири хорошо знали действие некоторых наркотиков и использовали их для своих целей. Отдельные наскальные рисунки позволяют предположить, что уже тогда посредством магических обрядов и церемоний, связанных с плодородием и охотой, человек пытался изменить состояние сознания.

На ранних этапах филогенетического развития, когда контроль человека над сознанием был менее строгим, чем в настоящее время, его общение с подсознанием облегчалось относительно примитивными техническими приемами: танцем или монотонным ритмом музыкального инструмента. Экстаз выполнял для первобытного человека функции и религии, и медицины.

Одновременно с развитием духовной жизни человека и процессами социализации общественное давление становилось строже, а контроль над инстинктами – все суровее. Зарождались новые духовные ценности, существование наполнялось иным смыслом, но осознавать его становилось все сложнее. Необходимо было менять способы общения с подсознанием, чтобы расширить границы своего Я и освоить пространство новых переживаний.

Раннее открытие наркотиков помогало человеку установить контакт с собственным подсознанием, а также облегчало вхождение в состояние экстаза, в котором он переживал впечатления общения со сверхъестественными силами, приносящими ему утешение или тайную информацию из какого-то иного мира.

Так как чаще всего носителями чудодейственных свойств были растения, обладающие сильными психоактивными свойствами, люди были склонны приписывать волшебные свойства всем растениям, в том числе и нейтральным. Первобытный человек считал растение святыней и собственностью Бога, поэтому их употребление строго контролировалось колдунами, жрецами и шаманами. Право употреблять наркотики имели только избранные, да и то только с определенной целью. Когда великие жрецы совершали богослужения, они жевали коку, и никто не мог приблизиться к месту совершения религиозных культов без традиционного комочка коки во рту. Для простых людей наркотики продолжительное время являлись табу, а их самовольное употребление строго наказывалось. Рецепты приготовления чудесных напитков и особенности их применения охранялись как святая тайна, чтобы непосвященные не узнали «искусственный рай».

Первым упоминанием в истории растением с психоактивными свойствами был мак. Из известных наркотиков он имеет самую долгую историю. На сегодняшний день нет единой точки зрения о том, где же впервые возникло это растение, и где впервые был употреблен опий как наркотик. Существует мнение, что самое раннее использование опия в

медицинских целях осуществлялось еще в Каменную Эру, около 2 миллионов лет назад. Есть предположение, что опиум широко использовался в 2тыс. году до нашей эры в Западной Азии и Восточном Средиземноморье в медицинских и религиозных целях. Некоторые источники описывают потребление опиума еще до 4тыс. г. до нашей эры шумерами, в дельте Евфрата (современная территория Ирака). Шумеры называли его «HUL» что в переводе означает «радость», «наслаждение». На глиняных табличках остались рекомендации по приготовлению и употреблению опиума. В Египте были найдены наскальные рисунки, изображающие употребление опиума во время проведения религиозных ритуалов, датируемых 3500 лет до н.э. Уже в то время египтянам было известно воздействие опиума на организм человека, и опиум был занесен в список анальгетиков, что стало известно из древних папирусов.

В культуре Древних Микен опиум занимал весьма существенное место. Опиумного мака в Микенах возделывали больше, чем пшеницы. Даже микенская богиня плодородия изображалась держащей в одной руке пучок пшеницы, а в другой – букетик маков.

Из Египта использование опиума распространилось в Грецию. В 330 г. до н.э. Александр Македонский впервые завез опиум в Персию и Индию. В VIII веке арабы расширили границы выращивания мака от Малой Азии до Индии и Китая. Они считали мак священным растением, которое открывает врата рая тем, кто его употребляет.

Культ грибов, связанный с их галлюциногенными свойствами, был распространен на огромных территориях Северной Азии и в Центральной Америке. Существует гипотеза, что обожествляемый напиток ариев – «сома», пришедший в Индию с Севера, изготовлялся из грибов. Известны многочисленные петроглифы, изображающие людей-грибов, свидетельствующие о поклонении грибам древних народов Сибири.

Сохранились культовые скульптуры «священных, божественных» грибов («псилоцибе»), которым поклонялись индейцы-ацтеки Мексики и Гватемалы.

Так, в Мексике был найден большой каменный гриб с высеченным на ножке обликом Бога. Предполагают, что возраст находки свыше 10 тыс. лет. Каменные грибы, найденные в Гватемале, и насчитывающие 3 тыс. лет, свидетельствуют о том, что индейцы Майя также исповедовали культ грибов. В Древней Греции был известен гриб, который рос только во время грозы под сверкание молний, что связывалось в сознании людей со сверхъестественными силами. Существует легенда о том, что город Миккена – это воплощение видения его основателя, которое возникло после того, как он съел галлюциногенный гриб, в честь которого и был назван город (mykos – греч. «гриб»). У народов Японии, Филиппин, Таджикистана можно встретить идентичные верования о происхождении галлюциногенных грибов при таинственных обстоятельствах.

Некоторые Сибирские народы для достижения экстаза и религиозных видений поедали во время обрядов ядовитый гриб – мухомор (*amanita muscaria*). Среди самоедов был распространен обычай - пить мочу людей, отравленных мухомором, чтобы выделенный таким образом яд, не угрожая жизни, вызывал легкие мистические переживания. Галлюциногенные грибы использовались и шаманами для вхождения в состояние экстаза, что впоследствии использовалось для предсказания будущего или лечения больного.

Исторические документы свидетельствуют, что на территории России у народностей Крайнего Севера, где растительный мир был очень беден, наркотическое одурманивание традиционно достигалось использованием отвара или жеванием сушеных мухоморов.

В старинных норвежских и исландских сагах обнаружен ряд прямых указаний на то, что предки современных скандинавов знали способ приготовления сильнодействующих дурмящих снадобий, благодаря которым каста древних викингов не знала поражений, и вершила судьбы всего Скандинавского полуострова. Считалось, что их предохраняли от ран и увечий заклęcia верховного божества, то теперь загадочный факт

раскрылся в ином свете, воины опьяняли себя наркотическим зельем, используя отвары мухомора, которое помогало поднимать боевой дух и преодолевать страх смерти.

В религиозных обрядах индейцев Центральной Америки использовались некоторые кактусы, известные под названием «пейотль» (*Lophophora williamsi*), которые произрастали в южной части долины Рио-Гранде. Эти кактусы обладали наркотическими свойствами. Ацтеки называли их «теонанацать», что в переводе означает «плоть Бога». Д.Бабоян так описывал обычаи древних жителей Мексики: «Участники, усевшись у костра, лихорадочно ожидали торжественной минуты, когда избранник богов, произнося молитву, раздавал куски кактуса, предохраняющие от зла и горестей. Как только заканчивался прием наркотика, примерно в середине ночи, оглушительно начинали бить барабаны, призывая развлекаться в знак благодарности богам». Позднее испанские конкистадоры запретили ацтекам употребление этого кактуса. Они называли это растение «корень дьявола», и каждый, кто был замечен в его употреблении, жестоко наказывался.

Между тем в некоторых исторических источниках делается акцент на том, что злоупотребление наркотиков целенаправленно насаждалось некоторыми правителями для полного подчинения многих людей своей воле и использования их в качестве средства достижения политических целей. Так, Ч.У.Гекертон, изучая историю возникновения существовавшего в IX веке в Персии особого военно-религиозного ордена «ассасины», выяснил, что название ордена возникло по созвучию от арабского слова «хашашин» и французского слова «assasin» – «убийца». Правитель Каирского Халифата и глава ордена Хассан ибн ас-Саббах с помощью фанатиков этого ордена держал в страхе всю средневековую Европу. С помощью гашиша, получаемого из смолы и пыльцы женских соцветий конопли, Хасан-Саба приводил своих подчиненных к полному повиновению. Опьяненные чувственными наслаждениями, надеясь обрести после смерти блаженство, неземные радости, внушенные в наркотических грезах, ассасины бесстрашно

шли на верную гибель. Орден Ассасинов просуществовал до 1256 года и был уничтожен в результате нашествия монголо-татарских орд.

В Древнем Китае препараты канабисса (конопли) использовались в основном в медицинских целях. Так, о гашише, как лекарстве от кашля и поноса, говорится в 2737 г. до н.э. в лечебнике китайского императора Шен-Нуша. Данный препарат также использовался как обезболивающее средство при хирургических операциях.

В связи с развитием мореходства, торговли и колониальной экспансии наркотики стали проникать на территории, где они раньше не были известны. Постепенно стали размываться и исторически сложившиеся границы определенных регионов, в которых традиционно использовались те или иные наркотические средства.

С целью получения максимальной прибыли метрополии нередко использовали свои колониальные владения для выращивания растений, содержащих наркотические вещества. Благодаря этому торговля наркотиками активизировалась, стала приносить большие прибыли.

Кроме того, как отмечают специалисты, наркотики в то времена были мощным средством покорения и колонизации народов. Так, Англия использовала колониальную Индию для выращивания опийного мака. Изготовленный из него опиум в большом количестве ввозился в Китай, где потребление наркотиков возросло до огромных размеров. Китайские власти оказывали отчаянное сопротивление политике Англии, стремясь ограничить ввоз наркотиков в страну. Однако все их попытки преодолеть конфликт между державами не увенчались успехом, а лишь привели к так называемым опиумным войнам в 1839 – 1842 и 1856 – 1860 гг. между Китаем, с одной стороны, Англией и Францией – с другой. Военное поражение в этих войнах дорого обошлось Китаю, так как, в соответствии с условиями мира, Англия и Франция наводнили эту страну опиумом, а население Китая почти на целое столетие погрузилось в наркотический сон. В начале XX в. после революции

в Китае запретили выращивать опийный мак и в результате принятых мер удалось подавить наркоэпидемию. Но на это ушли десятилетия.

Данная политика метрополий, которая строилась на расчетах локализовать распространение наркотиков в рамках колоний, себя не оправдала. Опиомания разошлась по многим странам Азии и постепенно проникла в Западную Европу. Европейские народы, издавна применявшие алкоголь для достижения эйфории, все шире стали использовать такие наркотические средства, как гашиш, кокаин, опий и др.

Кроме того, развитию наркотизма способствовало и то, что первоначально многие наркотики применялись в больших количествах в медицинских целях, тогда как побочные действия такого лечения не были достаточно известны. Так, первый медицинский препарат “лаудан”, представлявший собой порошок опиума, растворенный в алкоголе, был прописан Парацельсом больному (XVI в.). Парацельс назвал опиум “камнем бессмертия”. В 1762 г. английский врач Томас Довер представил свой рецепт “диафорической пудры”, которую он рекомендовал для лечения подагры. Вскоре этот препарат был назван “порошок Довера”. По сообщению Young J. (1972) рекламные агенты того времени перечисляли дюжины симптомов при которых необходимо было применять эти препараты, в то время как человек мог при этом быть совершенно здоровым. Все это имело катастрофические последствия в будущем, так как люди, не будучи больны, приобретали страшную привычку к наркотическому препарату. Подобная практика положила начало широкому употреблению препаратов из опиума в течение последующих 150 лет.

Массовое употребление наркотиков в Европе началось в XIX в. В 1800 г. армия Наполеона, возвратясь из Египта, завезла во Францию марихуану и гашиш. Позже, в 1844 г. В Париже был организовано необычное общество под названием «Клуб любителей гашиша» (“Le Club des Hascischins”). Его история началась с того, что французский врач Моро де Тур по возвращении из Алжира предложил своим друзьям попробовать “давамеску” – печенью из

гашиша. Членами этого клуба являлись такие известные люди как Теофил Готье, Шарль Бодлер, который описал свои ощущения от употребления гашиша и опиума в “Искусственном рае”. Позже в клуб вступили Верлен и Рембо.

В Англии злоупотребление опиатами стало тормозом для нормальной работы промышленных предприятий. В прямой связи с ростом потребления опиума заметно падала производительность рабочих крупных текстильных фабрик. Британское правительство было вынуждено прибегнуть к ограничительным мерам.

Среди английской литературной элиты опиум получил распространение в XVIII- XIX вв. Так, создание известной поэмы “Куббла Хан” Самуель Тейлор Колридж связывал с посленаркотическим сном, в котором он и увидел мифический город. А Томас де Квинсей, также испытывающий «божественное наслаждение», в «Откровениях английского оптимиста» писал: «Это средство всех мучений. Его можно купить за один пенс и носить с собой в кармане жилета ... Душевный покой можно пересылать по почте».

Итак, опиум постепенно становится неотъемлемой частью огромного количества лекарственных препаратов, приготовляемых врачами в Европе и Америке для лечения различных болезней и для обезболивания.

Как уже было сказано выше, распространение наркотизма, как социального явления, во многом было связано с наличием традиций потребления наркотических средств, а также политической волей правящей верхушки отдельных государств. Однако не следует упускать из виду то, что распространение тех или иных наркотиков, а также способов их употребления, в последние полтора столетия имели некоторые достижения науки и техники. Так, курение опия и канабиса началось после того, как в XVI - XVII вв. в Европе получило известность табакокурение. Внутривенное впрыскивание опиатов стало применяться только с техническим изобретением иглы для инъекций в 50-х годах XIX в.



В период с 1799 по 1806 годы, Фредерик Зертюнер, немецкий фармацевт, опытным путем, добавляя к опиуму раствор аммония, получил алкалоид (внешне похожий на белую пудру), действие которого оказалось в несколько раз сильнее опиума. Полученную субстанцию он назвал морфином (morphine), что в переводе с греческого языка означало «Бог мечтаний и грез». К сожалению, в те времена медики полагали, что данное вещество не имеет нежелательных последствий и активно назначали его больным. Примерно в это же время ганноверский фармацевт Сертюрнер (1803 г.) и Сеген (1805 г.), химик наполеоновской армии, выделили из опия морфин, который стал “модным” в высших парижских кругах общества. Пристрастие к морфину некоторое время даже считалось проявлением тонкого вкуса.

Однако начало истории морфинизма было положено несколько позднее. Так, в 1850 г. в медицинских учреждениях стали широко применяться таблетки, содержащие морфин. А в 1853 г. немецким ученым Вудом был предложен метод подкожных инъекций, для которых также активно использовался это психоактивное вещество. Благоприятную почву для распространения морфинизма подготовили Американская междоусобная война 1856 г. и Гражданская война 1870 – 1871 гг., давшие большое количество раненых, по отношению к которым широко стал применяться новый способ лечения. Это явление даже получило название “армейская болезнь”. Подкожный укол стал широко доступен, а использование нестерильных игл приводило к абсцессам и серьезным болезням. В 1870 г. цена на морфин стала очень низкой, он стоил дешевле, чем алкоголь, популярность его росла, и его можно было приобрести в любой аптеке.

В 1874 г. английский химик К.Р.Райт в результате экспериментов с морфином был получен диацетил-морфин. Проводя опыты над животными, им было установлено, что данное вещество вызывает сильную физиологическую зависимость и является потенциально опасным веществом для организма человека. Сообразно с этим он не придал гласности свое открытие. Однако в 1898 г. немецкий химик Генрих Дрессер, пытавшийся

найти такую форму анальгетика, которая заменила бы морфин и в тоже время не способствовала формированию зависимости, получил новый препарат. Данное вещество он назвал “героин”, что в переводе с немецкого языка (heroisch) означает “большой, мощный”. Вскоре героин довольно широко вошел в медицинскую практику. Например, Американская ассоциация врачей в 1906 г. одобрила использование героина в качестве заменителя морфина. Героином первоначально пользовались даже при лечении сильного насморка.

Анализ исторических документов показал, что в период с 1871 г. по 1914 г. заметно возросло число лиц, употребляющих опиаты. Специалисты указывали на следующие причины распространения данных психоактивных веществ:

- распространение курения опиума от китайских эмигрантов по всему миру;
- увеличение морфийной зависимости в результате беспорядочного использования препарата во время междоусобной (1856 г.) и Гражданской войн (1870 – 1877гг.);
- распространение опиато-производных американской промышленностью;
- маркировка героина в 1898 г. как безопасного, не дающего привычки препарата по отношению к производным опиума и кодеина.

В начале XIX века кроме опийной наркомании в США и странах Азии, в Европе начала распространяться кокаиновая наркомания. До этого времени злоупотребление кокаином было ограничено эндемическими очагами в Центральной и Южной Америке и Юго-Восточной Азии, где произрастали кустарники кока. В священных книгах упоминается, что жрецы древних инков, зная о возбуждающем действии этого растения, перед исполнением обрядов жевали его листья. Вещества, содержащиеся в листья кока, способствовали приливу сил, устраняли чувство голода.

Выделение кокаина как психоактивного вещества произошло, по мнению некоторых исследователей, в 1859 г. в Германии. Парадоксальным являлось то, что в те времена врачи считали кокаин эффективным обезболивающим средством и даже использовали этот препарат при лечении больных от опиоидной зависимости. Например, как местное анестезирующее средство кокаин использовали в офтальмологии и ларингологии. А в 1800-х годах медикаменты, приготовленные на основе растения кока и его производных, свободно продавали в розницу и употреблялись при любом диагнозе: от головной боли до истерии. В качестве облегчающего средства при малярии, гриппе и других болезнях врачи рекомендовали своим пациентам вино, содержащее две унции свежих листьев кока на пинту “Бордо”, под названием “Vin Variiani». Первые случаи кокаиновой наркомании в Европе были описаны в конце XIX века. Так, Зигмунд Фрейд стал употреблять кокаин с 1884 г. и лечить им своего друга Эрнста фон Фляйш-Маркоу, у которого была сформирована зависимость от морфина.

В 1886 г. фармацевт из Атланты создал комбинацию из листьев кока, содержащую малую часть чистого кокаина и аромата орехов колы. Компания Кока-кола разработала рецептуру нового газированного напитка, основу которого и составлял данный препарат, и предложила аптекам для продажи в качестве легкого тоника.

Тем не менее первая эпидемия кокаиномании возникла в Европе и США во время Первой Мировой войны. Данное явление можно объяснить следующими причинами: во-первых, армия хорошо снабжалась кокаином в качестве обезболивающего средства, и это был доступный препарат; во-вторых, простота употребления “лекарственных” средств; в-третьих, отличие от морфия отсутствие сильно выраженного абстинентного синдрома при невозможности найти новую дозу. Кроме этого, распространению кокаиномании способствовал и тот факт, что в период военных событий стало плохо с продовольствием, начался голод. Обнаружилось новое свойство кокаина - подавлять аппетит.

Широкое распространение злоупотребления наркотическими средствами на территории Российской Империи начинается примерно с середины XIX века. Царская власть была осведомлена о росте наркотизма в Средней Азии и ее роли в распространении наркотических препаратов. В исследованиях А.Кувшинникова, Е.Шестинского (1988) отмечается, что возделывание мака для изготовления опиума, а также наркотического отвара (кокнар или кукнар), который употреблялся в качестве успокаивающего, тонизирующего средства, было традиционным в Средней Азии. Кроме того, в любой мелкой лавочке или “чайхоне” (чайной) можно было свободно приобрести анашу (гашиш). Ее не только продавали, но ею любезно угощали посетителей чайханы друг друга так же, как европейцы - папиросами, сигарами и т.п. По официальным данным за 1880 г., на каждые 100 коренных жителей приходилось четыре привычных гашишиста. Злоупотребление наркотическими средствами в Средней Азии неизбежно стало оказывать воздействие на близлежащие губернии и крупные города в центре Российской Империи.

Еще один очаг наркотизма находился на самой дальней окраине Российской Империи – в Приморье. После освоения Россией территорий Амурской области и Приморского края Российское правительство столкнулось с проблемой массового курения опиума. Масштабы контрабанды и употребления наркотиков в Приамурье не уступала среднеазиатским.

Опасность указанных и некоторых других наркотических средств была осознана в нашей стране несколько позднее. А пока, как писал И.С.Левитов (1906) в Санкт-Петербургских ведомостях, Российское антинаркотическое законодательство XIX века носит ограниченный односторонний характер. Так, в упомянутых указах меры ответственности предусматривались только за посев наркосодержащих растений, вывоз наркотиков за границу Российской Империи и их потребление. Этим обстоятельством воспользовался ряд государств, прежде всего Китай, Персия, Турция и

Египет. Они быстро наладили производство и широкие поставки наркотиков в Россию.

Вначале второй половины XIX века основная масса контрабандного гашиша поступала в Россию из китайского Туркестана. Контрабандный ввоз наркотиков через российско-китайскую границу постоянно увеличивался. Политика борьбы с распространением опия и гашиша, проводимая китайским государством, отличалась от российской. Дело в том, что в Китае производить и распространять наркотики запрещалось лишь иностранцам, но не местным жителям. В то же время российские власти своими репрессивными мерами в отношении собственных граждан, производящих наркотики, создали объективные предпосылки для увеличения производства наркотиков за рубежом, с целью их последующей контрабанды в Россию. Предпринятые внешнеполитические шаги позволили заключить Ливадинский договор 1881 г., существенно ограничивающий возможности производства наркотиков в китайском Туркестане. Однако, несмотря на это борьба с контрабандой наркотиков и в России, и в Китае продолжала оставаться неэффективной.

К началу XX века во многих государствах Центральной и Юго-Восточной Азии производство наркотиков приняло широкий размах, а с налаживанием транспортных связей, особенно с введением Китайской Восточной железной дороги, поток наркопродукции хлынул в Россию и через нее в Европу.

Наркомания стала стремительно распространяться по всей планете. Ее размах превзошел все опасения медиков и общественности, понявшей, наконец, надвигающуюся опасность. Мощные специализированные объединения – тресты, картели и другие организации, обеспечивали расширенное производство и сбыт наркотиков, совершенствовали технологии их изготовления и вовлекали в эту сферу все новые массы людей. Стремительно возрастало число преступных группировок, специализирующихся на незаконном обороте наркотиков.

Данный период характеризуется началом противодействия наркотизму на международном уровне. Первым опытом установления международного контроля за наркотическими средствами и принятия определенных мер против распространения наркомании можно считать Шанхайскую опиумную комиссию (1909 г.). В ее состав входили представители 13 государств: России, США, Австро-Венгрии, Германии, Англии, Франции, Италии, Японии, Нидерландов, Персии (в настоящее время - Иран), Португалии, Сиамы (в настоящее время - Таиланд) и Китая. Именно создание и начало работы этой комиссии положили конец “опиумным войнам”, в которых, по мнению К.Маркса, вполне проявился колонизаторский характер английской политики по отношению к Китаю.

Эстафету Шанхайской комиссии приняла Международная конференция по опиуму, проходившая в Гааге (декабрь 1911 - январь 1912 г.). В ней приняли участие представители 12 стран (те же, что и в Шанхае, но без Австро-Венгрии) Эта конференция сыграла уже более определенную роль в активизации международной борьбы с наркотизмом в целом и по отдельным его направлениям. В ходе работы конференции была подготовлена и принята первая Конвенция о наркотиках. В историю борьбы с наркоманией и наркотизмом она вошла как Гаагская конвенция 1912 г. В ней впервые были определены виды наркотических средств, употребление которых ставилось под международный контроль. Это касалось опиума-сырца, курительного опиума, медицинского опиума, морфина и других препаратов из опийного мака, а также кокаина.

Присутствующие на конференции представители брали на себя обязательства в том, что в государствах – участниках Гаагской конференции в целях усиления борьбы с наркотизмом и противодействия наркомании будут приняты:

- национальные законы, направленные на осуществление контроля над производством и распространением перечисленных выше наркотиков и на

пресечение их незаконного ввоза и вывоза без разрешения уполномоченных на то лиц и органов;

- меры для постепенной ликвидации производства, внутренней торговли и употребления опиума и производных от него наркотиков; будет наложен запрет на импорт и экспорт опия;

- меры по обеспечению использования наркотических средств только в медицинских и других разумных целях.

Особо оговаривалось, что во всех странах – участниках этой конференции будут изданы законы об ответственности и наказании лиц за деяния, связанные с неправомерным владением наркотиками. Обращает на себя внимание тот факт, что конференция не только провозглашала необходимость взаимодействия государств по установлению контроля над употреблением наркотических средств, но и обозначала формы его осуществления. В качестве одной из таких форм предусматривалась обязанность государств обмениваться через правительство Нидерландов текстами издаваемых правовых актов и, что особенно важно, статистической информацией о наркотиках и наркомании

К сожалению, реализации постановлений Гаагской конференции помешала разгоревшаяся в 1914 г. Первая мировая война. Документы этой конференции вступили в законную силу после подписания Версальского договора (1919 г.), в котором, как и в ряде других мирных договоров, специально отмечалось, что их ратификация равносильна ратификации Гаагской конференции 1912 г.. Однако произошли серьезные изменения – мир был уже не тот, что до войны. Солдаты враждующих армий, проходя по территориям чужих государств, активно насаждали наркотики среди населения. Так что война значительно содействовала быстрому распространению наркотиков и наркомании.

Первая в истории нашего отечества вспышка наркомании приходится именно на данный период. В Россию в массовом порядке наркотики были

занесены солдатами и офицерами союзных армий. Вспышка наркомании была массовой, огромной.

Отечественные криминологи и медики того периода обращали внимание на обусловленность наркотизма войнами и их последствиями. “Развитие кокаинизма за годы войны и после нее , - писал М.Н.Гернет, - невольно ставит вопрос о значении войны как фактора кокаинизма. Для большинства авторов эта связь очевидна и объясняется потребностью борьбы с теми тяжелыми настроениями самой разнообразной формы, которые порождала постоянная опасность смерти на войне...”.

Э.Йозель также считал войну одной из причин повышенной потребности в наркотиках. По его мнению, “война не только привела в соприкосновение с морфием громадное количество людей, но и самое назначение опиатов в ее условиях происходило менее сдержанно, чем в нормальное время... Медико-полицейский надзор, особенно в первые годы после войны, проводился недостаточно строго, и доверенные лица не всегда соблюдали осторожность, необходимую при выдаче этих медикаментов...”.

Исследовавшая проблемы наркотизма в стране М.Т.Белорусова писала в 1926 г.: “Кокаиновая наркомания достигла своего максимума во время социальных кризисов, войн империалистической и гражданской... проникая в быт, захватывая все более широкие круги населения. Кокаинизм принимает все признаки социальной болезни”.

До этого в законодательстве Российской Империи существовали лишь отдельные нормы антинаркотической направленности. Однако 7 июня 1915 г. Николаю II пришлось утвердить Закон «О мерах по борьбе с опиокурением», действовавший территориально только в Приамурском генерал-губернаторстве и Забайкальской области Иркутского генерал-губернаторства. Рождение указанного Закона было вызвано, во-первых, колонизацией Российской Империей Средней Азии (Туркестанский край) в XIX в. и, во-вторых, интенсивной миграцией китайцев и корейцев на Дальний Восток после поражения России в войне с Японией 1904 – 1905 гг.



Оба эти фактора повлекли катастрофическое распространение опиума и гашиша по всей азиатской части России того времени.

После издания данного указа резко возросла цена на гашиш в Туркестане и опиум на Дальнем Востоке. Если до запрещения посевов наркосодержащих растений местное население указанных регионов само обеспечивало себя наркотическим сырьем, то после издания указов наркотики в больших количествах стали поступать в Россию контрабандным путем. Причем, несмотря на официальный запрет, злоупотребление гашишем и опиумом в Туркестане и на Дальнем Востоке не уменьшилось и постепенно проникло в другие регионы России.

Правительство Советской России уже в первые месяцы своего существования вплотную столкнулось с проблемами наркотизма в стране. Дело в том, что наркотизм, как полагают Г.М.Миньковский, Э.Ф.Побегайло и другие, имеет глубокие социально-исторические корни в регионах Средней Азии и на Дальнем Востоке. “Беспросветная жизнь, бескультурье, отсутствие медицинской помощи, все произрастающая эксплуатация населения, засилье мул, ишанов и табибов, “лечивших” талисманами, заклинаниями, опиумом и терьяком, - все это способствовало необычайному распространению опиомании в Туркмении в дореволюционное время”, - писал Е.В.Маслов. К этому необходимо добавить глубокие традиции и обычаи жителей Средней Азии, использовавших гашиш и опий в народной медицине, приготовлении национальных блюд. Наконец, среднеазиатские народы, как известно, исповедуют ислам, который запрещает употребление алкоголя, однако умалчивает о наркотиках.

В 1918 г. Совет Народных Комиссаров издает предписание “О борьбе со спекуляцией кокаином”, согласно которому правоохранительным органам вменяется в обязанность вести борьбу с преступностью, связанной с наркотиками. Несколько позднее выходит письмо Совнаркома “О контрабанде опиумом”, в котором указывалось на необходимость скорейшей ликвидации каналов полулегальной переброски этого наркотика из Персии в

Китай через города Восточной Сибири. В 1924 г. Совет Народных Комиссаров Туркестана издает постановление о государственной монополии на производство опия.

Итак, вопросам борьбы с незаконным распространением наркотиков в стране и далее постоянно уделялось самое пристальное внимание. Однако, опираясь на данные Московского кабинета по изучению преступности и преступника, А.М.Раппорт писал: “Кокаинизм, будучи весьма распространенным среди преступников г.Москвы, обнаружил в 1923 – 1924 гг. прогрессивную тенденцию”.

В исследованиях Р.М.Зимана (1926) дается объяснение этому явлению. Иностранная интервенция и гражданская война подорвали без того ослабленную войной с Германией российскую экономику. Деятельность многих предприятий была остановлена, в стране свирепствовали голод и эпидемия, сотни тысяч детей остались без родителей и крова, пополняя армию наркоманов. “Условия жизни за последние годы, обострившаяся борьба за существование оторвали от семьи и выкинули на улицу толпы беспризорных детей, которые представлены сами себе, без руководителей и воспитателей, они впитывали в себя все соблазны улицы... Перед ними раскрываются двери притонов, где так просто во всякое время достать какое угодно количество кокаина”.

При рассмотрении данной проблемы следует обратить внимание на исследования наркотизма, проведенные в 1924 г. Институтом детской дефективности под руководством Н.М.Гернета (г.Москва). Анализ полученных результатов показал, что около 47% обследуемых детей и подростков (102 чел.) употребляли одновременно табак, алкоголь и кокаин, 40% - какие-либо два из перечисленных средств и 13% - одно. Причем у 97% обследованных детей семья оказалась разрушена, что в значительной степени вызвано последствиями войны (6, с.34-38).

Опрос 150 несовершеннолетних, воспитывающихся в Московском трудовом доме, свидетельствовал о том, что 70,7 % из них употребляли

кокаин более или менее продолжительное время. Анализ биографических данных несовершеннолетних показал, что в результате злоупотребления кокаином многие из них совершали различные преступления и чаще всего кражи с тем, чтобы раздобыть денег на покупку кокаина. Некоторые из подростков выступали в роли профессиональных торговцев наркотическими средствами. Первая московская комиссия по делам о детских правонарушениях за 1922 г. зарегистрировала случаи и более тяжких преступлений, совершенных в состоянии возбуждения детьми, нанюхавшимися кокаина, вплоть до покушения на убийство.

О наркоситуации в рассматриваемый период в целом можно судить по замечанию К.Аркиной: “Число жертв кокаина насчитывается уже не десятками, а значительно больше: сотнями, а может быть, и тысячами, и для сотрудников комиссий по борьбе с преступностью несовершеннолетних ясно, что это зло с течением времени настолько увеличится, что молчать о нем и бороться средствами комиссий в лице следователей-воспитателей недостаточно. Необходимо к этой борьбе привлечь общество и государство”.

На основании полученных данных можно утверждать, что изменился характер наркомании. Теперь это социальное заболевание целых слоев населения, и особенно детей и подростков, составляющих будущее нации. Вследствие этого, в 1925 г. с целью изоляции потребителей наркотиков от здоровых, еще не подверженных кокаинизму детей, было организовано детское клиническое отделение Московского наркодиспансера.

Распространение наркотизма и связанных с ним преступлений в России в первые десятилетия XX в., по мнению исследователя Г.М. Миньковского, имело свои исторические закономерности. Страна находилась в крайне тяжелом положении, существовал ряд социальных, политических, экономических, психологических факторов, продуцировавших незаконный оборот наркотиков и распространение наркомании.

Проанализировав статистические данные за период 1911 - 1916, 1919 -1921 гг. о состоянии и динамике преступности, связанной с наркотиками,

М.Н.Гернет пришел к выводу, что “наркотизм глубоко врос своими корнями в общественную среду, переплетаясь этими корнями с разнообразными и многочисленными условиями: пресыщенностью и праздностью одних, недоеданием и тяжелым трудом других, непреодолимыми привычками третьих и т.п.”.

Всплеск наркотизма и связанной с ним преступности был прямым следствием социальных антагонизмов, особенно резко обозначившихся в послереволюционный период. Владельцы аптек и фармацевтических предприятий, не желая мириться с экспроприацией собственности, организовали поставки на “черный рынок” огромного количества наркотических препаратов, наживая немалый денежный капитал, а заодно рассчитывая вызвать массовые беспорядки. Кроме того, к причинам роста наркотизма в стране можно отнести действовавший в рассматриваемый период запрет алкоголя (“сухой закон”), который объективно способствовал переключению части алкоголизированного населения на наркотические средства.

Исторические документы свидетельствуют, что в 20 – 30-е годы было организовано и проведено довольно много международных конференций и встреч по проблемам наркомании. В решениях каждой из них подчеркивалась необходимость решительного противодействия распространению наркотиков, вплоть до запретительных мер. Однако факт оставался фактом: объединения усилий не получалось, действия оставались разрозненными, эффективность – низкой. Более того, в процессе работы некоторых конференций, например Женевской конференции (1925), фактически отстаивались скрытые интересы колониальных держав. (Те страны, где культивировались наркосодержащие растения, были в то время колониями и полуколониями.) Поддерживалось, в частности, создание монопольных объединений для осуществления всего цикла прохождения наркотиков – от выращивания сырья до сбыта. В действительности

запускались механизмы, запрограммированные на производство капитала любой ценой, а интересы, здоровье людей не бралось во внимание.

После всплеска наркотизма в 20-х годах его динамика в течение последующих пятидесяти лет в России почти не прослеживается, так как статистика была засекречена и искажена, а каждый отдельный случай заболевания наркоманией рассматривался как исключительный.

Сведения о наркотизме в СССР с начала 30-х до середины 80-х годов открыто почти не публиковались. Статистические данные о наркотизации населения и преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков в целом по стране, не анализировались, так как априорно считалось, что в социалистическом обществе не существует условий для этих негативных явлений. Утверждалось, например, что "...практическое значение наркомании в наших условиях сводится к нулю". Так, известный специалист в области наркологии И.В.Стрельчук отмечал, что в предвоенные и послевоенные годы кокаионистов в СССР не было, а морфинисты представляли редкость (например, в Москве они составляли среди нервно-психических больных 0,1%). По сравнению с 1933 г. в 1949 г. морфинизм снизился в 20 раз.

Однако некоторые исследователи, в частности Г.М.Миньковский (1967), утверждали, что наркомания социально обусловлена и носила в тот период массовый характер. В качестве причин распространения немедицинского употребления наркотиков в среде несовершеннолетних он отмечал беспризорность и социальные трудности, вызванные Великой Отечественной войной и хозяйственной разрухой в стране.

Анализируя проблему наркомании данного периода, И.В.Стрельчук (1956) указывает на то, что причины наркотизации из социальной плоскости в значительной степени сместились в медицинскую. Его исследования доказывают, что наиболее распространенным мотивом потребления наркотиков обследованными было желание избавиться от сильной боли, возникшей вследствие тяжелого заболевания или телесного повреждения.

Причем среди больных наркоманией не отмечено ни одного случая приобщения к наркотикам по мотивам безысходности и отчаяния, вызванных тяжелым положением и жизненными условиями. Изменился и контингент потребителей наркотиков. В основном, это были взрослые люди от 30 до 40 лет, принимавшие участие в Великой Отечественной войне.

Благодаря ведению военного контроля на дорогах произошло заметное пресечение каналов распространения наркотиков, наркоманы лишились возможности приобретать наркотики на привычных для себя рынках сбыта. Однако массовая эвакуация беженцев в Среднюю Азию и Восточную Сибирь привела к тому, что определенная их часть приобщилась к традициям бытовой наркомании среди местного населения. Возвращаясь к месту прежнего жительства, мигранты принесли с собой это явление и в другие регионы нашей страны, где ранее проблема наркотизма практически не возникала.

Тем не менее, временный перелом в динамике наркотизма, особенно в послевоенное время (до 50-х годов), на территории СССР можно было наблюдать. Во многом это было связано с установлением в стране жесткого режима тотального контроля над обществом в целом и каждой личностью в отдельности. Так называемый “железный занавес” практически перекрыл поставки наркотиков из-за рубежа. Внутри же страны сфера обращения наркотиков полностью монополизирована государством и достаточно четко контролировалась.

Кроме того, были практически ликвидированы безработица и беспризорность, которые в полной мере способствовали наркотизации в стране в период гражданской войны. Экономика в целом развивалась достаточно динамично, отсутствовали кризисные явления. Труд был не только правом, но и обязанностью граждан. Значительно повысился материальный и культурный уровень жизни большей части народа. Злоупотребление наркотиками отмечалось, в основном, в регионах их

традиционного использования, местах лишения свободы, а также вследствие привыкания в процессе лечения тяжелых заболеваний.

В мировой практике с 1946 г. контроль за наркотиками – их производством, распространением и потреблением – идет уже под эгидой ООН. Первым шагом в этом направлении стало принятие Экономическим и социальным советом ООН резолюции об обеспечении постоянного международного надзора за наркотическими средствами и учреждение для этого специальной комиссии.

Из множества документов, принятых с того времени, необходимо отметить Единую конвенцию о наркотических средствах, принятую на международной конференции, организованной ООН в Нью-Йорке в 1961 г. Именно по этой Конвенции и был создан Комитет по контролю над наркотиками ООН, который наделен широкими организационно контролирующими и аналитическими функциями. 14 декабря 1963 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР “О ратификации Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г.” наша страна была присоединена к Единой международной конвенции о наркотических средствах.

Благодаря обобщающим материалам данного Комитета стало ясно, что в середине XX века положение с наркоманией во всех развитых странах Запада стало угрожающим. Лидировали в этом отношении США, где произошла “эпидемическая” вспышка героиновой наркомании, которая затем перекинулась в Европу. Наркомания стала национальным бедствием. В то время по официальным данным, американцы потребляли до 60% производимых в мире наркотиков. Причем наркомания приобрела угрожающие темпы распространения, вовлекая все слои населения, включая детей бедных и богатых родителей.

В Великобритании масштабы наркомании постоянно расширялись, а после 60-х годов каждое последующее десятилетие число наркоманов здесь возрастало в 10 и более раз. Такие же темпы распространения наркомании

наблюдались и в ряде других крупных стран Европы – в Испании, Франции, Италии, Португалии.

В нашей стране период “хрущевской оттепели” и последующие годы характеризуются постепенным ухудшением наркоситуации. Исследователи С.С.Алексеев (1996), В.Н.Кудрявцев (1991) отмечают, что социальная болезнь была лишь временно локализована, но не ликвидирована. С появлением благоприятных социальных условий наркотизм вновь распространился и приобрел опасные формы. Г. М. Миньковский (1999) также отмечает, что одной из причин негативной динамики наркотизма в 60 – 90-е годы в нашей стране было возникновение и обострение кризисных явлений во всех сферах жизни общества и государства. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте преступности, связанной с хищением опия и распространением наркотических средств.

В 60-е годы в Советской России был снят “железный занавес”: поток туристов из СССР хлынул в западные страны, иностранные туристы пошли к нам неудержимым валом. В 1957 году в Москве проходил VI Всемирный фестиваль молодежи и студентов. Именно в это время в центре нашей страны был зафиксирован первый случай относительно массового для тех лет (несколько десятков человек) употребления наркотиков.

В конце 60-х – начале 70-х годов устанавливается уголовная ответственность за незаконное распространение наркотических средств среди населения. Данная мера явилась одним из эффективных средств предупреждения наркомании. Уголовная ответственность за изготовление наркотических средств без специального разрешения предусматривалась во всех, за исключением Литвы, уголовных кодексах союзных республик.

Большое значение в деле борьбы с наркоманией в нашей стране имело постановление Президиума Верховного Совета СССР № 3274 – VI от 27 января 1965 г. «Об усилении борьбы с незаконным изготовлением и распространением наркотических веществ».



Несомненно, о наркотиках знали, но отношение к ним в обществе характеризовалось относительным спокойствием. Полученные факты отечественных исследователей (В.Н.Шашков и др.) в сравнении с результатами западных ученых не настораживали. Так в системе медучреждений всего Советского Союза в 1965 году было зарегистрировано 10 тыс. больных наркоманией, через 15 лет – 15, 8 тысяч. Рост заболеваемости составлял по 320 человек в год. Для страны с населением в 250 млн.человек такой показатель был мизерным. А на предупреждение Всемирной организации здравоохранения, основанное на анализе наркоситуации во многих странах, о том, что фактически проходит регистрацию лишь один из 30 – 50 наркоманов, а стало быть, необходимо делать соответствующие коррективы в учитываемых показателях, попросту никто не обращал внимания.

Таким образом, серьезная проблема стала реальностью. Но ее упорно замалчивали. Скрывались факты появления в СССР разветвленного наркобизнеса, расширения географии действия наркодельцов. Даже, когда в 70-х годах в странах Восточной Европы все средства массовой информации говорили о наркотической угрозе здоровью населения, в Советском Союзе по-прежнему отрицали существование данного социального явления. Так, председатель постоянного комитета по контролю наркотиков при Минздраве СССР Э.А.Бабаян заявлял следующее: «В Советском Союзе наркомания не представляет серьезной социально-гигиенической проблемы..., а в большинстве своем наркоманы – это хронически больные люди, тяжелые инвалиды, которые в связи с основным заболеванием систематически принимали такие наркотические препараты, как морфин и кодеин, и стали наркоманами». Данный настрой правительства, компетентных органов, по-видимому, сказался на отсутствии целенаправленных и систематических профилактических мероприятий в учебных учреждениях. Учебные учреждения – от средней школы до высших учебных заведений – сталкивались со случаями употребления обучающимися наркотических

средств и, не имея никаких ориентиров и рекомендаций, действовали неэффективно.

Стратегия и тактика борьбы с наркотизмом на государственном уровне практически не разрабатывались. И каких-либо действенных мер в этом плане не предпринималось. А новая волна увлечения наркотиками, которая захлестнула молодежь Европы, устремилась в Россию в 70-х годах. Эта волна пришла вместе с рок-культурой, хиппизмом, идеей «полного освобождения», пронизавшей всю контркультуру того времени.

В артистическую среду была внедрена идея, что кокаин, героин и другие виды наркотиков стимулируют вдохновение, прибавляют энергию, способствуют повышению экспрессии. Потребление наркотических средств окружалось ореолом романтизма, элитарности. Многие звезды эстрады стали пользоваться психоактивными веществами. Изучая проблему распространения наркотизма среди творческой интеллигенции, В.Н.Шашков (1999) отмечал: «... весьма предприимчивые и инициативные люди, воспользовались возникшей модой на рок-музыку. Появившийся новый отряд эмоциональных, одухотворенных и увлеченных людей был использован ими не столько как объект, сколько как инструмент влияния через них на молодежь».

Антинаркотическая политика была ужесточена. К сожалению, она носила, главным образом, запретительно-карательный характер. Но впервые документ, в котором эти меры излагались, - Постановление ЦК КПСС (январь, 1986 г.) – не был засекречен, а носил открытый характер. Он сразу же привлек внимание широкой общественности к проблеме, которой до этого вроде бы не существовало.

Средства массовой информации, получив официальное разрешение, сыграли немаловажную роль в пропаганде решений этого первого антинаркотического документа. В газетах и журналах появились материалы, в которых довольно подробно, а главное, квалифицированно,

профессионально, грамотно освещались проблемы, связанные с наркотиками.

В результате, начиная с 1987 г., рост темпов распространения наркотиков в стране несколько замедлился: за четыре года (1988 – 1992 гг.) число поставленных на учет с диагнозом «наркотическая зависимость» увеличилось в 1,3 раза, в то время как в предыдущий период такой и даже больший прирост происходил всего лишь за один год.

С развалом СССР (начало 90-х годов) в обществе неизбежно обострились все социальные пороки и болезни. Наркомания среди них – самая страшная. Очень быстро стали появляться нелегальные лаборатории по изготовлению наркотиков. Контрабандный ввоз наркотических средств возрос в несколько раз и продолжает расти. Быстрыми темпами растет и выручка от продажи наркотиков. По подсчетам экспертов, в 1998 г. доходы наркодельцов в России значительно превысили 3 млрд. долларов. А западные специалисты оценивают годовой оборот российского наркорынка в 5 – 7 млрд. долларов (по данным Агентства международной информации Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом).

Подводя итог, можно утверждать, что наркоманы опасны для окружающих по многим причинам. Один наркоман «заражает» (вовлекает в наркозависимость) от 10 до 15 человек в год. Большая часть наркоманов больны гепатитом, СПИДом и другими неизлечимыми болезнями. Общаясь, они заражают окружающих людей, приобщают их к психоактивным веществам. Кроме того, наркоман криминален по своей сути.

Дальнейшее распространение наркомании представляет реальную угрозу социальной безопасности семьи и общества в целом, национальной безопасности России.

### **Лекция 2 - 3. Виды наркотических веществ и их действие на организм**

В настоящее время существует несколько подходов к характеристикам наркотических веществ. Например, Дж. Соломзес, В. Чеурсон, Г. Соколовский (1998) классифицируют наркотики по следующим основаниям: происхождению; воздействию на организм; терапевтическому использованию; воздействию на центральную нервную систему (подавляет или возбуждает); химическому строению; механизму воздействия; названию на сленге.

В монографии И.Н.Пятницкой «Наркомании» (1994) наркотики группируются по основным результатам воздействия на организм человека:

- седативные, то есть успокаивающие препараты (опиатные наркотики и снотворные барбитуратной группы);
- стимулирующие препараты (эфедрин, фенамин и др.);
- психоделические, то есть препараты, изменяющие сознание (ЛСД, препараты конопли, некоторых грибов и других галлюциногенов). Согласно С.Б.Белогурову (1997), к наркотикам следует отнести различные вещества, которые соответствуют следующим критериям:
  - способность вызывать эйфорию – приподнятое настроение;
  - способность вызывать наркотическую зависимость – желание неоднократно употреблять наркотик;
  - существенный вред, приносимый психическому или физическому здоровью человека;
  - потребление указанного вещества не должно быть традиционным в данной культурной среде.

Для преодоления наркомании важно познать характер воздействия тех или иных наркотических средств на человека, а самое главное – знать те из них, которые делают потребление наркотиков индивидуальным и социальным бедствием.

Обратимся к классификации наркотиков, предложенной С.Б. Белогуровым. Наркотические средства подразделяются на следующие категории:

**1. Производные конопли.** Это самая распространенная группа наркотиков у нас в России. Наиболее потребляемыми из них являются:

Марихуана – высушенные и размельченные цветы и листья конопли («трава», «травка»). Это похоже на табак, обычно светлые, зеленовато-коричневые, мелко размолотые сушеные листья и стебли. Возможна, и плотно спрессованная в комочки масса («анаша», «план»).

Гашиш – смола, смешанная с пылью и мелко измельченными верхушками конопли. Это плотное темно-коричневое вещество, напоминающее пластилин, оставляющее на бумаге жирные пятна («план»).

АМФ (химка) – размоченная в формальдегиде марихуана, которая высушивается перед курением («формальдегидовка»).

Все препараты конопли имеют довольно резкий специфический запах и горький вкус. Как правило, их курят, забивая в папиросы вместе с табаком или делая самокрутки только с «травой».

По мнению специалистов (Л.С.Фридман, Н.Ф.Флеминг, Д.Г.Роберт, С.Е.Хайман, 1998), курение конопли приводит к заболеванию легких. В препаратах конопли немало смол и других вредных веществ, которые вызывают бронхит и рак легких. Кроме того, алкалоиды конопли способствуют поражению печени, серьезно страдает сердце, так как препараты конопли ускоряют частоту сердечных сокращений. А это быстро вызывает выраженные изменения мышцы сердца. Нарушается работа нервных узлов, ответственных за ритмичную работу сердца, и возникает сердечная аритмия.

Употребление конопли приводит к тяжелому повреждению головного мозга. Когда интоксикация (отравление) наркотиком проходит, функции

головного мозга как будто бы восстанавливаются, но медицинские исследования показали, что это восстановление далеко не полное. Остаются поначалу малозаметные изменения, которые психиатры называют дефектом. В зависимости от интенсивности приема наркотиков эти изменения быстрее или медленнее накапливаются.

При опьянении производными конопли выделяется три фазы: первая фаза длится 5 – 10 минут, характеризуется легким возбуждением, появлением двигательного беспокойства, подозрительности, настороженности; вторая фаза продолжительностью 0,5 – 2 часа – собственно наркотическая; третья фаза – психотическая, возникает при передозировке.

Сразу после приема наркотика появляются легкая тревога, обеспокоенность, пугливость, непоседливость, желание постоянно менять позу (акатизия). Учащается пульс, наблюдается гиперемия лица и склер. Деятельность сердечно-сосудистой системы изменяется так же, как при любом стрессе. Субъективные ощущения во многом зависят от исходной психологической установки и предшествующего опыта. При достаточно высокой дозе выкуриваемой папиросы появляются немотивированная веселость, словоохотливость. Через 10 – 15 минут тревога исчезает, наступает релаксация, удовлетворенность. Курильщик ощущает эмоциональный подъем, у него появляются неожиданные мысли, которые воспринимаются с повышенной самооценкой и кажутся необычайно оригинальными, глубокими, хотя на самом деле представляют собой обрывки малоинтересных и поверхностных умозаключений. Мышление в целом становится аффективным, образным и в то же время непоследовательным; наблюдаются структурные расстройства типа резонерства, «соскальзывания»; происходит актуализация латентных признаков понятий и образов.

Особо следует подчеркнуть, что употребление, например, марихуаны приводит к снижению познавательных способностей человека. Даже при

небольших дозах может ухудшиться память (оперативная), степень концентрации внимания и его устойчивость становятся невысокими, отмечается разрушение функции понимания задач и целей, начинают исчезать желания, угасают познавательные интересы, нарушаются коммуникации.

Признаки опьянения коноплей во многом зависят от дозы, количества принятого наркотика. Обычно опьянение небольшими и средними дозами характеризуется расширением зрачков, покраснением губ, склер глаз и лица. В этом состоянии опьяненные подвижны, динамичны. Решения принимают легко и бездумно. Речь часто ускоренная, многословная, торопливая. В случае приема высокой дозы либо при повторных приемах препаратов конопли в течение короткого промежутка времени развивается картина психологического опьянения. Расстройства восприятия достигают степени галлюцинаций, как слуховых, так и зрительных; доминирующим аффектом становится страх. При передозировке, например, гашиша, параллельно с психопатологическими нарушениями отмечаются выраженная тахикардия, тошнота, рвота, бледность кожи, гипотензия, коллапс, гипорефлексия.

Аналогичные признаки наблюдаются и при гашишном опьянении, вызванном приемом гашиша, гашишного масла.

Если доза наркотика большая, лицо опьяненного может быть бледным, зрачок — узким, губы — сухими. При этом он довольно вял, заторможен, погружен в себя. Говорит заплетающимся языком. На вопросы отвечает с задержкой, иногда не попадая, односложно. От него может исходить отчетливый запах конопли. Движения неуклюжие и размашистые из-за того, что нарушена пространственная ориентация. Могут появиться нарушения чувства времени и пространства (несколько секунд для опьяневших тянутся как десятки минут и даже часов, возникает иллюзия увеличения или уменьшения окружающих предметов). Иногда наркоманам кажется, что у них происходят изменения рук, ног, головы, всего тела, окраска предметов кажется очень яркой, а звуки громкими (маленький шорох

воспринимается как грохот). Обычно в таком состоянии наркоман стремится уединиться, чтобы никто не мешал ему и не “доставал” разговорами и просьбами — он все равно не в состоянии адекватно реагировать на них.

Коноплю и ее производные обычно называют “групповым наркотиком”. Дело в том, что при приеме, например, “безобидной” марихуаны курильщики чаще всего пользуются одной и той же самокруткой — “косяком”. При курении в компании эмоции одного наркомана передаются всем; они заражаются смехом, плачем. Именно поэтому в компании накурившихся конопли нередко возникает настоящая паника, если кому-то из них почудится опасность, или это может быть фонтанирующее безудержное веселье по какому-либо пустячному или глупому поводу. Но веселье мгновенно может смениться раздражительностью или агрессией. Вообще эмоциональное состояние курильщиков неустойчиво, во многом определяется обстановкой, доминирующим групповым аффектом и легко меняется под влиянием незначительных раздражителей.

Итак, в результате употребления производных конопли ранее энергичный молодой человек становится заторможенным, апатичным, вялым. Он почти не реагирует на обращения, трудно и медленно соображает. Получить от него вразумительный ответ, а часто и вообще какой-либо ответ на поставленный вопрос невозможно. У индивида, злоупотребляющего препаратами конопли, отмечается высокий уровень личностной и ситуативной тревожности (беспричинно). Он старается спрятаться от внешнего мира, уходит в себя. Если человек попытается отказаться от курения конопли, ему этого «уже не хочется», к сожалению, начавшийся процесс разрушения психики необратим.

В России конопля и ее препараты никакого медицинского применения не имеют и полностью запрещены для использования.

***1. Опиатные наркотики, изготовленные из опийного мака или действующие сходным с ним образом***



Термины «опиат», «опиаты» означают, прежде всего, естественные продукты мака. При разрезе семенной коробочки незрелого мака медленно вытекает млечный сок – белое вещество, по виду напоминающее густое молоко, на вкус горьковатое, при высыхании на воздухе темнеет до коричневого цвета. Это и есть классический опий (опий-сырец) – основа всех наркотиков опиатной группы. Момент начала сбора опия определяется по опадению лепестков мака.

В опии содержится двадцать пять составляющих (алкалоидов), которыми обуславливается его разнообразное воздействие на нервную систему.

Наиболее популярными из наркотиков опиатной группы являются:

Маковая соломка – мелко размолотые (иногда до состояния пыли) коричневато-желтые сухие части растений: листья, стебли и коробочки («кокнар», «кухнар»).

Ханка – застывший темно-коричневый сок маковых коробочек (опий-сырец), сформированный в лепешки размером 1–1,5 см в диаметре.

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

Героин – изготавливаемый в подпольных лабораториях наркотический препарат. Белый, реже сероватый или коричневатый порошок в виде мельчайших кристалликов с неприятным запахом; на ощупь напоминает питьевую соду. Обычно горький, если разведен сахарной пудрой – со сладким привкусом. «Белой смертью» называют героин медики.

Морфин – обладает в целом аналогичным опиуму воздействием, но более выраженным. По сравнению с другими наркотиками морфин сегодня распространен мало.

Кодеин характеризуется более умеренным действием в отличие от

героина и морфина. Встречается в виде официальных таблеток (изготовленных производственным способом) от кашля и головной боли.

Употребление опиатов быстро приводит к развитию наркомании и деградации личности. По убеждению многих врачей-наркологов, опиаты в настоящее время – главная причина смертности и превращения наркоманов в инвалидов.

В чем же особая опасность опиатных наркотиков, среди которых наиболее распространенным стал героин? Эта опасность обусловлена, прежде всего тем, что они обычно вводятся внутривенно. Внутривенное введение самодельных опиатов часто сопровождается острыми септическими реакциями, вызывает флебиты и тромбофлебиты, способствует передаче многих заболеваний, в том числе таких, как вирусный гепатит, СПИД, сифилис.

Обычно наркоманы сами изготавливают наркотики из природного сырья (чаще всего из мака). Это сырье обрабатывают различными органическими растворителями и уксусным ангидритом. Иногда даже используют бензол и толуол. Подобная очистка сырья является крайне примитивной. Поэтому от 1 до 5 % растворителей и ангидрита остается в растворе, отчего он и пахнет уксусом. Раствор попадает в кровь, а растворители – в печень, сжигая ее.

Растворители и уксусный ангидрит повреждают не только печень, но и оказывает губительное воздействие на сердце и легкие. От органических растворителей и уксусного ангидрита страдает и головной мозг. Постоянное возрастание принимаемой дозы опиатов приводит к ухудшению функции дыхания (опиаты подавляют дыхательный центр), затрудняется снабжение кислородом головного мозга, и из-за этого гибнет значительное количество его клеток. Чем больше степень отравления наркотиком, тем больше клеток погибает, а клетки мозга, как известно, не восстанавливаются.

Порошкообразные наркотики наркоманы просто разводят имеющейся водой, часто из-под крана, посуда, какая есть под рукой. И условия, в

которых производятся инъекции, никогда не бывают стерильными. Результат таких инъекций не только заражение крови (сепсис), но и возможна гипертермическая реакция. Она возникает и развивается тогда, когда в кровь вместе с наркотиком попадает большое количество живых и погибших бактерий и других микроорганизмов. «Тряска» сопровождается резким повышением температуры, ознобом, тошнотой, головокружением, слабостью, иногда болью в пояснице и суставах. Врачи отмечают, что это состояние опасно прежде всего тем, что даже в легких случаях от высокой температуры также гибнут клетки головного мозга. В итоге больной наркоманией получает дополнительную проблему – энцефалопатию, которая заключается в гибели значительного количества клеток головного мозга.

Опиатные наркоманы сильно страдают и от того, что кодеин и метадон серьезно нарушают обмен кальция в организме. Это приводит к разрушению костной и зубной тканей. Поскольку кальций является важнейшей частью этих тканей, кости и зубы со временем начинают сильно болеть.

При внутривенном введении опиатов сразу же, «на игле», возникает бурно развивающаяся эйфория («приход»), которая сопровождается чувством расслабления, психического комфорта. Происходит аффективное сужение сознания, исчезает боль, если она была, появляется безразличие ко всему, кроме «кайфа», который наркоманы стремятся всячески удержать. Через 3 – 5 минут на смену выраженной эйфории приходит менее интенсивная, но более длительная психовегетативная реакция на введение наркотика: сохраняются психическая релаксация, ощущения безоблачности, легкого эмоционального подъема. Работоспособность в этом состоянии не теряется, отсутствует агрессивность. Часто наблюдается тошнота и легкий зуд. Продолжительность действия опия при однократном введении составляет около 6 часов.

При пероральном приеме опиатов первая фаза действия почти не выражена, поскольку концентрация наркотика в крови нарастает медленно.

Примерно через 20 – 30 минут после приема появляется ощущение тепла по всему телу, легкий приятный зуд, благодушная истома. Исчезают мысли неприятного содержания. Эффект однократного приема наркотической дозы продолжается 8 – 10 часов.

При передозировке развивается оглушение, переходящее в кому.

Рассмотрим признаки опьянения наркотиками опиатной группы:

- Резкие и частые изменения настроения и общей активности вне зависимости от ситуации.
- Необычная сонливость в самое неподходящее время. Если оставить опьяневшего в покое, он начинает засыпать в любой позе и клевать носом (как говорят наркоманы, “рубиться”), периодически просыпаясь. Если его окликнуть, он сразу же включается в разговор, как будто и не спал. Наблюдается и общее нарушение ритма сна и бодрствования (поздно ложатся — поздно встают).
- Замедленная речь, слова наркоман растягивает, начинает говорить на тему, которую уже давно обсудили и забыли, несколько раз может рассказать одно и то же. Но может быть оживленным, остроумным, легким в общении. Очень добродушен, покладист, сговорчив и предупредителен.
- Производит впечатление крайне рассеянного или задумчивого человека. Может забыть о сигарете, которая горит у него в руке, и выронить ее либо обжечь руку.
- Стремится уединиться, лучше в отдельной комнате. Иногда, наоборот, желает быть в обществе, даже если его и не просят; навязчив и назойлив.
- Зрачок (крайне важный признак!) в это время необычно узкий и совершенно не расширяется в темноте, поэтому при сумеречном освещении острота зрения заметно снижается.
- Кожа бледная, сухая и теплая, в то время как при других видах наркотического опьянения выступает пот. Наблюдается и зуд кожи лица

(особенно кончика носа) и верхней половины туловища. Наиболее ярко это проявляется при употреблении кодеина, когда зуд настолько силен, что у наркоманов имеются многочисленные расчесы кожи головы, шеи за ушами и верхней половины туловища.

•Болевая чувствительность снижена, и он может обжечься о сигарету или любой горячий предмет, не почувствовав боли.

Итак, злоупотребление опиатами влечет за собой заболевание гепатитом, сифилисом и СПИДом, разрушение печени, сердца, легких и головного мозга, резкое снижение иммунитета, высокий риск развития различных, весьма серьезных гнойно-инфекционных осложнений. Поэтому средняя продолжительность жизни регулярно употребляющих наркотики опиатной группы составляет не более 7 – 10 лет с момента их употребления.

**2. Снотворно-седативные наркотики.** Специалисты отмечают, что не все снотворные препараты являются наркотиками с юридической точки зрения, но все снотворные лекарства способны вызывать зависимость (некоторые очень быстро) и могут обнаруживать свойства наркотиков.

Наиболее опасными среди снотворных являются барбитураты, в основе которых лежит барбитуровая кислота - это барбамил, нембутал, фанодорм, фенобарбитал и др. Первые работы, свидетельствующие о возникновении синдрома психической и физической зависимости при систематическом приеме барбитуратов, появились в 40-х годах XX века, а в 1950 г. стало ясно, благодаря описаниям Isbell, что эти вещества обладают не меньшей наркогенностью, чем опиаты. Сегодня из всех снотворных препаратов наибольшей популярностью среди наркоманов пользуется реладорм. В его состав входит циклобарбитал – препарат барбитуратного ряда, и злоупотребление реладормом, по сути, является наркоманией.

Механизм действия барбитуратов. Согласно современным представлениям, точкой приложения для них служат липопротеидные

участки в постсинаптических мембранах нейронов, являющиеся специфическими рецепторами. Специфически связываясь с барбитуратами, рецепторы изменяют проницаемость в мембраны, что приводит к повышению количества ГАМК в синапсах нейронов ЦНС и снижению содержания катехоламинов. Кроме того, производные барбитуровой кислоты способны активно вмешиваться в процесс тканевого дыхания в митохондриях нейронов, блокируя перенос электронов по дыхательной цепи, и тем самым оказывать диффузное и малоспецифическое депрессорное влияние на полисинаптические структуры ЦНС.

Помимо влияния на нейроны барбитураты оказывают выраженное индуцирующее действие на микросомальные ферменты печени, вызывая синтез ферментов *de novo*, то есть способны вмешиваться в обмен нуклеотидов и нуклеопротеидов. При этом накапливаются ДНК и РНК, возрастает количество рибосом в эндоплазматическом ретикулуме, повышается скорость катаболических реакций (за счет повышения активности ряда ферментов). Несмотря на повышение скорости дезактивирования лекарственных веществ, установлено, что рост толерантности в данном случае обеспечивается изменением реактивности прежде всего клеток мозга.

Барбитураты почти не абсорбируются тканями организма, хорошо проникают через биологические барьеры, в том числе через гематоэнцефалический, плохо метаболизируются клетками. В токсических дозах угнетают внешнее дыхание, деятельность сердечно-сосудистой системы, приводят к атонической коме.

Для достижения эйфории барбитураты принимают внутрь внутривенно в виде самодельных растворов. При таком введении препарата отмечаются две фазы действия. В первой фазе после употребления наркотика возникает ощущение толчка, удара, по телу разливается тепло, появляется головокружение, наступает расслабление, истома. “Поток сознания”

замедляется, мысли текут лениво, как бы нехотя. Это состояние длится 1 – 2 минуты, после чего возникает расторможенность, подобно алкогольной (вторая фаза). Поведение характеризуется неадекватностью: появляются немотивированная веселость, хаотическая двигательная активность. Процесс восприятия снижается вследствие утраты способности к установлению правильных связей между реальностью и субъектом, мышление становится кататимным. Внимание неустойчиво, легко отвлекаемо.

При пероральном приеме барбитуратов их действие ощущается через 30 – 40 минут. Первая фаза не выражена (“приход отсутствует”), зато продолжительность второй фазы больше. Принципиальных отличий в клинической картине опьянения нет.

В зависимости от пути введения длительность эйфории колеблется от 2 до 4 часов.

Интоксикация сопровождается снижением остроты восприятия окружающего мира (психиатры называют это состояние оглушением), преходящим угнетением мыслительных способностей и потерей морально-нравственных ориентиров. Она проявляется в разнузданном поведении, отсутствии чувства такта и навыков вежливости, поспешности и легкомыслии в принятии решений. В отличие от опьянения большинством наркотиков, при использовании снотворных наркоманы зачастую агрессивны и легко лезут драться.

Зрачки обычно расширены. Кожа, как правило, бледная (а не красная, как у алкоголиков). Частота пульса повышена. Координация движений резко нарушена, они размашистые, избыточные, неуклюжие. Внимание опьяневших неустойчивое, и они быстро переключаются с одной темы на другую. Речь заплетающаяся, невнятная, излишне громкая.

Затем наркоманы становятся вялыми, сонливыми и засыпают в конце концов. Сон обычно тяжелый, часто с храпом. После пробуждения так же болит голова, ощущаются слабость и недомогание. Настроение у них пониженное, они раздражительны и угрюмы. Кончается все поиском

очередной дозы снотворного или спиртного.

Зависимые от барбитуратов наркоманы – люди грубые, раздражительные, агрессивные. Барбитураты – единственные из наркотиков, при опьянении которыми человек становится агрессивным, а не благодушным.

Барбитураты являются наиболее опасным средством наркотизации, зависимость формируется очень быстро, при абстиненции часто возникает эпилептический синдром, быстро развивается психоорганический синдром со слабоумием. Среди потребителей барбитуратов наиболее высок процент самоубийств.

3. ***Психостимуляторы.*** В группе психостимуляторов к веществам, обладающим потенциальной наркогенностью, могут быть отнесены кофеин, кокаин, фенамин, эфедрин, фенциклидин и др. Эти наркотические вещества имеют общий признак: в результате их употребления ускоряется темп мышления, проявляются повышенная готовность к действию, бодрость, приподнятое настроение. При этом суждения становятся легковесными, поверхностными, менее обдуманными. Повышаются инициативность и необоснованная уверенность в себе. Часть препаратов этой группы имеют также способность искажать восприятие окружающего, поэтому близко граничат с галлюциногенами. Некоторые из них способны снижать аппетит.

Эфедрин – белый порошок с горьким вкусом, кристаллы которого имеют продолговатую форму. Может встречаться в виде раствора в ампулах с маркировкой «эфедрин». Эфедрин и все его производные (псевдоэфедрин и эфедрон) обладают выраженным кардиотоксическим эффектом. При введении внутривенно высоких, то есть эйфоризирующих, доз часто возникают осложнения, вплоть до остановки сердца. Нередки тяжелые психозы. При наркотизации препаратами этого типа быстро возникает



социальная дезадаптация, утрачиваются связи с обществом, формируется асоциальный образ жизни.

Способы введения – перорально и внутривенно. В первом случае действие развивается спустя 20 – 30 минут. Появляется ощущение жара во всем теле, кажется, что растут волосы, иногда возникает чувство, будто «тело пробирает мороз». Появляется легкая дереализация, восприятие становится резким, мысли приобретают необычную четкость, ясность. Возможно появление синестезий. Для человека, употребившего эфедрин, характерным является жажда деятельности, повышается двигательная активность, проявляется переоценка своих возможностей. Однако агрессивность при таком опьянении, как правило, не отмечается.

Если производные эфедрина вводятся внутривенно, то возникает резкое изменение самочувствия, напоминающее «приход» при введении опиатов, однако отличительным признаком является резкий прилив сил и повышение эмоционального и физического тонуса.

Фенамин (амфетамин) – синтетический аналог эфедрина – встречается как в виде таблеток, так и в виде порошка, а может быть расфасован в капсулы. В целях достижения эйфории препарат принимают внутрь или вводят внутривенно. При внутривенном введении сразу же («на игле») ощущается выраженная эйфория. Если передозировка незначительна, повышается целенаправленность деятельности и работоспособность, ускоряется течение мыслей, ассоциации свободны, неожиданны. При повышении дозы возникает «скачка идей», деятельность становится хаотической, продуктивность ее падает. Восприятие окружающего необычно яркое, точное. Заметно стимулируется память, в основном за счет улучшения репродуктивной функции. Появляется немотивированная агрессивность.

Постепенно, в течение нескольких минут интенсивность эйфории снижается, но гипоманиакальное состояние продолжается 3 – 5 часов, после чего появляются вялость, умиротворенность, легкая сонливость. Затем

наступает глубокий сон, после которого наблюдается остаточная астения. Нередко развивается психоз, характерна экстрасистолия, возможен смертельный исход от паралича сердца.

Первитин («винт») – маслянистая жидкость, имеющая желтый либо прозрачный цвет и характерный запах яблок. Один из самых сильных препаратов, так как даже при непродолжительном употреблении он способствует возникновению психозов, нарушению работы головного мозга, истощению нервной системы и всего организма. Разрушительные последствия для психики наступают быстро. Возможен даже летальный исход.

Кокаин – белый кристаллический порошок, по виду похожий на питьевую соду («кокс», «снег», «база», «быстрый»). Обычно разведен сахарной пудрой или тальком. Попадая на язык, вызывает ощущение онемения. Кокаин обычно вдыхают, иногда вводят внутривенно, предварительно разведя водой. Вследствие длительного употребления развивается так называемый кокаиновый психоз. Этот психоз помимо тревоги и страха осложняется галлюцинациями (зрительными, слуховыми). Обычно возникновение галлюцинаций сопровождается бредом преследования. Кроме того, появляется мучительный кожный зуд.

Крэк – вещество, полученное в результате смешивания соли кокаина с пищевой содой и водой. Этот раствор выпаривается, и образуются хрупкие пластинки кокаина, которые разламывают на мелкие кусочки и курят.

Кофеин – самый распространенный в мире психостимулятор, употребляемый главным образом в виде кофе. При постоянном его употреблении в больших дозах появляются сердцебиение, дрожание рук, головные боли, ухудшается качество сна.

Все перечисленные выше психостимуляторы действуют разрушительно на психику и организм человека в целом. При употреблении данных препаратов резко усиливается обмен веществ, увеличивается частота

сердечных сокращений и повышается артериальное давление. При этом энергия, необходимая для активизации жизненных систем, черпается из резервных запасов организма. Сами же резервы при употреблении психостимуляторов не успевают восстанавливаться.

При регулярном употреблении стимуляторов особенно страдает сердечно-сосудистая система – возникают тяжелые аритмии, нередко человек испытывает стенокардическую боль, наблюдаются перебои в сердцебиении.

Употребление стимуляторов способствует проявлению излишней двигательной активности, болтливости. Деятельность наркомана носит непродуктивный и однообразный характер. У человека отсутствует чувство голода, нарушается режим сна и бодрствования, появляется сильное сексуальное раскрепощение. Действие наркотика может продолжаться до 12 часов.

Очень быстро формируется психическая и физическая зависимость. Продолжительное употребление требует постоянного увеличения дозы наркотика. У лиц злоупотребляющих стимуляторами может развиваться специфическое марганцевое слабоумие, которое вылечить нельзя. Кроме того, возможно проявление синдрома Паркинсона (нарушение координации движений, мимики, речи, тремор головы и конечностей).

Итак, общими признаками опьянения психостимуляторами являются:

- Во время опьянения состояние наркоманов лучше всего характеризуется жаргонным словечком “шустряк”: они необычайно оживлены, стремительны в решениях и поступках. Движения порывистые, резкие. Быстро выполняют все дела, не могут ни минутки посидеть на месте. Периодически начинают куда-нибудь собираться, но могут так никуда и не уйти. Быстро говорят и перескакивают с одной темы на другую. С минуты на минуту меняют свои намерения, поэтому не доводят до конца начатые дела.
- Опьяневшему хочется сделать окружающим что-нибудь приятное, помочь всем нуждающимся. У них присутствует ощущение, что нет неразрешимых

проблем, что все можно сделать. Опьяневшему безразлично, с кем говорить. Он навязчиво обращается с разговорами к окружающим; излишне откровенен, стремится поделиться своими необычными ощущениями. Этим людей тянет заниматься творческой деятельностью (писать стихи, рисовать и прочее), не свойственной им ранее.

- У них расширенные зрачки, очень частый пульс (если это возможно проверить), повышено кровяное давление. Иногда у них возникает ощущение, что волосы на голове растут, шевелятся, становятся дыбом. Наркоманов мучает сухость во рту, они постоянно облизывают губы. При этом можно видеть немного отечный ярко-малиновый язык.

- Если у наркомана есть достаточное количество денег или наркотиков, он может находиться в состоянии опьянения непрерывно, в течение нескольких суток, и все это время не спать. Конечно, после таких “подвигов” он и на тень-то не похож, не то, что на человека.

В настоящее время среди молодежи пользуется спросом “экстази” – производное амфетамина. Распространяется в виде таблеток или капсул, содержащих около 150 мг препарата.

Препаратам этой группы свойственно вызывать привыкание и разрушительно действовать на функции ЦНС. Наркотическое действие препарата продолжается от 3 до 6 часов. Возбуждается центральная нервная система, поднимается тонус организма, увеличивается выносливость, физическая сила. Ускоряются все реакции организма. Под действием этого наркотика принявший его может выдерживать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, не спать и не чувствовать усталости. За искусственный «разгон» организма приходится расплачиваться: после прекращения действия наркотика наблюдается состояние выраженной депрессии, апатии, подавленности, сильной усталости, сонливости и стойкие суицидальные наклонности.

Быстро возникает психическая зависимость, без препарата человек не способен к продуктивной деятельности. Ресурсы организма быстро

исчерпываются. Страдают нервная система, сердце, печень.

Препарат влияет на генетический код и будущее потомство.

5. *Галлюциногены.* ЛСД («кислота», «бювар») - диэтиламид лизергиновой кислоты. Синтетический наркотик. Бесцветный порошок без запаха либо прозрачная жидкость без запаха. Этой жидкостью пропитывают промокательную бумагу, ткань. Затем пропитанную основу разрезают на кусочки – дозы, а потом высасывают.

Сверх галлюциногенное вещество. Психические эффекты ЛСД обычно появляются приблизительно через 15 - 20 минут после приема препарата и характеризуются изменениями настроения, нарушением мышления и поведения. Могут появиться чувство неуязвимости и отрешенности, суицидальные мысли и попытки, опасные и ошибочные суждения. Беглость мыслей, убыстрение мышления становятся причинами стресса. Препарат вызывает зрительные иллюзии, нарушение восприятия пространства и времени.

Итак, общей чертой, отличающей их от других видов наркотических веществ, является способность изменять восприятие, настроение, характер мышления. Воздействует на умственную деятельность и порождает бредовые ассоциации, приводящие к помрачению рассудка и утрате личностного восприятия. Даже однократный прием ЛСД может привести к изменению генетического кода и необратимо повредить головной мозг. В психике могут остаться следы, схожие по своим проявлениям с заболеванием шизофренией. С каждым последующим приемом разрушения усугубляются. Наркотик накапливается в клетках мозга, и его действие может сказываться спустя несколько месяцев.

Псилоцин и псилоцибин – наркотические вещества, обладающие галлюциногенным эффектом, содержатся в грибах-поганках. Высушенный гриб содержит в среднем 0,2 – 0,4 % псилоцибина. Для наступления наркотического опьянения достаточно принять 2 г сухих грибов.

После принятия повышается частота пульса, повышается давление, расширяются зрачки, появляется дрожание рук, сухость кожи. Наркотическое опьянение сопровождается изменением восприятия окружающего мира, нарушением ощущения своего тела и нарушением координации движений. Полностью теряется контроль над собой. Употребление данных наркотических веществ влечет за собой необратимые изменения в структурах головного мозга. Возникают психические нарушения вплоть до полного распада личности.

Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что все препараты группы галлюциногенов губительны для психического здоровья. Отравление любым галлюциногенным препаратом вызывает психоз. Именно поэтому вещества данной группы называются психодислептиками, то есть разрушающими психику.

**6. Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ).** Это довольно обширная группа летучих органических жидкостей и газов, которые преднамеренно вдыхаются для ощущения состояния эйфории. Летучие наркотически действующие вещества содержатся в препаратах бытовой химии: красках, растворителях, клеях, бензине.

Сами по себе ЛВНД к наркотикам не относятся. Опьяняющее действие возможно, если количество вещества, поступающего в организм, очень велико. В этом случае опьянение – один из признаков отравления токсинами ЛВНД. Состояние характеризуется возникновением галлюцинаций, неадекватным поведением, нарушением координации движений. При употреблении ингалянтов легко получить отравление со смертельным исходом.

При длительном употреблении ЛВНД повреждаются все органы и ткани организма: развиваются, как правило, токсические поражения печени (через 8 – 10 месяцев), энцефалопатии – необратимые поражения головного мозга (через 10 – 12 месяцев), частые и тяжелые пневмонии. Эти изменения

происходят не сразу, динамически, и не скачками. Поэтому очень трудно заметить происходящие с человеком, употребляющим ЛВНД, перемены, которые могут быть на начальной стадии психического заболевания.

Некоторые последствия применения ЛВНД становятся хроническими. Это нарушения памяти и внимания, психоз по линии центральной нервной системы, носовое кровотечение, шум в ушах, изъязвления во рту и носоглотке, а также жировое перерождение печени – цирроз.

В заключение отметим, что после опьянения любым наркотиком наступает абстиненция – “отходняк”, “ломка”. Она характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами, клиническая картина которых бывает чрезвычайно тяжелой. Преобладает тоскливое, мрачное, подавленное настроение. Чем больше была принятая доза, тем хуже самочувствие наркоманов после опьянения. Они в это время озлоблены, раздражительны, плаксивы, капризны, вспыльчивы, конфликтны, безучастны к окружающим и близким. У них могут возникать беспричинное чувство страха, необъяснимое возбуждение. Возникают головная боль и боль в суставах (“все тело ломит”), тошнота, рвота, понос, расстройства сна, повышенная потливость, учащенный или уреженный пульс, дрожание пальцев рук, расширенные или суженные зрачки, не способность переносить психические и физические нагрузки.

Абстиненция — верный признак того, что организм человека уже не может нормально функционировать без наркотических средств. Эта зависимость настолько велика, что без наркотика в отдельных случаях наступает смерть. Все поведение наркомана во время абстиненции направлено на поиск наркотиков. В это время наркоман беспокоен. Он напряжен, раздражителен, без причины нервничает. Если к нему пристать с вопросами, он вспылит и нагрубит. И постарается уйти от разговора. В этот период наркоманы не только нарушают моральные нормы, но и преступают закон.

Длительное употребление любого наркотика накладывает отпечаток на внешний облик человека. Наркоманы со стажем, как правило, выглядят старше своих лет. Волосы у них ломкие, крошатся, выпадают, ногти обламываются и слоятся. Кожа дряблая, морщинистая, сухая, бледная, неестественного цвета. Под глазами большие синие мешки, щеки впалые, у таких людей медленно заживают раны. У тех, кто вводит наркотики с помощью шприца, многочисленные следы уколов в области локтевых сгибов, на кистях рук, на ногах, стопах, венах шеи. В местах уколов часто наблюдается нагноение. Чтобы скрыть следы уколов, наркоманы предпочитают не раздеваться при посторонних, носить одежду с длинными рукавами.

#### **Лекция 4. Факторы риска наркотизации и защитные факторы**

Включенный в сложную систему социальных, экономических, семейных отношений ребенок испытывает действие самых различных факторов (объективных и субъективных, социальных и индивидуально-психологических), которые могут, как способствовать, так и препятствовать наркотизации.

Осуществляя прогноз развития наркомании в среде несовершеннолетних на ближайшее время, социологи, психологи, наркологи отмечают динамику ее роста и усиление следующей тенденции - дальнейшее омоложение контингента, употребляющего наркотические, сильнодействующие и психотропные вещества. Основными причинами этого явления, по мнению специалистов, является общее ухудшение социально-экономической обстановки в стране, рост безработицы среди молодежи, рост детской беспризорности и социального сиротства, значительное увеличение интереса международной наркомафии к российскому рынку, который ориентирован на «раскручивание потребительского спроса нашей молодежи».

Несомненно, возникновение влечения к алкоголю, наркотикам и



другим психоактивным веществам теснейшим образом связано с условиями жизни человека. Рассмотрим социальные условия, которые можно разделить на две группы: макросоциум и микросоциум.

Макросоциум представляет собой общество, в котором живет человек, включая его историческое прошлое, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношение к детям, к семье и т.п. Историю развития нашего общества вряд ли можно назвать благополучной, лишенной стрессогенных факторов. Так, массовая урбанизация населения, происходящая в последние 15-20 лет XX века, усилила отрицательное влияние указанного фактора. Люди, приехавшие из села в город в поисках хорошо оплачиваемой работы и нормальных условий жизни, часто чувствовали себя ненужными, неустроенными, неприкаянными. Этот психологический дискомфорт усугублялся потерей социального контроля (который очень значим в селе и служит мощным регулятором поведения), резкой сменой образа жизни, привычной обстановки. Прежние нормы поведения, привычки, интересы, нравственные ценности, усвоенные с детства, в городе стали неприемлемы. Отказываясь от свойственного ему стиля жизни, человек становился обезличенным, терял свою индивидуальность, самобытность. Это вызывало тревогу, смятение, депрессию.

Неуверенность в завтрашнем дне, острые социальные конфликты, необходимость вынужденно менять образ жизни и место жительства являются мощными факторами, толкающими людей к употреблению психоактивных веществ, которые помогают снять эмоциональное напряжение.

Влияние макросоциума на развитие ребенка обычно недооценивают. Ребенок дошкольного и младшего школьного возраста не вникает в содержание выступлений политических обозревателей, историков, политологов, журналистов и других деятелей. Ему не совсем еще понятны

проблемы окружающих его взрослых людей. Однако исследование Н.Ю.Максимовой показывает, что через настроение родителей, через их поведение, отношение друг к другу и к другим людям ребенок четко улавливает два основных параметра функционирования общества в целом: благополучие и неблагополучие. И если это «неблагополучие» будет доминировать, ребенок будет искать защиту, возможно, это будут наркотические вещества либо алкоголь.

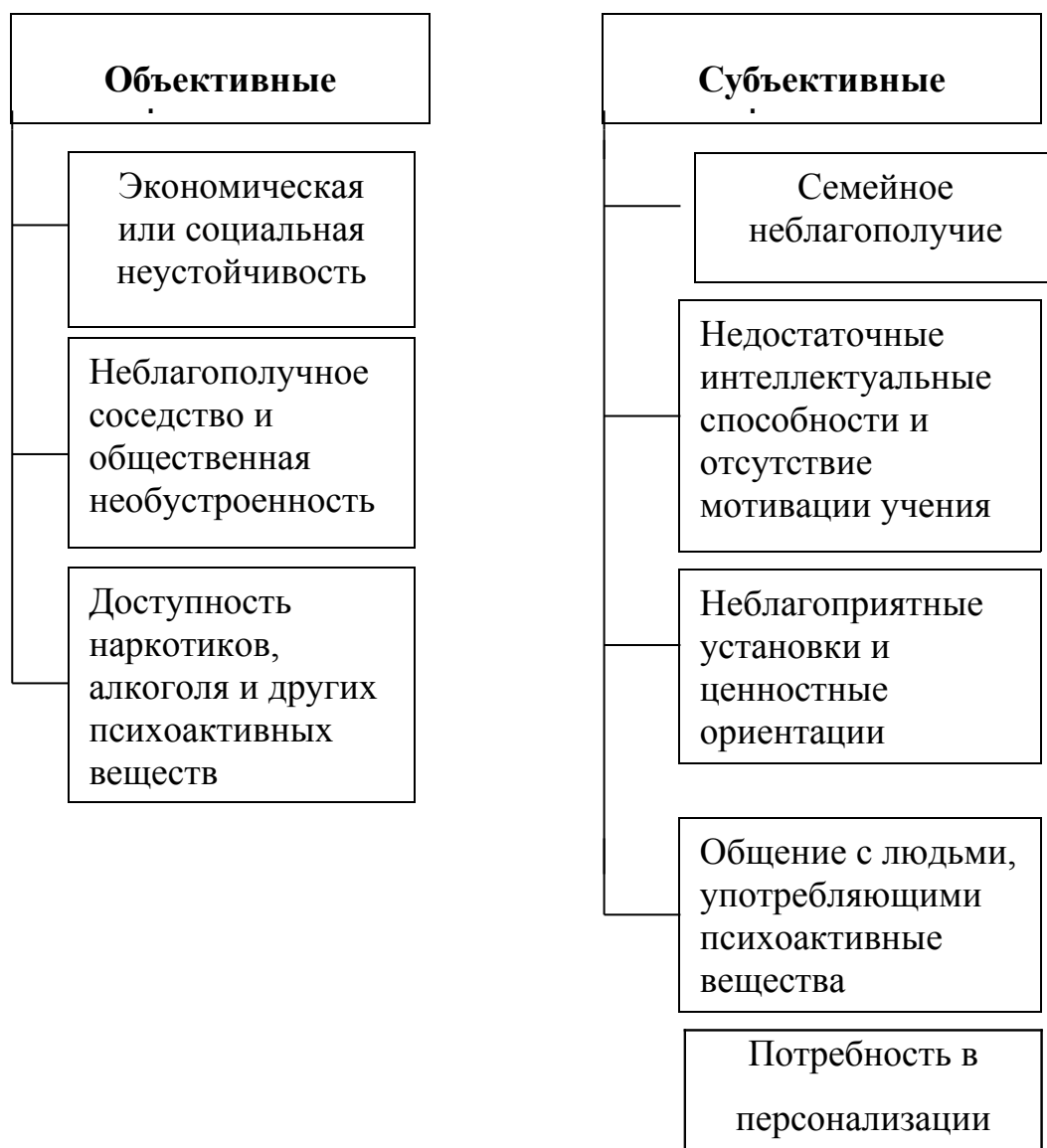
Микросоциум – непосредственное окружение человека, люди, с которыми он постоянно взаимодействует. В детском возрасте микросоциум составляют, прежде всего, родители (или лица, их заменяющие), родственники, учителя, соседи и другие взрослые, а также друзья, одноклассники, ребята, с которыми интересно проводить время и т.п. Кто из этого окружения составит референтную группу для ребенка, каковы будут ценности, традиции, нравы, обычаи этих значимых для него людей, к кому он будет прислушиваться, кому будет подражать, за кем будет следовать? Все это скажется на формировании направленности личности ребенка, на формировании его мировоззрения.

Существует множество факторов риска злоупотребления наркотиками, каждый из которых представляет собой угрозу психологическому и социальному развитию личности и оказывает различное воздействие на нее в зависимости от возрастной фазы (рис.1).

Социальные факторы отражают экономическую, культурную, политическую, криминальную ситуации в обществе. Выделяют несколько причин наркотизации среди подростков, тесно связанных с социально-экономическим кризисом в России:

- разрушение института семьи;
- отсутствие у подростков жизненных перспектив;
- плохая организация досуга;
- целенаправленное "подсаживание на иглу" подростков взрослыми

наркоманами.



**Рис.1 Факторы риска развития наркотизма у индивида**

Психологические факторы наркотизма определяют индивидуальный процесс приобщения подростка к психоактивным веществам. Этот процесс включает последовательность поступков и выборов, которые молодой человек совершает наедине с собой или в общении с другими людьми, что в конечном итоге приводит к психической и физической зависимости от психоактивных веществ. К психологическим причинам можно отнести неправильное воспитание в семье, вовлеченность в группу сверстников, употребляющих психоактивные вещества, асоциальное поведение,

дезадаптированность к учебному процессу, личностные характеристики.

Специалисты (А.А.Козлов, 2000; В.Л.Малыгин, 2000; Т.В.Рогачева, 1999; О.С.Таротенко, 2000; Л.М.Шипицина, 2000 и др. ) высказывают мнение о том, что под влиянием социально-психологических факторов у подростка так или иначе происходит деформация личности, формируется неадекватная система ценностей, снижается уровень притязаний, появляется опустошенность, приводящая к отверженности.

В последнее время наблюдается рост социально неблагополучных семей, которые чаще всего не в состоянии предоставить своим детям психологическую защиту в сложной социально-психологической ситуации. В таких семьях один или оба родителя являются безработными либо имеют мало оплачиваемую работу. Следовательно, средств для удовлетворения необходимых потребностей (как естественных, так и культурных) недостаточно. Ребенок может испытывать чувство голода, неуверенности и стыда за свое положение. Если какая-нибудь из естественных потребностей не найдет удовлетворения на протяжении сколько-нибудь длительного времени, подросток может пойти на противоправные действия (воровство, мелкое хулиганство и т.п.). Такой подросток, вероятнее всего, будет вовлечен в делинквентную группу сверстников, где у него будет больше шансов приобщиться к психоактивным веществам. Если семья не сможет удовлетворить культурные потребности подростка, он не погибнет, но личностные качества в нем начнут деградировать. Исчезнет то духовное начало, которое должно стать стержнем всей будущей жизни подростка.

Итак, семейное неблагополучие является одним из наиболее опасных факторов, способствующих развитию подросткового наркотизма. В первую очередь следует отметить различные нарушения внутрисемейных отношений.

Обесценивание роли родителей как общественно значимой и государственно важной функции, стремление переориентировать направленность и интерес женщины с семейных функций на

производственные – одна из основных причин дестабилизации семейных отношений. Сочетание этих факторов со сложными материально-бытовыми условиями жизни, нерешенными жилищными проблемами привело либо к распаду многих семей, либо к установлению в них враждебно-конфликтных отношений. Неблагоприятный психологический климат в семье, в свою очередь, стал мощным стрессогенным фактором, побуждающим людей обращаться к психотропным веществам.

Значительная часть подростков, обнаруживших склонность к наркотизму, происходит из так называемых неполных семей, где отсутствует один из родителей, чаще всего отец. Нередко один из родителей или оба злоупотребляют спиртными напитками, курят табак или находятся на учете в наркологическом диспансере по поводу употребления наркотиков. Семейная атмосфера в таких семьях характеризуется как весьма напряженная, отличающаяся бездуховностью, отсутствием взаимного уважения, постоянными конфликтами и унижением личного достоинства. Дети из данных семей часто подвергаются физическому наказанию, испытывают психические потрясения, морально травмируются. Некоторые семьи внешне кажутся вполне стабильными, обладают материальным достатком и кажущимся психологическим благополучием. Тем не менее, и в таких семьях наблюдается психологическая напряженность, глубоко запрятанные от постороннего взгляда конфликты и нарушения взаимоотношений, которые неизбежно отражаются на психическом развитии личности ребенка.

Большое значение в формировании личности несовершеннолетнего, системы его отношений с людьми и ценностных ориентаций имеет воспитательная доктрина, которой придерживаются родители. Семейная атмосфера является отражением или некоторым подобием сложившейся структуры отношений в обществе. Э.Фромм справедливо считал, что семья является психологическим агентом общества. Общество утверждает себя или само разрушается через семью. В психолого-педагогической литературе описываются разные родительские типы (Массен и др., 1987;

В.В.Шабалина,2001), для которых свойствен определенный стиль воспитания. Охарактеризуем некоторые из них.

Для семьи, в которой родители злоупотребляют психоактивными веществами, характерны воспитание по типу гипопротекции и воспитание в условиях жестких отношений. С раннего возраста ребенок предоставлен самому себе. Часто он становится свидетелем или жертвой асоциального, иногда агрессивного поведения родителей. Пребывание дома становится тягостным для него, и подросток вынужден проводить время в компаниях таких же "уличных", обездоленных сверстников. Кроме того, когда подросток осознает, что родители ведут себя неадекватно и не склонны считаться с его интересами, это глубоко травмирует его. У него зарождается сильная и устойчивая неприязнь, подчас ненависть к родителям, и не только из-за их жестокости, но и свойственного им равнодушия, неспособности или нежелания понять ребенка.

Я. Бундулус (1982) утверждает, что, если ребенок воспитывается жестокими родителями, у него формируется специфическое мировоззрение. Оно может быть выражено следующей триадой:

1. Всегда рассчитывай на самого себя.
2. Другие - твои враги.
3. Если ты хочешь чего-то добиться - ты должен их обмануть.

Подобная система взглядов содействует приобретению альтернативных ценностей, противостоящих традиционным ценностям общества.

Воспитание, в основе которого лежит повышенное внимание к ребенку и повышенный контроль над ним, также может способствовать приобщению подростка к психоактивным веществам.

Доминирующая гиперпротекция - мелочный контроль за поведением ребенка, недоверие к его друзьям, блокирование любых проявлений самостоятельности, страх перед "дурным влиянием". Авторитетные родители не считают, что должны разъяснять детям мотивы своих распоряжений. Они уверены в том, что дети должны беспрекословно слушаться своих родителей.

Основная ошибка этих родителей заключается в том, что они не решают психологических проблем ребенка. И, подавляя его инициативу или несогласие, зарождают глубокую неприязнь по отношению к себе.

Дети властных родителей редко полагаются на свои силы, лишены способности самостоятельно мыслить и действовать, так как не располагают возможностью воплощать в жизнь свои идеи и не умеют принимать на себя ответственность. Такие подростки менее уверены в своих силах, не столь любознательны и самостоятельны, незрелы в нравственном отношении и значительно хуже справляются с интеллектуальными проблемами. К сожалению, у данной категории несовершеннолетних преобладает отрицательное отождествление со своими родителями. Подростки думают, что их не любят или не понимают и что родительские требования неверны и неразумны. Вполне возможно, что такое оппозиционное отношение к родителям может выразиться в наркотизации. Жизнь таких подростков чаще всего строится в зависимости от случайных внутренних импульсов и внешних обстоятельств.

Потворствующая гиперпротекция - удовлетворение всех потребностей ребенка, стремление избавить его от любых, даже незначительных трудностей. Все позволяющие (снисходительные) родители совершают ошибку - предоставляют подростков улице. Родители, охотно говорящие о равноправии в семейных отношениях, провозглашающие индивидуализм и свободу воспитания, фактически прячут за всем этим нежелание нести родительскую ответственность, а часто и свою несостоятельность. Они не хотят понять того, что подростки, как бы они ни требовали и ни отстаивали свои права на самостоятельность суждений, действий и поступков, вовсе не хотят видеть в своих родителях приятелей, они нуждаются в образцах взрослой жизни, им нужно, чтобы родители служили моделью взрослого поведения.

Эмансипация детей не должна заходить слишком далеко – внутренняя дисциплина формируется не иначе как через усвоение разумных внешних

ограничений. В семьях, где присутствует вседозволенность, снисходительность, авторитарный тип контроля над жизнью подростка, чаще всего формируются социально неприемлемые, в том числе и наркотические, стереотипы поведения. Мироззрение подростков из подобных семей может быть представлено, по мнению Я. Бундулуса, следующей триадой:

1. Никогда не предпринимай ничего самостоятельно.
2. Другие обязаны заботиться о тебе.
3. Если у тебя что-то не получается, виноваты в этом другие, а не ты.

Итак, описанные выше стили воспитания или отношения родителей с подростками явно не являются гармоничными. И чем больше степень их дисгармонии, тем выше степень риска приобщения подростка к психоактивным веществам.

Л.М. Шипицына и Е.И. Казакова выделяют три формы нарушений родительских отношений в семьях, где подростки имели первый опыт употребления психоактивных веществ.

Первая форма - жестокость в общении с подростком. Семьи данной категории неоднородны. Деструктивная агрессия проявляется через физическое насилие, словесные оскорбления и унижения, через воспитание подростка "в ежовых рукавицах". При эмоциональном напряжении и жестоком обращении подросток прибегает к психоактивным веществам, так как он вытолкнут из семьи в асоциальную среду, или находится в иллюзорных поисках недостающего уважения, понимания и тепла.

Вторая форма - непонимание родителями возрастных особенностей ребенка. Самосознание подростка нередко формируется драматично и противоречиво. Возможна ситуация, когда подросток стал употреблять наркотические вещества, чтобы снять тревожность, возникающую вследствие ускоренного сексуального и интеллектуального развития. Родители же не способны психологически правильно реагировать на ситуацию, ограничиваются наказаниями, обвинениями и морализацией. В этой ситуации подросток вынужден самостоятельно, часто через цепь



ошибок вырабатывать свое отношение к психоактивным веществам.

Третья форма - низкий авторитет родителей у подростка. Материальное благополучие и бесконфликтные взаимоотношения в семье, хорошее образование родителей не гарантируют сохранения значимости отношения подростка к родителям. Если в сознании подростка не сформирован внутренний диалог с родителями, их опыт и жизненная позиция, в том числе и по отношению к употреблению наркотических средств, не принимаются во внимание. Такой подросток менее защищен от давления социальной среды, где употребляются психоактивные вещества.

Первая форма семейного неблагополучия может быть прямой причиной приобщения подростка к психоактивным веществам, вторая - может "способствовать" этому косвенно, как дезорганизирующий фактор, а при третьей форме из-за попустительской позиции родителей подросток имеет сниженную социально-психологическую толерантность в отношении психоактивных веществ.

Все сказанное позволяет сделать вывод, что влияющие на раннее развитие ребенка семейные факторы являются наиболее опасными. Этими факторами могут быть:

- неблагоприятная семейная атмосфера, особенно если родители злоупотребляют психоактивными веществами или страдают от психических заболеваний;
- неумелое воспитание, что особенно опасно для детей с трудным характером и неуравновешенным поведением;
- отсутствие взаимопонимания в семье и заботы к детям со стороны родителей.

Немаловажным фактором, способствующим развитию наркотизма, является также противоречивость требований и оценок действий и поступков ребенка. Нередко мать или отец придерживаются диаметрально противоположных точек зрения на воспитание детей. В семье подобного типа, где родители не устанавливают четких норм поведения, где

дисциплинарная практика чрезмерно сурова и непоследовательна, дети подвергаются большому риску наркотизации. Подростки вследствие подобного воспитания не могут найти доводы, чтобы отвергнуть навязываемую сверстниками или старшими ребятами деструктивную линию поведения, в частности употребление психоактивных веществ. Несовершеннолетний может влиться в группу, склонную к наркотической зависимости еще и потому, что встретит здесь хоть какую-то определенность и на время забудет о тягостном чувстве внутреннего разлада.

Существенным обстоятельством в процессе приобщения к психоактивным веществам является несформированность внутренней мотивации учения. Школьники, имеющие трудности в процессе обучения из-за недостаточных интеллектуальных способностей, испытывают, как правило, дискомфорт в школе. Речь идет не об умственной отсталости, а именно об относительном недоразвитии личности, ее духовных запросах, интересах. В этих случаях дети остро ощущают свою неполноценность, стремятся как-то компенсировать ее. И хотя употребление психоактивных веществ нельзя считать проявлением реакции компенсации (В.С.Битенский, А.Е.Личко, Б.Г.Херсонский, 1991), однако в некоторых случаях дети с помощью табачных изделий, алкогольных напитков, токсичных веществ и т.п. могут снимать эмоциональное напряжение (по подсказке сверстников или старших по возрасту ребят).

Для детей, рано попавших под влияние улицы, характерен низкий уровень психологической культуры, у них отсутствуют сколь-нибудь стойкие интересы, они мало читают, привыкают к бесцельному времяпрепровождению. В связи с примитивностью подростки внушаемы, без критической оценки подчиняются влиянию окружающих, легко вовлекаются в асоциальные компании, где быстро приобщаются к алкоголю и наркотическим веществам.

Общение со сверстниками или старшими ребятами, употребляющими психоактивные вещества, является одним из наиболее точных показателей, указывающих на возможность приобщения к субкультуре данной группы, имеющей собственные нормы, нравы и привычки, противоречащие господствующим в обществе.

Следующий фактор – невозможность удовлетворения потребности в персонализации. Потребность в персонализации, то есть потребность быть личностью, является базисной, собственно человеческой потребностью. Необходимое условие ее удовлетворения – свобода. Административно-командная система, будучи разновидностью тоталитарного общества, по мнению Н.Ю.Максимовой, исключает возможность свободного развития личности, творческой инициативы, многообразия путей самореализации. Человек, который с самого рождения вынужден был жить в рамках жесткой регламентации поведения, от которого требовали прежде всего умения подчиняться и исполнять указания не рассуждая, верить в то, «что положено», а не доискиваться до истины, не умел и не мог удовлетворить потребность в персонализации. Она либо угасала, уступая место гипертрофированным низменным потребностям, либо извращалась в псевдопотребности. Люди, у которых эта потребность вопреки условиям макросоциума все же формировалась (под воздействием микросоциума), сталкиваясь с жесткой реальностью, оказывались в кризисной ситуации, что нередко приводило их к употреблению психоактивных веществ.

Невозможность удовлетворения потребности в персонализации в значительной мере обусловлена снижением культурного уровня людей и престижа образования в нашей стране. Экономическим подкреплением процесса деградации общественного сознания, начиная с 80-х годов XX века, является тот парадокс, что люди с высшим образованием получали за квалифицированный труд меньшую зарплату, чем люди без специального образования, выполняющие труд низшей квалификации. Это привело к тому, что мыслящие, образованные, высококультурные люди стали как бы не

нужны обществу. Их профессии стали непрестижными, а значит, и образование потеряло свою ценность. Поэтому среди молодежи и подростков укоренилось пренебрежение к учебе, угас интерес к науке, литературе, искусству. Все виды досуговой деятельности, требующие работы ума, души, обесценились, уступив место лени, бездумно-развлекательному стилю времяпрепровождения. Распространенное сейчас представление о том, что в свободное время нечем заняться, что «все надоело, скучно», порождает потребность в новых острых ощущениях, искусственных изменениях сознания.

Очевидно, что социальные условия жизни в современном обществе весьма сложны и противоречивы. Приведенные выше факторы, влияющие на употребление психоактивных веществ, действуют не прямо, а по-разному преломляясь через психику человека. Объединяет их в единое целое создаваемая ими атмосфера напряженности. Эта атмосфера влияет, в свою очередь, на интенсивность и размеры употребления, например, алкоголя или наркотиков, поэтому можно сказать, что алкоголизм и наркомания – индикаторы социального благополучия.

Социально-культурные факторы макросреды отражаются и в микросреде, окружающей ребенка. Чем он младше, тем сильнее влияние микросреды, особенно семьи. Отношение родителей к спиртным напиткам, наркотическим веществам, обычаи и традиции семьи, связанные с их употреблением, влияют на то, какое место психоактивные вещества займут в жизни их сына или дочери.

### **Лекция 5. Мотивация наркозависимого поведения**

Употребление наркотиков несформировавшейся личностью, по мнению Максимовой Н.Ю., Клейберг Ю.А., Кондрашенко В.Т. и др., порождает серьезнейшие социально-психологические проблемы: невозможность нормального психического и физического созревания,

школьную дезадаптацию, проблемы выбора профессии и занятости, затруднения в создании партнерских отношений, асоциальность и т.д.

Специфической особенностью зависимости от психоактивных веществ является наличие тесной связи между двумя ее аспектами – клиническим и психосоциальным. Это означает, что поведение, связанное с употреблением наркотиков, следует одновременно рассматривать и как комплекс социально-психологических проблем, и как следствие прогрессирующих физико-химических изменений в организме. На определенном этапе формирования аддикции (этапе физической зависимости) химические процессы в организме начинают играть ведущую роль в поддержании аддиктивного поведения.

В основе данной аддикции лежит потребность продолжать прием наркотика с целью достижения чувства комфорта или устранения неприятных ощущений (например, абстинентного синдрома). Влечение к наркотику носит чрезвычайно сильный характер, и, в конечном счете, быстро разрушает личность и жизнь больного.

Следует заметить, что на злоупотребление наркотиками указывает социальная деградация индивида, проявляющаяся, прежде всего, в быстро нарастающей социальной дезадаптации. При этом наблюдается снижение успеваемости, отказ от учебы или профессиональной деятельности, конфликты с социальным окружением, проблемы с законом, отход от семьи и друзей, сужение общения до наркоманического круга, изоляция.

Параллельно с социальной деградацией происходит выраженное изменение характера. На фоне озабоченности наркотиком нарастает общая необязательность, формируется амотивационный синдром (утрата прежних интересов). Отрицание становится стилем поведения. Попытки окружающих помочь зависимому или обесцениваются или вызывают агрессию. Реальность полностью заменяется фантазиями в форме бесплодных мечтаний, невыполняемых обещаний, лжи, иллюзий.

Если первоначально аддиктивная личность старается уйти от решения проблем, то постепенно она вообще теряет способность к действиям.

Депрессия, изоляция, беспомощность, конфликты с законом – все это указывает на серьезность проблемы. Остановимся на одном из сложных и мало изученных вопросов в данной области исследований – вопрос о мотивации употребления психоактивных веществ.

В настоящее время существует много исследований, посвященных определению механизмов возникновения наркотической зависимости, изучению способов употребления психоактивных веществ, анализу факторов, обуславливающих приобщение индивида к наркотикам. Вместе с тем вопросы, связанные с мотивацией употребления наркотических веществ, разработаны недостаточно. Данные о том, почему юноши и девушки приобщаются к наркотикам, немногочисленны. Возможно, это связано с необходимостью установления полного взаимопонимания между врачами-наркологами и их пациентами, родителями и их детьми, начавшими употреблять наркотики. Между тем, сам индивид, далеко не всегда осознает причину собственной наркотизации.

Среди отечественных исследований в данной области наиболее содержательными, на наш взгляд, являются работы В.Ю.Завьялова (1981, 1986). Им разработана классификация мотивационных факторов, обуславливающих возникновение физической и химической зависимости от психоактивных веществ, которая включает три группы мотивов:

*Первая группа мотивов* образуется из трех «социально-психологических» факторов: 1) традиционные, социально обусловленные мотивы; 2) субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы; 3) псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении индивида приспособиться к «наркоманическим ценностям» его возрастной группы.

*Вторая группа мотивов* отражает потребность в изменении собственного состояния: 1) гедонистические мотивы – стремление испытать чувство эйфории; 2) атарактические мотивы – желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания; 3) мотивы гиперактивации

поведения – стремление выйти из апатического состояния, улучшить на краткий период интеллектуальную и физическую работоспособность.

*Третья группа мотивов* отражает патологическую мотивацию, связанную с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику: 1) мотив купирования абстиненции – стремление избавиться от тягостных проявлений абстиненции с помощью приема очередной дозы наркотика, тесно связанный с мотивами гиперактивации и атактичными мотивами; 2) мотив зависимости (аддитивный мотив) – фиксация в сознании патологического влечения к наркотику; 3) мотив самоповреждения – стремление употребить наркотик «назло себе и другим» для того, чтобы ускорить наступление социальных осложнений, либо соматических осложнений и даже смерти.

Анализируя данную классификацию мотивационных факторов, В.С.Битенский, отмечает, что мотив самоповреждения, включенный в третью триаду, отражает не столько патологическую зависимость индивида от наркотиков, сколько пато характерологические черты.

Несколько иной подход к вопросу о мотивации наркозависимого поведения можно обнаружить в работе Е.В.Змановской. В основу приведенной ею классификации мотивов включены только мотивы первичного употребления личностью психоактивных веществ:

- 1) атактичные (достижения психологического комфорта и релаксации);
- 2) субмиссивные (стремление к принадлежности и одобрению группы);
- 3) гедонистические (получение специфического физического удовольствия);
- 4) гиперактивации (повышение тонуса и самооценки);
- 5) псевдокультурные (демонстрация какого-то качества, например, взрослого поведения);
- 6) познавательно-исследовательские (любопытство, стремление к новым впечатлениям).

Большинство зарубежных исследователей мотивацию употребления наркотиков связывают с влиянием микросоциальных факторов, характерологических особенностей личности, то есть в данном случае речь идет о внешней мотивации. Так, М. В. Holmberg (1985) считает, основным причинным фактором подростковой наркомании является социальная дезадаптация, которая наблюдается преимущественно у мальчиков. Неблагополучная семья психические отклонения, делинквентное поведение рассматриваются как причинные факторы наркомании.

По-другому трактуют мотивацию при наркоманиях представители психоаналитической школы, которые полагают, что в основе развития наркомании лежит глубокий регресс либидо, стремление оградить себя от влияния внешнего мира, достичь состояния абсолютного спокойствия – «нирваны». Конечной целью наркомана является самоуничтожение.

Психодинамические исследования раскрывают глубокие бессознательные мотивы употребления химических веществ. Ведущим побудительным мотивом к систематическому употреблению наркотических средств может являться стремление избежать напряжения и боли. В этом случае любое напряжение воспринимается как предвестник явной угрозы существованию, аналогично недифференцированному младенческому ощущению голод. Следовательно, наркотики, прежде всего, используются как самолечение. Большинство исследователей отмечают связь между личностным депрессивным расстройством и развитием наркозависимости. Если на употребление марихуаны существенное влияние оказывают сверстники, то использование «тяжелых» наркотиков, скорее всего, связано с глубоко нарушенными отношениями с родителями и депрессией.

Э.Фромм связывает наркоманию с культом потребительства, стремлением «потреблять счастье» как товар, по мнению А. М. Nicholi, наркотики и спиртные напитки употребляются для того, чтобы уйти от решения реальных проблем, снять эмоциональный дискомфорт. При этом упускается из виду то, что употребление наркотиков лишь усугубляет



житейские проблемы. Собственно же “гедонистический” элемент при прогрессировании наркомании утрачивается. Нельзя не отметить, что прием некоторых психоактивных веществ, вызывает не эйфорию, а, напротив, оглушенность, иногда страх, галлюцинации. К таким веществам можно отнести фенциклидин.

Сомнителен «гедонистический» момент при употреблении холинолитических препаратов, летучих веществ, ЛСД. По мнению швейцарского психиатра J. E. Staehelin, «у всякого наркомана имеется сознательная или бессознательная, но чрезвычайно сильная потребность изменить свое состояние... В каждом наркомане живет неукротимая потребность в какой-то перемене, желание достигнуть успокоения и блаженства, душевного прояснения и облегчения, повышенной работоспособности и эмоциональной живости, освобождения от страданий». Именно изменение состояния сознания, а не знак этого изменения имеет решающее значение для наркомана. Очевидно, что в каждом отдельном случае наркомании ведущую роль играют различные мотивационные факторы.

D. Hell, R. Battegay, R. Muhlermann выделяют три типа мотивации:

- позитивную (для получения наслаждения);
- негативную (защита от тоски);
- нейтральную (для приспособления к окружающим, по привычке).

A. B. Woodside, J. Johannah считают, что для оценки мотивации при наркомании имеет значение и «мотивация воздержания». В частности, имеют значение ситуационные факторы, в том числе финансовые ограничения, наличие запрещенных авторитетов, отсутствие постоянных источников наркотика.

## **Лекция 5- 6. Личностная предрасположенность к употреблению наркотических веществ**

## **Лекция 7. Причины употребления психоактивных веществ детьми и подростками**

Включенный в сложную систему социальных, экономических, семейных отношений человек испытывает действие самых различных факторов (объективных и субъективных, социальных, индивидуально-психологических и биофизиологических), которые могут, как способствовать, так и препятствовать наркотизации.

Рассматривая факторы, детерминирующие аддиктивное поведение несовершеннолетних, следует учитывать то, что ни один из факторов не является основополагающим, решающим. Исследования в этой области показывают, что если на индивида влияет некоторая совокупность этих факторов, то это еще ничего не предопределяет однозначно, поскольку и в этом случае приобщение к психоактивным веществам может быть, а может и не быть. Общеизвестно, что сложные обстоятельства, неправильное семейное воспитание, низкий общеобразовательный и культурный уровень окружающей социальной среды влияют на многих детей, однако далеко не все подростки, поставленные в эти условия, становятся наркоманами.

С другой стороны, неблагоприятные психофизиологические предпосылки (психопатии, акцентуации характера, психопатическое развитие личности, мозговые дисфункции и органические поражения мозга, наследственная отягощенность) также не являются фатальными и сами по себе (без сочетания с социальными факторами) не могут стать основной детерминантой химической зависимости. Напротив, жизненная практика свидетельствует, что большая часть таких индивидов в дальнейшем вполне нормально социализирована, даже достигает высоких результатов в профессиональной деятельности. Значит, более важную роль играет то, как преломляются указанные факторы в психике индивида, как воспринимаются им жизненные события и различные обстоятельства (в том числе и состояние здоровья). Именно этим объясняется тот факт, что один ребенок из самой

благополучной, обеспеченной семьи, занимающей довольно высокое социальное положение, становится наркоманом.

Осуществляя прогноз развития наркомании в среде несовершеннолетних на ближайшее время, социологи, психологи, наркологи отмечают динамику ее роста и усиление следующей тенденции - дальнейшее омоложение контингента, употребляющего наркотические, сильнодействующие и психотропные вещества. Основными причинами этого явления, по мнению специалистов, является общее ухудшение социально-экономической обстановки в стране, рост безработицы среди молодежи, рост детской беспризорности и социального сиротства, значительное увеличение интереса международной наркомафии к российскому рынку, который ориентирован на «раскручивание потребительского спроса нашей молодежи».

Несомненно, возникновение влечения к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным веществам теснейшим образом связано с условиями жизни человека. Однако прежде чем выявлять причины распространения наркотизма, следует отметить, что в научной литературе существуют два подхода к анализу данной проблемы. Сторонники первого направления при объяснении механизмов приобщения личности к наркотикам исходят из анализа индивида и его социального окружения. Сторонники другого подхода приоритет отдают обществу (в котором находится индивид), а личность и ее поведение объясняется уже состоянием социума, общественными отношениями.

Причины наркотизации личности стали изучаться исследователями со второй половины XIX века. Однако до настоящего времени нет единой концепции причин этого явления. В научной литературе можно найти множество объяснений различного характера: способность наркотика уводить от реальных проблем, неудовлетворенность индивида сложившейся жизнью, протест молодежи против существующих норм, любопытство,

подражание, неблагоприятные семейные обстоятельства, дисгармония личности, невозможность осуществления личных планов, рассогласованность с внешним миром, групповое влияние, психопатические черты личности, доступность наркотика, традиции общества и т.д. Некоторые исследователи делают акцент на таких причинах, как неосведомленность о последствиях наркотизации, предварительная склонность к алкоголю, «ятрогенная» (лекарственная) наркомания.

Подобное расхождение мнений можно объяснить тем, что, во-первых, различие точек зрения отражает взгляды специалистов разных областей (социологов, психологов, медиков, криминалистов). Во-вторых, при оценке причинности имеют значение группы изучаемых лиц (по районам их проживания, полу, возрасту, социальному положению). В-третьих, причины рассматриваются применительно к явлению в целом, без учета стадий его развития. И, в-четвертых, иногда в основу выводов берется мнение самих наркотицизирующих лиц, которые склонны, в частности, обвинять в этом ситуацию или окружение. Другие же исследователи исходят лишь из предпосылок объективного характера, игнорируя другие обстоятельства.

Тем не менее, большинство специалистов по данной проблеме при обосновании системы причин приобщения личности к наркотическим веществам выделяют три группы факторов в данном явлении:

а) первую группу составляют индивидуальные особенности личности (физиологические и психологические особенности, образ жизни, опыт знакомства с наркотиком и его употребление, и др.);

б) вторую группу составляет механизм действия употребляемого наркотика (способ приема, легкость проникновения в ткани мозга, взаимодействие наркотика с рецепторами ЦНС и быстрота вывода его из организма);

в) социально-культурное окружение личности (особенности взаимоотношений личности в группе, знакомство с людьми, употребляющими наркотические препараты или распространяющие их и др.).

Как было сказано выше, анализ причин наркотизма осуществлялся специалистами разных областей. Сообразно с этим в научной литературе представлено несколько классификаций причин данного явления. Заслуживает внимание классификация причин, представленная в исследовании Э.А.Колесниковой (1999). Предложенная иерархия причин, позволяет дать более полный и обоснованный анализ явления, обуславливающего возникновение наркотической зависимости, начиная с исходного момента.

Нижний уровень (биофизиологический) включает те причины, которые связаны с наследственной предрасположенностью к употреблению психоактивных веществ, с влиянием генетически передающихся особенностей расового, этнического, морфологического планов с психофизиологическими особенностями индивида (нехватка ферментов, врожденные и приобретенные нарушения метаболизма, эндокринные нарушения, патология мозга).

Следующий уровень – индивидуально-психологический. В данном случае речь идет об особенностях патологии и личного опыта, которые обуславливают неполноценный образ жизни и соответствующую тягу к его компенсации за счет искусственной регуляции своего психоэмоционального состояния с помощью психоактивных средств.

Третий уровень (микросоциальный) включает причины, связанные с непосредственным социальным окружением личности в семье, образовательном учебном заведении, среди сверстников, в молодежной субкультуре, то есть там, где создаются девиантные модели поведения.

Высший уровень (макросоциальный) предполагает осмысление проблемы наркотизма в широком контексте отношений общественных институтов. В социальном плане он для данного социального явления является основным и решающим, поскольку деформации на микросоциальном, а во многом и на индивидуально-психологических уровнях связаны с социальными кризисами и другими социальными явлениями в рамках общества.

Прежде чем перейти к анализу причин в рамках данной классификации, необходимо отметить, что индивидуальные биофизиологические особенности личности рассматриваются некоторыми специалистами не как причины наркотизации личности, а, сколько как субъективные факторы, способствующие, либо препятствующие приобщению личности к психоактивным веществам.

Самыми первыми концепциями, объясняющими природу наркотизации индивида, были так называемые «дегенеративные» теории. Представители данного направления связывали заболевание наркоманией с процессом вырождения в отдельных семьях и кланах. Согласно мнению ученых того времени, это заболевание находилось в одном ряду с «царской» болезнью – гемофилией, роднясь с ней своей этиологией (Белогуров С.Б., 1997). Высказывались мнения, что потребление наркотиков характерно для определенных общественных слоев, находящихся на низших ступенях социальной стратификации. Так, в 1879 году американские исследователи назвали эту болезнь «солдатской», присущей, на их взгляд, именно этой среде.

Современные исследователи, представители биологических теорий, также считают, что существуют генетические предпосылки возникновения влечения к психоактивным веществам. При объяснении возникновения зависимости от психоактивных веществ сегодня исходят из общей диатез-стресс-модели (Diathese-Stress-Modell). При этом под диатезом понимается

фактор уязвимости, основанный на генетически обусловленной предрасположенности. Благодаря сравнительным исследованиям семей, близнецов и приемных детей уже давно известно, что определенный генетический риск развития наркотизма существует. Многочисленные исследования достаточно определенно установили, что существует некая генетически определенная предрасположенность к употреблению отдельных психоактивных средств, которая связана с врожденными физиологическими особенностями организма.

Например, исследования Л.Эрман и П.Парсон свидетельствуют, что «физиологический аппетит» к психоактивному веществу (алкоголю, наркотику и т.п.) у некоторых индивидов обусловлен генетически, а именно, строением X-хромосомы. Изучая биохимические основы алкоголизма, ученые пришли к выводу о его связи с индивидуальными особенностями обмена веществ.

Существуют данные об этнических различиях в чувствительности к алкогольной интоксикации: «... у китайцев, японцев и американских индейцев такая чувствительность обнаруживается чаще, чем у представителей «кавказской» расы. Поскольку эти различия выявляются даже у новорожденных, существование генетических различий представляется весьма вероятным».

Довольно популярными считаются теории, объясняющие пристрастие личности к наркотическим препаратам повреждениями определенных мозговых образований и в первую очередь лимбической системы, отвечающей за человеческие эмоции.

Вызывает интерес исследование причин приобщения индивида к психоактивным веществам, проведенным Айзенком. Так, он связывал склонность к употреблению стимуляторов или же депрессантов с такими наследственными свойствами, как экстравертированность и интровертированность. Оказалось, что экстраверты (люди, склонные к общительному поведению), курят чаще, чем интроверты (самоуглубленные люди, больше направленные

на собственный внутренний мир). Айзенк выдвинул гипотезу о том, что интроверты, имеющие больший уровень возбудимости коры головного мозга, активнее стремятся к саморегуляции психики с помощью приема депрессантов (алкоголя и других психоактивных препаратов). И, наоборот, индивиды, имеющие обычно более низкий уровень возбудимости, чаще прибегают именно к стимуляторам (кофеину, никотину и другим препаратам), которые необходимы для коррекции поведения и психики в интровертированном направлении.

Следующее направление в объяснении причин наркотизации – многочисленные работы по самораздражению различных структур мозга, проведенные на животных, которые показали, что почти все психоактивные вещества действуют как позитивное подкрепление. В 1969 году группа исследователей (Deneau, Yanagita, Seevers), наблюдая за экспериментальной группой приматов, установила, что подопытные животные, имевшие возможность по собственному желанию употреблять наркотические препараты, при фиксированной дозе не обнаруживали признаков физической зависимости, а развили паттерн стабильного употребления веществ. Анализируя полученные результаты, Джефф пришел к выводу, что первичный прием наркотиков может последовать и без психологических предпосылок или других факторов уязвимости.

Спустя несколько лет после исследований Джефа Куб и Блум в 1988 году опубликовали в «Science» работу, в которой описали молекулярные и клеточные механизмы, участвующие в возникновении зависимостей. Ученые смогли показать, что ряд отделов мозга, чьи функции при оперантных механизмах подкрепления известны, принимают участие и в подкреплении действия наркотиков. Так как, в том числе и с точки зрения модели оппонентных процессов, – позитивные действия наркотиков могли быть связаны с внешними и внутренними исходными раздражителями, то при каждой форме употребления наркотика ожидается процесс ассоциативного научения, появляющийся как в фазе приема, так и фазе абстиненции. В



зависимости от способа приема психоактивного вещества и от развития во времени наркотического действия он обнаруживает различную резистентность к угасанию, или «кривую забывания». В этом отношении примером может послужить так называемый феномен «needle - freak» (наркоман, вводящий наркотики путем инъекции), заключающийся в том, что вследствие укола иглой ненадолго может быть достигнут эффект близкий к наркотическому.

Достаточно много работ можно найти в области исследования причин наркотизации, связанных с поиском так называемой «наркоманической» личности, то есть личности, которая психологически готова к употреблению психоактивных веществ.

Например, исследования Н.Ю.Максимовой показали, что личностная предрасположенность к наркомании включает:

- 1) отсутствие мотивации достижения вплоть до отказа считать себя субъектом деятельности; преобладание избегающей мотивации;
- 2) низкий уровень развития самосознания, отсутствие навыков рефлексии;
- 3) низкий уровень самоуважения, вплоть до неприятия образа «я», что однако может маскироваться защитным поведением, демонстрирующим завышенную самооценку;
- 4) самозащитный тип реакции на фрустрацию, детерминируемый неуверенностью в себе, что проявляется в отказе от деятельности при столкновении с малейшими трудностями;
- 5) противоречивость самооценки и уровня притязаний, что приводит к алогичности и непоследовательности деятельности, связанной с преодолением препятствий;
- 6) тенденция к уходу от реальности в стрессовой ситуации;
- 7) экстернальный локус контроля;
- 8) несформированность функции прогноза.

Кроме того, сторонники данного направления утверждают, что

личностная предрасположенность к наркотизации формируется постепенно, в процессе онтогенеза. Причина ее возникновения – неблагоприятная социальная ситуация развития ребенка.

По мнению А.В.Ларионова, наркомания является «...инфантильной попыткой разрешения внутренних проблем» личности. Каждый человек, употребляющий психоактивные вещества, в большей или меньшей мере обнаруживает инфантильные черты личности вне зависимости от достигнутого социального или материального положения. Понятие «инфантильный» означает психически незрелый, ведущий себя по-детски. Как утверждает А.В.Ларионов, это означает, и повышенную внушаемость, и неспособность отсрочить получение удовольствия, учесть последствия своих действий, и подчинение чувству стадности и др. Характерные черты незрелости: неадекватная самооценка, недостаточный прогноз и рефлексия, несоразмерность притязаний, нереалистичный оптимизм по поводу будущих событий, нестабильность интересов, недоразвитость совести и завистливость.

Однако большинство психологов склоняется к тому, что основной характеристикой инфантильных людей являются отставание в эмоционально-волевой сфере, особенно проявляющееся при столкновении с трудностями или при попадании в так называемую неблагоприятную среду. Инфантилам присуще извращенное понимание общечеловеческих принципов, поэтому они стремятся добиться целей детскими путями.

Согласно исследованию А.Е.Тарас «...наиболее склонны к наркотизации юноши и девушки с неразвитыми духовными потребностями и отсутствием устойчивых положительных интересов, то есть такие, которые живут сегодняшним днем, привыкли к всевозможным удовольствиям и развлечениям, стремятся к праздности».

Характеризуя наркозависимых пациентов, Ю.П.Лисицин и П.И.Сидоров отмечают нравственную незрелость их личности, которая проявляется в следующих симптомах:

- отрицательное отношение к обучению и низкий образовательный

уровень;

- отсутствие общественно-политической активности и социально значимых установок;
- узкий и неустойчивый круг интересов, отсутствие увлечений и дух запросов;
- неопределенность в вопросах профессиональной ориентации, отсутствие установок на трудовую деятельность;
- дефицит мотивации поведения, уход от ответственных ситуаций и решений;
- утрата «перспективы жизни», утрата видения путей развития своей личности.

Экспериментальные исследования отечественных психологов и социологов показали, что начало отклоняющегося поведения подростков тесно связано с особенностями их характера. Каждый тип характера имеет как бы «слабое место». «Если психическая травма, эмоциональный стресс или просто трудная ситуация в жизни задевает эту уязвимую черту, то возникают разного рода срывы – от невротических реакций до состояния тяжелой и длительной психической дезадаптации с асоциальным поведением».

К числу регуляторов поведения подростков, которые могут вызвать интерес к наркотикам, С.А.Шейн и Т.Л.Чугуева называют установку на быстрое удовлетворение потребностей при минимальных затратах усилий, установку на пассивные способы защиты при столкновении с трудностями, уход от ответственности за свои поступки, импульсивный характер поведения, перенос активности в сферу досуга, гиперкритицизм в сочетании с конформизмом внутри своей группы, чувство исключенности из социального прогресса, игнорирование статусных позиций, неопределенность жизненной перспективы, нравственный инфантилизм.

Особое внимание ученые обращают на такую черту наркоманов как любопытство. Так, П.Бэлчи выводит целую теорию о том, что причиной

наркомании является соблазнение любопытных людей и соотносит наркоманию с азартными играми.

3. Фрейд рассматривал наркотическое пристрастие как замену сексуальных импульсов и мастурбации. А последователь З.Фрейда С.Радо приравнивал удовольствие от психоактивных веществ к оргазму.

Психиатрические теории связывают заболевание наркоманией с наличием у индивида психического расстройства, которое снижает устойчивость к эмоциональным нагрузкам, стрессовым состояниям, нервному перенапряжению. На этой почве быстрее развивается зависимость от средств, способствующих установлению душевного равновесия, в том числе, от наркотических и психотропных препаратов, прием отдельных из которых создает иллюзию покоя, благодушия, беззаботности, особенно на начальных этапах потребления.

Все сказанное позволяет ответить на вопрос: «Как, когда и при каких условиях противоречия в жизни индивида приобретают патогенный характер?» следующим образом. Во-первых, это происходит тогда, когда в самой личности, ее структуре содержатся патогенные черты; во-вторых, патогенез может быть следствием несоответствия целей (потребностей) личности и средств их достижения (неадекватный уровень притязаний); в-третьих, он возникает тогда, когда объективная необходимость препятствует решению задач, стоящих перед человеком или даже делает противоречия для индивида неразрешимыми, а цель недостижимой (утрата близкого человека, неизлечимая болезнь и т.п.). Патогенность ситуации заключается в неумении рационально (продуктивно) преодолевать трудности или неспособность отказа от неосуществимых стремлений.

Наркотизм на данном уровне понимания проблемы есть неадекватный поведенческий ответ на стрессовую ситуацию со стороны личности, имеющей определенные отклонения от нормы биофизиологической или психологической. Но этот уровень понимания проблемы еще не самый глубокий. Следует разобраться в более трудном для анализа факторе

распространения наркотизации молодежи, что позволит лучше понять задачи профилактики этого социального зла.

Рассмотрим социальные условия, которые можно разделить на две группы: макросоциум и микросоциум.

Макросоциум представляет собой общество, в котором живет человек, включая его историческое прошлое, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношение к детям, к семье и т.п. Историю развития нашего общества вряд ли можно назвать благополучной, лишенной стрессогенных факторов. Так, массовая урбанизация населения, происходящая в последние 15-20 лет XX века, усилила отрицательное влияние указанного фактора. Люди, приехавшие из села в город в поисках хорошо оплачиваемой работы и нормальных условий жизни, часто чувствовали себя ненужными, неустроенными, неприкаянными. Этот психологический дискомфорт усугублялся потерей социального контроля (который очень значим в селе и служит мощным регулятором поведения), резкой сменой образа жизни, привычной обстановки. Прежние нормы поведения, привычки, интересы, нравственные ценности, усвоенные с детства, в городе стали неприемлемы. Отказываясь от свойственного ему стиля жизни, человек становился обезличенным, терял свою индивидуальность, самобытность. Это вызывало тревогу, смятение, депрессию.

Неуверенность в завтрашнем дне, острые социальные конфликты, необходимость вынужденно менять образ жизни и место жительства являются мощными факторами, толкающими людей к употреблению психоактивных веществ, которые помогают снять эмоциональное напряжение.

Влияние макросоциума на развитие ребенка обычно недооценивают. Ребенок дошкольного и младшего школьного возраста не вникает в содержание выступлений политических обозревателей, историков,

политологов, журналистов и других деятелей. Ему не совсем еще понятны проблемы окружающих его взрослых людей. Однако исследование Н.Ю.Максимовой показывает, что через настроение родителей, через их поведение, отношение друг к другу и к другим людям ребенок четко улавливает два основных параметра функционирования общества в целом: благополучие и неблагополучие. И если это «неблагополучие» будет доминировать, ребенок будет искать защиту, возможно, это будут наркотические вещества либо алкоголь.

Микросоциум – непосредственное окружение человека, люди, с которыми он постоянно взаимодействует. В детском возрасте микросоциум составляют, прежде всего, родители (или лица, их заменяющие), родственники, учителя, соседи и другие взрослые, а также друзья, одноклассники, ребята, с которыми интересно проводить время и т.п. Кто из этого окружения составит референтную группу для ребенка, каковы будут ценности, традиции, нравы, обычаи этих значимых для него людей, к кому он будет прислушиваться, кому будет подражать, за кем будет следовать? Все это скажется на формировании направленности личности ребенка, на формировании его мировоззрения.

В настоящее время большинство психологов, социологов видят психологические истоки наркомании именно в семье, в разрушении нормального взаимодействия между родителями и детьми. Специалисты утверждают, что такие виды семей, как неполная семья, семья, в которой очень часто возникают деструктивные конфликты между всеми ее членами, семья, в которой хотя бы один из ее членов является курильщиком (алкоголиком, наркоманом, токсикоманом) составляют так называемую группу риска. В подобных семьях нередко дети приобщаются к психоактивным веществам очень рано и быстро приобретают зависимость.

Следует обратить внимание и на тот факт, что в семьях наркоманов чаще, чем в других семьях использовались лекарственные препараты во

время болезни кого-либо из члена семьи. Этот факт может закрепиться в сознании ребенка и постепенно приобрести стереотипное решение – все жизненные проблемы можно решить с помощью какого-либо лекарства. В ряде случаев именно этот факт являлся «мостиком» для перехода к употреблению какого-либо наркотика. Например, известен «ятрогенный алкоголизм», возникший в результате совета врача принимать по рюмке алкогольного напитка на ночь для хорошего сна или перед обедом для повышения аппетита. Существует и «ятрогенная наркомания». Бум амфетаминовой наркомании в США пришелся на 50-е – 60-е годы, когда американские врачи без разбора выписывали таблетки для бодрости и снижения веса.

В последнее время наблюдается рост социально неблагополучных семей, которые чаще всего не в состоянии предоставить своим детям психологическую защиту в сложной социально-психологической ситуации. В таких семьях один или оба родителя являются безработными либо имеют мало оплачиваемую работу. Следовательно, средств для удовлетворения необходимых потребностей (как естественных, так и культурных) недостаточно. Ребенок может испытывать чувство голода, неуверенности и стыда за свое положение. Если какая-нибудь из естественных потребностей не найдет удовлетворения на протяжении сколько-нибудь длительного времени, подросток может пойти на противоправные действия (воровство, мелкое хулиганство и т.п.). Такой подросток, вероятнее всего, будет вовлечен в делинквентную группу сверстников, где у него будет больше шансов приобщиться к психоактивным веществам. Если семья не сможет удовлетворить культурные потребности подростка, он не погибнет, но личностные качества в нем начнут деградировать. Исчезнет то духовное начало, которое должно стать стержнем всей будущей жизни подростка.

Итак, семейное неблагополучие является одним из наиболее опасных факторов, способствующих развитию подросткового наркотизма. В первую очередь следует отметить различные нарушения внутрисемейных

отношений.

Обесценивание роли родителей как общественно значимой и государственно важной функции, стремление переориентировать направленность и интерес женщины с семейных функций на производственные – одна из основных причин дестабилизации семейных отношений. Сочетание этих факторов со сложными материально-бытовыми условиями жизни, нерешенными жилищными проблемами привело либо к распаду многих семей, либо к установлению в них враждебно-конфликтных отношений. Неблагоприятный психологический климат в семье, в свою очередь, стал мощным стрессогенным фактором, побуждающим людей обращаться к психотропным веществам.

Значительная часть подростков, обнаруживших склонность к наркотизму, происходит из так называемых неполных семей, где отсутствует один из родителей, чаще всего отец. Нередко один из родителей или оба злоупотребляют спиртными напитками, курят табак или находятся на учете в наркологическом диспансере по поводу употребления наркотиков. Семейная атмосфера в таких семьях характеризуется как весьма напряженная, отличающаяся бездуховностью, отсутствием взаимного уважения, постоянными конфликтами и унижением личного достоинства. Дети из данных семей часто подвергаются физическому наказанию, испытывают психические потрясения, морально травмируются. Некоторые семьи внешне кажутся вполне стабильными, обладают материальным достатком и кажущимся психологическим благополучием. Тем не менее, и в таких семьях наблюдается психологическая напряженность, глубоко запрятанные от постороннего взгляда конфликты и нарушения взаимоотношений, которые неизбежно отражаются на психическом развитии личности ребенка.

Большое значение в формировании личности несовершеннолетнего, системы его отношений с людьми и ценностных ориентаций имеет воспитательная доктрина, которой придерживаются родители. Семейная атмосфера является отражением или некоторым подобием сложившейся



структуры отношений в обществе. Э.Фромм справедливо считал, что семья является психологическим агентом общества. Общество утверждает себя или само разрушается через семью. В психолого-педагогической литературе описываются разные родительские типы (Массен и др., 1987; В.В.Шабалина,2001), для которых свойствен определенный стиль воспитания. Опишем некоторые из них.

Для семьи, в которой родители злоупотребляют психоактивными веществами, характерны воспитание по типу гипопротекции и воспитание в условиях жестких отношений. С раннего возраста ребенок предоставлен самому себе. Часто он становится свидетелем или жертвой асоциального, иногда агрессивного поведения родителей. Пребывание дома становится тягостным для него, и подросток вынужден проводить время в компаниях таких же "уличных", обездоленных сверстников. Кроме того, когда подросток осознает, что родители ведут себя неадекватно и не склонны считаться с его интересами, это глубоко травмирует его. У него зарождается сильная и устойчивая неприязнь, подчас ненависть к родителям, и не только из-за их жестокости, но и свойственного им равнодушия, неспособности или нежелания понять ребенка.

Я. Бундулус (1982) утверждает, что, если ребенок воспитывается жестокими родителями, у него формируется специфическое мировоззрение. Оно может быть выражено следующей триадой:

1. Всегда рассчитывай на самого себя.
2. Другие - твои враги.
3. Если ты хочешь чего-то добиться - ты должен их обмануть.

Подобная система взглядов содействует приобретению альтернативных ценностей, противостоящих традиционным ценностям общества.

Воспитание, в основе которого лежит повышенное внимание к ребенку и повышенный контроль над ним, также может способствовать приобщению подростка к психоактивным веществам.

Доминирующая гиперпротекция - мелочный контроль за поведением

ребенка, недоверие к его друзьям, блокирование любых проявлений самостоятельности, страх перед "дурным влиянием". Авторитетные родители не считают, что должны разъяснять детям мотивы своих распоряжений. Они уверены в том, что дети должны беспрекословно слушаться своих родителей. Основная ошибка этих родителей заключается в том, что они не решают психологических проблем ребенка. И, подавляя его инициативу или несогласие, зарождают глубокую неприязнь по отношению к себе.

Дети властных родителей редко полагаются на свои силы, не способны самостоятельно мыслить и действовать, так как не располагают возможностью воплощать в жизнь свои идеи и не умеют принимать на себя ответственность. Такие подростки менее уверены в своих силах, не столь любознательны и самостоятельны, незрелы в нравственном отношении и значительно хуже справляются с интеллектуальными проблемами. К сожалению, у данной категории несовершеннолетних преобладает отрицательное отождествление со своими родителями. Подростки думают, что их не любят или не понимают и что родительские требования неверны и неразумны. Вполне возможно, что такое оппозиционное отношение к родителям может выразиться в наркотизации. Жизнь таких подростков чаще всего строится в зависимости от случайных внутренних импульсов и внешних обстоятельств.

Потворствующая гиперпротекция - удовлетворение всех потребностей ребенка, стремление избавить его от любых, даже незначительных трудностей. Все позволяющие (снисходительные) родители совершают ошибку - предоставляют подросткам улице. Родители, охотно говорящие о равноправии в семейных отношениях, провозглашающие индивидуализм и свободу воспитания, фактически прячут за всем этим нежелание нести родительскую ответственность, а часто и свою несостоятельность. Они не хотят понять того, что подростки, как бы они ни требовали и ни отстаивали свои права на самостоятельность суждений, действий и поступков, вовсе не хотят видеть в своих родителях приятелей, они нуждаются в образцах

взрослой жизни, им нужно, чтобы родители служили моделью взрослого поведения.

Эмансипация детей не должна заходить слишком далеко – внутренняя дисциплина формируется не иначе как через усвоение разумных внешних ограничений. В семьях, где присутствует вседозволенность, снисходительность, авторитарный тип контроля над жизнью подростка, чаще всего формируются социально неприемлемые, в том числе и наркотические, стереотипы поведения. Мироззрение подростков из подобных семей может быть представлено, по мнению Я. Бундулуса, следующей триадой:

1. Никогда не предпринимай ничего самостоятельно.
2. Другие обязаны заботиться о тебе.
3. Если у тебя что-то не получается, виноваты в этом другие, а не ты.

Итак, описанные выше стили воспитания или отношения родителей с подростками явно не являются гармоничными. И чем больше степень их дисгармонии, тем выше степень риска приобщения подростка к психоактивным веществам.

Л.М. Шипицына и Е.И. Казакова выделяют три формы нарушений родительских отношений в семьях, где подростки имели первый опыт употребления психоактивных веществ.

Первая форма - жестокость в общении с подростком. Семьи данной категории неоднородны. Деструктивная агрессия проявляется через физическое насилие, словесные оскорбления и унижения, через воспитание подростка "в ежовых рукавицах". При эмоциональном напряжении и жестоком обращении подросток прибегает к психоактивным веществам, так как он вытолкнут из семьи в асоциальную среду, или находится в иллюзорных поисках недостающего уважения, понимания и тепла.

Вторая форма - непонимание родителями возрастных особенностей ребенка. Самосознание подростка нередко формируется драматично и противоречиво. Возможна ситуация, когда подросток стал употреблять наркотические вещества, чтобы снять тревожность, возникающую

вследствие ускоренного сексуального и интеллектуального развития. Родители же не способны психологически правильно реагировать на ситуацию, ограничиваются наказаниями, обвинениями и морализацией. В этой ситуации подросток вынужден самостоятельно, часто через цепь ошибок вырабатывать свое отношение к психоактивным веществам.

Третья форма - низкий авторитет родителей у подростка. Материальное благополучие и бесконфликтные взаимоотношения в семье, хорошее образование родителей не гарантируют сохранения значимости отношения подростка к родителям. Если в сознании подростка не сформирован внутренний диалог с родителями, их опыт и жизненная позиция, в том числе и по отношению к употреблению наркотических средств, не принимаются во внимание. Такой подросток менее защищен от давления социальной среды, где употребляются психоактивные вещества.

Первая форма семейного неблагополучия может быть прямой причиной приобщения подростка к психоактивным веществам, вторая - может "способствовать" этому косвенно, как дезорганизирующий фактор, а при третьей форме из-за попустительской позиции родителей подросток имеет сниженную социально-психологическую толерантность в отношении психоактивных веществ.

Все сказанное позволяет предположить, что наиболее опасное влияние на раннее развитие ребенка оказывают семейные факторы. Такими факторами могут быть:

- неблагоприятная семейная атмосфера, особенно если родители злоупотребляют психоактивными веществами или страдают от психических заболеваний;

- неумелое воспитание, что особенно опасно для детей с трудным характером и неуравновешенным поведением;

- отсутствие взаимопонимания в семье и заботы к детям со стороны родителей.

Немаловажным фактором, способствующим развитию наркотизма, является также противоречивость требований и оценок действий и поступков ребенка. Нередко мать или отец придерживаются диаметрально противоположных точек зрения на воспитание детей. В семье подобного типа, где родители не устанавливают четких норм поведения, где дисциплинарная практика чрезмерно сурова и непоследовательна, дети подвергаются большому риску наркотизации. Подростки вследствие подобного воспитания не могут найти доводы, чтобы отвергнуть навязываемую сверстниками или старшими ребятами деструктивную линию поведения, в частности употребление психоактивных веществ. Несовершеннолетний может влиться в группу, склонную к наркотической зависимости еще и потому, что встретит здесь хоть какую-то определенность и на время забудет о тягостном чувстве внутреннего разлада.

Существенным обстоятельством в процессе приобщения к психоактивным веществам является несформированность внутренней мотивации учения. Школьники, имеющие трудности в процессе обучения из-за недостаточных интеллектуальных способностей, испытывают, как правило, дискомфорт в школе. Речь идет не об умственной отсталости, а именно об относительном недоразвитии личности, ее духовных запросах, интересах. В этих случаях дети остро ощущают свою неполноценность, стремятся как-то компенсировать ее. И хотя употребление психоактивных веществ нельзя считать проявлением реакции компенсации (В.С.Битенский, А.Е.Личко, Б.Г.Херсонский, 1991), однако в некоторых случаях дети с помощью табачных изделий, алкогольных напитков, токсичных веществ и т.п. могут снимать эмоциональное напряжение (по подсказке сверстников или старших по возрасту ребят).

Для детей, рано попавших под влияние улицы, характерен низкий уровень психологической культуры, у них отсутствуют сколь-нибудь стойкие интересы, они мало читают, привыкают к бесцельному

временипровождению. В связи с примитивностью подростки внушаемы, без критической оценки подчиняются влиянию окружающих, легко вовлекаются в асоциальные компании, где быстро приобщаются к алкоголю и наркотическим веществам.

Общение со сверстниками или старшими ребятами, употребляющими психоактивные вещества, является одним из наиболее точных показателей, указывающих на возможность приобщения к субкультуре данной группы, имеющей собственные нормы, нравы и привычки, противоречащие господствующим в обществе.

Следующий фактор – невозможность удовлетворения потребности в персонализации. Потребность в персонализации, то есть потребность быть личностью, является базисной, собственно человеческой потребностью. Необходимое условие ее удовлетворения – свобода. Административно-командная система, будучи разновидностью тоталитарного общества, по мнению Н.Ю.Максимовой, исключает возможность свободного развития личности, творческой инициативы, многообразия путей самореализации. Человек, который с самого рождения вынужден был жить в рамках жесткой регламентации поведения, от которого требовали прежде всего умения подчиняться и исполнять указания не рассуждая, верить в то, «что положено», а не доискиваться до истины, не умел и не мог удовлетворить потребность в персонализации. Она либо угасала, уступая место гипертрофированным низменным потребностям, либо извращалась в псевдопотребности. Люди, у которых эта потребность вопреки условиям макросоциума все же формировалась (под воздействием микросоциума), сталкиваясь с жесткой реальностью, оказывались в кризисной ситуации, что нередко приводило их к употреблению психоактивных веществ.

Невозможность удовлетворения потребности в персонализации в значительной мере обусловлена снижением культурного уровня людей и престижа образования в нашей стране. Экономическим подкреплением

процесса деградации общественного сознания, начиная с 80-х годов XX века, является тот парадокс, что люди с высшим образованием получали за квалифицированный труд меньшую зарплату, чем люди без специального образования, выполняющие труд низшей квалификации. Это привело к тому, что мыслящие, образованные, высококультурные люди стали как бы не нужны обществу. Их профессии стали непрестижными, а значит, и образование потеряло свою ценность. Поэтому среди молодежи и подростков укоренилось пренебрежение к учебе, угас интерес к науке, литературе, искусству. Все виды досуговой деятельности, требующие работы ума, души, обесценились, уступив место лени, бездумно-развлекательному стилю времяпрепровождения. Распространенное сейчас представление о том, что в свободное время нечем заняться, что «все надоело, скучно», порождает потребность в новых острых ощущениях, искусственных изменениях сознания.

Очевидно, что социальные условия жизни в современном обществе весьма сложны и противоречивы. Приведенные выше факторы, влияющие на употребление психоактивных веществ, действуют не прямо, а по-разному преломляясь через психику человека. Объединяет их в единое целое создаваемая ими атмосфера напряженности. Эта атмосфера влияет, в свою очередь, на интенсивность и размеры употребления, например, алкоголя или наркотиков, поэтому можно сказать, что алкоголизм и наркомания – индикаторы социального благополучия.

Социально-культурные факторы макросреды отражаются и в микросреде, окружающей ребенка. Чем он младше, тем сильнее влияние микросреды, особенно семьи. Отношение родителей к спиртным напиткам, наркотическим веществам, обычаи и традиции семьи, связанные с их употреблением, влияют на то, какое место психоактивные вещества займут в жизни их сына или дочери.

## **Лекция 9-10. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ**

В настоящее время существует несколько подходов к характеристикам наркотических веществ. Например, Дж. Соломзес, В. Чеурсон, Г. Соколовский (1998) классифицируют наркотики по следующим основаниям: происхождению; воздействию на организм; терапевтическому использованию; воздействию на центральную нервную систему (подавляет или возбуждает); химическому строению; механизму воздействия; названию на сленге.

В монографии И.Н.Пятницкой «Наркомании» (1994) наркотики группируются по основным результатам воздействия на организм человека:

- седативные, то есть успокаивающие препараты (опиатные наркотики и снотворные барбитуратной группы);

- стимулирующие препараты (эфедрин, фенамин и др.;

- психоделические, то есть препараты, изменяющие сознание (ЛСД, препараты конопли, некоторых грибов и других галлюциногенов).

Согласно С.Б.Белогурову (1997), к наркотикам следует отнести различные вещества, которые соответствуют следующим критериям:

- способность вызывать эйфорию – приподнятое настроение;

- способность вызывать наркотическую зависимость – желание неоднократно употреблять наркотик;

- существенный вред, приносимый психическому или физическому здоровью человека;

- потребление указанного вещества не должно быть традиционным в данной культурной среде.

По мнению специалистов (Л.С.Фридман, Н.Ф.Флеминг, Д.Г.Роберт, С.Е.Хайман, 1998), курение конопли приводит к заболеванию легких. В



препаратах конопли немало смол и других вредных веществ, которые вызывают бронхит и рак легких. Кроме того, алкалоиды конопли способствуют поражению печени, серьезно страдает сердце, так как препараты конопли ускоряют частоту сердечных сокращений. А это быстро вызывает выраженные изменения мышцы сердца. Нарушается работа нервных узлов, ответственных за ритмичную работу сердца, и возникает сердечная аритмия.

Употребление конопли приводит к тяжелому повреждению головного мозга. Когда интоксикация (отравление) наркотиком проходит, функции головного мозга как будто бы восстанавливаются, но медицинские исследования показали, что это восстановление далеко не полное. Остаются поначалу малозаметные изменения, которые психиатры называют дефектом. В зависимости от интенсивности приема наркотиков эти изменения быстрее или медленнее накапливаются.

При опьянении производными конопли выделяется три фазы: первая фаза длится 5 – 10 минут, характеризуется легким возбуждением, появлением двигательного беспокойства, подозрительности, настороженности; вторая фаза продолжительностью 0,5 – 2 часа – собственно наркотическая; третья фаза – психотическая, возникает при передозировке.

Сразу после приема наркотика появляются легкая тревога, обеспокоенность, пугливость, непоседливость, желание постоянно менять позу (акатизия). Учащается пульс, наблюдается гиперемия лица и склер. Деятельность сердечно-сосудистой системы изменяется так же, как при любом стрессе. Субъективные ощущения во многом зависят от исходной психологической установки и предшествующего опыта. При достаточно высокой дозе выкуриваемой папиросы появляются немотивированная веселость, словоохотливость. Через 10 – 15 минут тревога исчезает, наступает релаксация, удовлетворенность. Курильщик ощущает эмоциональный подъем, у него появляются неожиданные мысли, которые воспринимаются с

повышенной самооценкой и кажутся необычайно оригинальными, глубокими, хотя на самом деле представляют собой обрывки малоинтересных и поверхностных умозаключений. Мышление в целом становится аффективным, образным и в то же время непоследовательным; наблюдаются структурные расстройства типа резонерства, «соскальзывания»; происходит актуализация латентных признаков понятий и образов.

Особо следует подчеркнуть, что употребление, например, марихуаны, приводит к снижению познавательных способностей человека. Даже при небольших дозах может ухудшиться память (оперативная), степень концентрации внимания и его устойчивость становятся невысокими, отмечается разрушение функции понимания задач и целей, начинают исчезать желания, угасают познавательные интересы, нарушаются коммуникации.

Признаки опьянения коноплей во многом зависят от дозы, количества принятого наркотика. Обычно опьянение небольшими и средними дозами характеризуется расширением зрачков, покраснением губ, склер глаз и лица. В этом состоянии опьяненные подвижны, динамичны. Решения принимают легко и бездумно. Речь часто ускоренная, многословная, торопливая. В случае приема высокой дозы либо при повторных приемах препаратов конопли в течение короткого промежутка времени развивается картина психологического опьянения. Расстройства восприятия достигают степени галлюцинаций, как слуховых, так и зрительных; доминирующим аффектом становится страх. При передозировке, например, гашиша, параллельно с психопатологическими нарушениями отмечаются выраженная тахикардия, тошнота, рвота, бледность кожи, гипотензия, коллапс, гипорефлексия.

Аналогичные признаки наблюдаются и при гашишном опьянении, вызванном приемом гашиша, гашишного масла.

Если доза наркотика большая, лицо опьяненного может быть бледным, зрачок — узким, губы — сухими. При этом он довольно вял, заторможен, погружен в себя. Говорит заплетающимся языком. На вопросы отвечает с задержкой, иногда невпопад, односложно. От него может исходить

отчетливый запах конопли. Движения неуклюжие и размашистые из-за того, что нарушена пространственная ориентация. Могут появиться нарушения чувства времени и пространства (несколько секунд для опьяневших тянутся как десятки минут и даже часов, возникает иллюзия увеличения или уменьшения окружающих предметов). Иногда наркоманам кажется, что у них происходят изменения рук, ног, головы, всего тела, окраска предметов кажется очень яркой, а звуки громкими (маленький шорох воспринимается как грохот). Обычно в таком состоянии наркоман стремится уединиться, чтобы никто не мешал ему и не “доставал” разговорами и просьбами — он все равно не в состоянии адекватно реагировать на них.

Коноплю и ее производные обычно называют “групповым наркотиком”. Дело в том, что при приеме, например, “безобидной” марихуаны курильщики чаще всего пользуются одной и той же самокруткой — “косяком”. При курении в компании эмоции одного наркомана передаются всем; они заражаются смехом, плачем. Именно поэтому в компании накурившихся конопли нередко возникает настоящая паника, если кому-то из них почудится опасность, или это может быть фонтанирующее безудержное веселье по какому-либо пустячному или глупому поводу. Но веселье мгновенно может смениться раздражительностью или агрессией. Вообще эмоциональное состояние курильщиков неустойчиво, во многом определяется обстановкой, доминирующим групповым аффектом и легко меняется под влиянием незначительных раздражителей.

Итак, в результате употребления производных конопли ранее энергичный молодой человек становится заторможенным, апатичным, вялым. Он почти не реагирует на обращения, трудно и медленно соображает. Получить от него вразумительный ответ, а часто и вообще какой-либо ответ на поставленный вопрос невозможно. У индивида, злоупотребляющего препаратами конопли, отмечается высокий уровень личностной и ситуативной тревожности (беспричинно). Он старается спрятаться от внешнего мира, уходит в себя. Если человек попытается отказаться от

курения конопли, ему этого «уже не хочется», к сожалению, начавшийся процесс разрушения психики необратим.

В Российской Федерации опиатная наркомания является самой распространенной и по последним данным составляет до 90% всех официально зарегистрированных наркоманий. С середины 90-х годов в структуру опиной наркомании на первое место вышел героин – препарат, вызывающий наиболее тяжелую форму наркомании. Препараты опия используются путем курения, вдыхания (интраназально), их принимают внутрь, но чаще всего вводят внутривенно

Употребление опиатов быстро приводит к развитию наркомании и деградации личности. По убеждению многих врачей-наркологов, опиаты в настоящее время – главная причина смертности и превращения наркоманов в инвалидов. Особая опасность опиатных наркотиков обусловлена, прежде всего, тем, что они обычно вводятся внутривенно. Внутривенное введение самодельных опиатов часто сопровождается острыми септическими реакциями, вызывает флебиты и тромбофлебиты, способствует передаче многих заболеваний, в том числе таких, как вирусный гепатит, СПИД, сифилис.

Внутривенное введение терапевтической дозы морфина (10 мг) здоровому человеку вызывает состояние опьянения, которое проходит несколько фаз. Первая фаза («приход» - на сленге наркоманов) наступает через 10 – 30 секунд после инъекции. Появляется приятный зуд кончика носа, подбородка, лба, чувство тепла в области поясницы и живота, поднимающееся вверх. Приятные кожные ощущения. Сознание сосредоточено на телесных ощущениях «прихода». Длится до 5-ти минут. Первая фаза отмечается только при внутривенном применении наркотика. Вторая фаза – «кайф, тоска, волокуша, нирвана» - благодушная истома, восторг, ленивое удовольствие, тихий покой. Появляются приятные грезоподобные фантазии, визуализация представлений. Внешние

раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного психического возбуждения. Продолжительность 3-4 часа. Третья фаза – поверхностный сон в течение 2-3 часов. Четвертая фаза – последствие. Характерно плохое самочувствие, головные боли, бессонница, иногда тревога, тошнота мелкий тремор рук, языка, век.

Обычно наркоманы сами изготавливают наркотики из природного сырья (чаще всего из мака). Это сырье обрабатывают различными органическими растворителями и уксусным ангидритом. Иногда даже используют бензол и толуол. Подобная очистка сырья является крайне примитивной. Поэтому от 1 до 5 % растворителей и ангидрита остается в растворе, отчего он и пахнет уксусом. Раствор попадает в кровь, а растворители – в печень, сжигая ее.

Растворители и уксусный ангидрит повреждают не только печень, но и оказывает губительное воздействие на сердце и легкие. От органических растворителей и уксусного ангидрита страдает и головной мозг. Постоянное возрастание принимаемой дозы опиатов приводит к ухудшению функции дыхания (опиаты подавляют дыхательный центр), затрудняется снабжение кислородом головного мозга, и из-за этого гибнет значительное количество его клеток. Чем больше степень отравления наркотиком, тем больше клеток погибает, а клетки мозга, как известно, не восстанавливаются.

Порошкообразные наркотики наркоманы просто разводят имеющейся водой, часто из-под крана, посуда – какая есть под рукой. И условия, в которых производятся инъекции, никогда не бывают стерильными. Результат таких инъекций не только заражение крови (сепсис), но и возможна гипертермическая реакция. Она возникает и развивается тогда, когда в кровь вместе с наркотиком попадает большое количество живых и погибших бактерий и других микроорганизмов. «Тряска» сопровождается резким повышением температуры, ознобом, тошнотой, головокружением, слабостью, иногда болью в пояснице и суставах. Врачи отмечают, что это состояние

опасно прежде всего тем, что даже в легких случаях от высокой температуры также гибнут клетки головного мозга. В итоге больной наркоманией получает дополнительную проблему – энцефалопатию, которая заключается в гибели значительного количества клеток головного мозга.

Опиатные наркоманы сильно страдают и от того, что кодеин и метадон серьезно нарушают обмен кальция в организме. Это приводит к разрушению костной и зубной тканей. Поскольку кальций является важнейшей частью этих тканей, кости и зубы со временем начинают сильно болеть.

При внутривенном введении опиатов сразу же, «на игле», возникает бурно развивающаяся эйфория («приход»), которая сопровождается чувством расслабления, психического комфорта. Происходит аффективное сужение сознания, исчезает боль, если она была, появляется безразличие ко всему, кроме «кайфа», который наркоманы стремятся всячески удержать. Через 3 – 5 минут на смену выраженной эйфории приходит менее интенсивная, но более длительная психовегетативная реакция на введение наркотика: сохраняются психическая релаксация, ощущения безоблачности, легкого эмоционального подъема. Работоспособность в этом состоянии не теряется, отсутствует агрессивность. Часто наблюдается тошнота и легкий зуд. Продолжительность действия опия при однократном введении составляет около 6 часов.

При пероральном приеме опиатов первая фаза действия почти не выражена, поскольку концентрация наркотика в крови нарастает медленно. Примерно через 20 – 30 минут после приема появляется ощущение тепла по всему телу, легкий приятный зуд, благодушная истома. Исчезают мысли неприятного содержания. Эффект однократного приема наркотической дозы продолжается 8 – 10 часов.

При передозировке развивается оглушение, переходящее в кому.

Рассмотрим признаки опьянения наркотиками опиатной группы:

- Резкие и частые изменения настроения и общей активности вне зависимости от ситуации.

- Необычная сонливость в самое неподходящее время. Если оставить опьяневшего в покое, он начинает засыпать в любой позе и клевать носом (как говорят наркоманы, “рубиться”), периодически просыпаясь. Если его окликнуть, он сразу же включается в разговор, как будто и не спал. Наблюдается и общее нарушение ритма сна и бодрствования (поздно ложатся — поздно встают).
- Замедленная речь, слова наркоман растягивает, начинает говорить на тему, которую уже давно обсудили и забыли, несколько раз может рассказать одно и то же. Но может быть оживленным, остроумным, легким в общении. Очень добродушен, покладист, сговорчив и предупредителен.
- Производит впечатление крайне рассеянного или задумчивого человека. Может забыть о сигарете, которая горит у него в руке, и выронить ее либо обжечь руку.
- Стремится уединиться, лучше в отдельной комнате. Иногда, наоборот, желает быть в обществе, даже если его и не просят; навязчив и назойлив.
- Зрачок (крайне важный признак!) в это время необычно узкий и совершенно не расширяется в темноте, поэтому при сумеречном освещении острота зрения заметно снижается.
- Кожа бледная, сухая и теплая, в то время как при других видах наркотического опьянения выступает пот. Наблюдается и зуд кожи лица (особенно кончика носа) и верхней половины туловища. Наиболее ярко это проявляется при употреблении кодеина, когда зуд настолько силен, что у наркоманов имеются многочисленные расчесы кожи головы, шеи за ушами и верхней половины туловища.
- Болевая чувствительность снижена, и он может обжечься о сигарету или любой горячий предмет, не почувствовав боли.

Итак, характерные изменения психики при опиийной наркомании – суженный круг интересов. Больных волнует только то, что связано с наркотиком. Отмечается эмоциональное огрубление, черствость, патологическая лживость, снижение, а потом и утрата морально-этических норм. Наркоманы легко совершают преступления, не раскаиваясь в них. Речь таких наркоманов очень характерная, она изобилует жаргонными словами. Вместе с тем выраженных психотических расстройств и деменции не отмечается. Смерть обычно наступает от передозировки наркотика, реже от сопутствующих заболеваний. Злоупотребление опиатами влечет за собой заболевание гепатитом, сифилисом и СПИДом, разрушение печени, сердца, легких и головного мозга, резкое снижение иммунитета, высокий риск развития различных, весьма серьезных гнойно-инфекционных осложнений. Поэтому средняя продолжительность жизни регулярно употребляющих наркотики опиатной группы составляет не более 7 – 10 лет с момента их употребления.

Механизм действия барбитуратов. Согласно современным представлениям, точкой приложения для них служат липопротеидные участки в постсинаптических мембранах нейронов, являющиеся специфическими рецепторами. Специфически связываясь с барбитуратами, рецепторы изменяют проницаемость в мембраны, что приводит к повышению количества ГАМК в синапсах нейронов ЦНС и снижению содержания катехоламинов. Кроме того, производные барбитуровой кислоты способны активно вмешиваться в процесс тканевого дыхания в митохондриях нейронов, блокируя перенос электронов по дыхательной цепи, и тем самым оказывать диффузное и малоспецифическое депрессорное влияние на полисинаптические структуры ЦНС.

Помимо влияния на нейроны барбитураты оказывают выраженное индуцирующее действие на микросомальные ферменты печени, вызывая синтез ферментов *de novo*, то есть, способны вмешиваться в обмен нуклеотидов и нуклеопротеидов. При этом накапливаются ДНК и РНК,



возрастает количество рибосом в эндоплазматическом ретикулуле, повышается скорость катаболических реакций (за счет повышения активности ряда ферментов). Несмотря на повышение скорости дезактивирования лекарственных веществ, установлено, что рост толерантности в данном случае обеспечивается изменением реактивности, прежде всего клеток мозга.

Барбитураты почти не абсорбируются тканями организма, хорошо проникают через биологические барьеры, в том числе через гематоэнцефалический, плохо метаболизируются клетками. В токсических дозах угнетают внешнее дыхание, деятельность сердечно-сосудистой системы, приводят к атонической коме.

Для достижения эйфории барбитураты принимают внутрь внутривенно в виде самодельных растворов. При таком введении препарата отмечаются две фазы действия. В первой фазе после употребления наркотика возникает ощущение толчка, удара, по телу разливается тепло, появляется головокружение, наступает расслабление, истома. “Поток сознания” замедляется, мысли текут лениво, как бы нехотя. Это состояние длится 1 – 2 минуты, после чего возникает расторможенность, подобно алкогольной (вторая фаза). Поведение характеризуется неадекватностью: появляются немотивированная веселость, хаотическая двигательная активность. Процесс восприятия снижается вследствие утраты способности к установлению правильных связей между реальностью и субъектом, мышление становится кататимным. Внимание неустойчиво, легко отвлекаемо.

При пероральном приеме барбитуратов их действие ощущается через 30 – 40 минут. Первая фаза не выражена (“приход отсутствует”), зато продолжительность второй фазы больше. Принципиальных отличий в клинической картине опьянения нет.

В зависимости от пути введения длительность эйфории колеблется от 2 до 4 часов.

Интоксикация сопровождается снижением остроты восприятия

окружающего мира (психиатры называют это состояние оглушением), преходящим угнетением мыслительных способностей и потерей морально-нравственных ориентиров. Она проявляется в разнузданном поведении, отсутствии чувства такта и навыков вежливости, поспешности и легкомыслии в принятии решений. В отличие от опьянения большинством наркотиков, при использовании снотворных наркоманы зачастую агрессивны и легко лезут драться.

Зрачки обычно расширены. Кожа, как правило, бледная (а не красная, как у алкоголиков). Частота пульса повышена. Координация движений резко нарушена, они размашистые, избыточные, неуклюжие. Внимание опьяневших неустойчивое, и они быстро переключаются с одной темы на другую. Речь заплетающаяся, невнятная, излишне громкая.

Затем наркоманы становятся вялыми, сонливыми и засыпают в конце концов. Сон обычно тяжелый, часто с храпом. После пробуждения так же болит голова, ощущаются слабость и недомогание. Настроение у них пониженное, они раздражительны и угрюмы. Кончается все поиском очередной дозы снотворного или спиртного.

Зависимые от барбитуратов наркоманы – люди грубые, раздражительные, агрессивные. Барбитураты – единственные из наркотиков, при опьянении которыми человек становится агрессивным, а не благодушным.

Барбитураты являются наиболее опасным средством наркотизации, зависимость формируется очень быстро, при абстиненции часто возникает эпилептический синдром, быстро развивается психоорганический синдром со слабоумием. Среди потребителей барбитуратов наиболее высок процент самоубийств.

Психостимуляторы. В группе психостимуляторов к веществам, обладающим потенциальной наркогенностью, могут быть отнесены кофеин, кокаин, фенамин, эфедрин, фенциклидин и др. Эти наркотические вещества имеют общий признак: в результате их употребления ускоряется темп

мышления, проявляются повышенная готовность к действию, бодрость, приподнятое настроение. При этом суждения становятся легковесными, поверхностными, менее обдуманными. Повышаются инициативность и необоснованная уверенность в себе. Часть препаратов этой группы имеют также способность искажать восприятие окружающего, поэтому близко граничат с галлюциногенами. Некоторые из них способны снижать аппетит.

Все перечисленные выше психостимуляторы действуют разрушительно на психику и организм человека в целом. При употреблении данных препаратов резко усиливается обмен веществ, увеличивается частота сердечных сокращений и повышается артериальное давление. При этом энергия, необходимая для активизации жизненных систем, черпается из резервных запасов организма. Сами же резервы при употреблении психостимуляторов не успевают восстанавливаться.

При регулярном употреблении стимуляторов особенно страдает сердечно-сосудистая система – возникают тяжелые аритмии, нередко человек испытывает стенокардическую боль, наблюдаются перебои в сердцебиении.

Употребление стимуляторов способствует проявлению излишней двигательной активности, болтливости. Деятельность наркомана носит непродуктивный и однообразный характер. У человека отсутствует чувство голода, нарушается режим сна и бодрствования, появляется сильное сексуальное раскрепощение. Действие наркотика может продолжаться до 12 часов.

Очень быстро формируется психическая и физическая зависимость. Продолжительное употребление требует постоянного увеличения дозы наркотика. У лиц злоупотребляющих стимуляторами может развиваться специфическое марганцевое слабоумие, которое вылечить нельзя. Кроме того, возможно проявление синдрома Паркинсона (нарушение координации движений, мимики, речи, тремор головы и конечностей).

Итак, общими признаками опьянения психостимуляторами являются:

•Во время опьянения состояние наркоманов лучше всего характеризуется жаргонным словечком “шустряк”: они необычайно оживлены, стремительны в решениях и поступках. Движения порывистые, резкие. Быстро выполняют все дела, не могут ни минутки посидеть на месте. Периодически начинают куда-нибудь собираться, но могут так никуда и не уйти. Быстро говорят и перескакивают с одной темы на другую. С минуты на минуту меняют свои намерения, поэтому не доводят до конца начатые дела.

•Опьяневшему хочется сделать окружающим что-нибудь приятное, помочь всем нуждающимся. У них присутствует ощущение, что нет неразрешимых проблем, что все можно сделать. Опьяневшему безразлично, с кем говорить. Он навязчиво обращается с разговорами к окружающим; излишне откровенен, стремится поделиться своими необычными ощущениями. Этих людей тянет заниматься творческой деятельностью (писать стихи, рисовать и прочее), не свойственной им ранее.

•У них расширенные зрачки, очень частый пульс (если это возможно проверить), повышено кровяное давление. Иногда у них возникает ощущение, что волосы на голове растут, шевелятся, становятся дыбом. Наркоманов мучает сухость во рту, они постоянно облизывают губы. При этом можно видеть немного отечный ярко-малиновый язык.

•Если у наркомана есть достаточное количество денег или наркотиков, он может находиться в состоянии опьянения непрерывно, в течение нескольких суток, и все это время не спать. Конечно, после таких “подвигов” он и на тень-то не похож, не то, что на человека.

В настоящее время среди молодежи пользуется спросом “экстази” – производное амфетамина. Распространяется в виде таблеток или капсул, содержащих около 150 мг препарата.

Препаратам этой группы свойственно вызывать привыкание и разрушительно действовать на функции ЦНС. Наркотическое действие

препарата продолжается от 3 до 6 часов. Возбуждается центральная нервная система, поднимается тонус организма, увеличивается выносливость, физическая сила. Ускоряются все реакции организма. Под действием этого наркотика принявший его может выдерживать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, не спать и не чувствовать усталости. За искусственный «разгон» организма приходится расплачиваться: после прекращения действия наркотика наблюдается состояние выраженной депрессии, апатии, подавленности, сильной усталости, сонливости и стойкие суицидальные наклонности.

Быстро возникает психическая зависимость, без препарата человек не способен к продуктивной деятельности. Ресурсы организма быстро исчерпываются. Страдают нервная система, сердце, печень.

Препарат влияет на генетический код и будущее потомство.

Галлюциногены. ЛСД («кислота», «бювар») - диэтиламид лизергиновой кислоты. Синтетический наркотик. Сверхгаллюциногенное вещество. Психические эффекты ЛСД обычно появляются приблизительно через 15 - 20 минут после приема препарата и характеризуются изменениями настроения, нарушением мышления и поведения. Могут появиться чувство неуязвимости и отрешенности, суицидальные мысли и попытки, опасные и ошибочные суждения. Беглость мыслей, убыстрение мышления становятся причинами стресса. Препарат вызывает зрительные иллюзии, нарушение восприятия пространства и времени.

Итак, общей чертой, отличающей их от других видов наркотических веществ, является способность изменять восприятие, настроение, характер мышления. Воздействует на умственную деятельность и порождает бредовые ассоциации, приводящие к помрачению рассудка и утрате личностного восприятия. Даже однократный прием ЛСД может привести к изменению генетического кода и необратимо повредить головной мозг. В психике могут остаться следы, схожие по своим проявлениям с заболеванием шизофренией.

С каждым последующим приемом разрушения усугубляются. Наркотик накапливается в клетках мозга, и его действие может сказываться спустя несколько месяцев.

После принятия повышается частота пульса, повышается давление, расширяются зрачки, появляется дрожание рук, сухость кожи. Наркотическое опьянение сопровождается изменением восприятия окружающего мира, нарушением ощущения своего тела и нарушением координации движений. Полностью теряется контроль над собой. Употребление данных наркотических веществ влечет за собой необратимые изменения в структурах головного мозга. Возникают психические нарушения вплоть до полного распада личности.

Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что все препараты группы галлюциногенов губительны для психического здоровья. Отравление любым галлюциногенным препаратом вызывает психоз. Именно поэтому вещества данной группы называются психодислептиками, то есть разрушающими психику.

Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ). Это довольно обширная группа органических летучих жидкостей и газов, которые преднамеренно вдыхаются для ощущения состояния эйфории. Летучие наркотически действующие вещества содержатся в препаратах бытовой химии: красках, растворителях, клеях, бензине.

Сами по себе ЛВНД к наркотикам не относятся. Опьяняющее действие возможно, если количество вещества, поступающего в организм, очень велико. В этом случае опьянение – один из признаков отравления токсинами ЛВНД. Состояние характеризуется возникновением галлюцинаций, неадекватным поведением, нарушением координации движений. При употреблении ингалянтов легко получить отравление со смертельным исходом.

При длительном употреблении ЛВНД повреждаются все органы и ткани

организма: развиваются, как правило, токсические поражения печени (через 8 – 10 месяцев), энцефалопатии – необратимые поражения головного мозга (через 10 – 12 месяцев), частые и тяжелые пневмонии. Эти изменения происходят не сразу, динамически, и не скачками. Поэтому очень трудно заметить происходящие с человеком, употребляющим ЛВНД, перемены, которые могут быть на начальной стадии психического заболевания.

Некоторые последствия применения ЛВНД становятся хроническими. Это нарушения памяти и внимания, психоз по линии центральной нервной системы, носовое кровотечение, шум в ушах, изъязвления во рту и носоглотке, а также жировое перерождение печени – цирроз.

В заключение отметим, что после опьянения любым наркотиком наступает абстиненция – “отходняк”, “ломка”. Она характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами, клиническая картина которых бывает чрезвычайно тяжелой. Преобладает тоскливое, мрачное, подавленное настроение. Чем больше была принятая доза, тем хуже самочувствие наркоманов после опьянения. Они в это время озлоблены, раздражительны, плаксивы, капризны, вспыльчивы, конфликтны, безучастны к окружающим и близким. У них могут возникать беспричинное чувство страха, необъяснимое возбуждение. Возникают головная боль и боль в суставах (“все тело ломит”), тошнота, рвота, понос, расстройства сна, повышенная потливость, учащенный или уреженный пульс, дрожание пальцев рук, расширенные или суженные зрачки, неспособность переносить психические и физические нагрузки.

Абстиненция — верный признак того, что организм человека уже не может нормально функционировать без наркотических средств. Эта зависимость настолько велика, что без наркотика в отдельных случаях наступает смерть. Все поведение наркомана во время абстиненции направлено на поиск наркотиков. В это время наркоман беспокоен. Он напряжен, раздражителен, без причины нервничает. Если к нему пристать с

вопросами, он вспылит и нагрубит. И постарается уйти от разговора. В этот период наркоманы не только нарушают моральные нормы, но и преступают закон.

Длительное употребление любого наркотика накладывает отпечаток на внешний облик человека. Наркоманы со стажем, как правило, выглядят старше своих лет. Волосы у них ломкие, крошатся, выпадают, ногти обламываются и слоятся. Кожа дряблая, морщинистая, сухая, бледная, неестественного цвета. Под глазами большие синие мешки, щеки впалые, у таких людей медленно заживают раны. У тех, кто вводит наркотики с помощью шприца, многочисленные следы уколов в области локтевых сгибов, на кистях рук, на ногах, стопах, венах шеи. В местах уколов часто наблюдается нагноение. Чтобы скрыть следы уколов, наркоманы предпочитают не раздеваться при посторонних, носить одежду с длинными рукавами.

#### **Лекция 14. Основные цели и задачи профилактической работы**

Профилактика злоупотребления психоактивными веществами, согласно Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде (2000), понимается как комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение распространения и употребления психоактивных веществ, а также предупреждение развития и ликвидации негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления психоактивных веществ (безнадзорность, преступность, рост сопутствующих наркомании заболеваний)

Исходя из определения, можно отметить наличие трех основных целей профилактической работы, на основании которых Всемирной Организацией Здравоохранения принята классификация, предусматривающая первичную, вторичную и третичную формы профилактики.



Общей целью для всех форм профилактической работы является осознание личностью форм собственного поведения, развитие личностных ресурсов и стратегий с целью адаптации к требованиям среды или изменения дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Задачи профилактической деятельности:

1. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.
2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.
3. Развитие факторов защиты здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения.
4. Формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению наркотиков у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей в организованных и неорганизованных группах населения.
5. Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения.
6. Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.
7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых.
8. Поощрение стремления подростков к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизация вреда от такого употребления.
9. Формирование мотивации на изменение дезадаптивного поведения у подростков, ведущих асоциальный образ жизни, и взрослых, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества [166, с.24].

*Первичная профилактика (копинг-превенция)* – это система действий, направленная на формирование позитивных стрессоустойчивых форм

поведения с одновременным изменением уже сформированных дезадаптивных, нарушенных форм поведения. Кроме того, она направлена на предупреждение приобщения к употреблению психоактивных веществ, вызывающих физическую зависимость. В этом случае проводится работа с теми, кто еще не приобщился к систематическому употреблению психоактивных веществ. Особое внимание уделяется работе с так называемой группой повышенного риска наркотизации. К этой категории относятся дети, подростки и молодежь, в ближайшем окружении которых есть потребители наркотиков. Также в группу риска входят имеющие генетическую предрасположенность к психическим и наркологическим заболеваниям, люди, находящиеся в неблагоприятных семейных или социальных условиях, а также экспериментирующие с психоактивными веществами.

Цель первичной профилактики – формирование адаптивных форм поведения, направленных на осознание ценности здоровья и необходимости вести здоровый образ жизни, а также уменьшение числа лиц, имеющих психологические факторы риска возникновения психосоциальных расстройств, формирование невосприимчивости к дисфункциональным паттернам поведения.

Первичная профилактика имеет наиболее эффективные результаты. Хорошей базой для такого вида работы является общеобразовательная школа, поскольку она может обеспечить постоянное и целенаправленное профилактическое воздействие. Из множества направлений первичной профилактической работы укажем те, которые получили наибольшее распространение.

1. *Формирование у молодежи четкой установки на неприятие наркотиков.* С этой целью, например, во многих образовательных учреждениях (с учетом специфики той или иной возрастной группы) проводятся беседы с использованием рекомендаций и советов,

разработанных НИИ возрастной физиологии Российской академии образования. Приглашенные специалисты могут подсказать школьникам (студентам) как они могут защитить себя в случае, если им будут предлагать наркотики или другие психоактивные вещества.

Чтобы закрепить в сознании юношей и девушек необходимость активного сопротивления в ситуациях, когда кто-либо принуждает попробовать наркотик, среди молодых людей распространяют листовки-памятки. Некоторые из них в качестве главной идеи содержат призыв: «Умей сказать «Нет!»». Кроме текста, который содержит конкретные варианты отказа, в листовках предложена информация о том, куда молодые люди могут обратиться, если у них возникнут вопросы, проблемы или потребность в немедленной помощи (адрес, телефон).

Листовки должны быть яркими, разноцветными, чтобы привлечь внимание окружающих. Их можно раздавать на дискотеках, в клубах и других местах общения молодежи.

Большую помощь может оказать пропагандистская антинаркотическая кампания, организованная средствами массовой информации.

*2. Выявление лиц, составляющих группы риска.* Эту работу ведут, прежде всего, работники опорных пунктов и отделений внутренних дел совместно с врачами наркологических диспансеров и наркоцентров. Например, каждому несовершеннолетнему пациенту наркодиспансера разъясняются последствия употребления психоактивных веществ. Педагоги образовательных учреждений прилагают большие усилия для того, чтобы не только выявить, например, детей школьного возраста, не обучающихся в школе, изучить их семьи, образ жизни, окружение, но и вернуть их в школу.

*3. Обучение родителей по специальным программам, обеспечивающим более эффективное функционирование семьи.* Обучение может быть направлено на развитие:

- поведенческих стратегий человека (разрешение проблем, поиск

социальной поддержки, избегание);

- процесса оценки стрессовой ситуации;
- процесса принятия решений;
- ресурсов личности и среды (самоконтроля, самоэффективности, самокомпетентности и самоуважения, интернального контроля над ситуацией и средой, эмпатии, аффилиации, коммуникативной и социальной компетентности, восприятия и оказания социальной поддержки).

Итак, наибольший эффект первичной профилактики дает применение следующих стратегий: когнитивное обучение, аффективное обучение, тренинг поведенческих навыков и изменение влияния среды в виде формирования альтернативного поведения и интересов, создания групп социальной поддержки, а также обучение лидеров – сверстников, педагогов и родителей.

*Вторичная профилактика* – это система действий, направленных на изменение уже сложившихся дезадаптивных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий. Она направлена также на предотвращения формирования зависимости и предполагает работу с людьми, употребляющими психоактивные вещества, но не обнаруживающими признаков наркомании как болезни. Иными словами, это работа с теми, кто курит, систематически употребляет алкоголь, токсические и наркотические вещества, но не имеет физической зависимости от них.

Данная форма профилактики включает в себя как социально-психологические, так и медицинские мероприятия неспецифического характера. Ее контингентом являются лица с поведением риска (аддиктивное поведение, уходы из школы и дома, безнадзорные дети, дети и подростки, проявляющие другие формы отклоняющегося и асоциального поведения).

Выполнение программ вторичной профилактики должно осуществляться специально обученными профессионалами – психотерапевтами,

психологами, педагогами, специалистами-консультантами.

Основные усилия профилактического воздействия смещаются с аффективного и поведенческого обучения не интегративную обучающую психотерапию, основными методами которой являются, во-первых, стратегия изменения влияния среды (осуществляется путем создания социально-поддерживающей системы) и, во-вторых, модификация поведенческой стратегии избегания (изменение ее дезадаптивного характера на адаптивный). Обучение эффективным навыкам конструктивного поведения может осуществляться в форме различных видов психологического тренинга (тренинг разрешения проблем, выработка мотивационных навыков на достижение успеха, коррекция отдельных сфер искаженной Я-концепции и др.).

Эффект от программ вторичной профилактики более быстрый, но менее универсальный и действенный, чем от первичной.

*Третичная профилактика (или реабилитация наркозависимых)* проводится среди больных наркоманиями и токсикоманиями и направлена на предотвращение рецидивов болезни. Целью третичной профилактики является максимальное увеличение срока ремиссий. Осуществляют работу в данном направлении психотерапевты, терапевты, клинические психологи, консультанты, а также члены социально-поддерживающих групп и сообществ.

Несомненно, приоритетной признана первичная профилактика злоупотребления психоактивными веществами. Основные усилия должны быть сосредоточены на предупреждении приобщения к психоактивным веществам. Поэтому профилактическую работу следует начинать как можно раньше. Ведение профилактической работы должно начинаться с профилактики употребления алкоголя и курения.

Итак, при предупреждении наркотической зависимости, а на основе этого расстройства психической деятельности, следует учитывать как

факторы окружающей среды, так и этиологические и патогенные факторы, существующие в самом человеке, обусловленные его конституцией и личностными особенностями. При этом необходимо иметь в виду три аспекта: а) личностный, б) характер интерперсонального взаимодействия, в) ситуационный – в их взаимосвязи. При разработке психопрофилактических мер должны учитываться и впоследствии при осуществлении использоваться защитные силы самого организма, сохранные стороны психики, которые следует стимулировать, усиливая сопротивление организма и личности болезни и компенсируя ее последствия.

Важную роль в развитии профилактики играют совершенствование структуры и увеличение числа практических наркологических учреждений, прежде всего таких, как: дневные стационары, ночные профилактории, наркологические кабинеты в поликлиниках, консультации по вопросам семьи и брака, кризисные центры, психологическая служба по телефону, различные формы клубной работы с детьми, подростками, их родственниками и друзьями, перенесшими нервно-психические заболевания, а также проявляющими склонность к употреблению психоактивных веществ, кабинеты психологической и психофизиологической разгрузки.

### **Лекция 16-17. Современные концепции профилактики употребления наркотических веществ**

Наркомания является одной из важных проблем нашего общества, вызвавшей острую необходимость решительных и активных действий в организации профилактики приобщения к психоактивным веществам в образовательной среде.

Анализ современных публикаций, посвященных методологическим аспектам профилактики, свидетельствует об отсутствии концептуального и системного подходов. Как правило, доминирует рассмотрение отдельных,

изолированных, преимущественно ведомственных проблем, либо педагогических, либо психологических, социологических вопросов, объединенных профессиональными интересами автора или авторского коллектива. Однако реальная наркотическая ситуация, сложившаяся в стране, и созревшая потребность общества в ее кардинальном изменении диктуют необходимость комплексного, концептуально осмысленного подхода к решению проблемы профилактической помощи, предупреждающей употребление наркотиков и развитие наркомании. Поэтому главная цель, которая встает перед специалистами, заключается в объединении образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающих достижение общего результата.

В последнее десятилетие употребление несовершеннолетними и молодежью алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ превратилось в проблему, представляющую серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку, так как наркотики приносят ощутимый вред не только тем, кто их употребляет, но и близким, окружению, обществу в целом.

Происходит неуклонное «омоложение» наркомании. В России средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков снизился до 12,5 года, среди девочек до 12,9 года; возраст приобщения к токсико-наркотическим веществам снизился соответственно до 14,2 года среди мальчиков и 14,6 года среди девочек.

Как следует из большинства исследований и научных публикаций, в нашей стране 8% молодежи периодически употребляют наркотики. Среди студенчества наркоманией охвачено в той или иной мере 30-40 %, а по отдельным регионам эта цифра значительно выше.

Кроме роста числа лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами и больных наркоманией, отмечается увеличение объема негативных медико-социальных последствий наркомании. Это возросшая в

7-11 раз смертность, увеличение в десятки раз числа суицидальных попыток, а также сопутствующих наркомании болезней: в первую очередь СПИДа, инфекционных гепатитов, венерических болезней, туберкулеза и других заболеваний. Исходя из возрастных особенностей большинства наркозависимых (13-24 года), под угрозой фактически оказалось будущее страны.

Стремительное распространение психоактивных веществ среди молодежи связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых сама по себе отнюдь не является однозначно наркопровоцирующей. Мы имеем в виду особенности возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения и др. Указанные группы факторов, взятая каждая отдельно, скорее создают общую негативную ситуацию детства в России. Однако их одновременное воздействие и порождает необычайно благоприятные условия для молодежной наркомании.

Среди основных причин, влияющих на распространенность наркомании и токсикомании в детско-подростковой среде, одно из первых мест занимает легкая доступность ПАВ. По нашим исследованиям около 76% опрошенных несовершеннолетних, употребляющих наркотики и токсические вещества, отмечают относительную несложность их приобретения. Наркотики приобретают в школах, на дискотеках, в кафе, в хорошо известных местах на улицах, в парках, а также на квартирах распространителей и торговцев наркотиками. Наркодельцы давно определили для себя образовательные учреждения как минирынки сбыта наркотиков в детско-подростковой среде. В результате общество столкнулось с реальной незащищенностью детей и подростков от экспансии наркотических средств. Поэтому, без жестких мер противодействия незаконному обороту наркотиков и силового противостояния наркогруппировкам, добиться реального повышения эффективности антинаркотической профилактической работы только за счет усилий



воспитателей, учителей, врачей, психологов, социальных работников не представляется возможным.

Среди основных причин, влияющих на распространенность наркомании и токсикомании в детско-подростковой среде, одно из первых мест занимает легкая доступность ПАВ. По нашим исследованиям около 76% опрошенных несовершеннолетних, употребляющих наркотики и токсические вещества, отмечают относительную несложность их приобретения. Наркотики приобретают в школах, на дискотеках, в кафе, в хорошо известных местах на улицах, в парках, а также на квартирах распространителей и торговцев наркотиками. Наркодельцы давно определили для себя образовательные учреждения как мишень сбыта наркотиков в детско-подростковой среде. В результате общество столкнулось с реальной незащищенностью детей и подростков от экспансии наркотических средств. Поэтому, без жестких мер противодействия незаконному обороту наркотиков и силового противостояния наркогруппировкам, добиться реального повышения эффективности антинаркотической профилактической работы только за счет усилий воспитателей, учителей, врачей, психологов, социальных работников не представляется возможным.

Ситуация усугубляется тем, что в недалеком прошлом ранняя алкоголизация и токсикомания преимущественно поражали детей из неблагополучных семей, родители которых вели асоциальный образ жизни. На сегодняшний день число молодых наркоманов пополняется в не меньшей степени подростками из благополучных слоев общества, семей с высоким достатком. Как правило, в подобных случаях гипоопека и невысокие морально-этические нормы, сложившиеся в семье, сочетаются с финансовой свободой подростков, связанной с легко доступными деньгами. Именно дети из этих семей преимущественно формируют особую молодежную субкультуру, ведущими ценностями которой являются свободное,

гедонистическое времяпровождение в сочетании с наркотизацией как определенным стилем жизни.

На уровне личностных факторов, являющихся пусковым механизмом начала употребления наркотиков и последующего злоупотребления ими, выделяются индивидуальная дисгармоничность, наследственная генетическая дефицитарность, врожденные аномалии характера, проявляющиеся в виде негативных аффективных и поведенческих расстройств. Немалый «вклад» в ухудшение здоровья детей и подростков и создание благополучной почвы для распространения наркомании вносит современная система воспитания и порой недостаточно обоснованные чрезмерные психофизические нагрузки, обусловленные существующей системой образования.

Необходимо добавить, что до сих пор не создана система целенаправленной подготовки кадров для работы с детьми и молодежью, имеющими проблемы с употреблением наркотических средств и одурманивающих веществ. Большинство педагогических работников образовательных учреждений признают свою неосведомленность в области предупреждения зависимости от ПАВ детьми и молодежью. В системе повышения квалификации педагогических кадров и иных работников социальной сферы представлено минимальное количество курсов, ориентированных на профилактику наркозависимости у детей и молодежи.

В связи с этим одним из важнейших аспектов антинаркотической профилактической работы в системе образования является включение в программы образовательных учреждений, осуществляющих подготовку, переподготовку и повышение квалификации специалистов, работающих с детьми и молодежью, вопросов профилактики зависимости от ПАВ.

В настоящее время в международной практике существует три основных модели профилактики.

*Медицинская модель* ориентирована преимущественно на медико-социальные последствия наркомании и предусматривает в основном

информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных психоактивных средств на физическое и психическое здоровье. Данную модель иногда называют ЗОП (знание, отношение, поведение). Она предполагает, что если человек знает об опасности для здоровья определенного стиля поведения, он начнет относиться к такому поведению отрицательно и будет от него воздерживаться. Аналогично, если человеку известно, что определенная вещь полезна для здоровья, знание об этом автоматически приведет к положительному отношению и соответствующему поведению. Однако школьные программы борьбы с курением, созданные исключительно в когнитивном ключе, как показала практика, не оказывают влияния на распространение курения среди подростков. Почти каждый школьник может перечислить те нежелательные последствия для здоровья, которые связаны с курением, однако многие из них тем не менее курят. Болезни – еще слишком далекая перспектива, чтобы волновать детей, которые зачастую не знают, что в действительности представляет то или иное заболевание. Таким образом, школьные программы, рассматривающие различные факторы риска для здоровья, по мнению педагогов и их учащихся, скучны, излишне назидательны и часто лишь провоцируют нежелательное поведение подростков.

*Образовательная модель* направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и на обеспечение свободы выбора при максимальной информированности. Один из основных принципов: решение должно быть принято на основании достоверной информации лично подростком. Поэтому акцент был сделан на обучение навыкам, необходимым для принятия решения. Основу школьных программ составлял процесс принятия решения, который состоит из следующих стадий:

1. Всестороннее рассмотрение широкого спектра альтернативного поведения.

2. Рассмотрение всех целей, которые должны быть достигнуты, и оценка ценностей, связанных с совершаемым выбором.

3. Тщательное взвешивание того, все ли отрицательные последствия, наряду с положительными, известны применительно к каждому образу действий.

4. Активный поиск информации, важной для оценки альтернатив.

5. Объективная оценка поступающей информации и полученных мнений экспертов, даже если они идут вразрез с тем образом действий, к которому изначально склонялся индивид.

6. Повторная оценка положительных и отрицательных последствий всех известных альтернатив, даже тех, которые изначально рассматривались как неприемлемые, прежде чем будет принято окончательное решение.

7. Составление детального плана осуществления и избранного курса, учет возможности его изменения в случае реализации нежелательных последствий.

Решение, принятое в результате такого процесса, является строго индивидуальным и принимаемым самой личностью.

Данная модель касается двух основных элементов принятия решения: отношения к поведению и нормативным представлениям. Другими словами, принимающий решение сначала оценивает, что принесет ему (ей) данный образ действий, а потом прикидывает, что о нем (ней) подумают другие люди, если он (она) будет вести себя именно таким образом.

*Психосоциальная модель* своей главной целью утверждает необходимость развития определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению (системы личного противостояния наркотиков), в выборе стратегии поведения в конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в ситуации предложения наркотиков.

Модель системного воздействия направлена на укрепление психического здоровья и благополучия детей и подростков, а также развитие

и стабилизацию факторов наркоустойчивости. Основной акцент в программах делается на развитие таких качеств личности, как:

- самореферентность;
- адекватная самооценка;
- способность конструктивно вести себя в конфликтных ситуациях (т.е. направленность усилия на преодоление противоречий при сохранении своих интересов и интересов партнера);
- коммуникативная и социальная компетенция;
- способность контролировать аффект;
- способность к отсроченной разрядке напряжения.

. Через коррекцию «Я – концепции» (когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровни) в процессе групповой работы возможно развитие и формирование у подростков не только наркоустойчивости, но и общей психологической устойчивости (личный механизм принятия решений, развитие критичности, возможность быть «белой вороной», развитие уверенности в себе, развитие чувства юмора, способность отстаивать свою точку зрения, решение проблемы смысла жизни и т.д.).

Итак, отечественный и зарубежный опыт свидетельствуют, что в плане профилактики наиболее предпочтительными являются программы, направленные на применение социально-психологического тренинга. Базовой основой всех профилактических мероприятий признается информационно-когнитивное (образовательное) направление.

Специалисты образовательных учреждений в основном занимаются первичной профилактической деятельностью, целями которой являются:

- изменение ценностного отношения детей и молодежи к наркотикам и формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающее снижение спроса на психоактивные вещества в детско-молодежной популяции;

- сдерживание вовлечения детей и молодежи в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни, формирования антинаркотических установок и профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений.

Современная концепция первичного, раннего предупреждения употребления наркотиков и роста наркомании среди детей и подростков основаны на том, что в центре ее должны находиться личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность – семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение.

Мероприятия, проводимые в рамках первичной профилактики могут быть направлены на:

- формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ;
- формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку ребенку, начавшему употреблять наркотики, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема наркотиков;
- внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от «пробы» и приема наркотиков, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися;
- развитие социально-поддерживающей инфраструктуры, включающей семью и микросоциальное окружение ребенка «группы риска наркотизации» и ребенка, заболевшего наркоманией.

Таким образом, ставить сегодня вопрос о полном предупреждении употребления наркотиков и избавлении от наркомании абсолютно нереально. Наиболее адекватной, с учетом всех моментов, является стратегия сдерживания. Традиционный проблемно-ориентированный подход (негативно-ориентированная профилактика), который акцентирует внимание детей и подростков на отрицательных последствиях приема психоактивных веществ, не обеспечивает достижение поставленных целей. Воздействия на школьников и студентов в этом направлении, безусловно, необходимы, но недостаточны, так как они не могут устранить причины, порождающие психическую и личностную дезадаптацию, и побуждают молодежь неоднократно обращаться к психоактивным веществам.

Именно поэтому мы считаем, что стратегическим приоритетом первичной профилактики следует рассматривать создание системы позитивной профилактики, которая ориентируется не на патологию, не на проблему и ее последствия, а на защищающий от возникновения проблем потенциал здоровья – освоение и раскрытие ресурсов психики и личности, поддержку молодого человека и помощь ему в самореализации собственного жизненного предназначения. Очевидная цель позитивно направленной первичной профилактики состоит в воспитании психически здорового, личностного развитого человека, способного самостоятельно справляться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами, не нуждающегося в приеме психоактивных веществ

