

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ

На сегодняшний день проблема наркомании актуальна в связи с ростом численности множества зависимых членов общества. Специалистами (В. А. Горовой-Шалтан, А.Г. Антонова, В.Н. Казанцев, М.Г. Рассоха и др.) определены следующие этапы наркомании:

Этап интоксикации. Человек принимает алкоголь и другие психотропные вещества по самым разнообразным поводам. Чаще, перестрадав острое отравление, и, возможно, получив медицинскую помощь, человек возвращается к состоянию здоровья. Употребление любого психотропного вещества вначале нельзя назвать приятным — тошнота, рвота, головокружение, бледность, плохое общее самочувствие.

Повторные приемы формируют пристрастие к психотропному веществу, так называемый синдром зависимости. Этот этап характеризуется **возникновением зависимости**. Под синдромом зависимости подразумевается сочетание физиологических и психологических явлений, при которых употребление психоактивных веществ постепенно начинает занимать в жизни и системе ценностей конкретного человека главное, ведущее значение. После второго — третьего употребления влечения еще нет, но каждый раз организм реагирует раздражительностью, плохим сном и аппетитом, нарушениями обычных социальных правил.

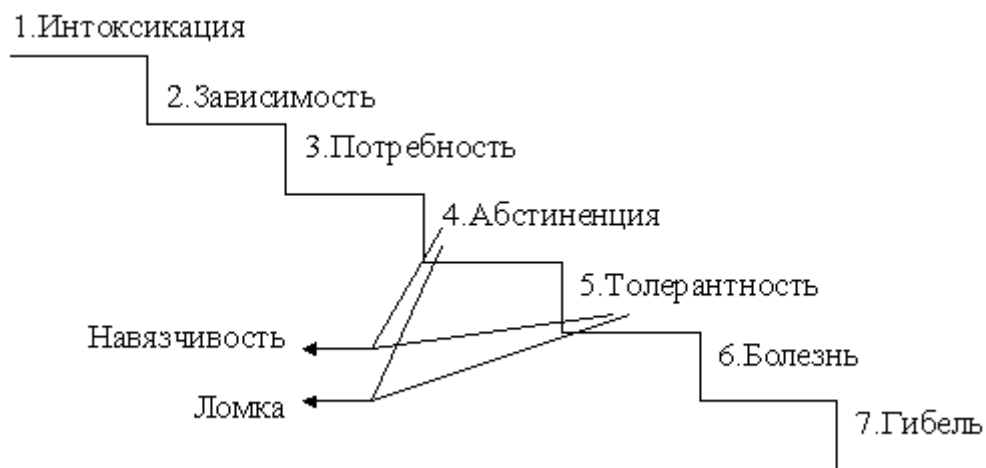
Основная характеристика многочисленных симптомов — это потребность, часто очень сильная и неодолимая. Это импульсивное влечение так или иначе выходящее из под сознательного контроля. Мотивы в это время не осознаются, человек не сопротивляется влечению до тех пор, пока не получит удовлетворения при употреблении наркотических средств. Осознание приходит позже, при попытке прекращения приема психоактивного средства. Это чаще всего связано с угрозой потери престижной, значимой работы, разрыва семейных отношений и потери семьи. **Этап потребности** определяется навязчивостью, когда психоактивное вещество дает удовольствие — “кайф”. В его отсутствие подросток неразговорчив, угрюм, подавлен. В то же время даже разговор о наркотике для него приятен, вызывает оживление, желание сделать все, чтобы раздобыть желанный препарат. На этих этапах влечение еще может быть подавлено волевыми усилиями самого человека и, тем более, при помощи и содействии. [13]

На **этап абстиненции** возникает желание прекратить прием наркотиков, что связано с появлением следующих важных признаков наркомании — синдромов зависимости и абстиненции. Тяжесть абстиненции в результате добровольного или насильственного лишения наркотического вещества зависит от степени проявления физических и

психических отклонений. Это так называемая “ломка” - крайне выраженный болевой синдром с расстройством соматических функций (сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, дыхательные нарушения). Тяжесть абстиненции в психической сфере также различна - от легкого беспокойства и тревожности до глубоких расстройств психики с нарушениями сознания, судорожными припадками. Преобладающим состоянием психики становится депрессия. С появлением абстиненции достаточно быстро изменяется характер привычного злоупотребления, т.к. добавляется постоянное состояние страха перед возможной “ломкой”. Личностные качества уплощаются, поведение асоциально (воровство) с предпочтением проводить время в “своей компании”. Там процветает хулиганство, половая распущенность, групповой секс, склонность к уходу из дома и бродяжничество. Наркоман в течение нескольких недель — месяцев резко худеет, слабеет физически, кожа сухая и бледная, часты ознобы, парестезии, сон и аппетит расстроены. [8]

Следующий этап — повышение устойчивости (*толерантности*) к определенному наркотику, который употребляет наркоман. Поэтому для достижения состояния наркотического опьянения требуются все большие дозы наркотика. Постепенно в наркотическом состоянии утрачивается чувство эйфории, желанной легкости, оно заменяется тяжелым сумрачным настроением и беспокойным сном с устрашающими видениями. Заключительными этапами являются *болезнь и гибель*. Наглядно перечисленные этапы представлены на рисунке 1.

Рис. 1. Этапы наркомании



Продолжительность каждой стадии определяется многими факторами. Сюда относятся характер наркотического вещества, способы его введения в организм и возможность заболеваний вследствие этого (СПИД, гепатит и др.), возраст, пол, исходное состояние физического и психического здоровья, семейная обстановка, микросоциальное окружение.

Существует много теорий, так или иначе объясняющих причины наркомании (А.С. Белкина, А.Г. Киримок, Т.В. Тимирова):

- 1) психоактивное вещество стало необходимым компонентом обмена веществ (И.П. Крохин, Н.Ю. Максимова и др.);
- 2) ряд психоактивных веществ не чужеродны организму, т.к. в малых дозах они продуцируются различными клетками и тканями (алкоголь, опиаты). По данным И.П. Анохиной алкоголь вызывает выброс норадреналина. При недостатке алкогольсодержащих компонентов естественного обмена веществ нарушается утилизация норадреналина и его предшественников, в частности, дофамина, который накапливается в гипоталамусе. Установлено, что накопление дофамина создает предпосылки для формирования абстиненции;
- 3) в социальной психологии (А.Г. Гостев, М.В. Карпова, И.А. Невский, О.А. Свиридов, О.Н. Щербакова и др.) основу наркологической зависимости видят в остатках архаического мышления и связанного с ним психологического настроения, создающего иллюзии защищенности и психологического комфорта. В современном виде это тоска за здоровье, успех, различные обряды по юбилеям, важным событиям, подсознательно адресованные к вере в неясные силы, которые могут защитить или обеспечить успех. [14]

Особое значение в современных социальных условиях приобретает увлечение наркотиками детей и подростков. Нередко в “рядах” наркоманов оказываются дети в возрасте 12 -13 лет. Удел молодого поколения - неалкогольные психотропные вещества. К ним относятся ненаркотические лекарственные препараты (транквилизаторы, циклодол, эфедрин и др.), бытовая химия. Они легко доступны и дешевы.

Наиболее значимыми причинами для употребления психотропных веществ являются социальные трудности в семье, школе, в условиях неорганизованного свободного времени. Однако предлагающими “старшими товарищами” это расценивается как необходимый элемент приобщения к избранникам.

Продолжительность жизни при переходе на сильные наркотики невелика — от 2 до 5 лет после начала заболевания. Больные погибают от передозировки наркотических препаратов, несчастных случаев, суицидов. В среднем жизнь сокращается до 20-25 лет.

В результате множества дебатов и некоторых научных исследований сформировалось несколько основных моделей профилактики. В основе каждой лежит своя философия, определяющая применение, какого подхода будет рекомендовано для предотвращения проблемы злоупотребления различными веществами.

Рассмотрим некоторые из них. [18, 19. 20]

Социокультурный (М. Вебер, У. Джемс, Э. Дюркгейм, Р. Мертон, П. Сорокин, Э.Фромм, И.Левитов, Л.А.Сикорский) аспект понимания злоупотребления заключается в том, что социальные нормы прямо влияют на употребление или злоупотребление психоактивными веществами. Эта модель в основном использовалась в усилиях, направленных на предотвращение употребления алкоголя. В этом случае модель состоит из трех основных компонентов:

- подчеркивание культурных нормативов;
- необходимость включить принятие алкоголя в социально значимую деятельность;
- фокусирование внимания на развитии культуры употребления алкоголя.

Основные усилия этой модели направлены на изменение отношения к принятию психоактивных веществ в рамках культуры.

Отметим, что алкогольная зависимость, как и наркотическая включает в себе схожие понятия и результаты. Отличием между ними являются разного вида источники зависимости. Поэтому обратимся к работам Р.Вилкинсона, представителя самых значительных защитников социокультурного подхода, который определил пять основ для изменения культуры употребления алкоголя:

1. Создание в обществе низкого уровня эмоциональности, связанной с алкогольными напитками, и одновременное внесение ясности в противоречивые представления, касающиеся употребления алкоголя. Эмоциональность, окружающая алкоголь, согласно Вилкинсону, создает давление на человека, а также среду, в которой обсуждение и изменение культуры принятия спиртных напитков просто невозможны. Более продуманный и слаженный подход увеличит пользу путем разъяснения противоречий и обеспечит большую ясность относительно норм питья.

2. Проведение четкой грани между нормальным употреблением алкогольных напитков и пьянством. Задача заключается в том, чтобы четко определить, что является приемлемым употреблением спиртных напитков, а что - пьянством.

К сожалению, прийти к такой ясности далеко непросто.

3. Наложение строгого запрета.

4. Употребление алкоголя должно быть интегрировано в социальный контекст в широком смысле этого слова. Иначе говоря, употребление алкоголя не должно быть смыслом жизни или отдельно взятой вечеринки, а вместо этого должно стать просто дополнением к другим видам деятельности.

Основная критика этого подхода состоит в том, что он не может получить широкого применения. Во многих странах, например в США и Канаде, одновременно существуют различные виды культур и субкультур, поэтому обычаи и ценности, принятые в одной из

них могут не подходить или отторгаться другой. Второе направление критики состоит в том, что социокультурный подход, делая акцент на умеренном употреблении, не принимает в расчет того, какое удовольствие доставляет некоторым чрезмерное употребление алкоголя. Третье сомнение заключается в том, что изменение отношения приведет к желаемым изменениям в поведении. В заключении, обращают внимание на то, что социокультурный подход не принимает в расчет физиологические проблемы, связанные с употреблением алкоголя (рак, болезни печени и желудка). Введение социокультурной модели вызовет преобладание именно физиологических проблем, даже если социальные проблемы и будут устранены. Вопреки этим сомнениям, социокультурная модель не теряет своего влияния в Соединенных Штатах. В настоящее время это едва ли не самая преобладающая стратегия. Она применяется и имеет большую сферу деятельности. Примерами ее служат рекламные и образовательные подходы к проблеме вождения в нетрезвом виде. Социокультурная модель применяется главным образом для решения проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, но также является краеугольным камнем в предотвращении многих проблем, связанных с употреблением других наркотиков. Как было отмечено выше, примером последнего может служить кампания "Просто Скажи Нет", которая призывает всех, но в особенности молодых, отказаться от предложения попробовать наркотики. Другим примером рекламной кампании такого типа является Партнерство по Спасению Америки от Наркотиков. Эта кампания, сфокусированная на марихуане, кокаине и крэке, пытается снизить социальную приемлемость употребления наркотиков у молодежи и предупреждает тех, кто уже употребляет их или только собирается попробовать, об опасностях, связанными с употреблением. Главным образом эта кампания проводится на телевидении. Однако, к настоящему времени, их эффективность документально не подтверждена. Кроме того, эффективность этой кампании может быть снижена за счет того, что она направлена на молодежь среднего и верхнего социальных классов, которые меньше подвергнуты этой опасности.

Второй главной моделью профилактики является *популяризация потребительского подхода* (Л. фон Бергаланфи, В.Г. Афанасьев, Т. Парсонс и др.). Эта модель преимущественно изучалась в контексте предотвращения и снижения употребления алкоголя, хотя в последние годы она стала распространяться и на другие наркотические средства. Эта модель основана на статистическом изучении употребления алкоголя в различных культурах. Первой работой в этой области стало исследование французского математика Салли Лидермана в 50-х годах. Вид модели сильно изменился в

течении последующего ряда лет под влиянием международных исследований. Салли Лидерман выделяет три основные положения этой модели.

1. Процент сильно пьющих людей от данного населения прямо зависит от среднего уровня потребления алкоголя в данном обществе. Поэтому число алкоголиков растет в обществе, где растет употребление алкоголя. В связи с этой зависимостью можно предсказать, что снижение потребления алкоголя сопровождается снижением числа хронически больных алкоголиков.
2. Увеличение сильного потребления алкоголя повышает вероятность возникновения связанных с ним негативных последствий в духовной, физической и социальной сферах. Следовательно, как только среднее потребление алкоголя в обществе возрастает, возрастает количество алкоголиков и неблагоприятных последствий.
3. Общество должно пытаться уменьшить негативные последствия употребления алкоголя ограничением его доступности. Утверждается, что ограничение доступности алкоголя, особенно путем поднятия стоимости спиртных напитков, снизит потребление алкоголя, и, соответственно, связанные с ним последствия. Другие пути - сокращение рабочего дня баров и забегаловок с алкогольными напитками, контроль над розничной продажей алкоголя, поднятие возрастного ценза для приобретающих спиртные напитки. Хотя эта модель подробно рассматривает пути предотвращения, она также подвергается критике.

Запрещающая модель занимает моральную позицию в решении проблем использования различных веществ. Ее суть в том, что если нет употребления вещества, то следовательно и нет самой проблемы. Если человек употребляет какое-либо вещество, то это видится не как общественная проблема, а продукт какого-то изъяна человеческого характера. Раз так, то цели запрещающей модели заключаются в запрещении доступности и воздержании от использования. Запрещающая модель применяется как к алкоголю, так и к наркотикам.

Наиболее известное воплощение этой модели к алкоголю на практике - Сухой закон в США в 1921 - 1932 годах. Тем не менее, эта модель более применима в отношении злоупотребления наркотиками. В течении десятилетий существовал строгий запрет на употребление наркотиков, главным образом, марихуаны и героина, а позднее и кокаина. Запрещающая модель в 30-х, 40-х годах в Америке очень сильно проявлялась в фильмах, газетах, журнальных статьях, направленных на массовую аудиторию. Запрещающая модель остается популярной, она не внесла значительного вклада в предотвращение проблем, связанных с употреблением наркотиков. Хорошо известно, что Сухой Закон не привел к желаемым результатам, и проблемы употребления других

наркотиков также продолжают. Может быть, главным недостатком этого подхода является то, что в его рамках пытаются решить сложную проблему простыми методами.

Объектом внимания психологов, социологов, педагогов, философов, криминологов и других специалистов в последующие годы явились социальные и педагогические аспекты профилактики подростковой наркомании. Отечественные разработки в этой области освещаются в социально-философских трудах А.С.Богомолова, И.С.Кона, М.И.Несмеянова; в работах психологов - С.А.Беличевой, А.Ц.Горбачевой, Ц.П.Короленко, Ю.А.Клейберга; педагогов - В.П.Кашенко, М.А.Ковальчук, И.А.Невского, В.А.Попова, М.И.Рожкова; социальных педагогов - В.Г.Бочаровой, Б.З. Вульfoва, А.В.Мудрика; социологов - А.А.Габиани, Ю.Н.Иконниковой, С.Г.Климова, Л.Н.Рыбаковой, Г.Г.Силласте, Н.К.Топоркова; криминологов -Г.А.Аванесова, А.И.Гилянского; медицинскому аспекту проблемы посвящены исследования Б.С.Братуся, В.В.Ковалева, А.Е.Личко; социологические теории профилактики девиантного поведения, в том числе наркомании, были обоснованы такими зарубежными учеными как Э.Дюркгейм, Т.Парсонс, Р.Мертон, А.Коэн. Исследователи выделяют два уровня профилактики наркомании. [22]

1. Превентивный уровень. Это четкая и доступная информация для детей, подростков, родителей, учителей с целью разъяснения не столько вреда наркотиков, сколько пользы здорового образа жизни, формирования здорового морально — психологического климата, создания условий для разумной организации в проведении свободного времени, разъяснения определенных норм поведения.

Работа должна проводиться по определенным принципам:

- 1) индивидуальная направленность;
- 2) выявление групп риска с использованием различных методов (медицинских, психологических, педагогических и др.);
- 3) работа с лицами групп риска по групповым и индивидуальным программам;
- 4) организация специальных лагерей для детей с девиантным поведением. Следует иметь в виду, что чаще в "рядах наркоманов" могут оказаться подростки с акцентуациями и психическими заболеваниями.

Профилактика I уровня — это работа учителя и классного руководителя, забота родителей и родных, внимание школьного психолога и врача. Это повседневная работа, требующая определенных знаний по проблеме.

2. Раннее выявление, диагностика и лечение заболевших. Этим занимаются в специализированных детских наркологических диспансерах. Трудности в проведении первичной профилактики касаются педагогов, родителей, психологов, врачей. Прежде

всего это связано с практическим отсутствием подготовленных по проблеме кадров. Большая часть педагогов школ, средних и высших учебных заведений не имеют знаний по диагностике коррекционному воспитанию детей и подростков в современных социальных условиях нашей страны. [16]

В заключении нужно отметить, что при изучении научной и авторской литературы мы выяснили, что профилактика различного вида зависимости необходима. В процессе проведения любого рода профилактики (тренинги, беседы, лекции, плакаты и др.) результат охватывает огромное количество людей. Как уже было сказано ранее, намного легче предотвратить зависимость, чем лечить ее. К тому же, массовая профилактика снижает расходы на лечение наркотически зависимых людей. Профилактика наркомании у подростков может спасти тысячи жизней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохина И. П., Балашов А. М., Коган Б. М., Панченко Л. Ф. Роль опиатной системы в механизмах формирования алкогольной зависимости.//Вопросы наркологии. — №3. 1989. — М.: Медицина. — С.3-4.
2. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. - 336 с.
3. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. - Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. - 640 с.
4. Бориневич В. В. Наркомании. — М.: Медицина, 1963. — 275 с.
5. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикомании. — М.: Медицина, 1988. - 288 с.
6. Воробьева Т. М., Волошин П. В., Пайкова Л. Н. и др. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий. — Х.: Изд-во «Основа», 1993. - 176 с.
7. Говорин Н. В., Арапова Е. А. Клиника бензиновой токсикомании у подростков и вопросы личностной predisposition.//Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М.: МЗ РСФСР, 1985. — С. 26-28.
8. Горовой-Шалтан В. А. О патогенезе морфийной абстиненции (клиническое исследование). Автореферат дис. докт. мед.наук. — Л., 1942.
9. Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В., Мюллер Т. Клиническая психиатрия: Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. - 832 с.
10. ДолиндаМарсер, Джордж Вуди. Индивидуальное консультирование наркозависимых. — Варшава, 2001. — 232 с.

11. Дурандина А. И. Клиника, лечение и профилактика гашишизма. Автореферат дис. докт. мед.наук. — Фрунзе, 1968.
12. Линский И. В., Атраментова Л. А., Матузок Э. Г. Генеалогия больных опийной наркоманией и предрасположенность к развитию заболеваний наркологического профиля. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1998. - №1 (4). - С. 19-21.
13. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Руководство. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
14. Минко А. И., Линский И. В., Шалашов В. В., Гапонов К. Д. Индивидуально-личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. // Украинский вестник психоневрологии. — Т. 10, вып. 2 (31), 2002. — С. 22-23.
15. МКБ-10: теория и практика психиатрии. Под общ.ред. проф. В. А. Абрамова. - Донецк: ОАО «УкрНТЭК», 2000. - 198 с.
16. Позднякова М. Е. К проблеме легализации наркотиков. В кн. «Наркомания как форма девиантного поведения». — М., 1997 —С. 34-36.