

Подписано электронной подписью:
Вержицкий Данил Григорьевич
Должность: Директор КГПИ КемГУ

Дата и время: 2025-04-23 00:00:00

471086fad29a3b30e244c728abc3661ab35c9d50210dcf0e75e03a5b6fdf6436

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный университет»
Новокузнецкий институт (филиал)
Кафедра естественнонаучных дисциплин

Федеральное государственное бюджетное
научное учреждение
"Научно-исследовательский институт
комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний"
г. Новокузнецк

Л.Г. Горохова, А.Г. Жукова, Т.К. Ядыкина

Профилактика вредных привычек и формирование здорового образа жизни

*Методические указания по изучению дисциплины
для обучающихся по направлению подготовки*

44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)

Новокузнецк

2020

УДК 613.96

ББК 51.28

Г70

Горохова Л.Г., Жукова А.Г., Ядыкина Т.К.

Методические указания по изучению дисциплины «Профилактика вредных привычек и формирование здорового образа жизни» для бакалавров, обучающихся по направлению подготовки 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки) / Л. Г. Горохова, А. Г. Жукова, Т. К. Ядыкина; Новокузнец. ин-т. (фил.) Кемеров. гос. ун-та. – Новокузнецк: НФИ КемГУ, 2020 - 116 с.

В настоящих методических указаниях для студентов-бакалавров направления подготовки 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки) представлен теоретический материал и рекомендации по выполнению практических занятий.

Рекомендовано
на заседании кафедры
естественнонаучных дисциплин
27 августа 2020г.

и.о. заведующего кафедрой

 А.Г. Жукова

Утверждено

методической комиссией факультета
физической культуры, естествознания и
природопользования

« 05 » октября 2020г.

Председатель комиссии



Н.Т. Егорова

УДК 613.96

ББК 51.28

Г70

© Горохова Л. Г., Жукова А. Г., Ядыкина Т. К.

© Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный университет»
Новокузнецкий институт (филиал), 2020

© Федеральное государственное бюджетное
научное учреждение "Научно-исследовательский
институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний", 2020

Текст представлен в авторской редакции

Оглавление

Пояснительная записка.....	4
Введение. Предмет и задачи курса	5
Раздел 1. Краткий курс лекций.....	6
Лекция № 1. Вредные привычки и здоровье нации. Понятие, виды, причины возникновения вредных привычек.....	6
Лекция № 2. Курение. Предпосылки к курению. История употребления табака в России и странах Европы	14
Лекция № 3. История употребления алкоголя в России и странах Европы. Алкоголизм и социальная среда	21
Лекция № 4. Наркомания и токсикомания. Обзор современного состояния проблемы в России и в мире. Профилактика наркомании	28
Лекция № 5. СПИД. Группы риска. Социальные предпосылки. Меры профилактики	37
Раздел 2. Методические рекомендации для проведения практических занятий	46
Практическое занятие № 1. Факторы дезадаптации, способствующие возникновению вредных привычек.....	46
Практическое занятие № 2. Курение и его влияние на основные функции организма	56
Практическое занятие № 3. Влияние алкоголя на отдельные системы организма. Мотивы употребления алкогольных напитков. Причины и факторы алкоголизма. Стадии алкоголизма. Алкоголизм и потомство.....	63
Практическое занятие № 4. Наиболее распространенные наркотические и токсические вещества и последствия их употребления. Наркомания и психическое здоровье.....	71
Практическое занятие № 5. Профилактика и лечение наркозависимости.....	77
Практическое занятие № 6. Проблема игромании в России и за рубежом. Методы профилактики и борьбы с проявлениями игромании в России.....	89
Практическая работа № 7. Обзор позиций России и ряда государств в отношении проблем алкоголизма, курения и наркомании.....	101
Практическое занятие № 8. Использование ролевых игр и тренингов в профилактике вредных привычек.....	109
Темы рефератов по дисциплине.....	113
Вопросы для самоподготовки по дисциплине.....	114
Список рекомендуемой учебной литературы	115

Пояснительная записка

Методические указания по изучению дисциплины «Профилактика вредных привычек и формирование здорового образа жизни» подготовлены на основе Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, в соответствии с учебными планами направления подготовки 44.03.05 «Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)» и рабочей учебной программы по предмету.

Профессиональная подготовка по учебной дисциплине «Профилактика вредных привычек и формирование здорового образа жизни» предполагает усвоение обучающимися сведений с учетом новых педагогических тенденций, обозначившихся в последнее время в сфере образования.

Цель курса: углубление теоретических знаний студентов о видах вредных привычек, причинах их возникновения и увеличения распространенности в России, о мерах борьбы и профилактики вредных зависимостей, последствиях для организма человека в современном аспекте, а также получение практических навыков оценки степени влияния той или иной вредной привычки на организм.

Задачи:

- рассмотрение основных видов вредных привычек, причин их возникновения и степени распространения в России и за рубежом;
- получение знаний о мерах профилактики и борьбы с вредными привычками, о степени вредного воздействия каждого вида пагубной зависимости на органы и системы организма, продолжительность жизни, уровень работоспособности, уровень психического и социального здоровья, генетический уровень;
- приобретение навыков использования полученных знаний при работе с детьми, подростками и взрослым населением в качестве будущих специалистов-педагогов и родителей;
- формирование профессионально значимых компетенций, необходимых для ведения профилактической и разъяснительной работы в рамках борьбы с вредными привычками среди детей, подростков и молодежи.

Формирование знаний по теоретическим и методическим основам вопросов профилактики вредных привычек и формирования здорового образа жизни осуществляется в ходе аудиторных занятий, включающих лекционные и практические занятия. При реализации учебной дисциплины «Профилактика вредных привычек и формирование здорового образа жизни» предусматривается проведение 10 часов лекционных занятий и 18 часов практических занятий у студентов, обучающихся по направлению подготовки 44.03.05 «Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)».

Введение. Предмет и задачи курса.

В условиях массового распространения среди детей и подростков различных видов вредных привычек (табакокурения, наркотической зависимости, приема алкогольных напитков и др.) в России создана реальная угроза здоровью будущего поколения. Курс «Профилактика вредных привычек и формирование здорового образа жизни» содержит информацию о реакции всех систем и органов человека на воздействие вредных веществ, влиянии вредных привычек на неокрепший детский и подростковый организм. На лекциях по данной дисциплине рассматриваются причины увеличения распространения вредных привычек в России, меры профилактики наркомании, курения, алкоголизма, игромании и способы борьбы с такими видами зависимостей.

Курс представлен современными сведениями о степени вредоносного воздействия того или иного вида зависимости на генетическом уровне в аспекте отражения на психическом, физическом и социальном здоровье всей нации, на уровне продолжительности жизни, физической работоспособности.

Особое внимание уделено влиянию вредных привычек на здоровье будущей матери и ее потомства и формированию здорового образа жизни. Рассматриваются также долгосрочные последствия воздействия вредных привычек на человека, поднята проблема отражения вредных зависимостей на здоровье и физическую работоспособность людей.

Данный курс дополняет объем знаний, полученных студентами во время изучения следующих дисциплин: биологии, физиологии, анатомии, биохимии, педагогики, психологии.

Раздел 1. КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ

Лекция № 1. Вредные привычки и здоровье нации. Понятие, виды, причины возникновения вредных привычек

План

1. Основные причины потери здоровья. Здоровый образ жизни и понятие о вредных привычках.
2. Некоторые аспекты здоровья нации в России и странах зарубежья.

Основные причины потери здоровья. Здоровый образ жизни и понятие о вредных привычках.

Сохранение здоровья населения – это задача как государственного института в целом, так и отдельно взятого человека, семьи. Помимо государственной ответственности за достижение достаточного уровня жизни населения, экологическую безопасность, политическую и экономическую стабильность как предупреждение социального стресса и т. д., в сознании каждого человека должно быть понимание личной ответственности за свое здоровье. В развитых странах личное поведение человека – одно из стратегических направлений профилактической медицины.

По мнению отечественных и мировых экспертов, состояние здоровья человека на 50 % зависит от его образа жизни (в том числе и от вредных привычек), около 20 % приходится на генетику, 19 % – на природную и социальную среду, 11 % – на службы здравоохранения

Таким образом, уровень здоровья зависит от ряда факторов, самым важным из которых является образ жизни. Здоровый образ жизни требует от человека волевых усилий, понимания поступков, прогнозирования последствий как для себя лично, так и для других людей и для возможного потомства.

По мнению многих специалистов, отказ от сидячего образа жизни, избыточного или неправильного питания, неумеренного потребления спиртных напитков, курения может спасти больше людей в возрасте от 40 до 60 лет, чем самые совершенные методы лечения. Например, согласно оценкам мировых ученых, регулярные занятия физкультурой, приведение веса в норму и отказ от курения снижают риск внезапной коронарной смерти примерно в 8 раз.

Определение понятия «образ жизни». Образ жизни – это динамический стереотип поведенческой деятельности человека, т. е. деятельность личности, протекающая в конкретных условиях жизни и зависящая от них. А условия жизни – это деятельность людей в определенной среде обитания, в которой выделяют экологическую обстановку, психологический климат в микро- и макросреде, образовательный ценз, быт, обустройство своего жилища и др. Образ жизни непосредственно влияет на здоровье человека, а условия жизни – опосредованно.

Образ жизни представляет собой единство объективного и субъективного. Он существенно влияет на многие социальные процессы и характеристики общества. Одной из важнейших является взаимосвязь образа жизни и здоровья населения.

Образ жизни формируется постепенно и может быть здоровым и нездоровым. Под здоровым образом жизни понимают активную деятельность людей, направленную на сохранение и укрепление здоровья.

Формирование здорового образа жизни не сводится только к пропаганде и отдельным видам медико-социальной деятельности. Здоровый образ жизни формируется всеми сторонами и проявлениями общества. Для формирования здорового образа жизни недостаточно сосредоточить усилия лишь на преодолении факторов риска различных заболеваний: борьбе с алкоголизмом, курением, гиподинамией, нерациональным питанием, конфликтными отношениями, хотя это также имеет большое оздоровительное значение.

Здоровый образ жизни – основа профилактики заболеваний.

Следует подчеркнуть, что в нем реализуется самый ценный вид профилактики – первичная профилактика заболеваний, предотвращающая их возникновение, расширяющая диапазон адаптационных возможностей человека. Однако функция здорового образа жизни значительно шире. Она выходит за рамки чисто медицинской проблемы. Здоровый образ жизни на современном этапе развития общества становится необходимым условием существования индивида, гарантией огромных социально-экономических преобразований, осуществляемых в стране.

Здоровый образ жизни в значительной степени содействует разумному удовлетворению физических и духовных потребностей, формированию всесторонне развитой личности и, таким образом, способствует физическому совершенствованию человека, развитию его духовных интересов, ценностей, нравственных установок и потребностей.

Сегодня особое значение приобретает формирование здорового образа жизни среди молодых специалистов, работающих в сфере образования. От того, насколько успешно удастся сформировать и закрепить в сознании навыки здорового образа жизни в молодом возрасте, зависит в последующем реальный образ жизни, препятствующий или способствующий развитию потенциала личности. Молодежь наиболее восприимчива к различным формирующим или обучающим воздействиям. С другой стороны, в этом возрасте уже существует основа для проявления сознательной индивидуальной активности в обеспечении здорового образа жизни у своих подопечных. Работа в данном направлении позволяет также в последующем нейтрализовать развитие факторов риска различных заболеваний, научить молодых педагогов предотвращать возникновение вредных привычек у подрастающего поколения.

Одной из составляющих образа жизни являются привычки. **Привычкой** называют потребность человека совершать определенные действия в определенных условиях. По механизму действия привычка представляет собой автоматизированные способы выполнения каких-либо действий, которые закрепились в результате многократного их повторения. В основе привычки лежит динамический стереотип.

Все привычки по отношению к определенным человеческим ценностям подразделяют на полезные и вредные.

Полезные привычки оказывают положительное влияние на психическое состояние и здоровье человека (гигиенические, нравственные).

Вредные привычки – это такие привычки, которые оказывают отрицательное влияние на психическое состояние, здоровье человека, социальное поведение и препятствуют достижению человеком активного долголетия.

Классификация вредных привычек по объекту воздействия.

Вредные привычки могут быть направлены:

1. на самого себя (нарушение режима питания: анорексия, булимия; гиподинамия);
2. на себя и окружающих (курение, алкоголизм, наркомания);
3. на окружающих (пассивное курение, асоциальное поведение).

Известно, что никакие положения, приказы, наказания не могут заставить человека отказаться от вредных привычек, вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль жизни. Для решения этой проблемы необходимы: активное влияние на общественное сознание через средства массовой информации; формирование и пропаганда в обществе идеалов здорового образа жизни.

Некоторые аспекты здоровья нации в России и странах зарубежья.

В результате энергично осуществляемых программ укрепления здоровья многие страны добились существенного снижения смертности и увеличения ожидаемой продолжительности жизни. Примером этому могут служить США с антитабачной

программой, благодаря которой число курильщиков среди взрослых уменьшилось до 30 %, а число потребителей наркотиков за 1982–1997 годы снизилось в 2 раза – с 12 до 6 %. Показатели, отражающие уровень здоровья населения:

- продолжительность жизни;
- соотношение рождаемости и смертности;
- коэффициент младенческой смертности;
- средний возраст смерти от болезней системы кровообращения, дыхания, от новообразований.

На протяжении последних 10 лет показатели, отражающие уровень здоровья населения в России, находятся на низком уровне и продолжают падать.

В настоящее время продолжительность жизни женщин в России составляет 72 года, мужчин – 59 лет. Для примера, в Японии, где наиболее высокие показатели продолжительности жизни, мужчины живут в среднем 81 год, женщины – 89 лет. В России разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин продолжает увеличиваться. Например, в возрастной группе 20–24-летних показатели смертности мужчин в 2,7 раза выше, чем у женщин. При сохранении нынешних тенденций из тех юношей, кому сейчас 16 лет, доживут до пенсионного возраста лишь 54 %. Это меньше, чем в России начала XX века, когда до 60 лет доживали 56 % мужчин.

Около 70 % случаев ранней мужской смертности носят неестественный характер, связанный с травмами, несчастными случаями, в том числе с алкогольным отравлением и передозировкой наркотиками. Длительное и систематическое употребление наркотических веществ, алкоголя и сигарет (около одной пачки в день) является причиной:

- сердечно-сосудистых заболеваний (в наибольшей мере это касается атеросклеротического кардиосклероза);
- увеличения распространенности различных форм психической патологии и числа умерших от этих заболеваний;
- падения репродуктивного здоровья мужчин и женщин;
- ухудшения здоровья новорожденных;
- преждевременной смертности российского населения.

В США, Японии, странах Евросоюза уровень преждевременной смертности трудоспособных мужчин в 2,5–4 раза ниже, чем в России.

К сожалению, приходится признать, что масштабы гибели людей в связи с массовым пьянством не осознаются населением страны или осознаются как естественный процесс. Нетрезвая Россия уже давно разучилась «считать своих покойников». Социальный заказ на трезвость в России отсутствует, а цена человеческой жизни всё еще слишком низка.

Данные о распространении алкоголизма, табакокурения и наркомании это подтверждают. По статистическим данным, в России курят 60 % мужчин и 45 % женщин – это втрое больше, чем в США и вдвое больше, чем в странах Европы. В нашей стране за последние 10 лет заболеваемость раком легких увеличилась на 17 %, в то время как в США – снизилась на 15 %.

Курение значительно влияет на смертность, вызываемую цереброваскулярными заболеваниями, такими как инсульт и атеросклероз. Риск всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний у курящих по сравнению с некурящими в 2 раза выше, а среди молодых людей этот показатель возрастает. 30–40 % всех смертей от ишемической болезни сердца связаны с курением сигарет. Ишемический инсульт развивается чаще всего под воздействием целого ряда стрессовых факторов. Ученые всего мира единодушны в том, что причиной преждевременной смертности при этом заболевании могут быть как выкуренные сигареты, так и алкоголь, наркотические вещества, которые принимаются человеком для снятия стресса. Для сравнения: смертность в России от ишемического инсульта составляет 290 человек на 100 тыс. населения (в стандартизированных по возрасту показателях), в Швеции, Дании, Бельгии – от 60 до 70 человек, в США, Швейцарии, Франции – меньше 50 человек.

Характеризуя наркоситуацию в России, руководитель ФСКН В. П. Иванов отметил рост динамики вовлечения в потребление наркотиков с 2004 года, что является крайне тревожным фактором, требующим как от медицины, так и от государства в целом, решительных действий.

В 2017 году на государственном учете состояло 537 тыс. человек, которые или больны наркоманией, или регулярно употребляют наркотики с болезненными последствиями. Согласно международным методикам расчета, реальное количество наркозависимых примерно в 5 раз больше, то есть 2–2,5 млн человек, или почти 2 % населения страны. Эти сведения соотносятся с данными Управления ООН по наркотикам и преступности.

До 90 % наркозависимых в нашей стране потребляют наркотики опийной группы, более половины из них – тяжелые наркотики. Как показывает клиническая практика, те, кто регулярно принимают героин, умирают через 5–7 лет. Это означает, что ежегодно в России от приема наркотиков умирает, по официальным данным, порядка 10 тыс. человек. По некоторым оценочным сведениям эта цифра составляет около 30 тыс. человек, в подавляющем числе случаев – молодых людей. Это в несколько раз больше, чем погибло за 10 лет войны в Афганистане.

Сверхвысокая смертность значительной части больных наркоманией даже при их стабильном общем числе означает наличие систематического скрытого притока новых больных на место умерших.

Но и те, кто остаются в живых, тоже, как правило, оказываются потерянными для общества: выключаются из социальной жизни, более того, вовлекаются в асоциальную, а то и прямо преступную деятельность.

За последние 5 лет за незаконный оборот наркотиков в нашей стране было осуждено почти полмиллиона человек. Если добавить к этому задержанных и привлекаемых к уголовному преследованию, то только выявленное число вовлеченных в наркокриминал сопоставимо с числом военнослужащих Российской армии. Социально-экономические последствия наличия в стране такой подпольной армии наркотического криминалитета очевидны: асоциальное и антисоциальное поведение, искаленные судьбы, неродившиеся дети, отрицательная демография в ситуации происходящего «обезлюдения» страны.

Эта ситуация не может восприниматься в качестве нормы еще и потому, что за последние 20 лет количество состоящих на учете наркозависимых, вовлеченных в наркопотребление, выросло почти в 10 раз и составило величину, в 7–10 раз превышающую соответствующие показатели стран Европейского сообщества. Так, процент людей, потребляющих опиаты, в той же Швеции, Финляндии или Германии минимум в 8 раз ниже российского. Помимо количественного, если не сказать эпидемиологического, роста, в эти годы резко ухудшилась сама структура наркомании в отношении типа наркотиков. Она сместилась в сторону героина и других «тяжелых» наркотиков. Резко снизился возраст наркоманов, среди наркозависимых начало увеличиваться количество женщин.

Очевидно, что существующий уровень наркотизации населения с выраженной тенденцией к росту не может не беспокоить государство. Требуется коренной перелом, который позволил бы решительно изменить наркоситуацию и в ближайшие годы существенно снизить уровень наркотизации населения. Ключевым моментом формирования новой антинаркотической политики является понимание того, что основная угроза кроется в военно-политической ситуации в Афганистане, породившей масштабный экспорт афганских опиатов в нашу страну и выведшей Афганистан в абсолютного лидера, производящего ныне почти 93 % всех опиатов в мире.

Для Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков системная работа по снижению величины потоков опиатов из Афганистана по, так называемому, «северному маршруту» через Среднюю Азию, в первую очередь через Киргизию, Узбекистан, Туркмению и частично Кавказ (Азербайджан, Грузия), становится сегодня центральным направлением деятельности.

Нынешняя ситуация характерна тем, что героин легко проходит через размытые границы среднеазиатских республик, а власти при этом поставлены в ситуацию борьбы с последствиями; если обратиться к медицинской терминологии, борьба идет с метастазами, а не с самой опухолью.

Другой пример: большое внимание, и это правильно, уделяется определению понятия «крупной» и «особо крупной» дозы наркотиков. Ответственность за хранение наркотика возникает с половины грамма. Но при этом законодательством никак не выделены и не урегулированы вопросы, связанные с оптовым сбытом наркотиков, когда партия составляет не граммы, а десятки и сотни килограммов. Оптовики сегодня, по сути, приравнены к мелким распространителям.

Только за 9 месяцев 2019 года на территории России изъято 10,8 тонн наркотиков, из них почти тонна героина. Выявлено 28 тыс. человек, совершивших наркопреступления. С одной стороны, это свидетельствует о том, что ФСКН совместно с МВД, ФСБ и таможней напряженно работает. С другой стороны – говорит о необходимости принятия решительных государственных мер к реагированию.

Существует необходимость создания новой системы учета наркозависимых и вовлеченных в потребление наркотиков.

После всех реформ и изменений в стране, система учета достаточно серьезно подорвана. Например: в Самаре, являющейся одним из тревожных в плане наркомании российских городов, на учете в наркологических диспансерах стояло около 1000 несовершеннолетних. После принятия «Закона о несовершеннолетних» их стало 100. При этом понятно, что реальный уровень наркотизации не снизился, просто теперь стало в 10 раз меньше известно о тех несовершеннолетних, что подвергаются смертельной опасности и, соответственно, лишены возможности предоставления им своевременной медицинской помощи.

Следует добавить, что и имеющиеся данные различных ведомств с трудом поддаются даже интеграции, не говоря уже об анализе. Показательно, что в ряде субъектов федерации сведения по СПИДу не передаются в наркологические службы, хотя очевидно, что не менее 2/3 больных СПИДом являются инъекционными наркоманами. Таким образом, реальную ситуацию можно представить весьма оценочно.

Сегодня всё чаще можно встретить точку зрения, что наркомания является не медицинской, а социальной проблемой. Разумеется, никто не будет спорить, что корни наркомании, как скажем, и туберкулеза, и алкоголизма имеют социальное происхождение, но сама наркозависимость является болезнью и, в первую очередь, требует медицинских воздействий.

Безусловно, в основе новой антинаркотической политики должна лежать профилактика наркомании и наркопреступности. Профилактика требует перехода от того, чтобы только «ловить» и лечить, к тому, чтобы менять общество и инфраструктуру социализации молодежи, организацию труда и жизнедеятельности. Это требует кардинальных изменений не только в практике наркологии и борьбы с наркопреступностью, но и в региональном развитии, развитии промышленности, здравоохранения, образования, демографии.

Необходимо добиться того, чтобы наркологические центры и кабинеты стали в регионах действительными центрами организации всей работы по первичной, вторичной и третичной профилактике наркомании.

По данным учреждений здравоохранения, по состоянию на 1 января 2019 года уровень наркотизации населения Кемеровской области характеризуется следующими предварительными показателями:

- Число лиц, зарегистрированных в 2018 году с диагнозом «наркомания», составило 7 588 чел., что на 428 чел. (или на 5,3 %) меньше, чем в предыдущем году (в 2017 году – 8 016 чел.). Число несовершеннолетних (лиц в возрасте 0-17 лет) составило 9 чел., что на 2 чел. (или на 18,2 %) меньше, чем в течение 2017 года (в 2017 году – 11 чел.). Абсолютное

большинство зарегистрированных лиц с диагнозом «наркомания» – 83,5 % – имеют опийную зависимость, причем этот показатель имеет устойчивую тенденцию к снижению (в 2017 году – 85,7%).

- Распространенность наркомании в Кузбассе в 2017 году составила 282 больных с диагнозом «наркомания», зарегистрированных в наркологических учреждениях, в расчёте на 100 тыс. населения, что на 4,7 % меньше, чем аналогичный показатель предыдущего года (в 2017 году – 296).

Среди городских округов наибольший уровень распространённости имеют Анжеро-Судженский (685 чел. в расчёте на 100 тыс. населения) и Калтанский (633 чел.), наименьший – Осинниковский городской округ (0 чел.) и Тайгонский (122 чел.). Среди муниципальных районов наибольший уровень распространённости в Промышленновском (554 чел.) и Яшкинском (421 чел.), муниципальных районах, наименьший – в Чебульнском (41 чел.) и Беловском (78 чел.) муниципальном районе. В большинстве городских округов и муниципальных районов области отмечается снижение или стабилизация показателей распространённости наркологических расстройств среди населения в сравнении с 2017, что соответствует общей динамике наркоситуации. Вместе с тем, в ряде территорий наблюдается рост уровня распространённости наркомании – среди городских округов: в Калтанском (122,7 %), Полысаевском (21,1 %), Ленинск-Кузнецком (21 %), Беловском (12,1 %), Краснобродском (12 %), Киселевском (3,2 %) и Анжеро-Судженском (1,3 %); среди муниципальных районов: в Яйском (17,3 %), Крапивинском (9,5 %), Промышленновском (8,2 %), Тисульском (7,5 %) и Ижморском (6 %). Наибольшее снижение данного показателя за год отмечается в Тайгинском (48,7 %) и Березовском (11,6 %) городских округах, и таких муниципальных районах как: Чебулинском (56,9 %), и Беловском (50,2 %).

- Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» в 2018 году составило 324 чел., что на 86 чел. или на 21 % меньше, чем в предыдущем году (в 2017 году – 410 чел.).

Структура наркотиков, которые потребляют лица с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания», в 2018 году продолжала меняться. Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания», взятых на диспансерный учет вследствие потребления опиоидов, в 2018 году составило 165 чел. (или 50,1 %), что на 9 процентных пунктов меньше, чем в предыдущем году (в 2017 году – 246, или 60%).

Число лиц, взятых на диспансерный учет вследствие потребления каннабиноидов, составляет 23,8 % (77 человек). В 2017 году: лица, впервые взятые на диспансерный учет вследствие потребления каннабиноидов – 19,5 % (80 чел.).

Абсолютное число лиц, зарегистрированных с диагнозом «наркомания», в возрастной категории 18-19 лет сократилось на 6 чел., или 35,3 %, и составило 11 чел. (в 2017 году – 17 чел.), в возрастной категории 20-39 лет – уменьшилось на 58 чел. или 18,6 %, и составило 254 чел. (в 2017 году – 312 чел.).

Число несовершеннолетних лиц с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» составило 3 чел. – снижение к 2017 году на 57,1 % (в 2017 году – 7 чел.), из них 33,3 % имеют зависимость от каннабиноидов (в 2017 году – 42,9 %), 1 – от других опиоидов, 1 – от других наркотиков и их сочетаний (полинаркомания).

Несовершеннолетние лица с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» выявлены в Междуреченском (1 чел.), Новокузнецком (1 чел.) и Прокопьевском (1 чел.) городских округах.

- Заболеваемость наркоманией в Кузбассе в 2018 году составила 12 больных с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания», взятых под наблюдение в наркологических учреждениях, в расчете на 100 тыс. населения (в 2017 году – 15). Среди городских округов наибольший уровень заболеваемости наркоманией наблюдается в Анжеро-Судженском (37 чел.), Мысковском (28 чел.) и Калтанском (27 чел.) городских округах, наименьший – в Осинниковском (0 чел.), Беловском (2 чел.) и Березовском

(6 чел.) городских округах. Среди муниципальных районов наибольший уровень заболеваемости в Ижморском (54 чел.), Кемеровском (45 чел.) и Промышленновском (36 чел.) муниципальных районах, наименьший – в Беловском и Гурьевском (по 0 чел.), Мариинском (2 чел.) муниципальных районах.

В ряде территорий отмечен наибольший рост заболеваемости у лиц, зарегистрированных с синдромом зависимости от наркотических средств («наркомания»), установленным впервые в жизни: в Юргинском городском округе (50 %), Калтанском (34,4 %), Мысковском (20,7 %), а также в Тяжинском и Таштагольском (в 4 раза), Топкинском (в 3 раза), Яйском (в 2,5 раза), Крапивинском и Новокузнецком (в 2 раза) муниципальных районах. Наибольшее снижение заболеваемости наблюдается в Тайгинском (в 10 раз), Осинниковском (в 8 раз %), Беловском (92,6%), Ленинск-Кузнецком (90,5 %) городских округах, а также в Беловском и Гурьевском (в 2 раза), Мариинском (на 66,3 %) и Ленинск-Кузнецком (на 48,8 %) муниципальных районах.

- Число лиц, зарегистрированных в 2018 году с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) потребление наркотических средств и психотропных веществ», составило 3 080 чел., что на 263 чел. или на 7,9 % меньше, чем в течение предыдущего года (в 2017 году – 3 343 чел.). Из них, число несовершеннолетних в 2018 году составило 246 чел. (в 2017 году – 259).

- Распространённость пагубного (с вредными последствиями) потребления наркотических и психотропных веществ в Кузбассе в 2018 году составила 114 чел. с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) потребление наркотических средств и психотропных веществ», зарегистрированных в наркологических учреждениях, в расчете на 100 тыс. населения, что на 9 чел. (или 7,3 %) меньше, чем аналогичный показатель предыдущего года (в 2017 году – 123 чел.).

Среди городских округов наибольший уровень распространённости пагубного (с вредными последствиями) потребления наркотических и психотропных веществ имеют Юргинский (328 чел. в расчете на 100 тыс. населения), Анжеро-Судженский (218) и Калтанский (210) и городские округа. Наименьший – Осинниковский (15), Кемеровский (34) и Тайгинский (55) городские округа. Среди муниципальных районов наибольший уровень распространённости в Промышленновском (588), Гурьевском (376) и Прокопьевском (366) муниципальных районах. Наименьший – в Топкинском (0), Ижморском (9), Новокузнецком (24) и Яйском (28) муниципальных районах. В сравнении с 2017 годом наибольший рост уровня распространённости пагубного (с вредными последствиями) потребления наркотических и психотропных веществ наблюдается в Калтанском (в 3 раза), Киселевском (24,5 %) и Тайгинском (10,5 %) городских округах, а также в Крапивинском (на 90,9 %), Гурьевском (35,6 %) и Мариинском (19,2 %) муниципальных районах. Наибольшее снижение распространённости пагубного (с вредными последствиями) потребления наркотических и психотропных веществ отмечается в Осинниковском (79,8 %), Краснобродском (75,6 %) и Полысаевском (69,1 %) городских округах, а также в следующих муниципальных районах: Ижморском (83 %), Таштагольском (61 %) и Чебулинском (49,7 %).

- Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) потребление наркотических средств и психотропных веществ» составило 497 чел., что меньше предыдущего показателя на 45 чел. или 9,1 % (в 2017 году – 542 чел.).

Число несовершеннолетних составило 50 чел. (в 2017 году – 88 чел.) по сравнению с предыдущим годом показатель снизился на 43,2 %.

- Общий уровень первичной обращаемости за наркологической медицинской помощью в 2018 году в расчёте на 100 тыс. населения составил 18 чел. и по сравнению с предыдущим годом (20 чел.) снизился на 10 %. Среди городских округов наибольший общий уровень первичной обращаемости наблюдается в Калтанском – 47 чел., Ленинск-Кузнецком и Полысаевском – 55 чел., Междуреченском – 33 чел. и Киселевском – 32 чел.; наименьший: в Осинниковском – 0 чел., Тайгинском – 4 чел. и Кемеровском – 5 чел.

В муниципальных районах ситуация выглядит следующим образом: наибольший уровень фиксируется в Гурьевском – 83 чел., Тисульском – 43 чел. и Ленинск-Кузнецком – 38 чел.; наименьший: в Ижморском и Топкинском – по 0 чел. и Юргинском – 5 чел. муниципальных районов.

Максимальное снижение общего уровня первичной обращаемости за наркологической медицинской помощью по сравнению с прошлым годом наблюдается в Осинниковском (в 25 раз), Анжеро-Судженском (74 %), Беловском и Краснобродском (по 72,9 %) городских округах, а также в Ижморском (в 9 раз), Прокопьевском (72,6 %) и Беловском (70,9 %) муниципальных районах. Наибольший рост отмечен в Мысковском (в 6 раз) и Юргинском (в 4 раза) городских округах, а также в Гурьевском (в 4 раза) и Чебулинском (в 3 раза) муниципальных районах.

Из общего числа больных наркоманиями, зарегистрированных с синдромом зависимости от наркотиков и потребляющих наркотики с вредными последствиями, 7 208 чел. потребляют наркотики инъекционным способом (67,6 %). В 2017 году инъекционным способом потребляли наркотики 7 454 чел. (65,6 %). В разрезе муниципальных образований области наибольшее значение показатель принимает в Новокузнецком (79 %), Кемеровском (76,2 %), Междуреченском (75,4 %), Беловском (74,9 %) и Анжеро-Судженском (72,1 %) городских округах, Топкинском (97,2 %), Яшкинском (82,5 %), Новокузнецком (81,8 %) и Кемеровском (72,2 %) муниципальных районах; наименьшее – в Тисульском (10,7 %) муниципальном районе.

Самый высокий уровень потребления наркотиков инъекционным способом отмечается в Анжеро-Судженском (651 чел. на 100 тыс. населения), Ленинск-Кузнецком и Полысаевском (506 чел.), Междуреченском (505 чел.) и Беловском (413 чел.) городских округах, а также в Промышленновском (518 чел.) и Яшкинском (407 чел.) муниципальных районах. Самый низкий уровень в Тайгинском (118 чел.) и Кемеровском (140 чел.), а также в Чебулинском (14), Ижморском (36), Тисульском (38 чел.), и Яйском (57 чел.) муниципальных районах.

Уровень потребления наркотиков инъекционным способом по сравнению с 2017 годом сократился. Наиболее темп сокращения отмечается в Тайгинском (40,8 %), Березовском (12,4 %) и Кемеровском (12,3 %) городских округах, а также в Чебулинском (77,7 %), Ижморском (41,6 %), Мариинском (23,9 %) и Таштагольском (23,8 %) муниципальных районах. В Тисульском муниципальном районе данный показатель по сравнению с 2017 годом увеличился более чем в 2 раза.

Число женщин, потребляющих наркотики инъекционным способом, составило 1 560 или 83,4 % (в 2017 году – 1 660 чел. или 81,4%) от общего числа женщин, больных наркоманиями, зарегистрированных с синдромом зависимости от наркотиков и потребляющих наркотики с вредными последствиями, и 20,6 % от общего числа больных наркоманиями (в 2017 г. – 20,7 %). При этом в абсолютных значениях данный показатель снизился на 100 человек. Наиболее высокая доля женщин среди потребляющих наркотики инъекционным способом зафиксирована в Тайгинском (33 %), Мысковском (30 %), Киселевском и Междуреченском (по 26 %) городских округах, а также в Крапивинском (44 %), Топкинском (35 %) и Новокузнецком (29 %) муниципальных районах. Уровень рассматриваемого показателя по сравнению с 2017 годом в городских округах и муниципальных районах значительно не изменился. Не зарегистрировано женщин, потребляющих наркотики инъекционным способом, в Осинниковском городском округе, а также в Ижморском, Тисульском и Чебулинском муниципальном районе.

Число несовершеннолетних, потребляющих наркотики инъекционным способом, составило 3 чел. или 1,2 % от общего числа несовершеннолетних, больных наркоманиями, и потребляющих наркотики с вредными последствиями, и 0,04 % от общего числа больных наркоманиями (в 2017 году – 1,5 % и 0,05 % соответственно). Несовершеннолетние среди потребляющих наркотики инъекционным способом зафиксированы в Калтанском (1 чел., или 0,6 % от общего числа лиц, потребляющих наркотики инъекционным способом, с

диагнозами «наркомания» и «пагубное употребление») и Междуреченском (2 чел., или 0,4 %, соответственно) городском округе.

Эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции в Кемеровской области в настоящий момент продолжает оставаться напряженной. Вместе с тем, отмечается благоприятная тенденция к снижению заболеваемости. Так, в 2018 году выявлен 5 264 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 307 случаев (или на 5,5%) меньше, чем за период 2017 года. Положительным прогностическим фактом является и то, что снижение заболеваемости происходит на фоне постоянно растущего охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию.

В эпидемический процесс вовлечены все социальные и возрастные группы населения. Подростки и молодежь (до 17 лет) составляют сегодня лишь 1,4% от общего числа выявленных лиц. В 2000-2001 годах на эту возрастную группу приходилось 15,3%. Многократное снижение доли молодёжи в эпидемиологическом процессе указывает на эффективность профилактических программ, направленных на молодёжь и активно реализуемых в данной целевой аудитории

Лекция № 2. Курение. Предпосылки к курению. История употребления табака в России и странах Европы

План

1. История табакокурения.
2. Факторы и механизмы, обуславливающие возникновение табакозависимости.
3. Курение и его влияние на здоровье. Состав табачного дыма.
4. Профилактические мероприятия по борьбе с курением.

История табакокурения.

Табак родом из Америки. И хотя на старинных китайских вазах встречаются рисунки с изображениями курящих людей, всё же до открытия Америки Христофором Колумбом табака в Старом Свете не знали.

В поисках золота Колумб направился к югу и 27 октября 1492 года высадился на побережье Кубы. В числе подарков местные жители поднесли Колумбу сушеные листья растения петум. Они курили эти подсушенные на солнце листья, свернутые в трубочки, которые назывались «сигаро». При курении каждый делал по 3–4 затяжки, выпуская дым через ноздри. По образному выражению Колумба, дым этой травы они «пили».

Вскоре Колумб с частью экипажа отправился в Европу. Оставшиеся матросы стали первыми европейцами, научившимися курить от местных жителей. И хотя в представлении набожных испанцев пускать дым из ноздрей могли лишь черти, многие матросы и сам адмирал втянулись в это занятие.

Такой притягательной оказалась сила табака. И растение, получившее название от имени провинции Тобаго острова Гаити, начало свое победоносное шествие по странам и континентам. После второго похода Христофора Колумба (1493–1496) семена табака были завезены в Испанию. Затем они попали в соседние европейские страны и в период Великих географических открытий морскими и караванными путями были доставлены практически во все уголки земного шара.

Быстрому распространению табака способствовало, конечно, удивительное его свойство – привычная тяга к курению, с которой было очень трудно совладать человеку. Теперь-то мы знаем о наркотических качествах никотина, но в те далекие времена табаку приписывали необыкновенные действия. Например, считалось, что табак целебен, его дым отпугивает болезни, злых духов и т. д. Табак считали стимулирующим и успокаивающим средством.

В 1559 году Жан Нико, французский посланник в Португалии, преподнес французской королеве Екатерине Медичи сухие листья табака с рекомендацией нюхать их при головной боли, приступы которой часто беспокоили королеву. Нюхание табака нашло

подражателей в среде придворной знати, а при Франциске II, сыне Екатерины, также страдавшем мигренью, стало своеобразной модой. Ко времени Людовика XIV нюхание табака было введено в круг придворного этикета.

Итак, к концу XVI века курение проникло в Испанию, Португалию, Францию, Англию и Голландию. Тридцатилетняя война способствовала распространению курения в Германии и Швеции.

В Россию табак был завезен английскими купцами в 1585 году через Архангельск, а затем начал широко культивироваться на российской земле.

В середине 30-х годов XVIII века знаменитый шведский естествоиспытатель Карл Линней, создавший классификацию животного и растительного мира, присвоил табаку родовое название «никотиана» в честь Жана Нико, начавшего первым культивировать табак в Европе.

Потребность в табаке оказалась столь большой, что такие североамериканские провинции, как Вирджиния и Мэриленд, стали специализироваться в основном на выращивании табака. До сих пор существуют сорта табака «мэриленд» и «вирджиния». В XVIII веке на табачных плантациях этих штатов работали десятки тысяч негров. Тюки табака из Америки заполняли все порты мира, принося огромные доходы владельцам табачных плантаций и торговцам.

Табак курили в виде свернутых из его листьев трубочек (сигар), а также в специально изготовлявшихся для курения трубках – глиняных, фарфоровых, деревянных. В середине XIX века появились папиросы, производившиеся на специальных фабриках; со второй половины XX века широкое распространение получили сигареты.

Нельзя сказать, что табак беспрепятственно проникал всюду. По религиозным и экономическим мотивам в ряде стран, например в Италии, табак был объявлен «забавой дьявола».

В Англии по указу Елизаветы I (1585) курильщиков приравнивали к ворами и водили по улицам с веревкой на шее. После смерти Елизаветы правление перешло к Якову Стюарту, объявившему курение вредным. Его знаменитый труд «О вреде табака», опубликованный в 1604 году, считается первой популярной книгой о вреде курения.

Курение табака, а также применение его в качестве лекарства часто вызывало тяжелые отравления, нередко кончавшиеся смертью. Это заставляло правительства разных стран вести борьбу с ним.

В России в царствование Михаила Фёдоровича уличенных в курении в первый раз наказывали 60 ударами палок по стопам, во второй – отрезанием носа или ушей. После опустошительного пожара в Москве в 1634 году, причиной которого оказалось курение, оно было запрещено под страхом смертной казни.

В 1697 году торговля табаком и курение были разрешены Петром I, который стал заядлым курильщиком после посещения Голландии. Более того, он всячески склонял к курению своих приближенных и разрешил свободный ввоз табака из-за границы, наложив, правда, на него высокую пошлину.

Вредные свойства табака до XIX века практически не были изучены, и врачи ничего не могли противопоставить привычке курения, которая подкреплялась мощной рекламой, а плантаторы, фабриканты и купцы получали баснословные прибыли от торговли сигарами и папиросами.

Факторы и механизмы, обуславливающие возникновение табакозависимости

На основании статистических данных разных стран можно сделать вывод, что в настоящее время до 60 % мужчин и 20 % женщин систематически курят, то есть 40 % взрослого населения нашей планеты являются курильщиками.

Одной из основных причин начала курения является любопытство. По данным опроса учащихся старших классов школ, средних специальных учебных заведений и студентов младших курсов институтов курить из любопытства начали до 25 % опрошенных. Другая причина начала курения в молодом возрасте – подражание старшим товарищам, героям кино

и взрослым. Более четверти опрошенных студентов курят, чтобы казаться солиднее. Многие курят просто «по привычке». В некурящих семьях курящими становятся не более 25 % детей, в курящих семьях число курящих детей превышает 50 %.

Установлено также, что нижняя возрастная граница появления пристрастия к курению постоянно снижается. Часть ребят начинает курить очень рано – уже к пятому классу. А ведь курение для формирующегося молодого организма крайне вредно.

Привычка курить настолько прочно вошла в быт, что внешне приобретает вид необходимой жизненной потребности. Многие буквально и часа не могут обойтись без сигареты.

Есть важный фактор, обуславливающий привычку к курению. В состав табака входят многие вещества, среди которых есть обычные, присущие всякому растению, и характерные только для табачных листьев. Среди первой группы веществ можно назвать белки (около 10 %), углеводы (до 20 %), органические кислоты (около 10 %). Ко второй группе относятся смолы (7–14 %) и эфирные масла (порядка 1 % от массы табака), наличием которых и объясняется специфический аромат табака. У некоторых сортов табака он особенно привлекателен, а в отдельных случаях благодаря специальной обработке настолько приятен, что некоторые некурящие люди даже наслаждаются табачным дымом.

Напротив, дурной запах образуется вследствие сгорания белков, которые придают табаку во время его использования горечь и вызывают неприятные вкусовые ощущения. Содержание белков зависит от сорта табака, а отсюда разная реакция на табак у впервые закуривших людей. Современные сорта табака очень мягкие, нередко с небольшим содержанием балластных веществ, и это создает условия к тому, что при первых затяжках особо негативной реакции не возникает. Тем более что фильтр задерживает смолистые вещества, горечь и частично никотин. К этому следует добавить, что редко кто из подростков выкуривает всю сигарету, а начинающие курильщики зачастую делят одну сигарету на многих, пуская ее по кругу. Именно таким образом – путем кратковременного и нерегулярного в начале курения – и возникает незаметно самая настоящая привычка к табаку, к никотину.

В чем же причина такой привязанности? В первую очередь в характере специфического действия никотина на организм человека.

Механизм привыкания к табаку. Составные части табачного дыма всасываются в кровь и разносятся ею по организму. Через 2–3 минуты после вдыхания дыма никотин уже проникает внутрь клеток головного мозга и ненадолго повышает их активность. Происходящее параллельно с этим кратковременное расширение сосудов мозга и рефлекторное воздействие аммиака на нервные окончания дыхательных путей субъективно воспринимаются курильщиком как освежающий приток сил или своеобразное чувство успокоения.

Однако спустя некоторое время чувство прилива энергии и приподнятости исчезает. Физиологически это связано с наступающим сужением сосудов мозга и понижением его активности. Чтобы вновь почувствовать состояние прилива сил, курящий спустя некоторое время опять тянется за сигаретой, невзирая на остающуюся после курения горечь во рту, обильное слюноотделение и неприятный запах.

Кажущиеся подъем энергии, успокоенность, закрепляясь в сознании после выкуривания сигареты, переходят в условный рефлекс. Курящий человек не может без табака нормально работать, жить и вскоре становится настоящим рабом своей страсти. Никотин, как и некоторые другие яды, вызывает привыкание, и без него, в силу установившихся рефлексов, курящему человеку трудно обходиться.

В основе привычки к курению лежат индивидуально-различные мотивы, основанные на комплексе условно-рефлекторных связей, включающих в себя процесс курения и конкретные условия, в которых он происходит и закрепляется в сознании курящего.

Курение и его влияние на здоровье. Состав табачного дыма.

Курение и его влияние на здоровье. О вреде курения сказано немало. Однако многочисленные статистические данные показывают устрашающий рост производства и потребления табака во всём мире. Эти данные вызывают оправданную озабоченность со стороны правительств и общественности во всех странах.

Беспокойство ученых и врачей, вызванное распространением этой пагубной привычки, растёт, так как пока ещё значительное число людей не считает курение вредным для здоровья.

Медики, лучше других осведомленные о страшных последствиях курения, первыми подняли свой голос против этой общественной опасности, вызывающей преждевременную смерть многих людей.

Врачами было установлено, что рост числа курящих также способствует увеличению количества опасных болезней. Результаты научных исследований по этой проблеме, которые, начиная с 1960-х годов, стали публиковаться в газетах и журналах, всколыхнули общественность.

Курение влияет на ожидаемую продолжительность и качество жизни: 35-летняя курящая женщина проживет на 5 лет меньше, а мужчина – на 7 лет меньше, чем некурящие. По данным ВОЗ, в России ежегодно от причин, связанных с курением, умирает 300 тыс. человек.

Оказывается, что при выкуривании в день от 1 до 9 сигарет жизнь курильщика сокращается на 4,6 года по сравнению с некурящим; от 10 до 19 сигарет – на 5,5 года; от 20 до 39 сигарет – на 6,1 года.

Длительно и много курящие в 13 раз чаще болевают стенокардией, в 12 раз – инфарктом миокарда, в 10 раз – язвой желудка и в 30 раз – раком легких. Люди, начавшие курить до 15-летнего возраста, умирают от рака легких в 5 раз чаще, чем те, которые начали курить после 25 лет.

Нет такого органа, который бы не поражался табаком: почки и мочевой пузырь, половые железы и кровеносные сосуды, головной мозг и печень.

У женщин курение увеличивает риск выкидышей, снижает массу тела новорожденных, увеличивает частоту случаев внутриутробной смерти плода, является причиной отставания ребенка в физическом и умственном развитии. Оно также снижает способность к деторождению у женщин и нарушает спермообразование у мужчин. У курящих женщин увеличивается риск остеопороза и переломов костей в пожилом возрасте.

Курением вызваны 30 % всех случаев смерти от онкологических заболеваний. Табакокурение является причиной 90 % всех случаев заболеваний раком легких. Увеличение числа курящих женщин в последние десятилетия привело к увеличению частоты случаев рака среди них. Риск развития хронических деструктивных заболеваний легких у курящих женщин в 5–8 раз выше, чем у некурящих.

Широкая публикация приведенных фактов способствовала тому, что в некоторых странах действительно уменьшилось потребление табака, но общий объем его производства во всём мире отнюдь не снизился, а продолжил увеличиваться.

По инициативе медиков была развернута широкая пропаганда борьбы с курением, в ряде стран делались попытки возобновления старинных традиций, запрещающих употребление табака.

Существует ряд социально-психологических причин, способствующих развитию массовой «эпидемии» табакокурения:

- увеличение производства табака и табачных изделий;
- широкая торговля ими и реклама этих изделий;
- огромные доходы от торговли и рекламы;
- напряженный ритм современной жизни.

Особенно опасно табакокурение в детском и подростковом возрасте, потому что организму в эти годы нужно много сил, чтобы справиться со всеми нагрузками: как физическими, так и умственными. Курение же замедляет физическое и психическое развитие. Оно, в первую очередь, сказывается на нервной и сердечно-сосудистой системах. Ученые выяснили, что курение в два раза опаснее для растущего организма, чем для взрослого. Смертельная доза для взрослого человека содержится в одной пачке сигарет, если ее выкурить сразу, а для подростка достаточно полпачки. Были даже зарегистрированы случаи смерти подростков от подряд выкуренных двух-трех сигарет из-за резкого отравления жизненно важных центров, в результате чего наступала остановка сердца и прекращалось дыхание. В результате многолетних наблюдений французский доктор Декалзне еще 100 лет назад пришел к убеждению, что даже нечастое курение вызывает у детей малокровие, расстройства пищеварения.

Курение отрицательно влияет на скорость мыслительных процессов, а значит, на качество обучения. Число неуспевающих возрастает в тех группах, где больше курящих. У курящих ребят хуже память и слух, они отличаются нервозностью и раздражительностью.

Как известно, навыки, привычки, усвоенные в раннем возрасте, самые прочные. Это относится не только к полезным, но и к вредным привычкам. Чем раньше ребенок начнет курить, тем быстрее привыкнет к никотину, и в дальнейшем отказаться от курения будет очень трудно.

В настоящее время наука располагает тысячами доказательств, подтверждающих тот факт, что табак содержит губительные для организма человека вещества. В литературе описан случай, когда в комнату, где в связках лежал табак, положили спать девочку, и она по истечении нескольких часов умерла.

Опасность привычки курения состоит еще и в том, что кроме вреда, оказываемого курильщиком самому себе, он причиняет немалый вред окружающим, особенно детям, так как пассивное курение дает вредоносный эффект всего лишь в три раза более слабый, чем настоящее курение.

Крайне вредно и нездорово курить в присутствии некурящих людей, которые невольно при этом становятся «пассивными курильщиками». При курении в организм человека проникает 20–25 % ядовитых веществ, а 50 % вместе с выдыхаемым дымом поступают в воздух, которым дышат окружающие. Получается, что некурящие люди вынуждены «курить». Поэтому у некурящих людей обнаруживаются болезни, присущие курильщикам.

Живущие в прокуренных помещениях дети чаще и тяжелее страдают заболеваниями органов дыхания. У детей курящих родителей в течение первого года жизни увеличивается частота бронхитов и пневмоний и повышается риск развития серьезных заболеваний.

Установлено, что основная причина частых заболеваний верхних дыхательных путей у детей – курение родителей. В 1999 году в Англии обследование учеными-медиками 10 тыс. детей показало, что в семьях, где хотя бы один из родителей выкуривает 14 и более сигарет в день, дети из-за пассивного курения страдают заболеваниями верхних дыхательных путей на 49 % больше. Врачи считают, что в большинстве своем пассивное курение является причиной астмы у детей, а не аллергия и экология, как считалось раньше. По данным Агентства по защите окружающей среды США, риск онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний у пассивных курильщиков увеличивается на 25 %.

У детей, матери которых курили во время беременности, имеется предрасположенность к судорогам. Они значительно чаще заболевают эпилепсией.

Состав табачного дыма. Установлено, что при курении происходит неполное сгорание высушенных табачных листьев вне зависимости от того, используются ли они в натуральном виде (свитыми в трубочку), или в сигаре, в сигарете, в трубке. При сгорании выделяется дым, представляющий собой неоднородную смесь, состоящую в среднем из 60 % различных газов и 40 % микроскопических дегтярных капель (аэрозоли).

В газовом составе дыма содержатся, кроме азота (59 %), кислорода (13,4 %), еще и оксид углерода (IV) (13,6 %), водяной пар (1,2 %), цианистый водород (0,1 %), оксиды азота и др.

В аэрозоли – вода (0,4 %), глицерин и спирты (0,1 %), углеводороды (0,1 %), фенолы (0,003 %), никотин (0,02 %) и др. Половина из содержащихся в табачном дыму органических и неорганических веществ становятся основной или сопутствующей причиной возникновения типичных для курильщика заболеваний (облитерирующий эндартериит, хронический бронхит, эмфизема легких, рак легких).

Общее количество вредных веществ достигает 1200, а самым опасным из них является никотин.

Систематическое поглощение небольших доз никотина вызывает привычку, пристрастие к курению. Никотин включается в процессы обмена, происходящие в организме человека, и становится необходимым.

Птицы (воробьи, голуби) погибают, если к их клюву всего лишь поднести стеклянную палочку, смоченную никотином. Кролик погибает от 1/4 капли никотина, собака – от 1/2 капли.

Для человека смертельная разовая доза никотина составляет от 50 до 100 мг, или 2–3 капли. Именно такая доза поступает ежедневно в кровь после выкуривания 20–25 сигарет (в одной сигарете содержится примерно 6–8 мг никотина, из которых 3–4 мг попадает в кровь).

Человек сразу не погибает. Дело в том, что доза вводится не в один прием. К тому же часть никотина нейтрализует формальдегид – другой яд, содержащийся в табаке. Однако если некурящий человек в один прием получит значительную дозу никотина, может наступить смерть. Российский ученый-фармаколог Н. П. Кравков описал смерть молодого человека после того, как тот впервые в жизни выкурил большую сигару.

Не менее опасны и другие составляющие табачного дыма. Так, в последние годы ученые уделяют пристальное внимание веществам, вызывающим рак. К ним, в первую очередь, относят бензопирен и радиоактивный изотоп полоний-210. Если курильщик наберет в рот дым, а затем выдохнет его через платок, то на белой ткани останется коричневое пятно. Это и есть табачный дёготь. В нем особенно много веществ, вызывающих рак.

Особенно вредно докуривать сигареты до конца или курить так называемые окурки, потому что накопленный в них дёготь снова при этом начинает испаряться и делает дым более концентрированным.

В табачном дыму содержится в 10 тыс. раз больше частиц, чем в самом загрязненном воздухе на промышленных предприятиях. Не случайно сигарету сравнивают с фабричной дымовой трубой, выбросы которой в непроветриваемую комнату содержат в 10–30 раз больше бензопирена, чем выделяется в промышленных центрах и в больших городах. А канцерогенное действие бензопирена было доказано еще в 1875 году английским врачом, который описал рак кожи как профессиональное заболевание у трубочистов.

В составе табачного дыма открыты и другие вещества, глубоко проникающие в легкие. Через слизистую оболочку ротовой полости и дыхательных путей, а также через альвеолы легких многие из этих веществ попадают в кровь, которая их разносит по всему организму.

Курение – не безобидное занятие, которое можно бросить без усилий. Именно поэтому **«МИНЗДРАВ ПРЕДУПРЕЖДАЕТ: КУРЕНИЕ ОПАСНО ДЛЯ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ!».**

Профилактические мероприятия по борьбе с курением

Совокупность причин распространения табакокурения требует принятия комплексных мер борьбы с его распространением, направляемых и координируемых государственными и общественными органами. Пропагандистские кампании, проводимые органами здравоохранения и различными добровольными обществами, помогли части

взрослого населения, и в особенности мужчинам, избавиться от этой пагубной привычки. К сожалению, количество женщин-курильщиц во всём мире почти не сокращается.

Систематическая и хорошо организованная борьба с этим социальным злом проводится во многих странах. Приняты законы, запрещающие подросткам курить. Например, в США, при всём засилье табачной рекламы, наблюдается тенденция к уменьшению числа курящих: десятки миллионов американцев бросили курить. То же самое происходит и в Англии, Швеции, Финляндии. Норвежцы твердо решили стать некурящей нацией. В большинстве стран Евросоюза введен запрет на курение в общественных местах.

Сторонники табака часто ссылаются на то, что многие выдающиеся люди, например, Ч. Дарвин, И. Ньютон, С. В. Рахманинов, А. М. Горький и даже С. П. Боткин, курили. Значит, курение не мешало им достичь успехов? Приведем здесь некоторые высказывания известных деятелей культуры и науки. Писатель А. Дюма-младший: «...Я отложил свою сигару и поклялся, что никогда не буду курить. Эту клятву я твердо сдержал и вполне убежден, что табак вредит мозгу так же определенно, как и алкоголь». Великий врач С. П. Боткин был заядлым курильщиком. Умирая еще сравнительно нестарым (в возрасте 57 лет), он сказал: «Если бы я не курил, то прожил бы еще 10–15 лет». Сколько бы еще сделал он для науки, для спасения людей, но, увы, не сумев избавиться от своей пагубной привычки, не смог спасти и себя.

Для перелома общественного мнения относительно табакокурения очень важна активная жизненная позиция каждого человека в отдельности, который должен соблюдать требования по ограничению курения в учреждениях, общественных и других местах. В нашей стране запрещено курить во дворцах спорта, бассейнах, спортзалах, учебных и медицинских заведениях, санаториях, в общественном транспорте.

Возможные последствия злоупотребления табаком: острые респираторные заболевания; стенокардия, инфаркт миокарда; язвенная болезнь желудка; раковые заболевания; темный налет на зубах и несвежее дыхание.

Огромное отрицательное воздействие табачного дыма на организм человека доказано давно и не вызывает сомнений. Подавляющее число курильщиков это знают. Так почему же люди всё-таки курят? Вопрос непростой. Во-первых, это своеобразная традиция, передающаяся от поколения к поколению. Если курят взрослые, а тем более родители, то дети, копируя их, тоже начинают курить. Во-вторых, у молодежи существует мода на эту привычку. В-третьих, не зря табакокурение называют малой наркоманией, т. е. к никотину появляется болезненное пристрастие. Курильщик курит не оттого, что ему просто хочется, а оттого, что его организм требует очередной порции никотина, и с течением времени необходимая доза увеличивается.

Как искоренить эту вредную для здоровья людей привычку? Наиболее эффективно это можно сделать на уровне государства. Надо, прежде всего, сделать курение непрестижным с точки зрения общества. С ним должны связываться не мужественность, а безволие, вялость, болезни и неудачи. Об эффективности подобных мер говорит тот факт, что за последние 10 лет в Америке бросили курить около 30 млн человек.

Подавляющее большинство курильщиков начинали курить в школьные годы. Очень тонкая, умелая антипропаганда курения среди школьников с серьезной аргументацией могла бы принести хорошие плоды. Однако в этой работе нужен личный пример родителей и учителей. Если учитель курит, он не сможет говорить с учащимися о вреде курения. Учитель не должен курить!

Особенно тревожным становится тот факт, что всё большее количество девушек и даже девочек приобщаются к курению. Девушки курят, по их словам, потому что это нравится мальчикам. Однако девушки должны знать, что только в случае, когда курящая девушка для юноши просто знакомая, с которой приятно проводить время, против ее курения он возражать не будет. Будущей жене и матери своих детей большинство юношей не простят курения.

Если серьезно подойти к оценке этой вредной привычки, то оказывается, что не так уж она безобидна, как многим кажется. Жаль, что многие осознают это слишком поздно. Памятуя о том, что курение наносит вред здоровью, надо как можно раньше, проявив волю, расстаться с этой пагубной привычкой.

Лекция № 3. История употребления алкоголя в России и странах Европы. Алкоголизм и социальная среда

План

1. История возникновения алкоголизма.
2. Алкогольные напитки, употребляемые человеком.
3. Влияние алкоголя на организм человека.

История возникновения алкоголизма

Употребление алкоголя как одна из вредных привычек имеет широкое распространение как в нашей стране, так и за рубежом.

Национальное бедствие, «коллективное самоубийство нации и человечества» – так оценивают ученые и общество многих стран растущее злоупотребление спиртными напитками. Такая оценка не преувеличена: за последние 100 лет выявился неуклонный рост их употребления во всех странах. В США, например, каждый человек в среднем затрачивает на алкогольные напитки почти столько же средств, сколько и на образование.

Число алкоголиков в разных странах мира огромно. Даже если принять во внимание цифры по экономически развитым странам, что составляет от 1 до 10 % взрослого населения, то из этого следует, что алкоголизмом страдают миллионы людей.

Данная проблема актуальна и для нашей страны. Потребление спиртных напитков в отдельных районах Московской области, Крайнего Севера и Западной Сибири выросло за последние 5 лет в 2,5 раза и продолжает увеличиваться. Врачи, физиологи, социологи, психологи, миллионы людей единодушны в стремлении бороться с этим многоликим злом.

Правда, единого мнения в том, как наиболее эффективно осуществлять борьбу с алкоголизмом, пока нет. И, к сожалению, общей методологической схемы, объединяющей сторонников различных подходов к решению этой проблемы мирового значения, тоже не существует.

История возникновения алкоголизма. «Похититель рассудка» – так именуют алкоголь с давних времен. Пифагор отмечал, что «пьянство есть упражнение в безумии».

Считается, что об опьяняющих свойствах спиртных напитков люди узнали не менее чем за 8 тыс. лет до н. э. – с появлением керамической посуды, давшей возможность изготавливать алкогольные напитки из меда, плодовых соков дикорастущего винограда. Возможно, что винокурение возникло еще раньше, чем земледелие.

Так, известный путешественник Н. Н. Миклухо-Маклай наблюдал папуасов Новой Гвинеи, не умевших еще добывать огонь, но уже знавших приемы приготовления хмельных напитков.

Люди с незапамятных времен употребляли алкогольные напитки, ядовитые грибы, листья растений и т. д., содержащие наркотики и оказывающие галлюцинаторное воздействие на психику. Причем первоначально употребление названных веществ носило культовый, религиозный характер.

Первыми обратили внимание на одурманивающие напитки различного рода жрецы, шаманы, колдуны. Однако «шаманский секрет» просуществовал недолго. Скоро алкоголь стал использоваться не только жрецами, но и всем племенем при исполнении религиозных и обрядовых действий. Тогда-то и начинает складываться определенное отношение к нему людей. Как показывают исследования, практически нет народа, у которого не было бы своего одурманивающего напитка.

Научившись использовать процесс брожения, древний человек для приготовления алкогольных напитков применял самые различные сельскохозяйственные продукты (просо,

ячмень, пшеницу, рис, маис, пальмовые листья и т. д.), содержащие крахмал, поскольку алкоголь образуется при брожении сахаристых веществ.

Приготовление алкоголя в те времена было весьма расточительным занятием, так как сельскохозяйственное производство было развито довольно слабо, и зерна едва хватало на пропитание, поэтому алкоголь употреблялся редко, по праздникам или религиозным соображениям. С развитием сельского хозяйства определенный излишек продуктов стали специально выделять для приготовления алкогольных напитков, которые употребляли без всякой связи с религиозными целями.

Дошедшие до наших времен памятники культуры свидетельствуют о том, что алкогольные напитки употребляли египтяне, греки, римляне, китайцы, индейцы, персы, турки и многие другие народы.

Чистый спирт начали получать в VI–VII веках арабы и называли его «аль коголь», что означало «одурманивающий».

Первую бутылку водки изготовил араб Фагер в 860 году. Перегонка вина для получения спирта резко усугубила пьянство. Не исключено, что именно это и послужило поводом запрета употребления спиртных напитков основоположником ислама Мухаммедом (570–632). Этот запрет вошел впоследствии в свод мусульманских законов – Коран (VII век). С тех пор на протяжении 12 столетий в мусульманских странах алкоголь не употребляли, а отступники этого закона жестоко наказывались.

Но даже в странах Азии, где потребление вина запрещалось религией, культ вина всё же процветал и воспевался в стихах. В средневековье в Западной Европе также научились получать крепкие напитки путем возгонки вина и других бродящих сахаристых жидкостей.

Крепкие напитки стали быстро распространяться по странам мира, прежде всего, за счет постоянно растущего промышленного производства алкоголя из дешевого сырья (картофеля, отходов сахарного производства).

Россия имеет свою историю употребления алкогольных напитков. В нашей стране с давних пор существовало значительное количество спиртных напитков – брага, вино, квас.

Считается, что хмельной квас – исконно русский напиток, названный в честь Квасира – божества скандинавских народов, с которыми наши древние предки вели торговлю. Отсюда, по-видимому, и было позаимствовано это название. Употребление алкоголя нашло отражение в легендах, сказаниях: «Мед, пиво пил».

Существовал в старину такой обычай – устраивать по праздникам общие для всей деревни пиры. Они назывались братчинами. Участники вносили свою долю зерном на варение пива и браги, крепость которых не превышала 5–10 градусов.

Начиная с XVII века, в Россию из-за границы начался массовый ввоз водки и вина.

Появление кабаков на Руси связано с именем Ивана Грозного. Согласно закону, курить (приготавливать) вино, а также другие спиртные напитки имел право только царь, либо те, кому он укажет или позволит это делать. Продажу спиртных напитков разрешалось проводить только в государственных учреждениях, называемых царскими кабаками. Весь доход поступал в царскую казну.

Но царев кабак возник не на пустом месте. До того на Руси существовала система питейных заведений. Ее сущность заключалась в том, что каждая деревня или село имели свой питейный дом или корчму, не говоря уж о городах, где их было несколько. В корчме подавали различного рода напитки: пиво, брагу, меды, квасы.

Корчма выполняла несколько функций: кормление, предоставление ночлега и общественную функцию, являвшуюся главной (в корчму приходили не только пить, а поговорить, узнать последние новости).

Насаждение кабаков происходило одновременно с распространением водки или, как говорили в старину, хлебного вина. Старой корчме с ее определенными социальными функциями пришел конец. Царев кабак значительно отличался от корчмы: в нем в основном продавались крепкие напитки, кормить посетителей не полагалось. Основной функцией

кабака была не социальная, а коммерческая – извлечение максимальной прибыли. С этого времени начинается пьянство с его последствиями: разбоем, грабежом, поножовщиной.

Правительство пыталось ввести для ограничения пьянства указы и ограничить потребление спиртных напитков. Так, в 1652 году вышел указ «продавать водку по одной чарке человеку». Запрещалось выдавать вино «питухам» (пьющим), а также во время постов, по средам, пятницам и воскресеньям. Однако вскоре из-за финансовых соображений в указ была внесена поправка: «Чтобы великого государя учинить казне прибыль, питухов с кружечного двора не отгонять».

Для обеспечения доходов в царскую казну из Москвы высылались приказы и наставления об усилении деятельности кабаков для обеспечения прибыли.

Если же доходы от кабака были меньшими, чем предполагалось, недостающие деньги вносило само население. Того, кто не платил свою долю «ставили на правеж»: выводили на площадь, раздевали и били палками до тех пор, пока он или кто-нибудь за него не заплатит. Как видно, кабацкий доход обеспечивался в любом случае.

«Тайное кормчество» (самовольное приготовление спиртного) яростно преследовалось. Для этого в кабаках был целый штат шпионов, именуемых «корчемными сыщиками». В указе 1660 года было записано: «а будет крестьяне начнут вино курить и продавать, у тех крестьян сечь руки и ссылатъ в Сибирь».

Известно, что при Екатерине II доходы от питейных домов увеличились в 6 раз и составили почти треть всего дохода казны.

Таким образом, рост благосостояния казны происходил благодаря тому, что государство никак не ограничивало потребление спиртных напитков населением.

Алкогольные напитки, употребляемые человеком

Алкогольная ферментация была известна людям еще в глубокой древности. Многие знают, что если оставить в теплом месте фруктовый или ягодный сок, он забродит. Это происходит потому, что находящиеся в соке микроскопические дрожжевые грибки начинают усиленно размножаться. В результате так называемого спиртового брожения вырабатывается этиловый спирт. Его формула C_2H_5OH . Напитки, содержащие спирт, называются алкогольными. Содержание спирта в них различное и определяется соответствующей концентрацией или крепостью. Чем выше показатель крепости алкогольного напитка, тем сильнее его опьяняющее действие.

Механизм превращения сахара в алкоголь с образованием углекислого газа выглядит так: $C_6H_{12}O_6 \rightarrow 2CO_2 + 2C_2H_5OH$. С истощением сахара заканчивается и брожение.

Исходным продуктом для получения этилового спирта служат злаки, картофель, свекла, а также сульфитный щелок – отброс бумажного производства, и древесина, осаждаемая химическим путем под действием кислот при высокой температуре и давлении.

Сырой этиловый спирт (сырец) содержит много примесей, в том числе ядовитых сивушных масел. В последующем спирт очищают путем перегонки в особых аппаратах. Но в полученном таким путем спирте-ректификате всё же сохраняется часть вредных для организма веществ.

При изготовлении водки используют только очищенный спирт. Есть группа других алкогольных напитков, для изготовления которых используют виноград. Это, прежде всего, так называемые сухие вина, получаемые естественным брожением виноградного сока. Если же в вино добавляют спирт, то его называют крепленным.

Спирт, получаемый при возгонке виноградного сока, используется для производства коньяка. Чем коньяк отличается от бренди? Оба этих напитка готовят из коньячного спирта. Его получают путем перегонки сухого виноградного вина, которое затем несколько лет выдерживают в дубовых бочках. Понятие «коньяк» возникло от названия французского города Коньяк. По международной классификации, коньяком имеет право называться только тот напиток, который произведен в этом районе Франции. Напитки из коньячного спирта, изготовленные в других местах, называются бренди, арманьяк и виньяк. В России их традиционно называют коньяком, хотя это не совсем верно.

Виски готовят из осахаренных зерновых продуктов. Ром получают из отходов производства тростникового сахара.

К разряду крепких спиртных напитков относится и продукция домашнего (кустарного) производства, например, самогон, грузинская чача. Последнюю получают из виноградных выжимок, а первый – из осахаренных хлебных злаков или из натурального сахара. Как правило, алкоголь кустарного производства содержит очень много вредных примесей, главным образом, сивушных масел.

Особую категорию спиртных напитков составляет пиво. О пиве иногда говорят, что это ценный продукт, и даже называют его «жидким хлебом». Крепость пива колеблется от 2,8 % спирта («Жигулевское») до 12 % («Балтика-9»). Но в пиве присутствуют различные вещества, повышающие чувствительность организма к алкоголю, усиливающие его всасывание. Поэтому смешивание пива и водки, как правило, приводит к быстрому и сильному опьянению.

Не все, очевидно, знают, что в кружке пива, в зависимости от способа его изготовления, содержится от 15 до 30 граммов алкоголя. А в литре – столько же, сколько в 100 граммах водки.

Известно немало случаев, когда человек становился алкоголиком, ежедневно употребляя по «безобидной» бутылке пива. Не случайно у медиков есть такой термин – «пивной алкоголизм».

Чрезмерное и частое употребление пива постепенно приводит к опасным нарушениям здоровья:

- негативное воздействие испытывает ЦНС (снижается скорость реакции, замедляются мыслительные процессы);
- развивается ожирение организма в целом;
- развивается ожирение сердца (в результате этого снижаются его функциональные возможности);
- возникают воспалительные процессы в желудке, кишечнике, мочевыводящих путях из-за содержания в пиве раздражающих веществ (спирт, хмель, углекислый газ). А из-за наличия в пиве сахара может нарушиться и нормальная функция поджелудочной железы;
- повышается вероятность возникновения цирроза печени.

Особо следует остановиться на употреблении ядовитых технических жидкостей, различных суррогатов алкоголя. Их употребляют, или ошибочно принимая за этиловый спирт, или намеренно пренебрегая опасностью, как это делают «заядлые пьяницы».

Так, метиловый спирт и этиленгликоль входят в состав антифризов. Обладая низкой температурой замерзания, они используются в системах охлаждения различных двигателей. Подобно обычному спирту, эти жидкости способны вызвать опьянение, но через 10–12 часов после их употребления появляются признаки тяжелого отравления: головная боль, тошнота, рвота, шаткая походка, слабость, потеря сознания. Смерть может возникнуть от мозговых расстройств (через 1–2 дня) или поражения почек (через 1–2 недели). Метиловый спирт – нервно-сосудистый яд и его доза в 100 граммов смертельна для людей. Даже небольшое его количество поражает зрительный нерв и сетчатку. Еще более опасен дихлорэтан (хлористый этилен), 10–15 граммов которого вызывают необратимые изменения в печени и почках.

Впрочем, вредные примеси содержатся и в продаваемом вине. Одним из спутников вина является метиловый спирт. Применяемый для обработки вин сернистый ангидрид также далеко не безвреден. В частности, он разрушает необходимые организму витамины группы В. Многочисленные кислоты (винная, уксусная, сернистая и др.), встречающиеся в винах, отрицательно влияют на органы пищеварения, особенно, на печень и поджелудочную железу.

Влияние алкоголя на организм человека

Алкоголь является сильным ядом. Его смертельная доза зависит от массы и возраста человека и колеблется в следующих границах: для грудных детей – 5–15 граммов; для детей – 50–100 граммов; для взрослого человека – 200–500 граммов.

Алкоголь является веществом, оказывающим не только опьяняющее, но и уничтожающее действие на организм. Наиболее сильно алкоголь поражает нервные клетки и клетки печени. Нервные клетки перестают полностью или частично воспринимать, перерабатывать и передавать нервные импульсы, в связи с чем наблюдается характерная бесчувственность, расстройство координации движений и в особо тяжелых случаях – состояние алкогольной комы.

Когда алкоголь попадает в кровь, действие специальных ферментов печени активизируется, они стремятся быстрее освободить организм от этого яда. Но еще более 100 лет назад русский ученый И. М. Сеченов доказал, что поступающий в кровь алкоголь полностью не распадается. Концентрация его в выходящей из печени крови хоть и небольшая, но значительно выше, чем при нормальном состоянии организма. Около 85 % алкоголя, попавшего в организм, разрушается в печени, частично окисляясь до уксусной кислоты. Небольшая, весьма изменчивая часть спирта под влиянием фермента каталазы окисляется до уксусного альдегида, который обладает в 5–10 раз более сильным наркотическим действием, чем сам алкоголь. Способность печени быстро справляться с поступающим ядом не беспредельна. Под влиянием алкоголя печень постепенно увеличивается в размерах, ее функции резко нарушаются. Развивается хронический гепатит, а в дальнейшем – цирроз печени, при котором значительная часть печеночных клеток замещается соединительной тканью, а сама печень как бы сокращается. Смертность в результате этого заболевания очень высока.

Рассматривая механизм действия алкоголя, особое внимание следует обратить на его наркотическое действие, которое вызывает кратковременное снижение уровня жизнедеятельности клеток за счет нарушения ферментативных и окислительных процессов. Алкоголь тормозит передачу импульсов через нервные волокна еще до возникновения нарушения обмена веществ в нервных клетках, которые характеризуются падением потребления кислорода. Алкоголь начинает всасываться в кровь уже в желудке, а чуть позже – в начальных отделах тонкого кишечника. Концентрация алкоголя в крови быстро нарастает, через 1–1,5 часа достигает максимума, затем постепенно уменьшается. Чем выше концентрация алкоголя в крови, тем тяжелее опьянение. Особенно неблагоприятно действует алкоголь, даже в небольших дозах, когда он принят натощак. Из крови алкоголь переходит в органы и ткани. В исследованиях, проведенных при помощи меченых атомов, установлено, что в крови алкоголь находится сравнительно недолго. Зато накапливается и задерживается до 15–20 дней (даже после однократной выпивки) в мозге, печени, сердце, желудке и других важных органах. Повторные выпивки задерживают алкоголь в этих органах на еще более длительный срок. От воздействия алкогольного яда страдают все органы и системы человеческого организма. Наибольший урон несет центральная нервная система. Установлено, в частности, что больше всего алкоголя накапливается в тканях головного мозга. Если содержание алкоголя в крови принять за единицу, то в головном мозге оно будет составлять 1,75, а в печени – 1,45.

В небольших дозах алкоголь вызывает обманчивое (иллюзорное) чувство облегчения, отрешенность от забот, расслабление, улучшение настроения. Эти приятные ощущения (так называемая эйфория) и являются в основном причиной широкого употребления алкоголя. Вместе с этим у человека отмечаются и изменения со стороны психики: появляются излишняя самоуверенность, обидчивость, теряется чувство меры во всем, критическое отношение к себе. В это время резко снижается умственная и физическая работоспособность.

Чем чаще человек пьет и чем больше крепость употребляемого алкогольного напитка, тем слабее поврежденные клетки печени исполняют свое основное предназначение – обезвреживание яда, который в неизменном виде начинает проникать в нервные клетки,

повреждая и разрушая их. Болезнь продолжает свое наступление. Погибает всё большее количество нервных клеток, страдают интеллект и память, снижается работоспособность, появляются различные формы психических расстройств. Конечно, все эти изменения в биохимических процессах наступают не сразу, а развиваются постепенно, незаметно для самого человека, злоупотребляющего спиртными напитками. Если за первой дозой алкоголя пьющий человек употребляет следующую и т. д., то отрицательное действие алкоголя на его организм и, в первую очередь на ЦНС, еще более усиливается. Человек не способен стоять на ногах, у него полностью отключается сознание, появляются рвота, непроизвольное мочеиспускание, сонливость. Он способен заснуть в любой позе и в любом месте. Причем наступает глубокий сон с резким снижением болевой чувствительности, приближающийся к состоянию, вызванному наркозом. Все эти симптомы свидетельствуют о начале острого алкогольного отравления, при котором не исключен смертельный исход.

При злоупотреблении алкоголем серьезные нарушения возникают в сердечно-сосудистой системе. Происходят функциональные и морфологические нарушения в сердце. Это приводит к возникновению ишемической болезни сердца или гипертонии, которые встречаются у злоупотребляющих алкоголем в 3 раза чаще, чем среди остального населения. У пьяниц в 4–5 раз чаще поражаются сосуды сердца и головного мозга, чем у непьющих. Всё это ведет к возникновению инфарктов и инсультов.

Губительное действие оказывает алкоголь и на половую сферу. Нарушается работа половых желез. Развивается половая слабость (импотенция), которой страдает около 30 % людей, злоупотребляющих алкоголем.

Угнетающее действие алкоголя на ЦНС при более значительных его дозах усиливается и распространяется на важнейшие нервные центры. Пьяный плохо ориентируется в окружающей обстановке, у него резко нарушается координация движений, расстраивается походка, заплетается язык. Он легко раздражается, проявляет агрессивность. Тут недалеко и до противоправных действий.

При систематическом употреблении алкоголя снижается устойчивость организма к инфекциям, действие лекарств не дает положительного эффекта.

Сильным является и действие алкоголя на пищеварительную систему. Он угнетает деятельность поджелудочной железы и оказывает раздражающее действие на желудок, понижает концентрацию инсулина в крови, повышает кислотность желудочного сока.

Влияние алкоголя на отдельные системы организма:

- алкоголь оказывает непосредственное воздействие на почки, через которые он частично выводится из организма;
- выделение алкогольных паров через легкие приводит к повреждению эластичной ткани дыхательных путей (быстро развивается эмфизема и фиброз легких – это необратимые процессы, имеющие весьма неблагоприятный прогноз);
- тяжелые поражения кровяных клеток у человека, злоупотребляющего алкоголем, связаны с непосредственным токсическим действием, оказываемым алкоголем на костный мозг. Алкоголь вызывает хоть и кратковременную, но в значительной степени повышенную свертываемость крови и чрезмерное образование тромбов, что само по себе может иметь опасные последствия для организма.

Это лишь небольшая часть из всего многообразия видов неблагоприятного воздействия алкоголя на организм человека. Среди причин смертности и болезней алкоголизм занимает третье место, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным образованиям. Систематическое злоупотребление алкоголем уменьшает среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет.

По расчетам экспертов Всемирной организации здравоохранения, потребление более восьми литров алкоголя в год на душу населения считается опасным для физического и психического здоровья нации. В России эта цифра достигает четырнадцати литров.

Отношение общества к проблеме алкогольной зависимости. Алкоголизм во многих странах стал буквально национальным бедствием. По данным авторитетных международных организаций, в Австрии, Англии, Дании, Италии, Канаде, Норвегии, США, Финляндии, Франции, Швейцарии, Швеции число алкоголиков превышает 5,5 млн человек, из них более 1,7 млн страдают серьезными осложнениями. Только в США число людей, злоупотребляющих алкоголем, составляет 9–12 млн человек. Смертность от алкоголизма и связанных с ним осложнений превышает число смертных случаев, вызываемых всеми инфекционными заболеваниями, вместе взятыми. В России 2,6 млн человек вовлечено в тяжелое, болезненное пьянство (1,8 % от всего населения страны). Особенности наркологической ситуации в Омской области являются повышение заболеваемости алкоголизмом детей и подростков, увеличение числа лиц, перенесших алкогольные психозы.

Среди выявленных наркологических больных 72 % являются потребителями алкоголя. В сравнении с 2001 годом наблюдается снижение на 20 % заболеваемости наркоманиями и повышение на 18 % выявляемости алкоголизма.

Пьяница за рулем автомобиля – источник опасности. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно на дорогах мира погибает 250 тыс. человек, несколько миллионов получают тяжелые травмы. И в большинстве случаев виноват в этом алкоголь. При современных скоростях реакция на любое изменение ситуации должна быть мгновенной. У выпившего человека значительно ослабевают профессиональные навыки, внимание, удлиняется время ответной реакции. Вдумайтесь в такие цифры: небольшая доза алкоголя снижает у водителя скорость реакции на 0,3 секунды. При торможении на скорости 60 км/час это дает лишних 5 метров хода машины. Человеку нельзя садиться за руль, даже если он ограничился кружкой пива и внешние признаки опьянения у него неприметны. Установлено, что эта кружка увеличивает опасность автомобильной катастрофы в 7 раз. Следует помнить и о том, что алкоголь держится в организме длительное время.

Увы, многие вековые традиции и ритуалы и поныне связаны с обязательным употреблением алкоголя. Отказаться от предложенной рюмки считается чуть ли не позором. Раз ты в гостях – пей! Семейное торжество – пей! Получил зарплату – пей! Новая покупка – пей!.. Таковы пресловутые «питейные обычаи». Рассуждения о безвредности и даже пользе алкоголя (например, в целях снятия напряжения) нередко можно услышать от людей, которые не считают себя пьяницами. Великий русский ученый В. М. Бехтерев писал: «С тех пор как доказан безусловный вред алкоголя, не может быть даже и речи о научном одобрении потребления так называемых малых или умеренных доз алкоголя. Всем известно притом, что начало всегда выражается малыми дозами, которые постепенно переходят в дозы всё большие и большие по закону тяготения ко всем вообще наркотическим ядам, к которым относится, прежде всего, алкоголь по характеру своего действия». Существует и другое заблуждение: алкоголь, мол, может служить лекарством. Какой опасный предрассудок! Да, до сих пор широко применяют всякого рода лекарственные настойки, спиртовые растирания, компрессы. В медицинской практике, например, успешно используют высокие бактериостатические свойства спирта для дезинфекции (при инъекциях и др.). Но отнюдь не для внутреннего применения при лечении болезней.

Не потому ли обычаи, привычки, предрассудки, связанные с потреблением алкоголя, давно и решительно осуждены народной мудростью? Пьяниц на Руси презрительно называли «винодухи», «винопивцы», «выпивохи», «бражники» и пр. Осмеивался и их неприглядный вид, поведение: «Когда вино в человеке, разум в его бутылке», «У пьяного рот нараспашку, язык на плече», «Пьяному гуляке недалеко до драки». И действительно, действие алкоголя коварно: выпившему человеку кажется, что он силен, храбр, решителен – всё ему нипочем! Однако это только видимость. Опьянение снимает тормозящие, сдерживающие механизмы, человек ведет себя разнузданно, допускает такие поступки, которые, будучи трезвым, вряд ли совершил бы.

Так в чём же, в конце концов, дело? Почему до сих пор практически во всех странах мира люди пьют так много спиртного, почему проблема борьбы с алкоголизмом сохраняет

свою актуальность? Беда в том, что спиртные напитки обладают свойством приводить человека на какое-то время в возбуждение, приподнятое или благодушное состояние. «Великим обманщиком и коварным искушителем» назвал алкоголь В. М. Бехтерев. И люди поддаются этому искушению – даже понимая, что за самообман придется заплатить высокую цену.

Судебная практика свидетельствует: со злоупотреблением алкоголем связаны половина несчастных случаев со смертельными исходами на транспорте и половина всех убийств; до 90 % лиц, привлекающихся к ответственности за хулиганство, совершили преступления, будучи нетрезвыми. Следует подчеркнуть, что законодательство не освобождает от уголовной ответственности лиц, совершивших преступление в нетрезвом виде. Наоборот, рассматривает как отягчающее вину обстоятельство.

На очень серьезные размышления наводит такой факт: у каждого четвертого ребенка, страдающего умственно-психической неполноценностью, родители – алкоголики.

У многих народов еще в древности существовали обычаи, запрещающие новобрачным пить «злое зелье». Не позволял новобрачным употреблять вино во время свадебного пира и старинный русский обряд. Любопытной традиции придерживались женщины в Афинах и Спарте. Между пьяным мужем и собой они клали обнаженный меч, страхуя себя от минутных наслаждений, ведущих к вырождению потомства. «Пьяное зачатие», опасное даже при малейшей степени опьянения, служит распространенной причиной рождения детей с врожденными пороками. Это непоправимая трагедия – родившийся от алкоголиков ребенок отстает в физическом развитии, страдает слабоумием, эпилепсией, психопатией. Неверно полагать, что вина лежит в основном на мужчине. Исследования свидетельствуют, что наиболее опасно, когда бывает выпившей мать. Каждому следует знать, что в то время, когда мечтаешь обзавестись ребенком, ни в коем случае нельзя употреблять алкоголь.

Каждый из нас обязан сверять свои поступки с проверенной временем истиной: **алкоголь и здоровый образ жизни – понятия несовместимые.**

Лекция № 4. Наркомания и токсикомания. Обзор современного состояния проблемы в России и в мире. Профилактика наркомании

План

1. История употребления наркотиков. Проблема наркомании в мире.
2. Понятия «наркотики», «наркотическая зависимость» и т. д. Классы наркотических веществ, виды употребления и специфика их воздействия на организм человека.
3. Структура и основные направления комплексной профилактики наркомании и наркопреступности.

История употребления наркотиков. Проблема наркомании в мире

Употребление наркотиков широко распространилось после Второй мировой войны, перекинувшись из стран Азии в страны Америки и Европы. Но в массы наркомания пришла в 1960-е годы – вместе с движением хиппи. Идеологи психоделического (галлюциногенного) мировосприятия необдуманно предложили молодежи наркотики как способ духовного ухода в возвышенный мир. Эта чистая идея сыграла на руку наркодельцам, и рынок заполнили гораздо более выгодные для продавцов «серьезные» наркотики, вызывающие тяжелую зависимость, иногда уже с первого приема.

В России, в отличие от Западной Европы, есть природные источники наркотиков. К тому же, в последние годы множество квалифицированных химиков остались без работы. Либо сами, либо под руководством преступных группировок они ежегодно поставляют на рынок два-три новых наркотика. А производство «старых» уже давно идет по накатанной колее.

В настоящее время в России проблема наркомании является одной из актуальных. По данным центральной прессы и компетентных органов, считается, что больных, зависимых от наркотических веществ, у нас около 20–24 %, т. е. в каждой четвертой семье знают на себе действие наркотиков.

Говоря о проблеме наркомании в мире, важно отметить что, по данным ВОЗ, в Канаде около 20 % учащихся средних школ знакомы с действием каннабиса. Показатель употребления этих препаратов среди учащихся средних школ США достигает 40 %, а среди студентов – до 30–50 %, и он из года в год имеет тенденцию роста. В Индии, согласно сообщениям, около 5 % всех студентов постоянно употребляют каннабис, а 50 % студентов и 8 % студенток время от времени пробуют наркотики. В Италии среди призывников количество молодых людей, употребляющих препараты опия, только за 3 года выросло в 1,5 раза.

В последние 20 лет препараты опия и других наркотических веществ, включая героин, употребляют молодые люди многих стран.

Основной особенностью в настоящее время считается то, что употребляют наркотические вещества дети и подростки, принадлежащие к привилегированным группам, а не только выходцы из семей с низким социально-экономическим положением, групп риска, как их иногда называют, куда относятся неполные семьи, семьи алкоголиков, наркоманов, имеющих генетические отклонения и дефекты в воспитании. Основной возраст наркоманов – от 15 лет до 21 года.

Понятия «наркотики», «наркотическая зависимость»

Классы наркотических веществ, виды употребления и специфика их воздействия на организм человека.

Для того чтобы более детально изучить проблему наркомании, необходимо знать основные понятия, такие как «наркомания», «наркотик» и др.

По определению ВОЗ, **наркомания** – это состояние эпизодического или хронического отравления, вызванного повторяющимся введением в организм наркотика.

Наркотик – это вещество растительного или синтетического происхождения, которое может изменять нормальные функции организма, а при многократном употреблении приводит к психической и (или) психологической зависимости. Если толковать это определение широко, то под него попадают и сигареты, и кофе, и даже чай. Так что для более точного «диагноза» нужно различать привыкание и зависимость.

Аддитивное поведение – стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством употребления наркотических, токсических средств и психотропных веществ с нелечебной целью.

Группа риска – группа лиц с аддитивным поведением.

Девиантное поведение – поведение, отклоняющееся от общепринятых стандартов, обусловленное психическим заболеванием или асоциальными установками субъекта, проявляющееся как конфликтное.

Вторичная профилактика – работа с лицами, страдающими наркоманией и токсикоманией, с целью преодоления физической и психической зависимости от наркотиков.

Абстиненция – резкое ухудшение самочувствия, вызванное прекращением приема наркотика или уменьшением его дозы, к которой организм так привык, что не может функционировать без наркотика.

Абстиненция начинается с озноба, холодного пота, ломоты в костях, вялости, депрессивного состояния и др. В это время наркоманы почти не спят по ночам, лежать неподвижно не могут, хотя и стараются. По мере привыкания наркотики становятся необходимыми уже не для удовольствия, а для борьбы с мучительными симптомами абстиненции.

Абстинентный синдром – показатель сформировавшейся физической зависимости от наркотиков.

Толерантность (терпимость) – состояние приспособления, характеризующееся ослаблением реакции на такое же количество лекарственного вещества, так что для получения той же степени фармакологического эффекта требуется увеличение доз. Привыкание организма к наркотикам требует употребления всё большего их количества для достижения определенного «кайфа».

Признаки зависимости:

1. потребность дальнейшего приема, которую нельзя преодолеть волевым усилием (главное отличие зависимости от привыкания);
2. потребность увеличивать дозу со временем;
3. невозможность испытывать положительные эмоции без наркотика;
4. абстинентный синдром («ломка»), т. е. возникновение физиологической зависимости организма от наркотика (характерен не для всех наркотических веществ).

Причины возникновения зависимости:

- появление скрытого эмоционального расстройства, стремление получить мимолетное удовольствие, независимо от последствий и ответственности;
- асоциальное или преступное поведение, когда имеет место погоня за удовольствиями вопреки общественным традициям и законам;
- злоупотребление наркотическими веществами с целью популярности в определенной социальной группировке – так называемое чувство выражения социальной неполноценности – как все, так и я;
- при серьезных заболеваниях, когда провоцируется употребление спасительных доз наркотика;
- как социальный протест, вызов обществу; как результат обусловленных рефлексом, приобретаемых формой поведения в определенных слоях общества; как результат злоупотребления алкогольными напитками, курением на различных мероприятиях (дискотеки, презентации, гала-концерты и т. д.);
- лекарственная зависимость как попытка самолечения:

а) расстройство психики неорганической природы (социальный стресс, период полового созревания, разочарования, крушение жизненных интересов, страх и тревога, начало психических заболеваний);

б) для облегчения физического страдания (голод, хронические переутомления, болезнь, распад семьи, унижения в семье);

в) для предотвращения какого-то заболевания или для усиления половой потенции.

Виды зависимости

Психическая зависимость – состояние, при котором наркотическое средство вызывает чувство удовлетворения и психического подъема и которое требует периодически возобновляемого или постоянного введения лекарственного средства. Такое психическое состояние является самым сильным из всех факторов, характеризующих хроническое отравление.

Физическая зависимость – адаптивное состояние, которое проявляется в интенсивных физических расстройствах, когда прекращается введение соответствующего наркотического средства. Эти расстройства, т. е. синдром абстиненции, представляют собой комплекс специфических симптомов и признаков психического и физического свойства, которые характерны для действия каждого вида наркотиков. Облегчение наступает при введении в организм того же наркотика или другого вещества, оказывающего сходное фармакологическое действие и принадлежащего к тому же типу. При соблюдении соответствующей дозировки физическая зависимость внешне не проявляется. Физическая зависимость является мощным фактором усиления психической зависимости, заставляющей человека продолжать применение наркотика или возобновлять его употребление после попытки воздержания.

Практика показывает, что физическую зависимость удается снимать довольно успешно, а преодолеть психофизиологическую тягу достаточно сложно, именно поэтому большинство наркоманов со стажем возобновляет прием зелья после лечения.

Физическая, психическая зависимость и толерантность зависят от вида принимаемого наркотического вещества (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость и толерантность, обуславливаемые различными типами вызывающих зависимость средств

Тип наркотика	Психическая зависимость	Физическая зависимость	Толерантность
Алкоголь	От слабой до выраженной	От слабой до выраженной	Незначительная
Барбитураты и некоторые другие седативные вещества	От слабой до выраженной	От слабой до выраженной	Значительная
Опиаты (морфин)	От умеренной до выраженной	Выраженная	Выраженная
Кокаин	От слабой до выраженной	Отсутствует	Отсутствует
Амфетамин и некоторые другие стимуляторы	От слабой до выраженной	Если присутствует, то незначительная	Выраженная
Галлюциногены (ЛСД)	От слабой до выраженной	Отсутствует	Может быть выраженной
Каннабис (марихуана)	От слабой до выраженной	Если присутствует, то незначительная	Незначительная при высоких дозах
Летучие растворители (ингалянты)	От слабой до выраженной	Если присутствует, то незначительная	Незначительная к некоторым веществам этой группы

По принятому в нашей стране определению, наркотическим считается вещество, отвечающее трем следующим критериям.

1. *Медицинский*: оказывает специфическое действие на ЦНС, которое не является причиной его медицинского применения (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т. п.).
2. *Социальный*: использование данного средства принимает такие масштабы, что становится социально значимым.
3. *Юридический*: при наличии первых двух критериев соответствующая инстанция (министерство здравоохранения) признаёт средство наркотическим и включает его в список наркотических веществ. С этого момента использование данного средства не по медицинским показаниям (так же, как и его хранение, транспортировка, продажа и т. д.) становится уголовно наказуемым.

Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что существуют наркотики естественные (натуральные) и синтетические (искусственные).

Естественные наркотики:

- о опиум, героин и морфин (их готовят из опиумного мака);
- о кокаин (из южноамериканского кустарника кока);
- о марихуана и гашиш (из конопли);
- о псилоцибин (из гриба *Psilocybe*);
- о мескалин (из кактуса пейот (пейотль)).

Синтетические наркотики:

- о валиум и либриум;
- о амфетамины;
- о барбитураты.

Классификация наркотических веществ по эффекту их влияния на ЦНС

1. *Седативные (успокаивающие)* – замедляют процессы ЦНС, к ним можно отнести опиаты (маковая соломка, героин, морфин, метадон и др.), алкоголь, снотворные препараты.
2. *Стимуляторы* – активизируют процессы ЦНС, к ним можно отнести кокаин, эфедрин, амфетамин, никотин, кофеин.
3. *Психоделические (галлюциногены)* – вызывают галлюцинации, к ним относят препараты конопли (марихуана, гашиш), ЛСД, некоторые грибы, средства бытовой химии (бензин, ацетон, клей «Момент»).

Независимо от происхождения, все эти вещества по юридическому критерию делятся на две большие группы: легальные (разрешенные законом) и нелегальные (запрещенные законом).

В каждой стране мира составляется свой список нелегальных веществ. В России нелегальными считаются все вещества, внесенные в Список наркотических веществ Постоянным комитетом по контролю за наркотиками. Именно эти вещества являются наркотическими, а болезненное пристрастие к ним называется наркоманией. Изготовление, хранение, распространение этих веществ рассматриваются как преступления.

Все остальные, например алкоголь, табак, относятся к токсическим легальным психоактивным веществам, пристрастие к ним называется токсикоманией. Их хранение и распространение не подлежат наказанию, их можно купить в любом магазине или аптеке. Но это не значит, что они менее вредны для здоровья.

Виды употребления наркотических средств

Экспериментальное употребление. Многие молодые люди, а иногда и более старшие по возрасту лица пробуют употреблять наркотические средства один или несколько раз и затем прекращают. Такой экспериментальный вид употребления наркотиков, часто мотивируемый в значительной степени любопытством или влиянием со стороны сверстников, по-видимому, представляет собой наиболее распространенный из всех видов употребления определенных, вызывающих зависимость средств.

Значительное число лиц в Западном полушарии и в Европе, так же как и в странах, где употребление каннабиса считается традиционным, применяли и применяют препараты каннабиса таким путем. Все виды наркотических средств, в том числе опиум и героин, могут употребляться некоторыми лицами непродолжительное время на экспериментальной основе.

Употребление нерегулярное или в целях развлечения. Такое непостоянное употребление наркотиков не сопровождается развитием физической или психической зависимости. Характерным для такого вида употребления наркотиков является, прежде всего, цель и обстоятельства. Здесь важны характер употребляемого наркотического вещества и способ его введения (пероральный, ингаляционный или с помощью инъекций).

Например, препараты каннабиса употребляются нерегулярно и в целях развлечения подавляющим большинством лиц в странах, где употребление его не запрещено и не осуждается обществом. Аналогичная картина наблюдается и при употреблении опиума в некоторых странах, где условия, количество и частота его применения строго регламентируются местными культурными обычаями и традициями.

Регулярное употребление. Наличие наркотической зависимости. Существует множество разнообразных способов употребления наркотиков лицами, страдающими зависимостью. Одни практикуют регулярное употребление определенного препарата несколько раз в день на протяжении длительного периода. Эта разновидность применения наркотиков, возможно, чаще всего встречается при использовании препаратов, способных вызвать значительную физическую зависимость (таких, как опиаты, барбитураты). Такое же регулярное употребление наблюдается иногда и среди лиц, применяющих пер-орально препараты каннабиса или относительно небольшие дозы амфетаминов.

Эпизодическое, или «запойное». Продолжительность таких эпизодов может колебаться от нескольких часов до нескольких дней или даже 1–2 недель. Эпизодически используются все виды наркотических средств, но, по-видимому, чаще всего таким способом употребляют наркотики, которые вызывают незначительную физическую зависимость или вовсе не вызывают ее, а только психическую (т. е. такие, как амфетамины, кокаин и галлюциногенные препараты (ЛСД)). Этот способ особенно распространен при внутривенном введении препаратов, стимулирующих ЦНС. Эпизодическое употребление одного или нескольких наркотиков может сочетаться с регулярным употреблением того или иного наркотика. Характерным является то, что в большинстве районов мира наркотическая зависимость (регулярное или эпизодическое употребление) более широко распространена среди мужской части населения. Исключение составляет пероральное употребление одних барбитуратов или барбитуратов в сочетании с алкоголем, которое наблюдается среди женщин, особенно в Западных странах. Во многих странах различия в употреблении наркотиков становятся всё менее заметными, причем в первую очередь это отмечается в отношении экспериментального и нерегулярного употребления или употребления в целях развлечения.

Фазы наркотического опьянения. В зависимости от особенностей самого вещества, его дозы, способа введения в организм через определенное время наступает первая фаза – *фаза эйфории*.

Это основное свойство наркотических веществ, из-за которого их и используют. Исследователи отмечают, что часто первое употребление наркотиков вызывает неприятные ощущения: тошноту, слюноотделение или сухость слизистых оболочек, головокружение, горечь во рту и т. д. Однако, через некоторое время эти ощущения проходят, и на смену им приходит ощущение тепла, легкости, «невесомости», блаженства; мир кажется ярким, внимание рассеивается, появляется желание много говорить, танцевать, мысли бегут быстро (правда теряется их четкость, последовательность), улучшается настроение, появляются фантазии, иллюзии. Эти ощущения приводят к тому, что у человека через некоторое время:

- появляется желание повторить процедуру (потребление наркотиков грозит стать систематическим);
- постепенно снижаются защитные реакции организма (может подавляться рвотный рефлекс);
- развивается привыкание к препарату (некоторые наркоманы употребляют дозы наркотиков, в 10 раз превышающие допустимые для использования с лечебной целью);
- постепенно формируется психическая, а затем и физическая зависимость.

После фазы эйфории наступает *фаза апатии*.

Состояние апатии сопровождается слабостью, чувством разбитости, слезотечением, тошнотой, рвотой, болями в мышцах, чувством страха, бредом преследования, тяжелым сном.

При передозировке могут наступить нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхания, мочеотделения, появиться различные сыпи, сильный кожный зуд, резкая слабость, головная боль, потоотделение, чувство жара, изменение сознания, кровавый понос, судороги. По данным, опубликованным в Дании, 16 % наблюдаемых в течение 7 лет молодых наркоманов умерли, 77 % из их числа – от передозировки препарата.

При сформировавшейся зависимости от препарата отказ от него вызывает состояние абстиненции, которое по свидетельству врачей-наркологов, может сопровождаться:

- слезотечением,
- обильным потоотделением,
- ознобом (тошнотой, рвотой, повышением температуры),
- учащением дыхания,
- спазмами мышц и болями в них, болями в пояснице,
- появлением страха смерти, снов с кошмарами,
- неуравновешенностью, агрессивностью, депрессией.

Однако состояние абстиненции длится лишь несколько дней и может пройти без медикаментозного лечения.

Последствия систематического употребления наркотиков: резкое истощение организма наркомана; изменение обмена веществ в организме; психическое истощение (ухудшение памяти, безразличие ко всему происходящему, появление стойких бредовых идей, шизофрения, деградация личности); бесплодие.

У несовершеннолетних процесс разрушения организма идет гораздо быстрее, чем у взрослых. Общая деградация личности вследствие приема наркотиков наступает в 15–20 раз быстрее, чем от злоупотребления алкоголем. Описанные признаки могут появляться через несколько месяцев после начала употребления наркотиков.

Надо отметить, что в последние годы произошло изменение симптоматики клинических проявлений наркомании. Это связано, прежде всего, с расширением арсенала токсикоманических одурманивающих средств. Сотни подпольных лабораторий, талантливых одаренных ученых, устремленных к легкому, но криминальному обогащению, открывают и внедряют всё новые, сильнодействующие препараты, «не отпускающие» любопытных после 2–3 приемов этих веществ.

Поэтому первоочередное поражение мозга и осложнения, которые фиксируются, в первую очередь, у подростков трудно диагностировать и начать целенаправленную профилактику или лечение.

При первом приеме наркотики, как правило, неприятны и болезненны для организма. В дальнейшем наступает синдром патологического влечения – наркотическая зависимость.

Формирование данной зависимости идет в несколько этапов.

На *первом этапе* происходят изменения психики:

- в виде эйфории или абстиненции,
- вегетативных сдвигов,
- понижения настроения и раздражительность.

На *втором этапе* начинается органическое поражение мозга:

- слабоумие, эпилептические формы расстройства (припадки);
- изменения личности (подростки теряют контроль над дозой и, одурманенные, доводят себя до смертельного отравления);
- синдром паркинсонизма чаще встречается при использовании самодельных или синтетических наркотических средств.

В отдельных научных сообщениях США и других стран описаны случаи паркинсонизма у молодых наркоманов, употребляющих героин.

Тяжелый период, особенно при абстинентном синдроме, длится 8–10 дней и характеризуется разнообразной симптоматикой.

Соматическая патология при наркоманиях имеет также свои особенности:

1. поражение сердца, сосудов, систем крови;
2. поражение легких;
3. поражение желудочно-кишечного тракта;
4. заражение инфекциями, передающимися через кровь (гепатит, ВИЧ, ИППП).

В 80 % случаев причинами смерти больных наркоманией является передозировка препаратов. Коматозное состояние ослабленного организма ведет к анафилактическому шоку и мгновенной смерти наркомана.

Структура и основные направления комплексной профилактики наркомании и наркопреступности

Масштабы и темпы распространения наркомании, широкий размах незаконного оборота наркотических средств свидетельствуют о невысокой результативности принимаемых мер в России. До настоящего времени медиками и психологами еще недостаточно проработаны эффективные методы лечения и реабилитации больных наркоманией. Подлежит совершенствованию система антинаркотической пропаганды.

Комплексная профилактика наркомании и токсикомании включает:

1. *первичную профилактику*, адресованную гражданам, не склонным к употреблению наркотических, токсических средств и психотропных веществ, а также гражданам, употребляющим наркотические, токсические средства и психотропные вещества, у которых еще не возникла зависимость от них;
2. *вторичную профилактику* в виде лечебных мероприятий, адресованных гражданам со сформировавшейся зависимостью от наркотических, токсических средств и психотропных веществ;
3. *третичную профилактику*, или комплексную реабилитацию лиц, прошедших курс лечения на этапе вторичной профилактики, либо лиц с аддитивным поведением.

Первичная профилактика

Первичная профилактика включает обучение, запрещение пропаганды наркотических, токсических средств и психотропных веществ, социальный менеджмент, психологическое консультирование и психотерапию, информирование населения о причинах наркомании и токсикомании.

Обучение включает:

- обучение граждан, в том числе несовершеннолетних, с согласия их родителей, по программам здорового образа жизни;
- раннее воспитание у несовершеннолетних внутренней системы запретов на аддитивное поведение, а также воспитание неаддитивной системы получения удовольствий и снятия напряжения;
- обучение родителей (лиц, их заменяющих) навыкам бесконфликтного общения с детьми;
- обучение специалистов в сфере профилактики наркомании и токсикомании навыкам раннего выявления аддитивного поведения, проведение профилактических бесед и иные способы профилактической работы.

Запрещение пропаганды наркотических, токсических средств и психотропных веществ предполагает:

- запрет пропаганды деятельности физических и юридических лиц, направленной на распространение сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, о местах приобретения наркотических, токсических средств и психотропных веществ, а также пропаганду сведений об описании состояния наркотического и токсического опьянения;
- запрет производства и распространения книжной продукции, продукции средств массовой информации, распространения в компьютерных сетях сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, местах приобретения наркотических, токсических средств и психотропных веществ или совершения иных действий в этих целях.

Социальный менеджмент включает:

- деятельность по созданию организаций молодежи, иных общественных объединений, пропагандирующих здоровый образ жизни и обеспечение их развития;

- деятельность по созданию зон досуговой жизнедеятельности несовершеннолетних (детские клубы и кружки, спортивные секции, оздоровительные, спортивные лагеря и другие); проведение молодежных и иных мероприятий с целью пропаганды здорового образа жизни;
- деятельность по расширению социальной рекламы ценностей здорового образа жизни.

Психологическое консультирование и психотерапия включают:

- психологическое консультирование семей, входящих в группу риска;
- поведенческую терапию граждан, в том числе несовершеннолетних, с девиантным поведением;
- психотерапию граждан, в том числе несовершеннолетних, с различными формами социальной дезадаптации;
- психологическое консультирование и поддержку по телефону доверия граждан, в том числе несовершеннолетних, из групп риска.

Вторичная профилактика

Мероприятия вторичной профилактики предназначены для лиц, страдающих наркоманией и токсикоманией.

Цель вторичной профилактики – преодоление физической и психической зависимости от наркотических, токсических средств и психотропных веществ.

Вторичная профилактика включает:

- выявление граждан, страдающих наркоманией и токсикоманией;
- диагностику типа и степени зависимости, а также факторов, предрасполагающих к возникновению зависимости, провоцирующих и поддерживающих эту зависимость;
- осуществление лечебных мероприятий, направленных:

а) на проведение детоксикации;

б) на оказание неотложной наркологической помощи;

в) на преодоление физической зависимости;

г) на преодоление психической зависимости;

д) на лечение заболеваний, сопутствующих наркомании и токсикомании;

е) на формирование среды, поддерживающей здоровый образ жизни, в ближайшем социальном окружении лиц, страдающих наркоманией и токсикоманией, посредством психотерапевтических мероприятий.

Третичная профилактика

Реабилитация лиц, прошедших курс лечения на этапе вторичной профилактики, либо лиц с аддитивным поведением, имеет целью возвращение им способности жить без наркотических, токсических средств и психотропных веществ.

Система реабилитационных мероприятий адресована гражданам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в ремиссии, но имеющим социальное окружение, провоцирующее аддитивное поведение.

Реабилитация включает в себя:

- медико-психологическую реабилитацию – систему медицинских и психологических мероприятий, предназначенных для потребителей наркотических, токсических средств и психотропных веществ без физической зависимости, но сохраняющих психологическую зависимость от наркотических, токсических средств и психотропных веществ, и направленных на формирование отказа у граждан от аддитивного поведения;
- социально-психологическую реабилитацию – систему медицинских, психологических и социальных мероприятий, предназначенных для потребителей наркотических, токсических средств и психотропных веществ без выраженной психологической зависимости от них и направленных на удержание ремиссии, профилактику наркомании и токсикомании и формирование неаддитивного социального окружения;

- социальную реабилитацию – систему социальных мероприятий, предназначенных для лиц, избавившихся от физической и психологической зависимости от наркотических, токсических средств и психотропных веществ, и направленных на удержание неаддитивного социального окружения.

Серьезным препятствием для повышения эффективности терапии больных наркоманией является недостаточное количество в стране реабилитационных центров и отделений, рассчитанных на длительное пребывание больных. Не решен вопрос об использовании в наркологических учреждениях специально подготовленных психологов и социологов.

Лекция № 5. СПИД. Группы риска. Социальные предпосылки. Меры профилактики

План

1. Вирус. История обнаружения и распространения вируса иммунодефицита человека.
2. Строение и способы передачи вируса.
3. Влияние ВИЧ на иммунную систему.
4. Факторы риска, способствующие возникновению СПИДа.
5. Клинические проявления ВИЧ-инфекции. Диагностика. Меры профилактики.

Вирус. История обнаружения и распространения вируса иммунодефицита человека

Термин «вирус» был введен в 1899 году голландским ботаником и микробиологом М. Бейеринком. **Вирусы** (от лат. *vīrus* – яд) – это неклеточные формы жизни, способные проникать в определенные живые клетки и размножаться только внутри них. Вирусы обладают собственным генетическим аппаратом, который кодирует синтез вирусных частиц из биохимических предшественников, находящихся в клетке-хозяине; при этом используется биосинтетический и энергетический потенциал этой клетки.

Вирусы распространены в природе повсеместно. Они поражают все группы живых организмов. Описано около 500 вирусов, поражающих теплокровных позвоночных, и более 300 вирусов, поражающих высшие растения.

Вирусы существуют в двух формах: покоящейся, или внеклеточной (вирусные частицы, или вирионы) и репродуцирующей, или внутриклеточной (комплекс вирус-клетка).

Все вирусы делят на ДНК-содержащие вирусы (герпесвирус, аденовирус) и РНК-содержащие вирусы (лейковир, реовир, ретровир).

Все активные процессы вирусов протекают в клетках-хозяевах, причем одни вирусы размножаются в их ядре, другие – в цитоплазме, третьи – и в ядре, и в цитоплазме.

Различают три основных типа взаимодействия вируса и клетки:

1. продуктивную инфекцию (нуклеиновая кислота вириона индуцирует в зараженной клетке вирусоспецифические синтезы, что приводит к образованию нового поколения инфекционных вирусных частиц);
2. абортивную инфекцию (цикл репродукции прерывается на клеточной промежуточной стадии и потомство не образуется);
3. вирогению (нуклеиновая кислота вируса встроена в геном клетки-хозяина и не способна к автономной репродукции), частным случаем которой является лизогения.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – это новое заразное, тяжело протекающее заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), передающееся при половом контакте или с кровью через поврежденные покровы тела.

Первые случаи таинственного заболевания появились в США, Швеции, Танзании, на Гаити еще в конце 1970-х годов. Главную страницу в драматической истории СПИДа открыли в 1981 году американские центры по контролю заболеваний. В различные клиники

Лос-Анджелеса, Сан-Франциско стали поступать люди нетрадиционной сексуальной ориентации с заболеваниями, не характерными для их возраста: раком сосудов и воспалением легких, вызванным особыми микроорганизмами из рода пневмоцист. Врачи понимали, что эти заболевания могут возникать при снижении иммунитета (защитной системы организма), но почему они возникают у молодых гомосексуалистов, было загадкой.

В 1983 году была доказана инфекционная природа ВИЧ. Впервые ВИЧ как возбудитель СПИДа был обнаружен и описан французским ученым Люком Монтанье и группой американских коллег, возглавляемых Робертом Галло. После сравнения полученных образцов крови с замороженными образцами сыворотки крови, хранящимися с 1960–1970-х годов, и обнаружения в них антител к ВИЧ, стало известно, что вирус циркулирует среди людей уже несколько десятилетий.

Неожиданное появление болезни, молниеносное распространение, странная связь со злокачественными опухолями, пневмоцистной пневмонией, гемофилией, гомосексуализмом, венерическими болезнями, необычайно длительный скрытый период и отсутствие эффективных средств лечения – всё это вызвало шок у врачей и ученых.

В 1985 году были установлены пути передачи ВИЧ-инфекции. Стало возможным определять с помощью анализа крови на антитела к ВИЧ, инфицирован человек или нет; европейские страны стали проверять донорскую кровь. В СССР в том же году были выявлены случаи СПИДа у студентов-африканцев, обучавшихся в советских вузах.

В 1986 году Комитет по таксономии и номенклатуре вирусов предложил дать возбудителю СПИДа новое название – **ВИЧ**.

В 1987 году в России был зарегистрирован первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина нашей страны. К концу этого года было выявлено 25 ВИЧ-инфицированных. В этот период было одобрено первое лекарство против ВИЧ-инфекции – **азидотимидин**, которое могло затормозить развитие инфекции.

ВОЗ объявила 1 декабря 1988 года Всемирным днем борьбы со СПИДом.

В 1989 году в нашей стране появилось понятие «детская ВИЧ-инфекция». В клиниках Волгограда, Ростова и Калмыкии было заражено 260 детей, основная причина – небрежность медперсонала. В России в этот период около 70 % всех ВИЧ-инфицированных были дети.

1991–1992 годы стали драматичными для многих знаменитых людей и их поклонников.

Известие о том, что Фредди Меркьюри умер от СПИДа, многих просто ошеломило: лидер группы «Queen» скрывал свою болезнь и незадолго до смерти признался, что страдает СПИДом.

В середине ноября 1992 года на пресс-конференции, транслировавшейся на всю Америку, Ирвин Джонсон – суперзвезда баскетбола, чьи поклонники дали ему имя «Мэйджик» («Волшебный»), официально заявил о том, что является носителем ВИЧ.

Известный теннисист Майкл Вастфал умер на 26 году жизни от последствий СПИДа. Из последних сил он боролся с недугом. В 1992 году он еще принимал участие в турнирах, но коллеги отметили, что Майкл не в состоянии высоко поднять ракетку. Когда Майкл, высокорослый атлет (его рост превышал 190 см), прячась от поклонников и прессы, уединился в своей гамбургской квартире, он весил всего лишь 50 кг.

В 1993 году от СПИДа умер Рудольф Нуриев – легенда мирового балета.

Как и на Западе, в России до 1995 года основным путем передачи инфекции был проникающий сексуальный контакт без использования презерватива.

1996 год стал переломным. На Украине началась эпидемия ВИЧ-инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков, через несколько месяцев дошла очередь и до России. Новые случаи ВИЧ-инфекции за год стали исчисляться не сотнями, а тысячами.

В 1998 году в России разработан лекарственный препарат для терапии ВИЧ-инфицированных, обладающий меньшими побочными эффектами, чем азидотимидин.

2000 год. В мире, по различным оценкам ученых, насчитывается более 36 млн инфицированных ВИЧ.

В 2001–2003 годах Россия имела высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции. К августу 2003 года в России было официально зарегистрировано более 245 тыс. случаев ВИЧ-инфекции.

В 2005 году, по данным ВОЗ, в мире было зарегистрировано 5 млн новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Общее число больных достигло 40,3 млн человек. Умерли более 3 млн, из которых более 500 тыс. – дети.

В России в 2005 году официально было зарегистрировано 336 тыс. ВИЧ-инфицированных, хотя, по мнению врачей, их реальное количество превышало 1 млн человек, из которых около 43,3 % – женщины и девушки. Около 60 % – молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет.

По данным ВОЗ, в настоящее время в мире живут более 33 млн людей с ВИЧ. В связи с появлением антиретровирусной терапии увеличилась продолжительность жизни пациентов. Важно отметить, что число случаев смерти, связанных со СПИДом, за последние 5 лет в мире уменьшилось более чем на 10 %.

В России в настоящее время количество официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных превысило 500 тыс. человек.

В 2009 году на борьбу со СПИДом было выделено 9,3 млрд руб., в 2010 году – 13,5 млрд руб. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на закупку антиретровирусных препаратов выделен значительный объем средств, что позволило обеспечить необходимым лечением большую часть нуждающихся в нем ВИЧ-инфицированных пациентов.

Продолжается работа по обеспечению доступа к лечению людей, живущих с ВИЧ, по профилактике передачи вируса иммунодефицита человека от матери ребенку, по проведению комплекса профилактических мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции среди населения России.

За 2019 год в РФ выявлено 94 668 новых случаев заражения ВИЧ. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России за 2019 год составил 64,5 сл. на 100 тыс. нас. За 4 месяца 2020 год в России выявлено 28 943 новых случаев заражения ВИЧ. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России за 4 мес. 2020 г. - 19,7 сл. на 100 тыс. нас. Получают лечение антиретровирусными препаратами более 51 тыс. инфицированных. 70 % ВИЧ инфицированных, зарегистрированных в нашей стране, приходится лишь на 15 субъектов РФ. Наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в Иркутске, Кемерово, Ленинградской области, Москве, Московской области, Оренбурге, Самаре, Санкт-Петербурге, Свердловске, Ульяновске, Ханты-Мансийске, Челябинске.

Эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции в Кемеровской области в настоящий момент продолжает оставаться напряженной. Вместе с тем, отмечается благоприятная тенденция к снижению заболеваемости. Так, в 2018 году выявлен 5 264 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 307 случаев (или на 5,5%) меньше, чем за период 2017 года. Положительным прогностическим фактом является и то, что снижение заболеваемости происходит на фоне постоянно растущего охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию.

В эпидемический процесс вовлечены все социальные и возрастные группы населения. Подростки и молодежь (до 17 лет) составляют сегодня лишь 1,4% от общего числа выявленных лиц. В 2000-2001 годах на эту возрастную группу приходилось 15,3%. Многократное снижение доли молодёжи в эпидемиологическом процессе указывает на эффективность профилактических программ, направленных на молодёжь и активно реализуемых в данной целевой аудитории.

Строение и способы передачи вируса

Существует несколько гипотез о происхождении вируса, но большинство ученых склоняется к мысли, что ВИЧ возник в результате мутаций (внезапного изменения отдельных генов при воздействии различных факторов) вирусов обезьян, сходных с ВИЧ.

Появившись вначале на территории африканского континента, вирус многие годы циркулировал в отдельных, изолированных от внешнего мира, группах коренных жителей Африки. Экономическое освоение этих территорий, расширение контактов и миграция населения способствовали распространению ВИЧ-инфекции в другие страны.

На земном шаре циркулирует два типа вируса: ВИЧ-1 (открыт в 1983 году) и ВИЧ-2 (1986 год). ВИЧ-1 распространен в странах Северной Америки и Европы, ВИЧ-2 – в Западной Африке.

Возбудитель ВИЧ-инфекции относится к семейству ретровирусов, генетический аппарат которого представлен РНК. Такие вирусы представляют собой сферические частицы размером от 80 до 100 нм, которые состоят из нуклеиновой кислоты и двойной белковой оболочки. Так же, как и другие вирусы, они способны жить и размножаться только в клетках других организмов. Важнейшей особенностью ретровирусов (в результате чего они и были названы ретровирусами) является наличие фермента обратной транскриптазы, который позволяет вирусу преобразовывать свою РНК в вирусную ДНК, а затем внедрять ее в ДНК клетки-хозяина.

ВИЧ малоустойчив в условиях внешней среды и не способен к репродукции вне организма человека. Он легко погибает под воздействием 5%-го раствора перекиси водорода, раствора хлорамина, эфира, ацетона, 70%-го спирта. При температуре 56 °С вирус погибает в течение 30 минут, при кипячении – мгновенно. Вместе с тем, вирус сохраняет жизнеспособность в высушенном состоянии от 4 до 6 дней при температуре +22 °С, в растворе героина – около 3-х недель, в растворе «ханки» – в течение 7 дней.

Вирус малочувствителен к ионизирующему излучению и ультрафиолетовому облучению, устойчив к замораживанию.

Влияние ВИЧ на иммунную систему

Назначение иммунной системы – защищать организм от внешних вторжений (антигенов). Вторгающиеся элементы распознаются как «не свои», то есть, не являющиеся частью организма, что вызывает защитную реакцию иммунной системы. Вирусы, бактерии, простейшие, грибки, трансплантированные ткани и органы, дрожжи, пыльца – всё это антигены.

Иммунная система состоит из специальных органов (вилочковой железы, костного мозга, лимфатических узлов, селезенки и пр.) и клеток (лимфоцитов, макрофагов, моноцитов), расположенных по всему организму.

Решающую роль в иммунном ответе играют Т-лимфоциты (хелперы), которые распознают ВИЧ как антиген и выделяют целый ряд веществ, ускоряющих созревание других клеток иммунной системы, необходимых для борьбы с инфекцией.

ВИЧ поражает клетки (Т-лимфоциты, моноциты, клетки головного мозга, толстого кишечника и легких), которые имеют на своей поверхности специфические рецепторы – CD4. Но в первую очередь поражаются Т-хелперы, что приводит к сбою работы иммунной системы и развитию иммунодефицита.

Проникая в клетки, вирус иммунодефицита человека какое-то время, часто от 1 года до 5 лет, живет в них, не обнаруживая себя. При этом происходит выработка небольшого числа антител к вирусу, циркулирующих в крови (по их присутствию делается вывод об инфицировании). С момента проникновения вируса в кровь человек является носителем вируса, способным заразить других людей. Заболевание развивается медленно, в течение первых лет единственным признаком болезни может быть лишь увеличение нескольких групп лимфатических узлов. В последующем вирус активизируется, начинает стремительно размножаться, уничтожая Т-лимфоциты. Причиной снижения количества Т-лимфоцитов является прямое разрушающее действие вируса на клетки и слияние их с неинфицированными клетками.

Поражаются многие звенья иммунитета. Человек, зараженный ВИЧ, становится беззащитным перед возбудителями различных инфекций, которые не представляют угрозы для практически здорового человека.

Кроме того, развиваются опухоли, поскольку их возникновение и развитие обусловлено в большей степени иммунодефицитом. В патологический процесс вовлекается нервная система, куда ВИЧ проникает с инфицированными моноцитами. Поражение клеток ткани мозга может приводить к нарушению мозговой деятельности и в конечном итоге – к развитию слабоумия (СПИД-деменции).

Факторы риска, способствующие возникновению СПИДа

В силу тех или иных причин (образ жизни, стереотипы поведения) имеются группы людей, у которых вероятность заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом, ИППП больше. Это, прежде всего, потребители внутривенных наркотиков, мужчины гомо- и бисексуальной ориентации, работники коммерческого секса, а также люди, неразборчивые в сексуальных связях и имеющие большое число половых партнеров.

Кофакторы ВИЧ-инфекции. В пандемии ВИЧ-инфекции велика роль кофакторов, то есть факторов, способствующих ее распространению. Они либо активизируют пути инфицирования, либо повышают чувствительность организма к заражению. Источником заражения служит человек, пораженный вирусом. Это может быть и больной с различными клиническими проявлениями болезни, и бессимптомный вирусоноситель.

Вирус у человека обнаруживается в крови и различных органах. Естественным путем он выделяется в большом количестве со спермой, грудным молоком. Однако не все ученые убеждены, что вирус действительно есть в слюне или, во всяком случае, присутствует там в количестве, достаточном для заражения другого лица при поцелуе или через предметы обихода.

Факторы риска

1. Беспорядочные половые связи, большое количество половых партнеров.
2. Гомосексуальность (гомосексуалисты, больные СПИДом, имеют в среднем в течение жизни около 1100 половых партнеров, здоровые гомосексуалисты – 500, гетеросексуалы – 25).
3. Наркомания.
4. Венерические заболевания, при которых вирус проникает в клетки через изъязвления и другие нарушения целостности слизистых оболочек и кожных покровов половых органов.
5. Различные вирусные инфекции. Они ослабляют, а то и сводят до нуля иммунитет организма. В первую очередь речь идет о вирусном гепатите В. В мире насчитывается примерно 200 млн носителей этого вируса из них 10–15 % – гомосексуалисты. Резко повышает чувствительность к ВИЧ и туберкулез.
6. Возраст: 90 % больных СПИДом заразились им в возрасте между 20 и 45 годами. Более тяжелые проявления СПИДа отмечаются у детей, что объясняется незрелостью их иммунной системы.
7. Повторные инфекции и переливания крови у больных гемофилией повышают чувствительность этих лиц к ВИЧ.
8. Передача вируса определяется также другими факторами, такими как травмы, вторичные инфекции, эффективность эпителиальных барьеров, а также присутствие или отсутствие клеток с рецепторами для ВИЧ. Эти факторы позволяют объяснить, почему при одних обстоятельствах, например, при гомосексуальных контактах, вирус распространяется быстрее, чем при других.

Важным фактором, влияющим на риск заражения, может быть стадия инфекции. При большинстве вирусных инфекций наивысшие титры вируса достигаются на ранних стадиях, еще до образования антител. В случае ВИЧ эту фазу трудно изучать, поскольку она обычно бессимптомна, а гуморальный противовирусный ответ еще слаб или вообще не выявляется. Тем не менее, эта стадия, по-видимому, наиболее опасна для окружающих.

Передача ВИЧ-инфекции. ВИЧ передается типичными для всех ретровирусов способами, то есть «вертикально» и «горизонтально». ВИЧ-инфекция может передаваться от инфицированной матери младенцу во время беременности (через плаценту), при родах (через

контакт с кровью матери) или при грудном вскармливании (через материнское молоко). Такой способ заражения называют вертикальной или перинатальной передачей ВИЧ-инфекции. Горизонтальная передача происходит при половых контактах, а также при попадании любой биологической жидкости от ВИЧ-инфицированного на кожу и слизистые оболочки при наличии на них микротравм.

Факторы, влияющие на риск вертикальной передачи ВИЧ

- *Состояние здоровья матери.* Высокий уровень вируса в крови или влагалищных секретах матери и низкий иммунный статус увеличивают вероятность передачи ВИЧ-инфекции.
- *Условия жизни матери:* питание, отдых, витамины. Характерно, что среднестатистический риск рождения ребенка с ВИЧ в индустриально развитых странах Европы и в США примерно вдвое ниже, чем в странах третьего мира.
- *Наличие предшествующих беременностей:* чем их больше, тем выше риск.
- *Доношенность ребенка:* как недоношенные, так и перенесенные дети чаще бывают инфицированными.
- *Воспаление или преждевременный разрыв околоплодных оболочек:* повышенный риск передачи ВИЧ новорожденному.
- *Кесарево сечение:* многие исследования показали, что при кесаревом сечении, особенно если оно производится до разрыва околоплодных оболочек, риск рождения ребенка с ВИЧ снижается.
- *Язвочки и трещины слизистой оболочки влагалища* (обычно они возникают в результате инфекций) повышают риск рождения ребенка с ВИЧ.
- *Грудное вскармливание:* ВИЧ-инфицированным матерям не рекомендуется вскармливать детей грудью, поскольку при этом повышается риск передачи ВИЧ ребенку. Единственное исключение составляют те редкие случаи, когда у матери нет условий для приготовления детских смесей (нет чистой питьевой воды, невозможно кипятить бутылочки и соски), поскольку считается, что в этом случае риск желудочно-кишечных инфекций представляет большую угрозу для жизни ребенка, чем ВИЧ.

Плод может быть инфицирован ВИЧ уже на 8–12 неделе беременности. Однако в большинстве случаев заражение младенцев происходит в процессе родов.

Главным достижением профилактики ВИЧ-инфекции за последние несколько лет стала разработка метода снижения риска передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку во время родов. Если без специального лечения среднестатистический риск рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией составляет 15–25 % в Европе и США и 30–40 % в Африке, то с помощью профилактического курса лечения противовирусным препаратом АЗТ (ретровир) риск можно снизить до 2–3 %. В данном случае лечение проводится не с целью стабильного улучшения здоровья матери, а для того, чтобы снизить риск рождения ребенка с ВИЧ. После родов лечение прекращается.

Доля заражений ВИЧ различными путями:

- половым путем – 70–80 %;
- инъекционные наркотики – 5–10 %;
- от беременной или кормящей матери ребенку – 5–10 %;
- переливание зараженной крови – 3–5 %;
- профессиональное заражение медработников – менее 0,01 %.

Первое место занимает заражение при половом контакте. Австралийские авторы наблюдали заражение лишь двух из шести половых партнеров больного СПИДом. Описано много случаев, когда постоянный партнер, муж или жена больного, оставался без признаков инфекции, несмотря на длительные половые отношения с вирусоносителем. В то же время известны случаи, когда, например, единственный половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером приводил к заражению женщин.

Второе место после полового пути распространения возбудителя занимает искусственный путь передачи лимфопатических вирусов с биологическими препаратами, взятыми от вирусоносителей. Вирус можно передать:

- при переливании крови,
- при повторном использовании загрязненного инфицированной кровью инструмента,
- при введении отдельных фракций крови,
- при пересадке органов и искусственном осеменении, хотя последний случай можно отнести к половому пути передачи.

К парентеральному пути можно отнести также передачу вируса:

- при ритуальных процедурах, связанных с кровью,
- при манипуляциях знахарей.

Третье место занимает профессиональное заражение медработников. В 2000 году в США было зарегистрировано 62 таких случая. Из них 45 заражений произошли при уколах иглой, а остальные при попадании зараженной крови или лабораторной жидкости с концентрированным вирусом в ранки на коже, в глаза, в рот или на слизистые оболочки. Был подсчитан среднестатистический риск заражения: при случайном уколе иглой он составляет 0,3 %, при попадании вируса на поврежденную кожу, в глаза или на слизистые оболочки – 0,1 %.

В России, по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в 1998–2007 годах преобладал путь заражения через инъекционное введение наркотиков (88,6 % от всех известных случаев).

ВИЧ не передается:

- при рукопожатии;
- при поцелуе;
- при кашле, чихании (слюна может представлять опасность только в том случае, если в ней видна кровь);
- при пользовании общей посудой, постельным бельем, полотенцем;
- при пользовании бассейном или баней;
- от домашних животных и птиц;
- от укуса кровососущих насекомых (комаров, клопов).

Клинические проявления ВИЧ-инфекции. Диагностика. Меры профилактики

Как всякое инфекционное заболевание, ВИЧ-инфекция протекает стадийно. Российским ученым В. И. Покровским выделены 5 стадий развития ВИЧ-инфекции.

1. **Стадия инкубации** начинается с момента проникновения вируса в организм. При ВИЧ-инфекции она довольно короткая – от 3 недель до 3 месяцев и редко затягивается до 1 года. Этот период часто называют «периодом окна», что связано, прежде всего, с тем, что лабораторная диагностика крови серологическим методом (определение антител к ВИЧ) затруднена, так как уровень защитных антител в этот период для выявления недостаточный. Клинических проявлений нет, человек чувствует себя здоровым. Но самое главное, с момента попадания вируса в организм человек становится источником ВИЧ-инфекции, даже не подозревая этого.

2. **Стадия первичных проявлений.** Существуют три варианта ее течения.

Первый вариант. *Бессимптомная фаза*, клинических проявлений нет, ВИЧ-инфицированный считает себя здоровым, ведет обычный образ жизни, но является потенциальным источником заражения. В крови при лабораторном исследовании обнаруживаются антитела к ВИЧ. Длительность этой фазы – от 1 месяца до нескольких лет, и зависит она от первоначального состояния организма человека и, в первую очередь, от его иммунной системы.

Второй вариант. *Острая фаза ВИЧ-инфекции с вторичными заболеваниями.* Характеризуется кашлем, увеличением лимфатических узлов, повышением температуры тела, расстройством кишечника, различными высыпаниями на коже, слабостью, похуданием.

Эти симптомы достаточно быстро проходят без всякого лечения. Продолжительность фазы – от нескольких дней до 2–3 недель.

Третий вариант. *Острая фаза ВИЧ-инфекции без вторичных заболеваний.* Происходит увеличение шейных, затылочных, подмышечных (кроме паховых) лимфоузлов (лимфаденопатия). Длительность этой фазы – от 1,5 до 5 лет.

3. **Субклиническая стадия.** Медленное прогрессирование иммунодефицита. Единственным клиническим проявлением является увеличение лимфоузлов, которое может и отсутствовать. Длительность субклинической стадии варьируется от 2 до 20 и более лет, в среднем – 6–7 лет. В этот период отмечается постепенное снижение уровня CD4-лимфоцитов.

4. **Стадия вторичных заболеваний (стадия преСПИД).** На фоне нарушенного иммунитета появляются различные инфекции вирусной, бактериальной, грибковой природы и опухолевые процессы. Длительность этой стадии – от 3 до 7 лет.

Для этой стадии характерны: длительная лихорадка и расстройство стула (диарея), продолжающиеся более одного месяца и не поддающиеся фармакологическому лечению. Часто на себя обращает внимание необъяснимая потеря веса (более 10 % от первоначальной массы тела), а также возникающая и длительно (месяцами) сохраняющаяся слабость, переходящая в хроническую усталость. Нарушаются работоспособность и сон.

Когда иммунная система истощается, развиваются различные вторичные инфекции, обусловленные бактериями, грибами, вирусами или даже простейшими микроорганизмами, которые поражают кишечник, легкие, головной мозг, кожу.

5. **Терминальная стадия (СПИД).** ВИЧ, размножаясь, поражает всё новые и новые клетки иммунной системы человека. В этом состоянии человек становится беззащитным перед теми бактериями и вирусами, которые ранее не могли вызвать заболеваний. Развивается СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита, когда иммунная система не справляется с поставленными перед ней задачами. Усугубляется течение присоединившихся ранее инфекций.

Для этой стадии также характерны опухолевые процессы. Одним из возможных заболеваний является саркома Капоши – раковая опухоль кровеносных сосудов и опухоли лимфатических узлов. Кроме того, в стадии СПИД высока вероятность физического уродства в связи с истощением и повреждениями кожи различными инфекциями. Больные, у которых поражена нервная система, могут терять память, ориентацию во времени и пространстве.

Таким образом, процесс ВИЧ-инфицирования затрагивает практически все органы и системы человека, но основными очагами поражения являются легкие, желудочно-кишечный тракт и нервная система. У человека периодически наступает состояние улучшения, но потом следуют новые периоды болезни, более тяжелые, чем предыдущие. Поэтому такие больные нуждаются в серьезном уходе.

Продолжительность жизни больных в этой стадии составляет от нескольких месяцев до нескольких лет. Считается, что через 1 год погибает 50 % больных, а через 3 года – 75 % больных.

Факторы, влияющие на скорость развития ВИЧ-инфекции и перехода ее в стадию СПИД:

- состояние здоровья человека до заражения (чем лучше оно было, тем дольше организм сможет сопротивляться заболеванию);
- употребление наркотиков и других психоактивных веществ (алкоголя, табака) ускоряет разрушение организма ВИЧ-инфекцией примерно в два раза;
- заболевания, передающиеся через кровь и при сексуальных контактах, создают дополнительную нагрузку на иммунную систему;
- вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в три раза выше, чем мужчины от женщины;

- условия жизни ВИЧ-инфицированного человека: несоблюдение правил личной гигиены, рациональной диеты, физической нагрузки и отдыха;
- несвоевременное начало противовирусной терапии и лечения присоединившихся инфекций.

В России средняя продолжительность жизни от момента заражения составляет 8–13 лет и более. При этом раннее обращение за медицинской помощью и своевременно начатое лечение позволяет значительно продлить жизнь ВИЧ-инфицированного человека.

В настоящее время СПИД считается неизлечимым заболеванием, однако его характер и длительность могут быть различными.

СПИД – это пандемия, и пока никто не нашел способов борьбы с ней, хотя некоторые противовирусные препараты позволяют продлить жизнь многим больным. Но это очень дорогое «удовольствие».

Диагностика. Поставить диагноз «ВИЧ-инфекция» может только врач на основании клинических данных и положительного исследования крови на вирус иммунодефицита человека. Лабораторный метод основан на поиске в сыворотке крови особых белковых веществ – антител. Антитела начинают вырабатываться не сразу, организму потребуется некоторое время, чтобы в ответ на проникновение вируса появились антитела. У подавляющего большинства ВИЧ-инфицированных людей достаточное для обнаружения количество антител образуется через 3–6 месяцев после заражения. Следует помнить, что, начиная с момента заражения, независимо от появления антител, человек с ВИЧ-инфекцией может заразить другого человека при половом контакте или контакте с кровью.

Для выявления антител к ВИЧ применяют метод ИФА (иммуноферментного анализа), который позволяет выявить всех ВИЧ-инфицированных людей, прошедших тестирование. Для анализа забирается кровь из локтевой вены в количестве 3–5 мл.

Если результат анализа отрицательный, это означает, что человек или не заражен ВИЧ, или заражен ВИЧ, но заражение произошло недавно, и антитела еще не успели выработаться, или получил ложноотрицательный результат, когда тест показывает отсутствие антител, хотя в действительности они есть.

Если результат положительный, это означает, что человек или заражен ВИЧ; или получил ложноположительный результат, когда тест показывает наличие антител, похожих на антитела к ВИЧ.

Недостатком этого метода исследования является то, что выявляется не сам вирус, а антитела к нему. В связи с этим резко затруднена диагностика ВИЧ-инфекции на ранних этапах после инфицирования.

В настоящее время внедряется новый метод обнаружения ВИЧ – метод молекулярной гибридизации. Суть этого метода состоит в многократном клонировании (размножении) нуклеиновой кислоты вируса в пробирке с последующим учетом продуктов реакции. Это очень перспективный метод, который позволяет определить не только качество, но и количество вируса в крови.

Лабораторное обследование на ВИЧ доступно всем. Оно проводится на добровольной основе за исключением доноров и работников отдельных профессий, которые подлежат обязательному медицинскому освидетельствованию. Обследование в лечебно-профилактических учреждениях по желанию пациента может быть анонимным.

Если у человека ВИЧ-инфекция, то чем раньше он узнает об этом, тем больше возможностей для сохранения качества жизни, так как сейчас существуют эффективные лекарства и другие методы поддержания иммунной системы.

В настоящее время ведутся интенсивные поиски эффективной вакцины против ВИЧ. Однако быстрая изменчивость вируса затрудняет разработку вакцины для специфической профилактики.

Самым действенным средством предупреждения распространения ВИЧ-инфекции на сегодняшний день является просвещение населения, в том числе подростков и молодежи.

Профилактика ВИЧ-инфекции

1. Пропаганда здорового образа жизни.
2. Информирование молодых людей о путях передачи этого инфекционного заболевания и средствах защиты.

Каждый молодой человек может принять различные решения в отношении своей сексуальной жизни, чтобы снизить риск заражения, например:

1. сексуальные контакты с наименьшим риском, позволяющие обезопасить себя и своего партнера от болезней, передающихся половым путем, и от нежелательной беременности (с использованием презерватива);
2. один половой партнер, при условии сохранения взаимной верности и регулярном медицинском обследовании;
3. воздержание от секса. Это самый надежный способ предохранения от заражения ВИЧ.

РАЗДЕЛ 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Практическое занятие № 1. Факторы дезадаптации, способствующие возникновению вредных привычек

Цель: изучить факторы, способствующие возникновению вредных привычек; оценить свой образ жизни и наличие факторов риска.

Теоретическое обоснование

Чем дальше в область традиционных медицинских технологий уходило лечение болезней, тем больше смещалась оценка здоровья в сторону определения степеней социальной адаптации. В реальной жизни социальная дезадаптация проявляется в различных формах ухода от жизненных трудностей. Удовлетворенность жизнью стала представляться как способность человека приспосабливаться к постоянно меняющемуся миру. И наоборот, неспособность адаптироваться к условиям жизни общества сама по себе, хотя и не рассматривалась как болезнь, но вызывает не менее тяжелые и опасные для здоровья отклонения в поведении человека. Как правило, человек в обществе не может жить без стрессов, особенно положительных – *эустрессов*. Наши привычки начинаются именно как удовольствие, в котором не было нужды, а заканчиваются зависимостью, которая не приносит былого наслаждения.

Первым дал определение стресса канадский физиолог Ганс Селье. Согласно его определению, **стресс** – это всё, что ведет к быстрому старению организма или вызывает болезни.

В переводе с английского языка слово «стресс» означает «нажим, давление, напряжение». Энциклопедический словарь дает следующее толкование стресса: «Совокупность защитных физиологических реакций, возникающих в организме животных и человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов».

Стресс – это глобальное биологическое понятие, применимое ко всему живому: одноклеточным микроорганизмам, растениям, животным и, конечно, человеку.

Стресс возникает от введения в организм любого химического вещества – не только яда, но и лекарства, от обычного приема пищи, от вдыхания аромата цветов или табачного дыма. В общем, факторы, вызывающие стресс, встречаются на каждом шагу. **Стрессами являются:** перепады температуры, инфекции, травмы, физические нагрузки, умственная работа, сильное нервное возбуждение и т. д. Избежать их или обойти невозможно. Факторы, порождающие стресс, называются стрессорами.

Реакция живого организма на стресс. Синдром, вызываемый различными вредоносными агентами, получил известность как общий адаптационный синдром (ОАС), или синдром биологического стресса.

Выделяют три фазы ОАС.

1. *Реакция тревоги.* Организм меняет свои характеристики, будучи подвергнут воздействию какого-либо стрессора: учащается сердцебиение, повышается кровяное давление, напрягаются мышцы. Независимо от того, серьезна ли опасность (угроза жизни, физическое насилие) или не очень (словесное оскорбление), происходит резкое снижение уровня сопротивляемости. Если стрессор оказывается сильнее защитных сил организма, наступает смерть.
2. *Фаза сопротивления.* Если действие стрессора совместимо с возможностями адаптации, организм сопротивляется ему. Признаки реакции тревоги практически исчезают, уровень сопротивления поднимается значительно выше обычного. Организм адаптируется и оказывает сопротивление, продолжительность которого зависит от врожденной приспособляемости организма и от силы стрессора и может составлять от нескольких часов до нескольких дней.
3. *Фаза истощения.* После длительного действия стрессора, к которому организм приспособился, постепенно истощаются запасы адаптационной энергии. Вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь они необратимы, и индивид погибает.

Трехфазная природа ОАС дала первое указание на то, что способность организма к приспособлению, или адаптационная энергия, не беспредельна. Холод, мышечные усилия, кровотечения и другие стрессоры могут быть переносимы в течение ограниченного срока.

Запасы адаптационной энергии даются человеку от рождения. После каждого стресса резерв энергии со временем пополняется частично. Таким образом, каждый стресс в большей или меньшей степени опустошает запасы жизненных сил. Старение – вот итог всех стрессов.

Последователи учения Селье выявили, что не каждый стресс приводит к истощению резерва адаптационной энергии.

Если мы составим перечень жизненных ситуаций и событий, способных вызвать стресс, то увидим, что некоторые из них являются положительными и благоприятно влияют на нашу жизнь (успешная сдача экзаменов, свадьба, рождение ребенка). Кроме того, в течение жизни мы испытываем и другие положительные ощущения: к примеру, радость (окончание школы, института, встреча с друзьями и родными, победа любимой команды), любовь, творческий подъем (вдохновение), достижение выдающегося спортивного результата и т. п.

Однако стрессовое напряжение способны вызвать как положительные, так и отрицательные ситуации. Чтобы как-то различать источники стрессов, да и сами стрессы, положительные стрессы получили название **эустрессы**, отрицательные – **дистрессы**, или просто **стрессы** (отрицательные эмоции, нервное и физическое перенапряжение), именно они чаще всего ведут к болезням. «Стресс рухнувшей надежды» с большей вероятностью, чем стресс от чрезмерной мышечной работы, приводит к заболеваниям. Нулевой стресс невозможен.

В результате многочисленных исследований была выявлена связь между вызывающими стресс жизненными ситуациями и началом развития различных заболеваний – от головокружения до сердечных недугов, язвы, гастрита, артрита, астмы. Стресс также разрушает психическое здоровье. Он может привести к депрессии, тревожности, раздражительности и другим эмоциональным неурядицам.

Под воздействием стресса наш организм испытывает напряжение, признаками которого являются:

- невозможность сосредоточиться на чём-то,
- ухудшение памяти,
- часто возникающее чувство усталости,
- очень быстрая речь,
- ухудшение работоспособности желудка,

- повышенная возбудимость,
- отсутствие прежней радости от работы,
- потеря чувства юмора,
- пристрастие к алкогольным напиткам,
- постоянное ощущение недоедания,
- слишком частые ошибки в работе,
- желание закончить работу.

Реакция человека, подверженного различным стрессам, может быть неоднозначной, в зависимости от его функционального состояния и степени стресса.

Классификация степеней стрессов, или степеней социальной дезадаптации

1-я степень: злоупотребление стимуляторами (чай, кофе), систематический прием снотворных (седативных) препаратов, алкоголя (после рабочего дня). Эта степень стресса полностью компенсируется.

2-я степень: систематическое курение, периодические срывы, регулярное употребление алкоголя, слабых наркотиков, лекарств, вызывающих зависимость, поведенческие антисоциальные реакции. Данная степень еще совместима с продуктивной деятельностью и, как правило, излечима, если своевременно принять меры.

3-я степень: сильно запущенный алкоголизм, прием сильных наркотиков, бродяжничество. Происходит резкое ограничение или полная потеря работоспособности. Возникает полное пренебрежение к своему здоровью (медленное самоубийство), пропорционально снижается уважение к чужому здоровью и жизни (криминогенность личности), тем более к общественной и чужой собственности. Лечение возможно, но успех маловероятен.

4-я степень: полное отрицание ценностей, которыми живет общество; антиобщественное поведение, заканчивающееся трагедией преступления, а в тихой форме – склонностью к суицидам. Лечение, как правило, приходится комбинировать с принуждением, а иногда и с социальной изоляцией.

Таким образом, с исчезновением фатальности исходов физических и психических заболеваний главной патологией, снижающей качество жизни населения, становится социальная дезадаптация.

По мнению многих исследователей, лучшими средствами от стресса, т. е. адаптогенами, являются сауна, бассейн, физические нагрузки, секс. Однако во многих случаях, к сожалению, наиболее доступным адаптогеном оказывается алкоголь. И здесь важно, как говорится, «не переборщить».

Основная масса активной популяции характеризуется именно первой степенью дезадаптации.

Факторы дезадаптации

I. Социальные факторы

1. *Отношение общества* (тактика невмешательства, извлечение прибыли).
2. *Особенности культуры и традиции.*
3. *Влияние семьи и семейное воспитание.* Например, курение отца, матери или обоих родителей может послужить наглядным примером для ребенка, не говоря уже о пассивном курении, которое отрицательно скажется на его здоровье. В семьях, где один или оба родителя употребляют алкоголь, дети чаще всего становятся алкоголиками. У ребенка, рожденного курящей или употребляющей алкоголь или наркотики женщины, может наблюдаться физическая зависимость к тому или иному средству. В семье, где существует культ еды, ведется малоподвижный образ жизни, как правило, не только родители, но и дети имеют избыточный вес. Естественно, в семье, члены которой ведут здоровый образ жизни, занимаются физической культурой и спортом, возникновение вредных привычек маловероятно.
4. *Материальные условия и уровень жизни.* Наркотические вещества употребляют не только дети и подростки, принадлежащие к привилегированным группам, но и

выходцы из семей с низким социально-экономическим положением, так называемые группы риска, куда относятся неполные семьи, семьи алкоголиков, наркоманов, семьи, имеющие низкий прожиточный минимум. Социальные условия, низкий уровень жизни, задержка заработной платы, безработица, отсутствие уверенности в будущем – всё это сказывается на распространении алкоголизма и наркомании как средств ухода от реальной действительности.

5. *Источники информации.* В СМИ идет широкая реклама табачной, алкогольной продукции, анаболических стероидов и т. д., что также сказывается на степени распространенности вызывающих зависимость средств.

II. Индивидуально-типологические особенности

1. *Генетическая обусловленность.* По данным ряда ученых, алкоголизм – наследственная болезнь. Как показали исследования, 94 % детей, отягощенных алкогольной наследственностью, впоследствии сами становятся потенциальными алкоголиками. «Патологическая информация» плоду передается не только у страдающих хроническим алкоголизмом, но и у вполне здоровых людей, если они в момент зачатия находились в стадии алкогольного опьянения. У хронических алкоголиков относительно здоровые дети родиться могут только через 2–3 года лечения и воздержания от спиртных напитков.
2. *Сила нервной системы.* Лица с сильным типом нервной системы, как правило, более устойчивы к влиянию сбивающих факторов (ближайшее окружение и т. д.), и тем самым менее предрасположены к приобретению вредных привычек.
3. *Моральная устойчивость и развитие волевых качеств.* В основе их приобретения и избавления от вредных привычек в половине случаев лежит воля – способность человека к самоопределению и самоуправлению деятельностью и психическими процессами.
4. *Состояние здоровья* (та или иная болезнь может привести к формированию лекарственной зависимости).
5. *Расстройство психики неорганической природы* (социальный стресс, период полового созревания, разочарования, крушение жизненных интересов, страх и тревога, начало психических заболеваний).

Меры профилактики возникновения вредных привычек
Формирование полезных привычек и профилактику вредных необходимо осуществлять с самого раннего детства – вырабатывать волевые качества, мотивации к здоровому образу жизни. Немаловажное значение на данном этапе имеют родители ребенка, их личный пример.

Необходимо изменить отношение общества к вредным привычкам, активно вести среди населения пропаганду здорового образа жизни. Один из ведущих лозунгов нашей жизни должен быть: «Курить, употреблять алкоголь и наркотики, мало двигаться, переедать – вредно и немодно. Всё это приносит вред здоровью человека, обществу, будущему поколению. Модно быть здоровым».

Известно, что никакие положения, приказы, наказания не могут заставить человека отказаться от вредных привычек, вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения.

Мотивации, лежащие в основе формирования стиля здоровой жизни и профилактики вредных привычек:

1. *Самосохранение.* Человек осознаёт, что определенное действие (курение, прием наркотиков и т. д.) может повредить его здоровью. Формулировка личностной мотивации: «Я не совершаю определенные действия, так как они могут повредить моему здоровью и жизни».

2. *Подчинение этнокультурным требованиям.* Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Например, жители Крайнего Севера едят сырую замороженную рыбу. С одной стороны, эта рыба может быть причиной заражения кишечными паразитами, но, с другой стороны, именно сырая замороженная рыба в суровых северных условиях обеспечивает наиболее полноценное сбалансированное питание. Ребенка с детства приучают к этому продукту, его употребление становится столь же естественным, сколь естественно питье воды. Другой пример. С раннего детства человека учат отправлять свои физиологические потребности в определенных, закрытых от посторонних местах. Это продиктовано гигиеническими, этическими и эстетическими требованиями. Неподчинение им – агрессия против общества.

Формулировка мотивации: «Я подчиняюсь этнокультурным требованиям потому, что хочу быть равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье и благополучие других». Зачастую данная формулировка «подчинение определенным требованиям» может привести к возникновению вредных привычек. Как было отмечено ранее, подростки приобщаются к алкоголю, наркотикам, курению именно для того, чтобы подчиниться требованиям определенной группы людей, ближайшего окружения.

3. *Получение удовольствия от самосовершенствования.* Эта простая гедонистическая мотивировка формируется так: «Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю всё, чтобы испытать это чувство». Например, большая часть детей любит умываться, купаться. Но если вода слишком холодная или горячая, а взрослые чересчур сильно трут детскую кожу и т. д., то ребенок воспринимает умывание как наказание и старается его избежать.
4. *Возможность для совершенствования.* Формулировка: «Если у меня не будет вредных привычек, то я буду здоров. Если я буду здоров, то я смогу подняться на более высокую ступень общественной жизни». Процесс избавления от вредных привычек также дает человеку возможность для самосовершенствования, развития волевых качеств.

Что касается полезных привычек и гигиенических навыков, то их привитие тоже требует времени и воли. Все знают, что принимать душ по утрам полезно, это способствует закаливанию, придает бодрость, уничтожает неприятный запах тела и т. д. Но на первых порах привыкания к этой гигиенической процедуре человек чувствует себя некомфортно и вынужден заставлять себя делать это. Если схема рефлексии построена правильно и заканчивается значимой мотивацией, то цель достигается быстрее, эффективнее и с меньшими психологическими затратами. Например, девушка, приучающая себя к прохладному душу, говорит: «Я не хочу, но буду потому, что холодный душ благотворно влияет на здоровье, кожа становится красивее. А я хочу быть красивой».

Здоровый образ жизни требует от человека волевых усилий и осмысления поступков, прогнозирования последствий как для себя лично, так и для других людей, в том числе возможного потомства. Последнее особенно важно, если задуматься о том, что от здоровья конкретного существующего поколения зависит здоровье и счастье последующего.

5. *Способность к маневрам.* Формулировка: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в обществе и свое местонахождение в нем. Здоровый человек может выбрать интересную ему профессию, может менять профессии, перемещаться из одной климатической зоны в другую».
6. *Сексуальная реализация.* Формулировка: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии». Люди отказываются от вредных привычек, так как это отражается на их сексуальном здоровье.

7. *Постижение максимально возможной комфортности.* Формулировка: «Я здоров, меня не беспокоит физическое и психическое неудобство». По отношению к вредным привычкам это можно сформулировать так: «Я бросил курить, я буду здоров».

Случаи, когда все семь мотиваций являются для человека одинаково значимыми, встречаются крайне редко. Более того, человек, для которого одновременно значимы все перечисленные побудительные причины укрепления и сохранения здоровья, дает повод задуматься: а не слишком ли он занят проблемой здорового образа жизни, и не приобрела ли эта озабоченность болезненный характер.

Однако в течение жизни человек проходит через разные мотивации. В детстве – это подчинение этнокультурным требованиям и получение удовольствия, в подростковом возрасте – возможность для совершенствования и способность к маневрам. Можно подросткам объяснить, что в будущем у них будут болезни легких, если они сейчас не бросят курить. Но вряд ли их удастся удержать от дурной привычки: будущее для подростка – это завтра, ближайшее воскресенье, конец четверти в лучшем случае. Не пригодна для них и ссылка на этнокультурные традиции. Эта мотивация для них не значима, более того, нарушая ее, они испытывают удовольствие от самоутверждения.

Практическая работа

Практическая работа состоит из двух частей.

В первой части необходимо ответить на вопросы анкеты с целью выявления отношения студентов к вредным привычкам, осведомленности о влиянии вредных привычек на организм человека. Далее следует проанализировать полученные в ходе анкетирования всей группы результаты (можно организовать групповую дискуссию), оформить вывод. Данная анкета заполняется анонимно.

В ходе выполнения второй части практической работы студенту необходимо ответить на вопросы трех анкет, подсчитать результаты, оформить вывод по собственному образу жизни и наличию риска возникновения вредных привычек.

Часть 1

Анкета 1. «Отношение к вредным привычкам»

Укажите Ваш пол, возраст, социальное происхождение.

1. Считаете ли Вы серьезной проблему получения школьниками, студентами, молодежью информации о влиянии различных вредных привычек на организм (свой и окружающих)?
2. Как Вы считаете, обладаете ли Вы достаточной информацией о реальном действии на организм наркотических средств, табака, алкоголя и мерах профилактики, борьбы и лечения? Источник поступления сведений:
 - а) школьное и студенческое образование,
 - б) пресса и телевидение,
 - в) общение со сверстниками,
 - г) другой источник (назовите его).
3. Перечислите то, что Вы считаете вредными привычками.
4. Какая из вредных привычек, на Ваш взгляд, является наиболее вредной? Почему?
5. Назовите наиболее распространенную среди Ваших знакомых вредную привычку и причины, на Ваш взгляд, являющиеся основой возникновения этой привычки.
6. Как Вы относитесь к наличию вредных привычек у своих близких и друзей?
7. Влияет ли на продолжение дружеских отношений факт приема наркотиков Вашим другом (подругой)?
8. Какие причины, на Ваш взгляд, могут служить оправданием употребления алкоголя или наркотиков?
9. Есть ли для Вас разница, какой именно вид наркотических препаратов принимает человек?
10. Одинаково ли Ваше отношение к наличию вредных привычек у мужчин и женщин?

11.

Возможно ли, на Ваш взгляд, избавиться от вредных привычек самостоятельно?

12. Как Вы считаете, нужны ли социальные меры борьбы с вредными привычками, и какие меры, на Ваш взгляд, являются наиболее действенными?

13. Имеете ли Вы вредные привычки? Если да, то:

а) какие?

б) в каком возрасте приобретены?

в) при каких обстоятельствах?

14. Испытываете ли Вы комфорт или дискомфорт от наличия у Вас вредной привычки? Если да, то, что именно Вам нравится (или не нравится)?

15. Хотите ли Вы избавиться от своих вредных привычек? Если да, то, что Вы пытались предпринять или планируете предпринять в связи с этим?

16. Имеете ли Вы личный опыт избавления от вредной привычки? Если да, то, каким способом Вам удалось достичь успеха?

17. Каково Ваше отношение к рекламе табака и спиртных напитков в средствах массовой информации?

18. Каково Ваше отношение к наличию у 45 % современных школьников России вредных привычек?

19. Если бы Вы узнали, что Ваш ребенок курит, принимает алкоголь, наркотики, то:

а) какова была бы Ваша реакция на это?

б) какие действия Вы бы предприняли (или не предприняли) в связи с этим фактом?

20. Как совмещаются занятия спортом с наличием вредной привычки?

21. Каково Ваше отношение к употреблению допингов в различных видах спорта?

22. Какое действие на организм оказывает курение?

23. Какое действие на организм оказывает постоянный прием спиртных напитков?

24. Какое действие на организм оказывает прием наркотических препаратов?

25. Каковы, на Ваш взгляд, последствия глобальной наркотизации России на современном этапе?

26. Назовите факторы, способствующие, на Ваш взгляд, увеличению числа курящих, пьющих, принимающих наркотики детей в России?

27. В каких странах проблема наркомании стоит столь же остро как в России, и каковы, на Ваш взгляд, причины этого явления?

28. Ваши предложения по мерам борьбы с распространением наркомании в России.

29. Ваши предложения по мерам борьбы с распространением курения и алкоголя в России.

Часть 2

Анкета 1. «Сколько лет Вы проживете»

За исходную точку возьмите число, определяющее среднюю продолжительность жизни в России (женщины – 72 года, мужчины – 59 лет). Из этого числа Вам нужно вычитать или прибавлять к нему набранные в результате Ваших ответов очки.

1. Если Вы живете в населенном пункте, где число людей менее 10 тыс., то добавьте 2 года, если число людей более 1 млн, то отнимите 2 года.

2. Если Вы заняты преимущественно умственным трудом, то отнимите 3 года, если физическим, то добавьте 3 года.

3. Если Вы занимаетесь физической культурой и спортом 5 раз в неделю хотя бы по полчаса, то прибавьте 4 года, если 2–3 раза – прибавьте 2 года.

4. Если Вы женаты или замужем (или же собираетесь вступить в брак, имеете постоянного партнера более 2 лет), добавьте 5 лет; если нет – отнимите по одному году за каждые 5 лет холостяцкой жизни, начиная с 25-летнего возраста.

5. Если Вы постоянно спите больше 10 часов, отнимите 4 года; если по 7–8 часов – ничего не отнимайте, если меньше 6–7 часов – отнимите 2 года. Если Вы плохо спите (бессонница, беспокойный сон, кошмары, прерывистый сон), отнимите 3 года.
6. Если Вы нервный, раздражительный, агрессивный человек, отнимите 3 года; если спокойный, уравновешенный – добавьте 3 года.
7. Если Вы считаете себя счастливым, то добавьте 1 год, если нет – отнимите 2 года.
8. Если Вы постоянно рискуете, нарушаете правила дорожного движения (как пешеход или как водитель), то отнимите 1 год.
9. Если Вам постоянно не хватает денег, и Вы всё время ищете, где бы можно было подработать, занять денег – отнимите 3 года.
10. Если у Вас среднее образование, добавьте 1 год, если высшее – 2 года.
11. Если Ваши родители (или бабушки и дедушки) на пенсии, но продолжают работать – добавьте 3 года.
12. Если Ваши бабушка (дедушка) дожили до 85 лет – добавьте себе 2 года, если оба дожили до 80 – добавьте 4 года.
13. Если кто-то из Ваших близких родственников, не дожив до 50 лет, скончался от рака, инфаркта или инсульта – отнимите 3 года.
14. Если Вы выкуриваете больше пачки сигарет в день – отнимите 8 лет, если полпачки – отнимите 4 года, если меньше – отнимите 2 года.
15. Если Вы выпиваете хотя бы немного алкоголя каждый день или через день – отнимите 3 года, если 1–2 раза в неделю сильно напиваетесь – отнимите 5 лет.
16. Если Ваш вес больше нормального для Вашего возраста и роста на 20 кг – отнимите 8 лет, если на 15–20 кг – отнимите 4 года, если на 5–15 кг – отнимите 2 года.
17. Если Вы имеете привычку регулярно проходить медицинский осмотр и контроль – прибавьте 2 года.

Теперь подсчитайте результат. **Число, которое получилось у Вас в результате, это есть тот возраст, до которого Вы можете дожить.** Однако, его можно увеличить, отказавшись от вредных привычек (курение, алкоголь, переедание, гиподинамия).

Анкета 2. «Субъективная оценка образа жизни и соматического здоровья образа жизни»

1	Можете ли Вы расслабиться в стрессовой ситуации, не прибегая для этого к алкоголю, курению или таблеткам? • да • редко, но мне это удастся • нет	10 5 0
2	Насколько Ваш реальный вес отличается от адекватного? • превышает более чем на 50 % • на 25–49 % • на 11–24 % • на 4–10 % • не более чем на 3 % • норма или ниже на 4–10 % • на 11–19 % • на 20–25 % • более чем на 25 %	-10 -3 -2 6 8 10 -2 -3 -10

3	Применяете ли Вы в повседневной жизни какой-нибудь метод оздоровления (закаливание, зарядка)? - да, регулярно - да, но не регулярно - нет	10 5 0
4	Сколько раз в неделю Вы занимаетесь физической культурой в течение 20 минут и более? 5–6 раз 3 раза 2 раза - ни разу	10 6 4 0
5	Насколько продолжителен Ваш сон (в сутки)? - менее 5 часов 5–6 часов 7–8 часов 9–10 часов - более 10 часов	0 4 8 4 0
6	Сколько раз Вы питаетесь в течение дня? 3–4 раза 2 раза 1 раз	6 3 1
7	Как часто в неделю Вы завтракаете? - ни разу - от случая к случаю - ежедневно	0 2 6
8	Как часто Вы болеете? 1 раз в несколько лет 1–2 раза в год 1 раз в полгода 1 раз месяц 1 раз в одну, две недели	10 7 5 2 0
9	Как часто Вы курите? - никогда - очень редко, не больше 1–2 раз в месяц - иногда (за компанию) - каждый день до 5–6 сигарет	10 0 -1 -4

	каждый день 0,5–1 пачку сигарет	-8
10	Как часто Вы употребляете алкоголь? - не употребляю вообще - очень редко, не больше 50 граммов алкогольных напитков 1–2 раза в месяц 50–70 граммов сухого или крепленого вина 1 раз в неделю - ежедневно, но не более 40–50 граммов в день - несколько раз в месяц, но в большом количестве - ежедневно более 150–200 граммов	10 8 6 -4 -8 -10

Просуммируйте все баллы и дайте оценку своему образу жизни по приведенной ниже шкале.

30 баллов и менее: Ваши привычки и поведение далеки от здорового образа жизни, Вы пренебрегаете своим здоровьем.

31–49 баллов: Ваше отношение к здоровому образу жизни можно оценить как удовлетворительное. Задумайтесь над тем, что можно изменить.

50–59 баллов: Ваше отношение к здоровому образу жизни можно оценить как хорошее.

60–90 баллов: возможно, не задумываясь, но Вы ведете здоровый образ жизни.

Анкета 3. «Оценка физического состояния и здоровья»

Люди нередко начинают заботиться о здоровье, когда его уже нет. Вот почему так важно знать, каково ваше состояние на сегодняшний день. Чтобы определить это, не обязательно проходить длительное обследование. Порой достаточно проанализировать свой образ жизни, а также некоторые собственные физические показатели.

- Возраст.** Каждый год дает 1 балл. Если Вам, к примеру, 45 лет, значит, Вы имеете 45 баллов.
- Вес.** Нормальный вес условно равен росту в сантиметрах минус 100. За каждый килограмм сверх нормы вычитается 5 баллов. Допустим, при росте 170 см Вы весите 80 кг. Значит, по второму показателю Вы имеете минус 50 баллов. За каждый килограмм ниже нормы, наоборот, добавляется по 5 баллов.
- Курение.** Если Вы не курите, добавьте 30 баллов. За каждую выкуренную сигарету вычитается 1 балл: если, к примеру, Вы выкуриваете за день 25 сигарет, то из вашей суммы вычитается 25 баллов.
- Выносливость.** Если Вы ежедневно в течение не менее 12 минут выполняете упражнения на развитие выносливости (ходьба, бег в равномерном темпе, плавание, лыжи, велосипед, то есть то, что наиболее эффективно укрепляет сердечно-сосудистую систему), то получаете 30 баллов. Если проделываете эти упражнения 4 раза в неделю – получаете 25 баллов, 3 раза в неделю – 20 баллов, 2 раза в неделю – 10 баллов. Если ведете малоподвижный образ жизни, то из Вашей суммы вычитается 20 баллов.
- Пульс в покое.** Если Ваш пульс, измеренный в покое, меньше 90, то за каждый удар разницы вы получаете 1 балл. Например, при частоте пульса 76 ударов в минуту Вы получаете 14 баллов.
- Восстановление пульса.** Так же, как и частота пульса, очень важным показателем здоровья является скорость восстановления пульса. Его можно определить следующим образом. После двухминутного легкого бега отдохните лежа в течение 4

минут. Если после этого частота пульса равна исходной, запишите себе 30 баллов; если выше исходной на 10 ударов – 20 баллов; если выше исходной на 15 ударов – 10 баллов; на 20 и более ударов – баллы не начисляются.

А теперь подсчитайте набранную Вами сумму баллов.

20 баллов и менее: состояние Вашего здоровья угрожающее! Вам необходимо обратиться к врачу, принять меры для уменьшения лишнего веса, ограничить себя в курении, больше ходить, затем начать легкие пробежки!

21–60 баллов: уделите серьезное внимание борьбе с имеющимися у Вас факторами риска (лишний вес, курение, малая физическая активность).

61–100 баллов: следует больше времени уделить физическим упражнениям на развитие выносливости.

100 баллов и более: состояние Вашего здоровья хорошее. Ваш организм способен выдерживать солидные, в том числе и спортивные нагрузки.

Практическое занятие № 2. Курение и его влияние на основные функции организма

Цель: ознакомиться с последствиями влияния табакокурения на организм человека; изучить мотивы возникновения табачной зависимости.

Теоретическое обоснование

Курение табака – одна из самых распространенных вредных привычек, приводящая иногда к серьезным нарушениям здоровья.

Табак – это однолетнее растение семейства пасленовых. Его специальным образом обработанные листья служат сырьем для табачной промышленности. При курении происходит сухая перегонка табака и бумаги под воздействием высокой температуры (около 300°C). При этом выделяется огромное количество различных вредных веществ: их известно около 1200 наименований. Среди них производные почти всех классов органических веществ: предельные углеводороды, этиленовые и ацетиленовые соединения, ароматические углеводороды, стерины, спирты, эфиры, алкалоиды (среди них – никотин). Также есть и неорганические соединения мышьяка, меди, железа, свинца, полония (в том числе радиоактивного полония), есть в табачном дыме окись углерода, оксиды азота, синильная кислота. В 1 см³ табачного дыма содержится до 3 млн микрочастиц сажи. Недаром говорят, что список веществ, содержащихся в табачном дыме, заставляет содрогнуться: это целый справочник по вредным веществам.

Ядовитые свойства никотина доказываются просто: пиявка, поставленная курильщику, вскоре отваливается в судорогах и погибает от высосанной крови, содержащей никотин.

Весьма велик и перечень вредных последствий курения. Ученые находят всё новые и новые причины связи курения с различными заболеваниями.

Продолжительность жизни курильщиков на 7–15 лет меньше, чем у некурящих людей.

Подсчитано, что курение ответственно за 90 % случаев смерти от рака легкого, 75 % – от бронхита и 25 % – от ишемической болезни сердца у мужчин в возрасте до 65 лет. Если сравнить заболеваемость курящих и некурящих, то у первых она в несколько раз выше. Курение уменьшает физическую силу, замедляет реакцию, ухудшает память, заметно снижает половую потенцию. У курильщиков чаще, чем у некурящих, рождается неполноценное потомство. Ученые обнаружили увеличение частоты самопроизвольных абортов, повышение смертности в предродовом и послеродовом периодах, снижение массы тела новорожденных, ухудшение умственных способностей у выживших детей, рождение детей с аномалиями развития и т. д. Следует отметить, что на потомство оказывает влияние не только активное, но и так называемое пассивное курение, когда некурящие беременные женщины вынуждены вдыхать табачный дым.

Продолжительное табакокурение может быть причиной стойкого спазма сосудов нижних конечностей, способствующего развитию облитерирующего эндартериита, поражающего преимущественно мужчин. Это заболевание ведет к нарушению питания, гангрене и в итоге к ампутации нижней конечности.

От веществ, содержащихся в табачном дыму, страдает так же пищеварительный тракт, в первую очередь зубы и слизистая оболочка рта. Никотин увеличивает выделение желудочного сока, что вызывает ноющие боли под ложечкой, тошноту и рвоту. Эти признаки могут быть проявлением и гастрита, язвенной болезни желудка, которые у курящих возникают гораздо чаще, чем у некурящих. Так, например, среди мужчин, имеющих язвенную болезнь желудка, 96–97 % курили. Курение может вызвать никотиновую амблиопию. У больного, страдающего этим недугом, наступает частичная или полная слепота. Это очень грозное заболевание, при котором даже энергичное лечение не всегда бывает успешным.

Действие никотина на организм. Основным действующим компонентом табака является никотин. Этот алкалоид впервые выделили в чистом виде в 1828 году ученые Поссельт и Рейман. Содержание никотина в листьях табака колеблется обычно от 1 до 1,5 %, однако в некоторых сортах достигает 6–8 %. В одной сигарете массой 1 грамм содержится обычно 10–15 мг никотина, а в сигаре массой 10 граммов – до 150 мг этого вещества.

В химически чистом виде никотин представляет собой прозрачную маслянистую жидкость со жгучим вкусом. Именно такой вкус ощущает курящий, когда докуривает окурочек, где оседает никотин. В фильтре сигареты может скопиться такое количество никотина, которого достаточно, чтобы убить мышь. Фактически никотин токсичен в такой же степени, как и синильная кислота. Поэтому у непривычного к курению человека большое количество выкуриваемых сигарет вызывает тяжелое отравление.

Никотин – это чрезвычайно сильный яд, действующий преимущественно на нервную систему, пищеварение, а также на дыхательную и сердечно-сосудистую системы. Эксперименты на животных еще в прошлом веке показали несомненное влияние никотина на нервные реакции. Например, если на обнаженную ткань нерва наложить ватку с никотином, то для его раздражения требуется значительно меньшая сила тока. Более того, высокая концентрация раствора никотина вызывала судорожные сокращения той группы мышц, которая находилась под контролем данного участка мозгового вещества без какого-либо дополнительного воздействия током. При этом приступы не возникали после нескольких повторений никотинового раздражения, т. е. к никотину можно привыкнуть.

Систематическое изучение действия никотина на организм дало основание ученым предположить двухфазность реакций на его введение. Вначале следует повышенная раздражимость и возбудимость самых различных систем и органов, а затем это состояние сменяется угнетением.

Всякому курящему необходимо помнить, что курение табака вредно сказывается не только на состоянии его собственного здоровья, но и на здоровье тех, кто его окружает дома, на работе, в общественных местах.

Большинство же курильщиков удивительно бесцеремонны по отношению к окружающим. Вот что писал по этому поводу Л. Н. Толстой: «Всякий человек нашего современного среднего воспитания признает неблаговоспитанным, негуманным для своего удовольствия нарушать спокойствие и удобство, а тем более здоровье других людей... Но из тысячи курильщиков ни один не постесняется тем, чтобы напустить нездорового дыма в комнате, где дышат воздухом некурящие женщины, дети, причем не чувствуя при этом ни малейшего укора совести».

Потребность в курении не дана человеку изначально. Она вырабатывается каждым индивидуально. Курение существует как социальный феномен, входящий в число привычных элементов образа жизни большинства народов мира. В процессе социализации подростки, вступающие во взрослую жизнь, жадно присматриваются и усваивают

«взрослые» нормы жизнедеятельности. Подражая старшим, молодые люди приобщаются к курению, а со временем и сами становятся источником подражания для других.

Так, после 20 лет начинают курить лишь 10,7 % мужчин. Остальные – гораздо раньше. Курильщики, как правило, не могут точно сформулировать, почему они потянулись к сигарете. Их ответы очень неопределенны: любопытство, желание попробовать, баловство, подражание и т. д.

Можно ли бросить курить? Безусловно, да, хотя это нелегко. Но большинство курящих может прекратить курение самостоятельно, без всякой врачебной помощи. Об этом же свидетельствуют данные Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения по борьбе с курением, подтверждающие, что среди бросивших курить около 85 % «...сделали это по собственной инициативе...». Очень тяжело отвыкают от курения женщины, тем не менее, почти 80 % тех, кто бросил курить, сделали это без помощи врача. У многих заядлых курильщиков развивается зависимость от никотина – болезнь, при которой никотин включается в процесс обмена веществ организма, являясь при этом необходимым их участником. Когда человек бросает курить, возникает своеобразная «недостача» никотина в обменных процессах. Отсутствие никотина проявляется в целом комплексе очень неприятных для человека физических недомоганий и психологических переживаний. Эти явления врачи-наркологи называют абстинентным синдромом.

Практическая работа

В ходе выполнения практической работы студенту необходимо ответить на вопросы антитабачной викторины для проверки своих знаний, заполнить анкеты, подсчитать результаты, оформить выводы и внести предложения по профилактике и борьбе с распространением табакокурения.

Проверьте свои знания, отвечая на вопросы **антитабачной викторины** (правильные ответы отмечены звездочкой).

1. Когда, кем и откуда был впервые завезен табак в Европу?

1. В XV веке испанцами из Америки*.
2. В XVII веке китайцами.
3. В XVIII веке англичанами из Индии.

2. Существуют ли сигареты, которые не приносят вреда?

1. Сигареты с фильтром.
2. Сигареты с низким содержанием никотина.
3. Нет*.

3. Сколько веществ содержится в табачном дыме?

1. 20–30.
2. 200–300.
3. Свыше 3000*.

4. Сколько процентов вредных веществ способен задержать сигаретный фильтр?

1. Не более 20 %*.
2. 40 %.
3. 100 %.

5. Как курение влияет на работу сердца?

1. Замедляет его работу.
2. Заставляет учащенно биться*.
3. Не влияет на его работу.

6. Какое заболевание считается наиболее связанным с курением?

1. Аллергия.
2. Рак легкого*.
3. Гастрит.

7. Что происходит с физическими возможностями человека, который курит?

1. Они повышаются.
2. Они понижаются*.
3. Не изменяются.

8. Сколько частиц сажи содержится в 1 см³ табачного дыма?

1. До 3 млн*.
2. До 10 тыс.
3. До 1000.

9. Зависит ли возможность бросить курить от стажа курения?

1. Стаж не имеет значения.
2. Чем дольше куришь, тем сложнее бросить*.
3. Чем больше куришь, тем легче бросить курить.

10. Верно ли, что в большинстве стран модно курить?

1. Курить никогда не было модно.
2. Курить модно.
3. Мода на курение прошла*.

11. Что такое пассивное курение?

1. Нахождение в помещении, где курят*.
2. Когда куришь за компанию.
3. Когда активно не затягиваешься сигаретой.

12. Что вреднее?

1. Дым от сигареты*.
2. Дым от газовой горелки.
3. Выхлопные газы.

13. Какая профессия менее доступна для курящих?

1. Спортсмен-профессионал*
2. Токарь.
3. Врач.

14. При каком правителе табак появился в России?

1. При Иване Грозном*.
2. При Петре I.
3. При Екатерине II.

15. Какой русский правитель ввел запрет на курение?

1. Алексей Михайлович*.
2. Пётр I.
3. Екатерина II.

16. Каково основное действие угарного газа?

1. Образует карбоксигемоглобин*.
2. Вызывает кашель.
3. Влияет на работу печени.

17. На сколько лет раньше рискуют умереть женщины, мужья которых курят?

1. На 4 года*.
2. На 10 лет.
3. На 15 лет.

18. Как много взрослых мужчин в нашей стране курит?

1. 10 %.
2. 30 %.
3. Около 50 %*.

19. Много ли мужчин осуждает курение женщин?

1. 10–20 %.
2. 40–60 %.
3. Более 80 %*.

20. Если человек начал курить в 15 лет, насколько в среднем уменьшается продолжительность его жизни?

1. На 1–2 года.
2. На 5–6 лет.
3. На 8 лет и более*.

21. Из тысячи подростков, начавших курить, как много умрут от болезней, связанных с курением?

1. Не менее 100 человек.
2. Менее 200 человек.
3. Около 250 человек*.

22. Каков процент желающих бросить курить?

1. 25 %.
2. 65 %.
3. 85 %*.
4. 100 %.

23. У кого наибольшая зависимость от табака?

1. У тех, кто начал курить до 20 лет*.
2. У тех, кто начал курить после 20 лет.
3. Табачная зависимость не связана с возрастом, в котором человек начал курить.

Анкета 1. «Определение типа курительного поведения»

Напротив каждого вопроса обведите цифру, соответствующую Вашему варианту ответа (5 – да; 4 – не совсем; 3 – иногда; 2 – редко; 1 – нет) и подсчитайте сумму.

Вопросы	Баллы
А. Я закурываю для того, чтобы не дать себе расслабиться	5 4 3 2 1
Б. Частичное удовольствие от курения я получаю еще до того, как закурю, разминая сигарету (папиросу)	5 4 3 2 1
В. Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5 4 3 2 1
Г. Я закурываю сигарету (папиросу), когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5 4 3 2 1
Д. Когда у меня кончаются сигареты (папиросы), мне кажется невыносимым тот промежуток времени, пока я их достану	5 4 3 2 1
Е. Я закурываю сигарету (папиросу) автоматически, даже не замечая этого	5 4 3 2 1
Ж. Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять свой тонус	5 4 3 2 1
З. Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания	5 4 3 1
И. Курение доставляет мне удовольствие	5 4 3 2 1
К. Я закурываю сигарету (папиросу), когда мне не по себе и я расстроен чем-нибудь	5 4 3 2 1
Л. Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5 4 3 2 1
М. Я закурываю новую сигарету (папиросу), не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5 4 3 2 1
Н. Я закурываю сигарету (папиросу) для того, чтобы подстегнуть себя	5 4 3 2 1

О. Когда я курю, частичное удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним	5 4 3 2 1
П. Я хочу курить, когда удобно устроился и расслабился	5 4 3 2 1
Р. Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть о своих неприятностях	5 4 3 2 1
С. Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить самое настоящее чувство голода по сигарете	5 4 3 2 1
Т. Обнаружив у себя во рту сигарету (папиросу), я не могу вспомнить, когда я закурил ее	5 4 3 2 1

Для определения каждого типа курительного поведения необходимо суммировать цифры конкретных полей:

1)	А	Ж	Н	= «Стимуляция»
2)	Б	З	О	= «Игра»
3)	В	и	п	= «Расслабление»
4)	Г	к	р	= «Поддержка»
5)	Д	л	с	= «Жажда»
6)	Е	м	т	= «Рефлекс»

Если сумма равна 7 и более баллов, то данный тип курительного поведения характеризует лично Вас.

Например, это может выглядеть так:

1)	А1	Ж2	Н1	= 4 «Стимуляция»
2)	Б1	З1	О1	= 3 «Игра»
3)	В3	И4	П5	= 12 «Расслабление»
4)	Г4	К5	Р5	= 14 «Поддержка»
5)	Д5	Л5	С5	= 15 «Жажда»
6)	Е1	М4	Т2	= 7 «Рефлекс»

В данном случае анкетированного характеризует следующее сочетание типов курения: «РАССЛАБЛЕНИЕ», «ПОДДЕРЖКА», «ЖАЖДА», «РЕФЛЕКС».

Анкета 2. «Определение мотивации и степени зависимости от курения»

Автор этого теста – американский профессор Горн. Врачи-наркологи многих стран используют этот тест в центрах борьбы с курением, чтобы разобраться в причинах возникновения вредной привычки. Ведь именно с этого начинается лечение: поняв индивидуальные истоки курения, можно определить подходящий метод борьбы с никотиновым самоотравлением, который, в конце концов, поможет покончить с пагубным пристрастием.

Попытайтесь ответить на все вопросы откровенно. Если после этого Вы не бросите курить, то, во всяком случае, поймете, чем же так крепко Вас держит табак.

Возможные варианты ответов: «часто», «иногда», «от случая к случаю», «редко», «никогда».

1. Я курю, чтобы поддерживать себя в форме.
2. Я держу сигарету в руках, и это доставляет мне удовольствие.
3. Я испытываю удовольствие оттого, что с сигаретой мне легче расслабиться, у меня появляется чувство раскованности.
4. Я закуриваю, если почему-то расстроен.
5. Мне не по себе, когда под рукой нет сигареты.
6. Я курю автоматически, не задумываясь о причинах.
7. Курю, чтобы собраться, сосредоточиться.
8. Сам процесс прикуривания сигареты доставляет мне удовольствие.
9. Мне просто приятен запах табака.
10. Я закуриваю, когда волнуюсь.
11. Когда я не курю, то мне как будто чего-то не хватает.
12. У меня такое ощущение, что я курю одну сигарету: пока старая догорает в пепельнице, я, не замечая, прикуриваю новую.
13. Когда я курю, мне кажется, что я становлюсь бодрее.
14. Смотреть на дым от сигареты доставляет мне удовольствие.
15. Чаще всего я курю, когда мне хорошо, я спокоен и умиротворен.
16. Я курю, когда мне скучно и не хочется ни о чем думать.
17. Если я какое-то время не курю, то начинаю испытывать неудержимое желание сделать это.
18. Случается, что зажженная сигарета у меня в зубах, но я закурил ее автоматически, неосознанно.

Подсчитайте очки. За ответ «часто» – 5 очков, за ответ «иногда» – 4, «от случая к случаю» – 3, «редко» – 2, «никогда» – 1.

I группа мотивов

1. А + Ж + Н – мотив стимулирования.
2. Б + З + О – мотив удовольствия от самого процесса курения.
3. В + И + П – расслабление, удовольствие, поддержка.

II группа мотивов

4. Г + К + Р – снятие напряжения, придание бодрости.
5. Д + Л + С – неконтролируемое желание закурить, психологическая зависимость.
6. Е + М + Т – привычка.

Результаты по каждому мотиву могут варьироваться от 3 до 15 очков. Результат в 11 баллов и выше говорит о высокой значимости данного мотива курения, в 10 и ниже — о невысокой его значимости.

Теперь необходимо сопоставить суммы баллов первой и второй групп мотивов.

Если у Вас получилась сумма баллов в первой группе выше, чем во второй, то это говорит о том, что зависимость от табака носит для Вас скорее психологический, чем физиологический характер. Постоянным переключением внимания от сигарет, допустим, на перебирание в руках карандашей, сжатие резинового эспандера для кистей рук, Вы вполне могли бы избавиться от курения. Проанализируйте свою привычку – и Вы поймете, что Вам не так уж трудно будет избавиться от курения. Проявите волю и, конечно же, желание.

Если у Вас получилась сумма баллов во второй группе выше, чем в первой, то это должно Вас насторожить — дело принимает серьезный оборот. Привычка перерастает в болезнь. Если хотите бросить курить, разберитесь, чем же Вам помогает курение, и

подберите заменитель табаку. Конечно, тут не обойтись без волевых усилий. Вполне вероятно, что придется прибегнуть к применению медицинских средств борьбы с курением.

Надеемся, что этот тест поможет понять истоки вредной привычки, определить ситуацию, в которой сигареты, как Вам кажется, просто необходимы. И если Вы решили покончить с курением раз и навсегда, то именно к таким ситуациям Вы и должны готовить себя заранее.

Какой бы из множества существующих способов бросить курить Вы ни выбрали, необходимо помнить, что успех, прежде всего, зависит от Вашей воли, целеустремленности, способности к самоанализу.

В конце занятия необходимо оформить **вывод**:

- курящие студенты должны сделать вывод по результатам заполнения анкет;
- некурящие студенты должны внести предложения по профилактике и мерам борьбы с распространением табакокурения.

Практическое занятие № 3. Влияние алкоголя на отдельные системы организма. Мотивы употребления алкогольных напитков. Причины и факторы алкоголизма. Стадии алкоголизма. Алкоголизм и потомство

Цель: ознакомиться с причинами, мотивами и последствиями злоупотребления алкоголем; оценить склонность к злоупотреблению алкоголем.

Теоретическое обоснование

Мотивы употребления алкогольных напитков:

1. желание удовлетворить любопытство,
2. стремление испытать чувство принадлежности к какой-либо группе,
3. попытка выразить свою независимость,
4. попытка избавиться от чего-то гнетущего,
5. потребность добиться полного расслабления и покоя,
6. желание следовать традициям,
7. стремление избавиться от скуки, хорошо провести время.

Для того чтобы человек начал употреблять алкоголь, как правило, необходимо присутствие одного или нескольких мотивов. Английский поэт Роберт Бёрнс выразился по этому поводу так (перевод С. Я. Маршака):

Для пьянства есть такие поводы:

Поминки, праздник, встречи, проводы,

Крестины, свадьба и развод,

Мороз, охота, Новый год,

Выздоровление, новоселье,

Печаль, раскаянье, веселье,

Успех, награда, новый чин

И просто пьянство без причин.

Довольно распространенные заблуждения о пользе алкоголя

1. *Алкоголь снимает напряжение.* На самом деле напряжение в головном мозге и во всей нервной системе после употребления алкоголя сохраняется, и даже усиливается. Но в период эйфории (состояния приподнятого настроения, несоответствующего объективным условиям) у человека создается ощущение возбуждения. Но действие алкоголя заканчивается, а напряжение остается.
2. *Алкоголь улучшает настроение.* Веселье под действием алкоголя – это веселье под наркозом, первая стадия наркотического возбуждения. Врачи наблюдают подобное, когда дают наркоз пациенту. Проходит возбуждение, наступает угнетение, общая разбитость, болит голова и т. д.

3. *Алкоголь согревает организм.* Давно и научно доказано, что в холодном климате потребление алкоголя приводит к смертельным исходам чаще, чем в теплом. Когда человек выпивает, происходит расширение сосудов, увеличивается отдача тепла. Человеку кажется, что он согрелся и ему жарко. На самом деле внутренняя температура организма снижается, а поскольку кожные поры расширены, охлаждение идет быстрее. В такой ситуации может наступить смерть от переохлаждения организма.
4. *Алкоголь помогает при лечении ряда заболеваний.* Во Французской академии наук специально изучали влияние алкоголя на грипп и доказали, что алкоголь не оказывает никакого лечебного действия. В результате употребления алкоголя в период болезни организм ослабляется еще больше, вирусные заболевания только усугубляют болезнь.
5. *Алкоголь полезен, так как содержит питательные вещества.* При разложении алкоголя создаются дополнительные калории тепла, но хаотически сгорая, они уносят с собой и полезные вещества.

Причины алкоголизма: материально-экономические, санитарно-гигиенические, нравственно-культурные, профессиональные, медико-биологические (факторы физического, психического, генетического характера), индивидуально-типологические особенности личности.

Таблица 2

Факторы, определяющие природу злоупотребления алкоголем

Факторы	Возраст	Социальный конфликт
начальный	до 15 лет	Неблагоприятные отношения между родителями. Алкогольные традиции в семье. Отсутствие одного из родителей. Раннее приобщение к алкоголю (молодой организм в 6–8 раз быстрее привыкает к алкоголю).
определяющий	16–19 лет	Обычаи, окружение, алкогольные традиции. Самовыражение своего «Я» (употребление спиртных напитков до 20 лет приводит к алкоголизму почти в 80 % случаев).
Особого положения	20–25 лет	Установка на привычное употребление алкоголя. Экономическая самостоятельность и бесконтрольность.
установочный на пьянство	после 25 лет	Конфликт в семье. Низкий культурный уровень. Большой экономический достаток (или наоборот). Нецеленаправленное использование свободного времени. «Профессиональная» зависимость.

Алкоголь и его влияние на здоровье. Вредное воздействие алкоголя сказывается на всех системах человеческого организма. Установлено, что принятый алкоголь из верхнего отдела кишечника быстро всасывается в кровь и разносится по всему организму.

Наиболее интенсивно он поглощается клетками головного мозга, в котором его концентрация бывает на 70–75 % выше, чем в крови. Помимо мозга алкоголь в большом количестве «оседает» в печени (на 48 % больше, чем в крови).

Сотрудниками ВОЗ было установлено, что минимальная доза, при которой начинают обнаруживаться признаки расстройства деятельности коры головного мозга – 0,5 граммов алкоголя на 100 граммов крови, что соответствует 87,5 граммам 40-градусной водки для человека весом 70 кг. Различными исследователями опытным путем на людях и животных были установлены меньшие дозы – от 0,33 до 0,47 граммов, однако первые субъективные признаки опьянения легкой степени обнаруживаются уже после приема 10–20 граммов алкоголя (500 мл пива, 150–200 мл вина, 30–60 мл водки или коньяка).

Чем выше у человека интеллектуальные способности, тем больше страдает кора больших полушарий головного мозга.

Алкоголь оказывает выраженное влияние и на нервную систему. Применяя метод условных рефлексов, И. П. Павлов и его последователи доказали, что даже малые дозы спиртного искажают деятельность нервной системы, под влиянием алкоголя меняются соотношения между процессами торможения и возбуждения.

После приема вначале преобладает возбуждение (чувство приподнятого настроения, эйфории), которое затем сменяется резким торможением нервных процессов, искажается объективное восприятие окружающей обстановки, суждения становятся поверхностными, ухудшается память, затрудняется речь, падает внимание, замедляется реакция на раздражители, страдает чувство времени, снижается острота зрения, слух, притупляются обоняние и вкус. Вызванные алкоголем замедление двигательных реакций, нарушение координации движений, мышечная слабость сказываются на уровне внимания, снижается работоспособность, увеличивается время восстановления после выполненной работы.

Даже малые дозы алкоголя (25–30 граммов) вызывают отклонения в деятельности ЦНС. Особенно опасно состояние легкого опьянения для водителей транспортных средств. Человек, севший за руль автомашины после принятия 100 граммов водки, подвергает себя и пассажиров опасности в 2 раза больше, чем трезвый. При синдроме Корсакова больной утрачивает память на текущее событие и не может восстановить факты последних лет жизни. Например, больной может перечислить фамилии школьных товарищей и забыть, что ел сегодня на завтрак.

Алкоголь оказывает негативное воздействие на сердечно-сосудистую систему. Алкоголь, циркулирующий в крови, действует на проводящую систему сердца и на саму мышцу, нарушая в ней нормальное течение обмена веществ. При частом повторении таких воздействий мышца сердца становится дряблой, слабой, ее сокращения делаются вялыми, полости сердца растягиваются. Нарушение окислительных процессов приводит к тому, что на поверхности сердца и в пространствах между мышечными волокнами начинает откладываться жир. Это еще более ограничивает работоспособность сердца.

Под влиянием алкоголя повышается проницаемость кровеносных сосудов, в том числе и сосудов сердца. В дальнейшем происходит изменение стенок сосудов, в том числе повышается свертываемость крови (тромбы), что может привести к инфаркту миокарда.

Среди страдающих хроническим алкоголизмом гипертоническая болезнь распространена в 3 раза больше, чем среди остальных людей. Употребление алкоголя способствует повышению ломкости сосудов, нарушению жирового обмена, и тем самым является причиной развития атеросклероза, т. е. нарушается эластичность сосудистой стенки, сужаются просветы сосудов вследствие отложения в сосудах жировых бляшек.

Таким образом, злоупотребление алкоголем способствует развитию и прогрессированию гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, является причиной инфарктов.

Алкоголь влияет на дыхательную систему, особенно на легочную ткань. Нарушение функций дыхательной системы проявляется в развитии пневмосклероза, потере эластичности легочной ткани. Изменяется система местной и общей защиты (под влиянием алкоголя и табака повреждается структура альвеолярных макрофагов – клеток, защищающих легочную ткань от органической и минеральной пыли, обезвреживающих микробы и вирусы, уничтожающих погибшие клетки), что проявляется в виде хронических нагноительных заболеваний легких, трудно поддающихся лечению: хроническая пневмония, абсцессы легких (экссудат), бронхоэктатическая болезнь и др.

Систематическое употребление алкоголя негативно отражается на деятельности желудочно-кишечного тракта. Длительное действие алкоголя на слизистую оболочку желудка вызывает ее воспаление – гастрит, а в дальнейшем заболевания может осложниться образованием язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Нарушается также деятельность слюнных желез. В значительной степени страдает от длительного употребления алкоголя

печень. Постепенно развивается ее ожирение, затем цирроз, который в 10 % случаев завершается появлением ракового заболевания. Лишь незначительно уступает печени по частоте поражения вследствие алкогольной интоксикации поджелудочная железа (преимущественно у мужчин). Значительные изменения возникают в почках: алкоголь губительно действует на нежный почечный эпителий, ухудшается их выделительная функция.

При алкоголизме страдает не только центральная, но и периферическая нервная система. Проявления самые разнообразные – психические отклонения в виде галлюцинаций, онемение конечностей, судороги мышц, резкая слабость в конечностях (ватные ноги). Нередко развиваются параличи отдельных групп мышц, в основном нижних конечностей.

При длительной алкогольной интоксикации снижается сопротивляемость организма к инфекциям, т. е. снижается иммунитет. Смертность при острых инфекционных заболеваниях среди злоупотребляющих алкоголем в 2 раза выше, чем среди непьющих, так как алкоголь нарушает процессы кроветворения, снижает выработку лимфоцитов, ответственных за «чистку» крови.

Алкоголь ведет к обеднению организма такими важнейшими для жизнедеятельности витаминами, как А, В, С, Е, РР и другими, имеющими прямое отношение к обмену веществ, функции нервной системы, органов пищеварения и кровообращения, образованию и активизации действия гормонов.

Алкоголь оказывает вредное влияние на железы внутренней секреции и, в первую очередь, на половые железы. Врачи отмечают, что снижение половой функции происходит у 1/3 лиц, злоупотребляющих алкоголем. Вследствие алкогольной импотенции у мужчин возникают различные функциональные нарушения ЦНС (неврозы, депрессии и т. д.).

У женщин под влиянием алкоголя рано прекращаются менструации, снижается способность к деторождению, чаще наблюдаются токсикозы при беременности.

Большинство случаев заражения венерическими заболеваниями происходит в состоянии алкогольного опьянения (90 % сифилисом, 95 % гонореей). Это связано с тем, что в начальной фазе своего действия алкоголь ослабляет тормозные процессы головного мозга, возбуждает половые эмоции, но заглушает чувство стыда и брезгливости. При этом ослабевают контроль над собой, исчезает сдержанность, появляется неразборчивость в связях.

Систематическое употребление алкоголя приводит к преждевременной старости и инвалидности. Продолжительность жизни лиц, страдающих алкоголизмом, на 15–20 лет короче среднестатистической.

Стадии алкоголизма

Алкоголизм как прогрессирующее заболевание при своем естественном течении протекает в три последовательно сменяющих друг друга стадии. Переход от одной стадии к другой происходит плавно и незаметно. Это заболевание никогда не начинается внезапно. Первой стадии алкоголизма обязательно предшествует соблазнительный этап регулярного «культурного» питания, имеющий различную продолжительность, чаще в диапазоне от 1 года до 10 лет. Предрасположенные к алкоголизму люди проходят этот этап очень быстро, порой всего за несколько месяцев, далее наступает период малокультурного питания, что, по сути, означает переход в первую стадию алкоголизма. Каждый человек, систематически культурно употребляющий, рискует стать алкоголиком.

При злоупотреблении алкоголем развивается алкоголизм как болезнь. Алкогольный стиль жизни – это повторяющийся в самых разных ситуациях способ удовлетворения патологической потребности в алкоголе.

Первая стадия. Человек увлекается спиртным, но пить не умеет. Испытывая влечение к алкоголю, пьет не к месту и не знает меры. В состоянии опьянения способен «наломать дров». Это называется утратой ситуационного и количественного контроля. Самочувствие на следующий день удовлетворительное, потребности в «опохмелении» пока нет. Появляются

амнезии. Это еще не «профессионал», но уже «любитель высокого разряда». На этой стадии пить, как правило, не бросают, так как здоровье пока позволяет. Первая стадия продолжается несколько лет, переход во вторую почти неотвратим.

Вторая стадия. К симптомам первой стадии присоединяется основной признак алкоголизма – абстинентный синдром. В не очень тяжелых случаях алкоголик способен терпеть симптомы абстинентного синдрома до вечера и «поправляет здоровье» только после работы. Следующий этап зависимости наступает, когда до вечера алкоголик дотерпеть уже не может и «опохмеляется» в обеденный перерыв. В дальнейшем и до обеда терпеть больше нет сил, и «опохмеление» происходит с утра, причем со временем всё раньше и раньше. «Опохмеление» ранним утром или еще ночью указывает на переход алкоголизма в запойную стадию. Неизбежны проблемы в семье, на работе (если и то, и другое еще не потеряно). Жизнь идет «под откос», ситуация становится неконтролируемой, но признаться в этом самому себе страшно. Алкоголь занимает основное место в сознании, без спиртного жизнь кажется бессмысленной. Семья, дети, работа и всё остальное уходит на второй план. Одни пьют почти постоянно, другие – с перерывами, но в обоих случаях болезнь прогрессирует, так как остановить естественное течение алкоголизма может только окончательная трезвость. На этой стадии делают попытки или бросают пить часто потому, что наступает усталость и появляются нарушения здоровья.

Третья стадия. Закономерный финал многолетнего злоупотребления алкоголем. Стадия деградации и расплаты за попустительство. Тяжелый абстинентный синдром, запои, алкогольное поражение печени и других органов, импотенция, эпилептические припадки, алкогольные психозы, расстройства памяти, энцефалопатия, полиневриты, слабоумие, высокая смертность. Это не «любитель», и тем более не «профессионал», это «развалина». Не только лучшие годы безвозвратно потеряны, но, пожалуй, и вся жизнь. Как ни покажется странным, но даже в этой стадии иногда бросают пить, обычно в весьма почтенном возрасте и слишком поздно для того, чтобы успеть, как следует насладиться нормальной жизнью.

Всего несколько лет назад в международной классификации болезней девятого пересмотра существовала любопытная диагностическая категория – «бытовое пьянство». Что это такое – непонятно. Это как бы пьяница, но еще не алкоголик. Термин неудачный и лишний. Между пьяницей и алкоголиком нет никакой принципиальной разницы, любой пьяница, без сомнения, является алкоголиком. Термином «бытовое пьянство» мы даем скорее социальную, нежели медицинскую оценку человеку. Диагноз «бытовое пьянство» совершенно справедливо был исключен из современной международной классификации болезней десятого пересмотра. Термин «алкоголизм» теперь постепенно вытесняется более щадящим и благозвучным словом «зависимость». Помимо собственно алкогольной болезни, которая лечится исключительно длительной трезвостью и ничем другим, алкоголь абсолютно противопоказан также и здоровым лицам, не страдающим пристрастием к алкоголю, но у которых индивидуальная реакция на спиртное непредсказуема. Некоторые люди уже от небольших доз алкоголя становятся буйными, агрессивными и даже невменяемыми. Если у человека не сохраняется никаких воспоминаний о кратковременном, продолжающемся обычно несколько часов помешательстве, то такие состояния квалифицируются как **патологическое опьянение**. В силу немотивированной агрессивности и измененного сознания лица в состоянии патологического опьянения склонны к противоправным действиям. С такими ситуациями часто сталкиваются судебные психиатры, когда решают вопрос о вменяемости лица в момент совершения правонарушения. От обычного опьянения с расторможенностью и беспамятством вследствие приема лошадиных доз спиртного патологическое опьянение отличается тем, что вызывается малым количеством алкоголя. Причины возникновения патологического опьянения неизвестны. Однако если это случилось хотя бы однажды, нечто подобное может повториться. Предсказать заранее это невозможно. Поэтому единственный способ избежать опасного для всех присутствующих неконтролируемого патологического опьянения – всегда оставаться трезвым.

В других случаях сознание формально не нарушается, но добропорядочный до того человек после нескольких рюмок изменяет свое привычное поведение, становится злобным или наоборот плаксивым и т. д. Все эти проявления встречаются и у алкоголиков. Отличие состоит в том, что здоровые лица после протрезвления испытывают чувство неловкости и стыда. Учитывая явную тенденцию к повторению описываемых форм опьянения, для того чтобы не приходилось краснеть, таким людям нужно забыть о спиртном. Это лучшее решение проблемы.

Влияние алкоголя на потомство. Об отрицательном влиянии алкоголя на потомство известно с древности. Согласно мифологии, Вулкан родился хромоногим, так как был зачат нетрезвым Юпитером.

В древней Спарте Ликург издал закон, запрещающий молодоженам в день свадьбы пить вино. А римляне говорили: «Пьяницы рожают пьяниц». В Древнем Риме вообще запрещалось пить до 30 лет, т. е. до того возраста пока мужчины не обзаведутся семьями.

Платон добивался закона, по которому до 18 лет (до созревания организма) категорически запрещалось пить. А в Карфагене действовал закон, запрещающий пить вино в те дни, когда исполнялись супружеские обязанности.

На Руси также с давних пор порицалось пить вино на собственной свадьбе.

Известно, что здоровье новорожденных зависит от условий формирования половых клеток родителей, внутриутробного развития.

Среди медиков есть такое понятие как «пьяное зачатие». Молодым супругам необходимо помнить: **полное отрезвление мозга, а, следовательно, и крови происходит в течение 8–20 дней** (в зависимости от степени опьянения и индивидуальных особенностей). Ни у кого полное отрезвление не наступает на следующий день, не говоря уже о текущей ночи, хотя человеку и может казаться, что опьянение прошло (например, человек выпил кофе и принял душ). Если же человек пьет повторно, то в мозге и в зародышевых тканях происходят значительные изменения. А это может отрицательно сказаться на здоровье будущего ребенка. Все, кто хочет иметь здоровых детей, должны воздерживаться от алкоголя весь период, когда в семье планируют детей.

Воздействие алкоголя на этапе внутриутробного развития приводит к недоразвитию плода или отдельных его органов, выкидышам, повышенной смертности новорожденных.

При алкоголизме матери во время беременности имеются специфические проявления алкогольного синдрома плода, для которых характерны дефекты физического и умственного развития.

К симптомам **алкогольного синдрома плода** относятся:

- задержка роста плода и ребенка,
- микроцефалия,
- мышечная гипотония,
- глазные и ушные аномалии.

Случаи, когда у алкоголиков рождаются «вполне нормальные» дети, не доказывают безвредность алкоголизма родителей, а лишь свидетельствуют о том, что фактор пьянства действует в совокупности с большим количеством благоприятных и неблагоприятных факторов.

У детей с алкогольным синдромом плода наблюдается высокая частота антисоциального поведения и индивидуально-извращенной реакции на прием спиртного (аллергические реакции).

Кроме того, алкоголь, выпитый кормящей матерью, попадает в грудное молоко и отравляет ребенка, который к его воздействию намного более чувствителен, чем взрослый. Алкоголь вызывает нервные расстройства (нарушение психики, умственную отсталость), заболевания органов пищеварения, системы кровообращения и т. д. Медики считают, что женщинам нельзя пить ни грамма спиртного вплоть до того дня, когда ребенок отлучится от материнской груди.

Женщина, готовящаяся стать матерью, должна знать, что при приеме любых доз алкоголя концентрация его в крови матери и плода одинакова, так как в начале своего развития плод еще не имеет своего самостоятельного кровообращения. Дети пьющих родителей, как правило, плохо спят, пугливы. В дошкольном возрасте неуравновешенны, порой необузданно жестоки. В школьном возрасте чаще всего плохо учатся, плохо воспринимают школьную программу.

Факт наследования психической неполноценности от родителей-алкоголиков не вызывает сомнения.

Более сложный вопрос: передается ли по наследству предрасположенность к алкоголизму? Одни ученые считают, что алкоголизм генетически не передается, передается только склонность к нему, вытекающая из особенностей характера, полученного от родителей. А быть человеку алкоголиком или не быть – решается в конкретной жизненной ситуации, в зависимости от условий внешней среды. В развитии пьянства у детей алкоголиков решающая роль принадлежит примеру родителей, обстановке в семье.

В последнее время всё большее число ученых склоняется к тому мнению, что алкоголь имеет наследственный характер: дети пьющих родителей становятся алкоголиками.

Высказано предположение, что наследование алкоголизма имеет биохимическую основу. По результатам исследований, проведенных в Канзасском университете (США), сыновья родителей-алкоголиков в 4 раза чаще становятся алкоголиками, чем дети из непьющих семей. Причем эта закономерность сохраняется даже в случае усыновления ребенка алкоголиков семьей, члены которой не употребляют спиртное. В обратной ситуации, когда ребенок непьющих родителей воспитывается в семье алкоголиков, его шансы стать алкоголиком не так велики.

О значении наследственности говорят исследования, проведенные на однойцовых близнецах, имеющих одинаковый набор генов. Алкоголизмом заболевают оба близнеца, а у разнородовых такое совпадение встречается значительно реже.

Основываясь на современных данных, ученые считают, что злоупотребление спиртным приводит к необратимым нарушениям обмена веществ и нервно-мозговой деятельности. Передаваясь по наследству, эти нарушения вызывают у потомства алкоголиков повышенную тягу к спиртному и легкость привыкания к нему.

Биохимические исследования показывают, что дети алкоголиков, даже еще ни разу не пробовавшие спиртного, имеют такой же ненормально пониженный уровень цинка в крови, как и их пьющие родители. Другие данные свидетельствуют о том, что у пьющих отцов часто рождаются гиперактивные, т. е. неуправляемые и агрессивные дети. У таких детей имеется врожденное нейрхимическое расстройство, фактор повышенного риска развития алкоголизма в более зрелом возрасте.

Ученые постоянно обнаруживают новые факты, подтверждающие связь между алкогольной зависимостью и нарушением обмена веществ. Сотрудниками Гарвардского университета (США) в крови хронических алкоголиков было найдено малоизвестное химическое соединение, которое полностью отсутствует в крови у людей, не страдающих алкоголизмом, даже после принятия ими спиртного. Особенности обмена веществ могут обуславливать как алкогольную зависимость, так и врожденную непереносимость алкоголя.

У здорового ребенка не может и не должно быть влечения к спиртному. Наоборот, при попадании алкоголя в организм у ребенка срабатывают механизмы защиты – рвотный рефлекс и т. д. Большую опасность для ребенка несет острое алкогольное отравление, так как детский организм очень чувствителен к воздействию токсических веществ.

Практическая работа

В ходе выполнения практической работы студенту необходимо ответить на вопросы двух анкет, подсчитать результаты, оформить вывод о возможных последствиях злоупотребления алкоголем и предложения по формированию трезвого образа жизни.

Анкета 1. «Выявление склонности к злоупотреблению алкоголем»

На первые три вопроса может быть дано любое количество ответов.

№	Вопросы	Баллы
1	Какие алкогольные напитки Вы употребляете наиболее часто? • пиво • коктейли • сухое вино • крепленое вино • мартини, вермут • ликеры • коньяк, бренди • виски • текила • водка • самогон	1 1 1 2 2 2 2 3 3 4 5
2	Какие из вышеуказанных напитков Вы считаете безвредными и даже полезными? (Учесть те же очки, см. вопрос 1).	
3	Для какой цели Вы выпиваете? • для веселья и развлечения с друзьями • по случаю события (день рождения, свадьба, диплом и т. д.) • для аппетита • угощают, отказаться неудобно • для снятия физической боли • чтобы почувствовать себя увереннее • для храбрости (идя на свидание или опасную работу) • чтобы избавиться от разочарования, скуки, одиночества, семейных неурядиц • от простуды • для снятия эмоционального или физического напряжения • после бани	2 2 2 2 2 2 4 4 4 4 4
4	Можете Вы пойти в клуб, на вечеринку, в компанию без выпивки?	да (0), нет (6)
5	Считают ли друзья, что Вы много выпиваете?	да (6), нет (0)
6	Бывают ли у Вас проблемы в семье, в вузе из-за пристрастия к спиртному?	да (4), нет (0)
7	Знаете ли Вы меру выпитого?	да (0), нет (6)
8	Водите ли Вы машину в нетрезвом состоянии?	да (6), нет (0)
9	Как Вы пьете крепкие вина?	залпом (4) смакуете (2)
10	Боитесь ли Вы идти туда, где будет выпивка?	да (6), нет (0)
11	Часто ли Вам приходится похмеляться?	да (6), нет (0)

Подсчитайте баллы.

20 баллов и менее: у Вас присутствует культура питания и Вам не грозит алкоголизм.

21–40 баллов: Вам надо задуматься. У Вас есть некоторые проблемы, связанные с алкоголем.

41–60 баллов: Вам следует признаться в том, что Вы подвергаетесь риску развития алкоголизма. Вам необходимо прекратить пить совсем.

60 баллов и более: у Вас ошибочное мнение, что Вы умеете пить. Вы злоупотребляете алкоголем и, возможно, решить эту проблему самостоятельно Вам уже не под силу. Задумайтесь!

Анкета 2. «**Определение склонности к алкоголизации личности**»

Просуммируйте баллы только тех утверждений, с которыми Вы согласны.

№	Утверждения	Баллы
1	Мое желание выпить зависит от настроения	+2
2	Я избегаю пить спиртное, чтобы не стать излишне болтливым	-1
3	Иногда я выпиваю охотно, иногда меня к спиртному не тянет	+1
4	Люблю выпить в веселой компании	+2
5	Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев, могу вызвать насмешки и презрение	-1
6	Спиртное не вызывает у меня веселого настроения	-1
7	К спиртному я испытываю отвращение	-3
8	Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения, тоски или тревоги	+1
9	Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной головной боли впоследствии	-1
10	Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам	-3
11	Употребление спиртных напитков в большом количестве меня пугает	-1
12	Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир	+1
13	Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушить компанию	+1

Результаты

Отрицательная величина говорит об отсутствии психологической склонности к алкоголизации.

Величина, равная «0» или «+1» является неопределенным результатом.

При суммарной величине «+2» и выше можно говорить о наличии психологической склонности к употреблению спиртных напитков.

Очень высокие показатели «+6» и выше свидетельствуют не об интенсивной алкоголизации, а о стремлении демонстрировать свою склонность к выпивкам.

Вывод оформляется в виде рекомендаций по результатам анкет.

Практическое занятие № 4. Наиболее распространенные наркотические и токсические вещества и последствия их употребления. Наркомания и психическое здоровье

Цель: изучить влияние наиболее распространенных наркотических веществ на организм человека, ознакомиться с методами экспресс-диагностики этих веществ; определить уровень

осведомленности студентов о наркомании и токсикомании, а также потенциальную склонность к употреблению наркотических и токсических веществ.

Теоретическое обоснование

Рассмотрим наиболее распространенные наркотические и токсические вещества и последствия их употребления.

1. Наркотические вещества

Препараты конопли. Это наркотики природного происхождения, к которым относят марихуану и гашиш. Активным веществом конопли является тетрагидроканнабинол, который поглощается жировыми клетками тканей и сохраняется в организме человека в течение нескольких дней после курения. Скорость формирования зависимости от конопли и ее тяжесть могут быть разными и зависят от возраста, частоты употребления и особенностей организма.

Даже при небольших дозах существенно ухудшается память, снижаются познавательные способности, происходит нарушение восприятия знаков, пространства и времени. В результате употребления марихуаны могут разрушаться и клетки иммунной системы, возникать задержка половой зрелости.

Регулярное употребление конопли может стать причиной рака легких (дым марихуаны содержит в несколько раз больше веществ, вызывающих рак, чем табак).

Опиаты. К группе опиатов относятся: маковая соломка, героин, морфин, метадон. Это наркотические вещества природного и синтетического происхождения, которые содержат морфиноподобные соединения.

Включаясь в обменные процессы организма, опиаты приводят к быстрому формированию физической и психической зависимости.

Опиаты относятся к группе «успокаивающих» наркотиков, которые достаточно широко распространены в России.

При употреблении опиатов происходит поражение печени, сильное снижение иммунитета и, как следствие, подверженность инфекционным заболеваниям. Существует риск заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С, заболеваниями вен из-за использования общих нестерильных шприцев. Опиаты приводят к заболеванию костной и зубной ткани, так как они нарушают обмен кальция в организме.

При внутривенном употреблении средняя продолжительность жизни наркопотребителя составляет 7–10 лет, но есть случаи, когда человек погибает через 6–8 месяцев.

Психостимуляторы. Существуют психостимуляторы растительного происхождения (кокаин) и в виде химических субстанций (эфедрин, амфетамин, «экстази»).

Все они объединены двумя признаками:

- резко усиливают обмен веществ, в том числе в головном мозге;
- быстро увеличивают частоту сердечных сокращений и повышают артериальное давление.

Для многих психостимуляторов характерен особый режим наркотизации – «запой», который может продолжаться несколько суток, всё это время человек не спит. Ресурсы организма неизбежно истощаются, и в определенный момент очередная доза уже не способна оказать стимулирующее действие. Наркоман засыпает на сутки и более, просыпается вялым, подавленным, раздражительным. Через некоторое время цикл повторяется. В конечном результате это приводит к тяжелой депрессии, вплоть до самоубийства.

В результате употребления психостимуляторов быстро наступает дефицит жизненных ресурсов, внешне это проявляется худобой и старением кожи.

При регулярном использовании стимуляторов происходит нервное истощение, серьезно страдает сердечно-сосудистая система: нарушается ритм сердечных сокращений, может быть инфаркт миокарда; происходит поражение печени. Также существует риск заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С, заболеваниями вен.

Галлюциногены. Препараты этого ряда – ЛСД, определенного рода грибы – агрессивны в отношении головного мозга. Интоксикация любым галлюциногеном является, по сути, искусственно вызванным психозом, поэтому специалисты называют их психодислептиками, т. е. «разрушающими психику». Даже однократная интоксикация ЛСД способна необратимо повредить головной мозг и навсегда оставить в психике следы, неотличимые от изменений при шизофрении.

При потреблении галлюциногенов изменяется восприятие внешнего мира, происходит нарушение ощущения своего тела и координации движений. Развиваются галлюцинации. Полностью утрачивается самоконтроль.

Снотворно-седативные препараты. Как правило, это различные лекарственные препараты, например, снотворные барбитураты, которые применяют в медицинской практике. При употреблении их с немедицинской целью возможно формирование психической и физической зависимости.

Барбитураты отличаются высокой токсичностью в отношении печени, они быстро приводят к специфическому повреждению головного мозга – энцефалопатии. При длительном приеме могут возникать галлюцинации, состояния бреда, преследования и ревности. У барбитуроманов страдает сердечно-сосудистая система, могут возникать инфаркты, наблюдается склонность к суицидам.

2. Токсические вещества

Токсомания (токсикомания), или вдыхание летучих веществ, – «удел» детей и подростков малообеспеченных семей, каких в России большое количество, а также заключенных. К подобным легко испаряющимся (летучим) веществам относятся: бензин, растворители и разбавители лаков и красок, чистящие вещества, клеи, всевозможные аэрозоли и многие другие «хозяйственные» легкодоступные товары.

Существует два типа токсикоманов: экспериментаторы и хроники. Экспериментирование характерно для большого числа в основном подростков и молодежи, а хроническое злоупотребление свойственно детям в основном из неблагополучных и неполных семей, а также социально изолированных лиц – заключенных.

Токсические летучие вещества (или ингалянты) вызывают усиление процессов торможения в ЦНС, сходное с влиянием барбитуратов и значительных доз алкоголя: невнятная речь, шаткая походка, сонливость, эмоциональная нестабильность, нарушения ритма сердечных сокращений и дыхания, вплоть до коматозного состояния и гибели.

В группу ингалянтов входят растворители, препараты бытовой химии; их называют летучими наркотически действующими веществами (ЛНДВ). Все вдыхаемые летучие вещества принято делить на 4 группы:

1. летучие растворители, которые содержатся в бензине, клеях, разбавителях красок;
2. аэрозоли: лак для волос, дезодоранты, краски и пр.;
3. общеобезболивающие средства типа хлорэтила (трихлорэтилена) и жидкости для исправления опечаток машинописи;
4. летучие нитриты (амилнитрит, бутилнитрит).

Опьяняющее действие ингалянтов возможно лишь в том случае, если количество поступившего в организм токсического вещества очень велико. По токсичности и вреду для организма с ЛНДВ не может сравниться никакой наркотик, поскольку ингалянты в основном употребляют в совсем молодом возрасте.

Состояние опьянения характеризуется возникновением галлюцинаций, неадекватным поведением, нарушением координации движений. При употреблении ингалянтов легко получить очень тяжелое отравление со смертельным исходом, т. к. высокая концентрация ингалянтов может вызвать остановку сердца и дыхания.

В течение 12–16 месяцев постоянного употребления ЛНДВ у токсикоманов развивается токсическое поражение печени и, как следствие, нарушение свертывания крови, снижение иммунитета, отеки. В течение года происходит необратимое поражение клеток

головного мозга, что приводит к резкому изменению характера, к агрессивности и, возможно, к развитию слабоумия.

Летучие нитриты – амилнитрит, бутилнитрит, азобутилнитрит – обладают выраженным сосудорасширяющим эффектом и с лечебной целью могут быть рекомендованы врачом больным с гипертонической болезнью. Кроме того, их вдыхают мужчины с целью увеличения интенсивности и длительности оргазма, чему способствует расширение кровеносных сосудов половых органов. При резком снижении артериального давления могут наблюдаться головокружение и эйфория, что может способствовать интенсификации сексуальных переживаний. Толерантность развивается при регулярном употреблении летучих нитритов.

Из побочных эффектов также следует отметить тяжелые головные боли, покраснение кожных покровов и слизистых оболочек, тошноту, головокружение и слабость. К более серьезным осложнениям относится снижение активности иммунных систем, а также разрушение эритроцитов крови.

Наркомания и психическое здоровье. В результате употребления наркотиков у человека появляются проблемы в любой из сфер жизни (тело, разум, эмоции, душа, отношения с людьми), и если он не может прекратить употребление наркотических или токсических веществ или прекращает, но снова «срывается», – это свидетельствует о сформировавшейся зависимости. В этом случае необходимо обратиться за помощью к специалистам (наркологам, психологам).

Спутниками наркомании зачастую бывают депрессивные состояния, когда у человека отмечается угнетенное, пониженное настроение, общий отрицательный эмоциональный фон, пассивность поведения. Депрессия часто возникает после неудачных попыток самостоятельно прекратить употребление наркотиков. Депрессия – это один из симптомов наркомании и, как правило, всегда сопровождает зависимых.

Нередко депрессия вызывается драматическим событием (смерть близкого человека, разлад в семье, школе, несчастная любовь, приобретенный физический дефект, изнасилование и т. д.). Иногда она развивается без видимых причин.

Любое химическое вещество, которое человек употребляет по тем или другим причинам (лекарственные препараты, наркотики и пр.), всасывается в кровь, а затем уже распространяется в межклеточное жидкостное пространство, равномерно распределяясь по нему. В это пространство легко входят, преодолевая клеточную мембрану, жирорастворимые вещества, а вот жиронерастворимые химические вещества, крупномолекулярные, – проникнуть туда не могут (спирты, как низкомолекулярные соединения, проникают внутрь клетки легко). Практически все психоактивные вещества относятся к жиронерастворимым, но дело в том, что все они структурно очень похожи на молекулы нейромедиаторов. Последние синтезируются в телах рабочих нейронов и осуществляют передачу нервного импульса, или информации, через химические синапсы (синаптические контакты) на другой нейрон (нервную клетку) или на эффекторы, т. е. на исполнительные органы (мышцы и железы). Таких синаптических (от греч. *synapsis* – связь) контактов каждый нейрон, особенно нейроны стволовых отделов и больших полушарий мозга, может иметь не одну тысячу, обеспечивая этим всё функциональное многообразие взаимоотношений нейронов отделов ЦНС между собой и эффекторами.

Психоактивные вещества способны либо имитировать (от лат. *imitatio* – подражание) влияние определенного нейромедиатора (как правило, это ацетилхолин), либо усиливать и ослаблять действие естественного медиатора или ферментов их разрушающих (дезактивирующих). Именно таковы механизмы влияния психоактивных средств на процессы восприятия, мышления, память, сокращения мышц и координацию мышечных усилий.

Более того, еще в 1975 году сотрудники Абердинского университета (Шотландия) Дж. Хьюгс и Ханс Костерлиц впервые обнаружили факт выработки нейронами ЦНС морфиноподобных веществ (впоследствии их оказалось 18), которые получили обобщающее

название «эндогенные (образуемые внутри) морфины», или эндорфины. Важнейшей функцией эндорфинов является блокада болевых ощущений, что будет определять реакцию удовольствия, эмоциональных расстройств, реализацию стрессовых реакций, формирование памяти, ощущений голода и жажды. Чем выше в организме уровень эндорфинов, тем выше порог восприятия болевых ощущений. Мышечная работа, или высокий уровень двигательной активности, также способствуют увеличению в организме образования эндорфинов. Вещество, которое является антагонистом наркотических веществ и используется при лечении состояний при их передозировке, называется «налоксон».

Какое же отношение имеют эндорфины к психоактивным веществам и к злоупотреблению ими? Дело в том, что психоактивные вещества (или просто наркотики) вызывают состояние эйфории, или преувеличения ощущения хорошего самочувствия, но снижают уровень образования эндорфинов. Поэтому, как только действие наркотического вещества заканчивается (дезинтоксикация их происходит в печени, а остатки разрушенных молекул выводятся с мочой и через желудочно-кишечный тракт), человек чрезвычайно остро начинает ощущать эмоциональную и физическую боль (так называемая «ломка»). Каждый раз для того, чтобы снять ощущения «ломки», человек вынужден принимать всё большую и большую дозу наркотика, формируя, таким образом, нарастающую наркотическую (или химическую) зависимость.

Практическая работа

Практическая работа состоит из двух частей. В ходе выполнения первой части практической работы студенту необходимо ознакомиться с экспресс-методами для определения психоактивных веществ в организме человека. Вторая часть предполагает заполнение анкеты с целью выявления степени осведомленности студентов о наркомании и токсикомании, а также потенциальной склонности к употреблению наркотиков.

Часть 1

Ход работы: ознакомиться с предложенным ассортиментом экспресс-тестов, изучить инструкции по их применению. Оформить вывод в тетради, отразив в нем степень доступности методик, направленность диагностики (какие виды наркотических веществ могут быть определены), спектр применения методик.

Для определения психоактивных веществ в организме человека используются экспресс-методы, основанные на принципе иммунохроматографического анализа, при котором анализируемый образец (моча) абсорбируется поглощающими участками полосок, и при наличии в образце наркотика (или его метаболитов) они вступают в реакцию со специфическими антителами, мечеными коллоидным золотом, образуя комплекс «антиген-антитело». Чувствительность определения (минимально определяемая концентрация) составляет для: амфетамина – 1000 нг/мл, марихуаны – 50 нг/мл, морфина – 300 нг/мл, кокаина – 300 нг/мл, метамфетамина – 500 нг/мл. Результаты реакции оцениваются визуально в течение 10–15 минут. Экспресс-тесты выпускаются в виде мультипанелей (NarcoCHECK) или набора полосок (ИммуноХром-3-МУЛЬТИ-Экспресс, ИммуноХром-5-МУЛЬТИ-Экспресс). Продаются в аптеках.

Часть 2

Анкета. «**Ваше отношение к наркомании и токсикомании, выявление потенциальной склонности к употреблению наркотических или токсических средств**»

№	Вопросы	Ответы
1	Ваш возраст (полных лет).	
2	Ваш пол.	(1) женский, (2) мужской
3	Как Вы считаете, являются ли наркомания и токсикомания распространенными явлениями в стране?	(1) да, (2) нет, (3) не знаю

4	Знаете ли Вы, какие вещества или лекарственные средства вызывают наркоманию и токсикоманию?	(1) да, (2) нет, (3) частично
5	Используете ли Вы для снятия нервного или эмоционального напряжения транквилизаторы, успокаивающие или снотворные средства?	(1) да, (2) нет, (3) иногда
6	Принимаете ли Вы на ночь таблетки, чтобы заснуть?	(1) да, (2) нет, (3) иногда
7	Принимаете ли Вы таблетки утром или перед экзаменом для того, чтобы взбодриться?	(1) да, (2) нет, (3) иногда
8	Знаете ли Вы, что частое употребление лекарственных средств приводит к химической зависимости?	(1) да, (2) нет, (3) иногда
9	Знаете ли Вы, что синонимами химической зависимости является привыкание и пристрастие?	(1) да, (2) нет, (3) не знаю
10	Считаете ли Вы серьезной причиной для употребления наркотических или токсических веществ хотя бы один из следующих мотивов: из любопытства; за компанию; ради достижения эффекта; химическая зависимость; повысить настроение; уйти от проблем или ответственности; уйти от одиночества?	(1) да, (2) нет
11	Увеличивают ли данные факторы вероятность злоупотребления наркотиками: присутствие в семье наркоманов или алкоголиков; разлад в семье; пережитое физическое, эмоциональное или сексуальное насилие; общение с друзьями-наркоманами; доступность наркотиков; чувство страха, разочарование, одиночество; противопоставление себя коллективу, агрессивность; чтобы придать себе смелость и уверенность; нелегальность их распространения.	(1) да, (2) нет, (3) не знаю
12	Как Вы думаете, какие вдыхаемые средства используют чаще всего токсикоманы?	(1) летучие растворители, (2) аэрозоли, (3) общеобезболивающие средства
13	Используете ли Вы спиртные напитки в сочетании со снотворными или успокаивающими средствами?	(1) да, (2) нет, (3) иногда
14	Как Вы считаете, нужно ли вести разъяснительную работу со студентами в данном направлении?	(1) да, (2) нет

Оформите **вывод** по анализу анкеты, подсчитав свои результаты по приведенному ниже способу.

Если на все вопросы 3, 4, 8, 9, 11, 12, 14 Вы ответили (1), то Вы имеете высокий уровень осведомленности о наркотической и токсической зависимости; если из перечисленных вопросов ответы (1) получены менее чем в пяти случаях, то Ваш уровень

осведомленности недостаточно высок. Если на эти вопросы Вы выбрали варианты ответов (2) или (3), то, скорее всего, Вас вообще не интересует данная проблема, но помните истину «Кто вооружен знаниями, тот предупрежден».

Проанализируйте ответы на вопросы 5, 6, 7, 10, 13. Если Вы ответили (1) на два или более вопросов, то это свидетельствует о наличии потенциальной склонности к употреблению наркотических или токсических веществ, следует обдумать возможные пути выхода из опасного положения.

Практическое занятие № 5. Профилактика и лечение наркозависимости

Цель: ознакомиться с методами профилактики и лечения наркозависимости.

Теоретическое обоснование

Комплексная профилактика наркомании и токсикомании включает:

1. первичную профилактику, адресованную гражданам, не склонным к употреблению наркотических, токсических средств и психотропных веществ, а также гражданам, употребляющим наркотические, токсические средства и психотропные вещества, у которых еще не возникла зависимость от них;
2. вторичную профилактику в виде лечебных мероприятий, адресованных гражданам со сформировавшейся зависимостью от наркотических, токсических средств и психотропных веществ;
3. третичную профилактику, или комплексную реабилитацию, лиц, прошедших курс лечения на этапе вторичной профилактики, либо лиц с аддитивным поведением.

Рассмотрим организацию мероприятий, направленных, в первую очередь, на **первичную** профилактику распространения наркомании:

1. Организация международных и межрегиональных семинаров и конференций по проблемам противодействия наркомании, по лечению и реабилитации наркозависимых.
2. Организация учебно-методических курсов, семинаров и конференций по вопросам взаимодействия исполнительных органов государственной власти, правоохранительных органов, общественных организаций и религиозных объединений в области противодействия незаконному потреблению наркотических средств и психотропных веществ.
3. Организация подготовки специалистов на профильных кафедрах государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования специалистов, занимающихся профилактикой наркомании среди несовершеннолетних и молодежи.
4. Организация проведения городского конкурса антинаркотических программ, реализуемых для молодежи в возрасте 14–30 лет.
5. Организация мероприятий по профилактике наркомании среди несовершеннолетних и молодежи в подростково-молодежных клубах и центрах.
6. Организация общегородских массовых молодежных мероприятий, направленных на профилактику наркомании и алкоголизма.
7. Организация мероприятий по профилактике наркомании среди работающей молодежи (от 18 до 30 лет).
8. Организация мероприятий по профилактике наркомании среди несовершеннолетних и молодежи в детских оздоровительных лагерях в летний период.
9. Организация проведения волонтерских акций по пропаганде здорового образа жизни среди молодежи.

Вторичная профилактика

Лечение наркотической зависимости. В принципе общие задачи, которые должны выполняться при лечении и реабилитации лиц с лекарственной зависимостью, не отличаются значительно от тех же задач при лечении лиц, страдающих хроническими рецидивирующими заболеваниями, характерной чертой которых являются поведенческие расстройства и отклонения от принятых в обществе норм поведения.

Эти общие задачи следующие:

1. обнаружение случая;
2. оценка случая и постановка диагноза;
3. определение непосредственных и долгосрочных целей с учетом особенностей данного лица;
4. определение лечебной и административной стратегии, предпочтительно с участием самого больного;
5. лечебная тактика при критических медицинских ситуациях и осложнениях, связанных с основным патологическим состоянием;
6. изменение поведения;
7. обеспечение необходимыми службами реабилитации (медицинской, профессиональной, социальной);
8. обеспечение необходимыми видами социального обслуживания;
9. систематическое последующее наблюдение или «долечивание»;
10. периодическая оценка эффективности терапевтических мер, в том числе мер реабилитации.

Первый этап лечения – «снять ломку». Далеко не все страны одинаково обеспечены средствами для лечения осложнений, являющихся прямым или косвенным результатом употребления вызывающих зависимость средств. Например, в некоторых странах недостаточно развиты службы детоксикации, особенно для алкоголиков и лиц с зависимостью от барбитуратов и опия. Лица с зависимостью такого типа часто не получают медицинской помощи, когда их лишают этих средств в местах заключения. Такая практика представляет опасность для жизни при определенных видах зависимости.

Вообще, изъятие обычно является самым простым аспектом лечения и служит началом гораздо более сложного и длительного лечебного процесса. Во многих районах мира средства для осуществления изъятия недостаточны.

Во многих случаях необходимы меры воздействия на семью больного, изменение его домашней обстановки и социальных условий или вмешательство в его профессиональную деятельность или учебу. Общая концепция лечения предполагает совместное приложение усилий специалистов по психиатрии, терапии, психологи, социологии, а также работников социальных служб, органов просвещения, служб производственной реабилитации, профессиональной подготовки и т. д.

Термин «диагноз» при лечении наркоманов обозначает обобщенное заключение относительно состояния больного в момент обследования. Важно определить, какие именно вызывающие зависимость средства использует человек, в каких количествах, в течение какого времени и по какой схеме. Так как в некоторых случаях больной не может или не хочет сообщать подобную информацию, желательно опросить членов семьи и друзей больного. Иногда диагностика может быть облегчена химическим анализом выдыхаемого воздуха, крови или мочи. Однако никогда нельзя считать, что наличие в пробах следов того или иного наркотика указывает на наличие лекарственной зависимости в степени, требующей медицинского вмешательства.

Следует учитывать и возможные осложнения и заболевания (например, недостаточность питания, инфекции, цирроз печени, травмы и т. д.). Оценка наличествующей психопатологии – важная часть процесса постановки диагноза.

В прошлом считали, что для повышения эффективности лечения лиц, зависимых от героина и других веществ типа морфина, необходимо как можно раньше лишать их привычного для них наркотика, хотя при этом признавалось, что наличие сопутствующих

заболеваний, например, какой-либо инфекции, гепатита или недостаточности питания, требует, чтобы эта мера вводилась постепенно. К сожалению, некоторые даже считали, что лечение такой зависимости ограничивается лишением больного наркотика; этого взгляда придерживались и при лечении зависимости от алкоголя, барбитуратов и других средств. Позднее концепция раннего изъятия наркотиков, особенно морфинного типа, была поставлена под сомнение. Вместо этого предлагалось прибегать к методу лишения наркотика лишь после того, как будут приняты другие меры, имеющие целью изменение социальных условий, в которых живет больной, его профессионального статуса и мотивации злоупотребления наркотиками. В тех случаях, когда избирают этот путь, следует добиваться стабилизации и, если это необходимо, постепенного снижения принимаемой больным дозы.

Внезапное изъятие вызвавшего зависимость средства типа барбитуратов или алкоголя может повлечь за собой тяжелые последствия, например, спровоцировать психоз, эпилептический припадок или сердечно-сосудистую недостаточность. Поскольку эти состояния могут привести к смерти, предпринимать эти меры следует с большой осторожностью и при наличии возможности обеспечить при необходимости больному экстренную медицинскую помощь. Однако, как правило, нет оснований откладывать изъятие вызвавшего зависимость средства, особенно в тех случаях, когда злоупотребление им привело к полному расстройству функций организма.

Страдающие зависимостью лица не возвращаются к норме немедленно после лишения их привычного для них средства. Напротив, на этой стадии необходимо дальнейшее лечение, часто весьма интенсивное. Кроме того, необходимо наладить последующее наблюдение за ним, обеспечив возможность консультаций.

Синдром зависимости от веществ типа морфина, барбитуратов и других наркотиков обладает некоторыми особенностями, свойственными хроническому рецидивирующему заболеванию. Что касается зависимости морфинного типа, то идеальная цель – полное выздоровление – достигается лишь в очень небольшом проценте случаев и только ценой продолжительных героических усилий. Учитывая это, целесообразно избрать промежуточную цель лечения лиц, страдающих морфинной зависимостью.

Была изучена концепция использования поддерживающих доз вызвавшего зависимость средства, например, героина (Британский подход), или заместительной терапии с использованием вещества того же типа, например, метадона.

Сущность Британского подхода заключается в том, что в рамках службы здравоохранения организованы специализированные подразделения для лечения (как амбулаторного, так и стационарного) лиц, страдающих лекарственной зависимостью. Больные, испытывающие потребность в вызывающих зависимость средствах, могут посещать эти учреждения один раз в неделю или один раз в день (как пропишет врач) для получения дневной дозы и лечения. Такой подход уменьшает опасность передозировки и обеспечивает регулярный контакт врача и больного. Работа с психологом обеспечивает предпосылки для отказа от наркотиков. Главная его цель – уменьшение потребности в нелегальных источниках наркотиков, сокращение количества преступных организаций и защита общества.

Замещающая метадоновая терапия. Цель метода та же, что и в Британском подходе – уменьшение распространения наркотиков нелегальным путем. Полный курс метадоновой терапии может продолжаться до двух лет, но не меньше трех месяцев. Метадон – синтетический, обладающий наркотическими средствами анальгетик. При применении внутрь он более эффективен и дольше действует, чем морфин и героин. При использовании метадона больному не разрешается принимать эти средства вне стен лечебного учреждения, пока у него не выработаются правильные социальные установки и пока в повторных пробах мочи (в течение нескольких недель) не будут полностью отсутствовать следы не прописанных врачом наркотиков. Самолечение метадоном чрезвычайно опасно: при неопиатной наркомании он может спровоцировать опиатную зависимость. Одним из преимуществ программы метадоновой терапии является то, что в этом случае исключается

самостоятельное внутривенное введение препаратов и, таким образом, сводится до минимума число случаев осложнений в результате использования нестерильных шприцев. Другое ее преимущество связано с тем, что метадон при правильном его применении не вызывает острых субъективных реакций.

После преодоления абстинентного синдрома начинается второй этап – борьба с психологической зависимостью. Это тоже долгий процесс. На данном этапе применяется метадоновый курс, использование блокирующих средств и психотерапия – все эти методы не только длительные, но и дорогостоящие. К тому же их эффективность не превышает 70 %.

Блокирующие средства. К числу блокирующих агентов относятся некоторые специфические антагонисты веществ морфинного типа. Циклазоцин – специфический антагонист препаратов опия. Он эффективен при оральном применении при героиновой, морфинной зависимости. Его действие сохраняется только 24 часа, следовательно, если больной пропустит прием хоть одной дозы, у него возникнут тяжелые симптомы абстиненции.

Другой антагонист препаратов опия – налоксон – не вызывает неблагоприятных субъективных реакций, но для достижения эффективного действия необходимо принять очень большое количество этого дорогостоящего препарата. Свое действие он сохраняет менее 24 часов.

Налтрексон, родственный налоксону препарат, вызывает относительно немного субъективных реакций. Он приблизительно в два раза активнее налоксона и действие его более длительно, но короче, чем у циклазоцина. В настоящее время разрабатывают формы этих препаратов, пригодные для имплантации, чтобы их антагонистическое действие сохранялось в течение нескольких недель после каждого введения.

Применять антагонисты намного труднее, чем метадон, и больные менее охотно соглашались на это. Сначала проводится отнятие наркотика – мера, на которую многие больные, страдающие зависимостью от героина, соглашались неохотно. При этом потребность в приеме наркотика может быть ликвидирована не полностью.

Психологические методы. Существует психологический терапевтический метод с высокими показателями выздоровления. Речь идет о «Программе 12 шагов», христианском движении, возникшем еще в конце XIX века. С 1935 года в рамках этой программы существует движение «Анонимные алкоголики», а с 1960-х годов – «Анонимные наркоманы». Сейчас в России действует 50 групп «АА» и «АН», из них около 30 групп – в Москве. Самоуправляющиеся общины. Уже упоминалось об использовании метода коллективной терапии. Различные модификации этого метода использовались в самых различных ситуациях, в том числе в школах, университетах, в местах заключения и т. д. Все эти методы нашли свое применение в самоуправляющихся общинах для страдающих лекарственной зависимостью лиц. В 1958 году в Калифорнии была основана первая такая община.

Все подобные программы исходят из предположения, что злоупотребление вызывающими зависимость средствами – проявление скрытого расстройства личности или эмоциональной незрелости, а также ставят своей основной целью перестройку характера.

Вновь поступившим членам общины сначала поручают лишь черную работу, но им дается возможность постепенно выдвинуться и занять более высокое положение, на них возлагается повышенная ответственность, и они получают определенные привилегии. Прием наркотиков и физическое насилие исключаются.

Такая организационная структура дает общине возможность закрепить навыки нормального поведения, как только проявляются его первые признаки. Большинство общин также разработало меры наказания за отступление от норм поведения, вплоть до исключения провинившегося из общины. Обязательной считается такая форма отношений, при которой каждый член коллектива проявляет готовность откровенно высказывать свое мнение и, часто не стесняясь в выражениях, изобличать неправильные поступки любого другого члена общины.

В то же время взаимоотношения в общине отличаются чуткостью и заботливостью, которые редко можно встретить в каком-либо другом месте.

Постоянный штат сотрудников (администраторы, обслуживающий персонал, медицинские работники) включает бывших наркоманов, которые сами прошли через такие общины. В одних случаях налажено сотрудничество со специалистами – психиатрами, врачами, психологами, в других же случаях руководители общин категорически возражают против привлечения специалистов, считая, что только тот, кто сам в прошлом употреблял наркотики, может правильно понять существо проблемы и действительно помочь членам общины в борьбе с лекарственной зависимостью.

Стойких положительных результатов достигает 1/3 часть членов общины. Такие общины распространены в США и Канаде и некоторых других странах.

Психологи обобщили особенности семей, в которых появляются подростки-наркоманы. В этих семьях:

- или нет отца, или он отличается слабым характером;
- слишком заботливая, уступчивая или, наоборот, очень властная мать;
- родители ведут себя непоследовательно;
- между родителями нет взаимопонимания и эмоционального контакта;
- требования к детям необоснованно завышены.

В таких семьях у детей возникают серьезные эмоциональные проблемы, они не верят в себя и в результате плохо сходятся с людьми. И чтобы заполнить душевную пустоту, прибегают к самому страшному средству – наркотикам. А виной всему – отсутствие любви. Невозможность установить глубокие, человеческие, основанные на любви связи – главная причина всех душевных и эмоциональных недугов. Да и большинства физических тоже.

По данным анализа, образование и материальная обеспеченность родителей никак не влияют на пристрастие подростков к наркотикам. Решающий фактор здесь – психологическая атмосфера в семье.

Комплексная реабилитация лиц, прошедших курс лечения на этапе вторичной профилактики, либо лиц с аддитивным поведением

Системный анализ вторичной профилактики наркомании.

В структуре профилактики наркомании как общественного явления можно выделить 10 основных элементов:

1. органы внутренних дел;
2. органы государственного управления;
3. общественные и политические организации;
4. семья;
5. образовательные учреждения;
6. учреждения дополнительного образования, молодежная субкультура;
7. социально-психологические центры;
8. криминальные структуры;
9. религиозные организации, секты;
10. здравоохранение.

Каждый из выделенных элементов системы (табл. 3) реализует особый вид активности, характеризующий его участие в общей работе по вторичной профилактике наркомании. Вторичная профилактика – это функция социально-психологических центров.

Что касается непосредственно психологической работы с наркоманами, то она представляет собой систему мер, направленных на вторичную профилактику и реабилитацию личности наркозависимого. Основная цель нашей работы состоит в системном описании вторичной профилактики.

Данный этап вторичной профилактики следует за лечением и представляет собой систему мер, направленных на восстановление и развитие утраченных в процессе употребления наркотических веществ психологических характеристик личности, а также повышение общей устойчивости личности к наркотической контаминации.

Далее обсуждаются только психологические методы работы.

Объект: система вторичной профилактики.

Системные элементы:

- диагностика уровня личностных расстройств;
- разработка индивидуальной программы вторичной профилактики;
- реализация программы;
- диагностика результата;
- коррекция результата;
- психологическая поддержка постнаркотической личности.

Факторы, от которых зависит успешность вторичной профилактики

- *Личность психолога:* внутриличностные конфликты, возраст, компетентность, особенности взаимодействия с клиентами и т. д.
 - *Личность клиента:* мотивация на лечение, возраст, особенности расстройств.
 - *Микросоциальное окружение.* Участие семьи в программе вторичной профилактики. Административные особенности социально-психологического центра, проводящего профилактику.
 - *Макрофакторы.* Экономическая ситуация. Географическое положение. Особенности социокультурного развития общества.
- *Точка бифуркации.* Точкой бифуркации можно назвать любое проявление клиента, которое действительно приведет к его росту или развитию (переломный момент в процессе избавления от зависимости). Точка бифуркации может иметь место только на уровне личности клиента, так как вся система вторичной профилактики является ориентированной на клиента в том смысле, что ее модель сконцентрирована вокруг него самого.

Таблица 3

Структура вторичной профилактики наркомании (по С. В. Березину, К. С.

Лисецкому)

Элементы системы (общие виды деятельности)	Подсистемы элементов	Основные виды активности (специфично для элементов)
1. Органы внутренних дел: охрана порядка, личные интересы, карьера, контроль (поддержка криминальных структур)	Отделы милиции различного масштаба	Контроль на участках
	ИДН	Профилактика правонарушений, связанных с незаконным оборотом и употреблением наркотических веществ
	Транспортная милиция, ГИБДД	Контроль и уничтожение наркокоммуникаций
	Высшая судебная власть	Отчетная деятельность Организация работы низших органов судебной власти
	Юридические консультации	Защита прав и интересов населения Консультационно-информационная функция
	Места лишения свободы	Изоляция правонарушителей Возможный источник факторов наркотизации

2. Государственные субъекты управления: выражение интересов населения, политическая мотивация, личные интересы, карьера		Законодательная деятельность Управление и политический режим Идеологическая функция Поддержка деятельности других структур (или нет) Финансирование проектов Взаимодействие с криминальными структурами Участие в международной политике
3. Общественные и политические организации и общества: выражение интересов населения, личные интересы, политическая мотивация, карьера	Отдельные политические и общественные деятели	Привлечение внимания к проблеме Спекуляция на проблеме ради личных интересов и карьеры Представление интересов определенной группы населения (возможно, криминальных структур)
	Армия	Воспитание Возможный источник факторов наркотизации Практическое вымирание за счет сокращения количества лиц призывного возраста
	Общественные организации	Разработка программ профилактики и реабилитации наркомании Выражение интересов населения Просветительская работа Привлечение зарубежных специалистов
	Благотворительные фонды	Благотворительная деятельность среди семей и учреждений с повышенным риском наркотизации (асоциальные, неполные, неблагополучные, многодетные семьи, детские дома, социальные приюты, школы-интернаты и др.) Просветительская работа Привлечение зарубежных специалистов Создание общин и колоний
4. Семья: стремление к самоцельности и стабильности (имеется в виду семья, где есть наркоман)	Наркоман	Прием наркотиков Избегание манипуляций Чувство вины и стыда Дестабилизация семейной ситуации Болезнь Любовь и ненависть Участие в растрате семейного бюджета
	Другие члены семьи	Чувство вины и стыда Воспитание и контроль Агрессия Истерика (шок) Спекуляция «на горе» Семейный уход в болезнь Отчуждение от общественной жизни Отказ от отношений Присоединение Поддержка

		Поиски методов лечения
	Дальние родственники	Сочувствие, жалость Возмущение Отдаление
	Друзья, соседи и другое микросоциальное окружение	Сочувствие, жалость Поддержка Отдаление Распространение информации
5. Образовательные учреждения: воспитание, контроль, отчетная деятельность, обучение работа с семьей ребенка	Детские сады	Создание условий для развития детей дошкольного возраста Первичный коллектив Досуг
	Учреждения среднего и общего образования	Профилактическая работа Развитие у детей социально-психологической адаптации Создание условий для развития и формирования личности детей школьного возраста Досуг Сотрудничество с другими структурами Диагностика факторов риска наркотической зависимости у учеников (как задача школьного психолога)
	Средние специальные учебные заведения	Профилактика наркомании Профессиональная подготовка Создание условий для самореализации подростков и юношей
	Высшие учебные заведения	Профессиональная подготовка Профилактика наркомании Создание научно-исследовательской базы для изучения наркомании как явления Подготовка специалистов по работе с наркозависимыми и созависимыми
	Спецшколы	Создание условий для компенсации детьми утраченных функций Профилактика и реабилитация наркомании, правонарушений Содействие в социализации
6. Учреждения дополнительного образования, молодежная субкультура: возможности самореализации личности	Дома творчества, спортивные секции, кружки и т. д.	Дополнительное образование Развитие определенных навыков Содействие в социализации Контроль Личные интересы Взаимодействие с другими структурами Досуг Физическое развитие Организация тематических мероприятий по профилактике наркомании и пропаганде здорового образа жизни

Летние трудовые и оздоровительные лагеря и центры	Воспитание Организация профилактических смен (по конкретной тематике) Временное погружение в иную социальную ситуацию Досуг, работа Взаимодействие с другими структурами Управление развитием ребенка в непривычных для него условиях
Двор, внешкольное общение	«Стихийная» социализация Общение ради общения Информационная функция Референтная группа Распространение наркотиков, внедрение наркоманской субкультуры
Реклама	Финансовый интерес Стимулирование интереса и потребности, в том числе в алкоголе и табаке Выражение скрытой потребности определенной группы населения
Средства массовой информации, радио, телевидение	Информационная функция Содействие в профилактической и реабилитационной работе Критический анализ существующего положения в обществе Пропаганда здорового образа жизни Пропаганда правонарушений и пробуждение интереса к наркомании (посредством показа различных сюжетов, фильмов) Взаимодействие с другими структурами Просветительская работа
Развлекательные центры, дискотеки, ночные клубы	Досуг Распространение наркотиков Финансовый интерес Локализация субкультуры Подчинение криминальным структурам Пропаганда здорового образа жизни (посредством проведения различных мероприятий и концертов и т. д.) Сотрудничество с другими структурами Выражение интересов молодежи Возможное место первичного приема наркотиков
Наркоманская субкультура	Информационная функция Принятие в свою среду Всеобщее раскаяние Правонарушения Объединение «против всех» Привлечение внимания Взаимодействие с криминальными структурами Стремление к развитию

		Мифотворчество Приобщение к наркотикам Смертность Разрушение морально-нравственной сферы Выработка собственной системы ценностей
7. Социально-психологические центры: психологическая и социальная защита	Центры «Семья»	Работа с семейными конфликтами, разводами и т. д. Планирование семьи Профилактическая и реабилитационная работа Работа по профилактике социальной дезадаптации Работа с подростками по «облегчению переживания подросткового кризиса» «Телефоны доверия» Профориентационная работа Психокоррекция, психологическое консультирование Организация конференций и просветительной работы в учебных заведениях Учет семей группы риска Тесное сотрудничество с другими органами и структурами, прежде всего, государственного подчинения (наркодиспансерами, школами, и т. д.) Отчетная деятельность
	Центры социальной защиты населения	Выплата социальных пособий Содействие в трудоустройстве Сотрудничество с другими структурами Квартирный вопрос
	Биржи труда	Трудоустройство (или нет)
	Социально-психологические центры, негосударственные СПЦ	Исследование факторов наркозависимости, научная работа Профилактическая и реабилитационная деятельность, как с зависимыми, так и с созависимыми (развитие внутренних механизмов наркоустойчивости) Работа по запросу (анонимное лечение) Финансовые интересы Сотрудничество с другими структурами Привлечение зарубежных специалистов
8. Криминальные структуры	Наркомафия	Распространение наркотиков Финансовый и политический интерес Личные интересы Стимуляция роста и развития наркоманской субкультуры Борьба за сферы влияния, сведение счетов

		Взаимодействие с государственными и правоохранительными органами (коррупция)
9. Религиозные организации, секты: вовлечение в веру; инстанция самоконтроля	Легальные религиозные организации, секты	Прощение грехов Воспитание и наставничество Культурное развитие Образовательная деятельность Профилактическая и реабилитационная работа посредством вовлечения в веру
	Деструктивные секты	Вовлечение в веру Распространение наркотиков Формирование потребности в переживании «запредельных» состояний сознания Провоцирование психотических реакций Запугивание и насилие Содействие в правонарушениях Формирование «особой» личности, сужение сознания
10. Здравоохранение: охрана здоровья, профилактика и лечение заболеваний, пропаганда здорового образа жизни	Комитеты по управлению здравоохранением	Административная деятельность Разработка и финансирование программ профилактики и лечения наркомании Статистическая деятельность
	Больницы	Лечение соматической патологии Купирование абстинентного синдрома Распространение наркотиков
	Наркодиспансеры	Учет наркозависимых Лечение наркомании (избавление от физиологической зависимости) Сотрудничество с другими структурами
	Кризисные стационары	Психотерапия детей и подростков, имеющих трудности в социальной адаптации
	Центры методов нетрадиционного лечения, экстрасенсы, колдуны и т. д.	Купирование ломки Избавление от наркотической зависимости Финансовый интерес Личный интерес Подготовка специалистов по реабилитации наркомании, алкоголизма и табакокурения

В процессе педагогической деятельности в разных сферах (школы, спортивные секции, учреждения начального, средне-специального и высшего профессионального образования и т. д.) с детьми, подростками и молодежью преподавателю важно уметь распознать первые признаки, свидетельствующие о наличии наркотической зависимости. При своевременном обнаружении признаков наличия зависимости необходимо, не затягивая,

обратиться за помощью к специалистам-наркологам, только в этом случае лечение и профилактика будут наиболее эффективными.

1. Внешние признаки:

- чрезмерно суженные или расширенные зрачки, независимо от освещения;
- состояние необъяснимой возбужденности или вялости;
- речь быстрая, невнятная;
- маскообразное, почти без мимики одутловатое лицо, либо, наоборот, чрезмерная мимика;
- резкие смены настроения, вспышки враждебности, раздражительности без понятной причины;
- провалы памяти, неспособность мыслить логически, объяснять свои поступки;
- бессонница, быстрая утомляемость, сменяемая необъяснимой энергичностью;
- неуверенная шатающаяся походка при отсутствии запаха алкоголя изо рта;
- землистый цвет лица, круги или мешки под глазами;
- следы от уколов на руках;
- частый насморк;
- специфический запах от одежды, волос, изо рта (запах ацетона, клея «Момент» и т. д.);
- неопрятность, неряшливость.

2. Изменение поведения:

- равнодушие, утрата интереса к прежним увлечениям, к учебе;
- отдаление от прежних друзей, появление новых – странных с точки зрения родителей (вышеизложенные внешние признаки, нежелание контактировать со старшими членами семьи, непочтительное обращение с родителями и т. д.);
- нарастающая скрытность, стремление к уединению;
- появление лживости;
- появление в разговоре жаргонных слов и позитивных высказываний по поводу употребления наркотиков;
- постоянный поиск денег (дома могут начаться пропажи денег, вещей, лекарств из аптечки и т. д.);
- изменение аппетита (либо его отсутствие, либо вспышки прожорливости).

Каждый из этих признаков по отдельности иногда ничего не значит, но наличие 4–5 признаков – это сигнал!

Практическая работа

Ход работы

1. Изучите теоретическое обоснование проблемы.
2. В тетради ответьте на контрольные вопросы.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте понятие «первичная профилактика» (определение, цель проведения, «адрес» проведения и т. д.).
2. Перечислите мероприятия, наиболее часто проводимые в рамках первичной профилактики наркомании.
3. Какие структурные элементы можно выделить во вторичной профилактике наркомании и токсикомании?
4. Назовите факторы, от которых зависит успешность проведения вторичной профилактики наркомании и токсикомании.

Практическое занятие № 6. Проблема игромании в России и за рубежом. Методы профилактики и борьбы с проявлениями игромании в России

Цель: ознакомиться с проблемой игромании в России и за рубежом.

Теоретическое обоснование

Игромания (гемблинг, лудомания) – вид расстройства влечений, относящихся к группе психологических зависимостей; характеризуется чрезмерным увлечением азартными играми. При этом азартная игра является подобием наркотика. Разновидностей игровой зависимости много, но наиболее распространенными являются:

- компьютерная зависимость,
- зависимость от игровых автоматов,
- интернет-зависимость (сетевые игры),
- телезависимость.

Почему же люди попадают в игровую зависимость? Человеку кроме удовлетворения основных жизненных потребностей необходимо еще и удовольствие. Одним из способов его получения является игра. По ряду причин потребность в удовольствии у некоторых людей заострена, поэтому они легко склоняются к азартным играм и попадают в зависимость от них.

Возможные психологические причины игромании у взрослых людей:

- безрадостная жизнь,
- сексуальная неудовлетворенность,
- финансовые проблемы,
- психологическая фиксация в детском или подростковом возрасте,
- одиночество, хроническая тоска,
- склонность к импульсивному поведению.

Проблемы игровой зависимости, безусловно, должны волновать общественность любого цивилизованного государства. Их решение требует объединения усилий законодателей, юристов, психологов и бизнесменов от игорного бизнеса. Но работа в данном направлении продвигается достаточно медленно, до сих пор не принято ни одного закона, который регламентировал бы собственно игорный бизнес, и игорные заведения вынуждены действовать на основании временных положений и постановлений правительства, указов президента и т. д.

Признаки игровой зависимости. Согласно американской классификации психических расстройств диагноз зависимости от азартных игр можно поставить, обнаружив хотя бы четыре признака из девяти следующих:

1. частое участие в игре и добывание денег для игры;
2. частое участие в игре на большие суммы денег в течение более длительного времени, чем субъект намеревался ранее;
3. потребность увеличить размер или частоту ставок, чтобы достигнуть желаемого возбуждения;
4. беспокойство или раздражительность, если игра срывается;
5. повторная потеря денег в игре и взятие их в займы «до завтра», чтобы отыграть потерю («охота за выигрышем»);
6. неоднократные попытки уменьшить или прекратить участие;
- 7.

учащение игры в ситуациях, когда грозит необходимость выполнить свои социальные и профессиональные обязанности;

8. принесение в жертву некоторых важных социальных, профессиональных или увеселительных мероприятий ради игры;
9. продолжение игры, несмотря на неспособность заплатить растущие долги или несмотря на другие важные социальные, профессиональные или юридические проблемы, которые, как это хорошо известно субъекту, будут возникать из-за игры.

Стадии игровой зависимости (на примере зависимости от игровых автоматов):

1-я стадия. Усиление желания играть. При этом борьбы мотивов «играть – не играть» еще нет, и человек может отказаться от игры даже при наличии желания. Нет осознания

зависимости, поэтому частота игр растет, увеличиваются ставки, игровые сеансы удлиняются.

2-я стадия. Игроману реже удастся волевым усилием запретить себе играть. Появляется и становится напряженной борьба мотивов «играть – не играть». Частота игровых сеансов и время увеличиваются. Игра становится безудержной. Выигрыш не пускается в игру, строятся системы игры («счастливые» комбинации цифр), игровой процесс обрывается ритуалами, суевериями.

3-я стадия. Борьбы мотивов уже нет. Вся жизнь сводится к игре (игроман готов играть ежедневно и неограниченное время, в перерывах между игрой он живет в игровых фантазиях). Деньги воспринимаются как символ игры. Цель игры – сама игра (несмотря на долги, на возможность проигрыша).

Возможные последствия игровой зависимости: деградация личности, большой денежный долг, распад семьи, потеря друзей, утрата социального статуса.

Некоторые теории связывают патологическую игру с «ошибками» мышления, иррациональными убеждениями и так называемой «иллюзией контроля». Распространены следующие «ошибки» мышления игроков: персонификация игрового автомата («игровой автомат похож на меня») или типичное объяснение проигрыша («я проиграл потому, что был невнимателен»).

К иррациональным убеждениям относят следующие четыре стержневые характеристики:

- нетерпеливость и неспособность к длительным усилиям («я должен выиграть это в следующей ставке»);
- низкая устойчивость к ситуациям разочарования («это ужасно, если я не выиграю»);
- искажение самооценки («я ничто, если я не играю и не выигрываю»);
- преувеличение («я не могу существовать, если я не играю»).

«Иллюзия контроля» предполагает, что игрок верит в то, что может контролировать случайные события посредством различных способов ритуального поведения, например, скоростью нажатия на кнопки игрового автомата.

Другие теории объясняют поведение игрока доминирующими психологическими защитами, которые в условиях стресса и повышенных нагрузок преобразуются в симптоматическое поведение, приобретающее характер ритуала.

Игровое поведение также связывают с нарушением семейных и сексуальных отношений, при этом большое значение уделяется решению вопроса о том, почему игрок не хочет возвращаться после работы домой – из-за нежелания встречаться с супругой или избегая скучной атмосферы обыденного семейного существования.

В 1981 году Р. Л. Кастер описал «мягкие признаки» патологической игры, которые, по его мнению, заключены в особенностях поведения, свойственного людям, имеющим большой риск развития у них патологической игровой зависимости. Эти признаки являются дополнительными к основным диагностическим критериям патологической игровой зависимости. При этом Р. Л. Кастер подчеркивал, что «мягкие признаки» полезны не только для установления диагноза, но и для дифференцированных лечебных рекомендаций, поскольку позволяют на ранних этапах отличить пациента с «игровой» структурой характера.

Анализ игровых срывов в ходе психотерапии игроков позволил обнаружить и описать развитие фаз в поведении пациентов (воздержания, «автоматических фантазий», нарастания эмоционального напряжения, принятия решения, вытеснения принятого решения, реализации принятого решения). Следовательно, существует игровой цикл, понимание которого важно для формулирования психотерапевтических задач в работе с игроманами.

Фазы игрового цикла

Фаза воздержания. Характеризуется воздержанием от игры, главным образом, из-за отсутствия денег, давления ближайшего окружения или выраженного подавленного

состояния вследствие очередной игровой неудачи, связанной с неспособностью проконтролировать свой игровой импульс.

Фаза «автоматических фантазий». Главной ее характеристикой является учащение спонтанных фантазий об игре. Пациент проигрывает в своем воображении, как правило, состояние азарта и предвкушение выигрыша, сопровождающее начало игры, и вытесняет эпизоды проигрышей. Эти фантазии могут возникать либо на основе воспоминаний о своем прошлом игровом опыте, либо носить произвольный характер, базирующийся на воспоминаниях об игровой увлеченности героев художественных произведений или кинофильмов, и фактически оторванный от реальной ситуации. Название «автоматические» отражает возникновение их либо совершенно спонтанно, либо под действием косвенных стимулов. Так, у немногих пациентов игровые комбинации непроизвольно складывались при случайном наблюдении за номерами автомобилей.

Фаза нарастания эмоционального напряжения. Главная черта этого этапа – нарастание эмоционального напряжения, которое в зависимости от индивидуальных личностных и физиологических особенностей может иметь тоскливо-подавленный, раздраженный, тревожный или смешанный характер, сочетающий в себе повышенную, но нецеленаправленную активность с нервозностью и раздражительностью. Иногда такое настроение сопровождается учащением фантазий об игре. В других случаях оно воспринимается пациентом как совершенно бессодержательное и даже направленное в сторону от игрового импульса (повышение сексуального влечения или стремление к интенсивным физическим и интеллектуальным нагрузкам).

Фаза принятия решения играть. Как правило, решение играть происходит двумя путями:

1. Пациент под действием нарастающих фантазий в «телеграфном» стиле планирует способ реализации своего желания. Обычно это какой-нибудь «очень вероятный для выигрыша», по мнению пациента, вариант игрового поведения. Такой способ принятия решения играть характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую.
2. Решение играть приходит сразу же после игрового эпизода, и в его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыгаться. Этот механизм принятия решения характерен для второй и третьей стадии заболевания, когда промежуток между игровыми эпизодами заполнен отчаянными попытками остановиться, а каждый срыв воспринимается как нечто фатальное и необъяснимое.

Фаза вытеснения принятого решения. Это наиболее важный этап, который обуславливает беззащитность сознательного «Я» по отношению к желанию играть. Суть этой фазы заключается в том, что интенсивность осознаваемого больным желания играть начинает уменьшаться, и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением, что, как правило, является отражением иррациональных схем мышления. Иногда в это время нормализуются или относительно улучшаются экономический и социальный статус больного. Сочетание вышеперечисленных условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого для себя риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (получение большой суммы денег на руки, прием алкоголя, попытка сыграть ради развлечения и отдыха и т. п.).

Фаза реализации принятого решения. Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Очень часто игроки описывают этот период как состояние «транса», заявляют, что они «становятся как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента еще возникают конструктивные контраргументы, которые тут же отменяются всем набором описанных выше иррациональных схем мышления. У игрока в это время доминируют ложные представления о возможности самоконтроля и разумного подхода к вопросу вероятности выигрыша. Происходит смещение представлений о влиянии на игровой процесс (размер ставок, выбор комбинаций, различные ритуальные действия) с

возможностью контролировать исход игры (выигрыш или проигрыш). В большинстве случаев, пока не проигрываются все деньги, игра не прекращается.

Опыт решения проблем игровой зависимости. Борьба с игровой зависимостью и отрицательное отношение к ней имеют давнюю историю. Более двух тысяч лет назад древнегреческий философ Демокрит говорил: «Тот, кто никак не может противостоять соблазнам денег, никогда не будет счастлив». Более близкий нам по времени и по менталитету Пётр I карты не любил, но относился к ним спокойно и даже разрешил карточные игры на деньги с проигрышем не более одного рубля медью.

Азартные игры на бегах и скачках существуют во многих странах, включая Канаду, США, Аргентину, Колумбию и Россию. В Скандинавии игра в казино запрещена. Значительная часть казино Западной Европы находится во Франции и Монако, около 7 % – в Германии и менее 5 % – в Италии.

Среди игр, в которые играют в казино, наиболее популярна во всём мире рулетка. В большинстве казино в Америке играют в кости. Из карточных игр в казино распространены баккара, блэк-джек, покер. Игровые автоматы – обязательная принадлежность всех казино, а также тысяч частных клубов, ресторанов и других заведений. По всему миру распространены лотереи, лицензируемые или выпускаемые государством. В Великобритании, Швеции, Австралии и в некоторых африканских странах имеются компании по проведению футбольных тотализаторов.

Несомненно, крупнейшая игровая страна – США. Если раньше там существовало только два города, где были разрешены азартные игры, – Атлантик-Сити и Лас-Вегас, то сейчас уже более половины штатов вовлечены в игорный бизнес. Только в 348 индейских игорных клубах работают 206 тыс. игровых автоматов и 4,5 тыс. игровых столов. Штат Невада имеет, кроме этого, 186,4 тыс. игровых автоматов и 5,8 тыс. игровых столов. Игорный бизнес Америки дает стране до 25 млрд долларов в год и предоставляет 500 тыс. рабочих мест. Во всём Санкт-Петербурге сегодня меньше игровых автоматов, чем в двух крупнейших казино Лас-Вегаса вместе взятых. В Англии казино существуют под строгим контролем государства в 53 специально разрешенных местах по всей стране. Британские казино дают стране 125 тыс. рабочих мест. Испания находится на первом месте по насыщенности игровыми автоматами. Их в стране 234 тыс. штук, или 62 автомата на 10000 населения. В Великобритании – 304 тыс., или 51 автомат на 10000. В Венгрии – 34,5 тыс., т. е. 35 автоматов на 10000.

Проанализировав множество практикуемых азартных игр, канадские аналитики классифицировали их в четыре категории:

1. Постоянные игры, включая местные лотереи, бинго, казино. Это также ставки на бегах, спортивные ставки и видеолотереи.
2. Различные денежные пари и ставки между людьми. Это могут быть спортивные, политические, карточные, бильярдные и другие пари и ставки. Они занимают значительное место в культурной и общественной жизни населения.
3. Ставки у нелегальных букмекеров, нелегальные игорные заведения для игры в карты и рулетку, казино в Интернете.
4. Игра на бирже, носящая характер азартной игры, а не профессиональной обязанности.

Вследствие культурных и психологических различий в разных странах проблему игромании воспринимают по-разному. В Испании ее принято считать болезнью, а в Дании – следствием распушенности, от которой человека можно отучить. Около 100 тыс. человек в Германии страдают патологической тягой к азартным играм. По официальным данным, сейчас в Дании с пятиmillionным населением 150 тыс. человек регулярно играют в различные азартные игры, сорока тысячам датчан поставлен диагноз – игромания. По разным оценкам, в семимиллионной Швейцарии живут 30–40 тыс. азартных игроков. Более 20 млн американцев играют в азартные игры, из них несколько миллионов являются «проблемными» игроками. В среднем 60 % взрослого населения в развитых странах играют в азартные игры и 1–1,5 % из них могут быть подвержены игровой зависимости. В США, в

силу особого отношения населения к психоаналитикам, это более высокий показатель – 3–5 %.

Для сравнения: в России 44 тыс. игровых автоматов, что для огромного населения нашей страны дает 3 автомата на 10000; больше 300 казино, два десятка касс тотализаторов, чуть более 200 касс букмекерских контор, несколько всероссийских лотерей.

В большинстве мусульманских стран азартные игры запрещены не только законом, но и религией, которая в таких странах стоит выше закона.

Финские ученые, изучающие проблемы игроманов, разделили подверженных болезненной склонности к игре на пять условных категорий:

1. люди, подверженные многочисленным пристрастиям: параллельно с игроманией эти люди страдают от других зависимостей (алкоголизм, наркомания и т. д.);
2. люди, лечившиеся от психических расстройств: все они проходили психиатрическое лечение в клиниках или амбулаторных условиях;
3. люди, которые играют, чтобы притупить чувство одиночества или неудовлетворенности: для таких игроков азартные игры служили отдушиной и суррогатом отсутствующей компании или интересного дела;
4. профессиональные игроки: люди из этой группы играли профессионально, но время от времени игра приобретала форму пристрастия;
5. другие: во всех других отношениях они отличались от всех вышеописанных групп своей предысторией и мотивацией к игре.

Во всех цивилизованных государствах уже давно разработана система борьбы и профилактики игромании, включающая социальные институты, психологическую помощь, психотренинги, специальные сайты, рассказывающие общественности о возможных последствиях чрезмерного увлечения азартными играми, форумы в Интернете, в которых заболевшие игроманией игроки могут поделиться своими проблемами и незамедлительно получить профессиональную психологическую помощь. К тому же тема профилактики страсти к азарту возведена во многих странах до уровня государственного регулирования. Например, практика социальной защиты «наркоманов игры» активно используется в Швейцарии и Германии.

В этих странах внедрена обязательная социальная концепция, направленная на борьбу с игровой зависимостью. Разработкой этой концепции занимался специальный институт – Высшая школа социальных проблем в Люцерне. И эта социальная программа получила поддержку в качестве законодательных актов. Так, в частности, в закон «Об игорном бизнесе» в Швейцарии в апреле 2000 года была внесена поправка, которая раскрывает необходимые условия для владельцев и сотрудников казино. Казино обязаны представлять отчет о проводимых в заведениях мероприятиях, направленных на избежание опасных для общества последствий азартных игр. Согласно постановлению правительства Швейцарии об азартных играх и казино игорные заведения обязаны проводить предупреждающие мероприятия по защите населения от пристрастия к азарту; обеспечивать обучение и повышение квалификации персонала; вести совместную работу с психологическими службами по профилактике игромании среди своих клиентов.

Сами казино принимают активное участие в реализации программы. Например, Гранд Казино (Баден, Австрия) создало группу специалистов, которые ведут беседы с клиентами казино, замеченными в чересчур большом увлечении азартными играми. Эти беседы тет-а-тет проводятся с игроманами в надежде на то, что они сами придут к выводу о необходимости завязать с пагубной страстью. В крайних случаях, когда разъяснительная работа не дает результатов, само казино запрещает больному азартом человеку продолжать игру в своем заведении.

В США создаются специальные фонды, собирающие средства на борьбу с игроманией. В частности, известно, что калифорнийские власти получали немалые средства от индейских казино для финансирования программ, связанных с последствиями игорного бума в этом штате и, соответственно, с увеличившимся числом игроманов (по количеству

зарегистрированных игроманов Калифорния на первом месте – около 1 млн человек). Деньги, однако, не пошли в дело, что вызвало негодование у владельцев индейских казино. После огласки в прессе губернатор штата постановил, что впредь отчисления в фонд будут производиться не в казну штата, а в контрольную комиссию по игорному бизнесу. Несмотря на негативный опыт создания фонда по борьбе с игроманией в Калифорнии, тем не менее, данный пример демонстрирует вполне конкретное стремление на государственном уровне решать проблемы игромании.

Также в США ведется серьезная статистика игроманов, что тоже свидетельствует о заинтересованности общества и властей в проблеме злоупотребления азартом. Согласно изучению, проведенному в США, примерно 5 % посетителей казино – наркоманы игры, патологические игроки. Это примерно столько же, сколько и в целом среди населения. Исследования в данной области проводятся, в частности, специализированным Университетом исследования азартных игр и Центром лечения в штате Коннектикут.

Учитывая практику, внедренную в иностранных государствах, в целях профилактики и борьбы с игровой зависимостью в России следует предпринять следующие меры:

- во-первых, усилиями деятелей игорного бизнеса и социологических служб целесообразно провести анализ проблемы игромании в России: социологические опросы, мониторинг психологических институтов с целью выявления степени серьезности проблемы. Полученная статистика должна выявить уровень актуальности данной проблемы и ареал распространения заболевания в стране;
- во-вторых, можно создать Фонд борьбы с игроманией, на собранные средства которого можно финансировать лечебные и реабилитационные программы, спонсировать психологические службы помощи игроманам, проводить PR-акции и осуществлять публикацию разъяснительных статей в СМИ;
- в-третьих, на добровольных началах можно создавать в казино службу психологической помощи, работники которой в экстренных случаях смогут оказать профессиональную помощь игроману.

Медицинские аспекты игромании. По мнению врача-психотерапевта клиники «Инсайт» Ирины Голгофской, азартные игры могут вызывать зависимость, по биохимическим процессам подобную алкогольной. Биологи и этиологи доказали, что игра тесно связана со стремлением индивидуума познать неизвестное и удовлетворить свое любопытство. Однако в последнее время получили распространение игры, которые нельзя назвать таковыми в полном смысле этого слова. В их процессе теряется дух общения, творчества, обмена эмоциями. Наоборот, они приводят к замкнутости и агрессии. Человек, просиживающий ночи в казино, самоизолируется, и постепенно изменяется не только его отношение к игре, но и его мировоззрение.

Исследователи из Мичиганского университета установили, что во время игры мозг оценивает ее результаты в течение четверти секунды и мгновенно принимает решение, продолжать ли игру, делать ли следующую ставку. Процесс принятия решений происходит автоматически, бессознательно. Причем каждый раз, когда мозг оценивает результат предыдущей игры как проигрыш, игрок вместо того, чтобы остановиться, делает следующую, более рискованную ставку.

В каком-то смысле наш мозг работает быстрее, чем мы успеваем соображать. Особенно он торопится принять решение в ситуации неудачи. Когда мозг оценивает ситуацию как проигрыш, он мгновенно пытается исправить положение. А в игре единственной возможностью сделать это является следующая ставка.

С точки зрения исследователя, это означает, что участок мозга, отвечающий за оценку ситуации как удачи или неудачи, принимает решение по принципу «всё или ничего». Такой механизм мгновенного принятия решений совершенно необходим людям опасных профессий, например, летчикам или пожарным. Однако в случае азартной игры он не срабатывает, поскольку предполагает мгновенную автоматическую реакцию на неудачу. И такой реакцией, как правило, является следующая, более рискованная ставка.

Механизмы формирования различных зависимостей во многом идентичны. Как правило, в их основе чаще всего лежат и идентичные психологические механизмы, т. е. проблема произрастает из неудовлетворенности каких-то потребностей индивидуума, невозможности самореализации, невозможности достижения целей.

Генетические исследования, проводимые на детях и взрослых, показали, что существуют определенные различия в интенсивности синтеза эндорфинов в популяции людей. Чем это вызвано? Оказалось, что существуют ферменты (катализаторы), которые регулируют метаболизм этих эндогенных пептидов. Среди них особая роль принадлежит ферменту энкефалиназе, который разрушает опиоидные пептиды. У людей, подверженных состоянию зависимости, активность этого фермента повышена, вследствие чего наблюдается внутренний дефицит опиоидов, которые обеспечивают нам состояние удовольствия и положительных эмоций.

Метод канадских ученых основан на убеждении пациентов в том, что их поведение иррационально и серьезно рассчитывать на выигрыш в азартных играх нельзя. Этот же метод находит свое применение в США, Австралии, Швейцарии, Швеции, Норвегии и Испании.

В Дании выражают беспокойство тем, что технический прогресс вторгается в сферу игорного бизнеса, делает его более доступным. Не выходя из дома, по Интернету или просто по мобильному телефону можно сделать ставки на ту или иную футбольную команду, на результат матчей. И перевести деньги с банковского счета за проигрыш.

Когда у человека возникает проблема с азартными играми, она, как правило, существует совместно с другими психологическими проблемами и, по сути, часто является признаком более глубокой проблемы.

По данным голландских исследователей, большинство реабилитационных центров предлагают проведение профилактических и информационных мероприятий, а также индивидуальную или семейную терапию. Приблизительно 40 % реабилитационных центров в Германии и Нидерландах предлагают программы по реорганизации семейного бюджета.

Наиболее эффективным методом на данный момент является создание обществ анонимных игроков, т. к. они используют лучший на сегодняшний день метод борьбы с зависимостями – групповую терапию.

Особенностью всех общественных организаций за рубежом является их нейтральная позиция по отношению к игровой индустрии.

Появились игровые автоматы, отключающиеся через 50 минут непрерывной игры, и предлагающие игроку надписью на табло «10-минутный отдых».

Проводится контроль источника платежных средств – не являются ли они заемными, корпоративными, семейными или преступными.

Лечение игромании. Лечение назначается после лечебно-диагностического приема, на котором выясняются причины, приведшие к формированию игровой зависимости, начинается обучение навыкам саморегуляции и самоконтроля. Основным методом лечения игромании является индивидуальная комплексная психотерапия. Специальные методики и индивидуально подобранные лекарства позволяют скорректировать психологическое состояние проблемного игрока и повысить его собственный контроль над патологическим влечением.

Общие методы и средства борьбы с игроманией

- *Законодательные меры.* Это лицензирование игорных заведений. Возрастные ограничения. Рекламные ограничения. Налоговые отчисления от игорного бизнеса в государственную казну. Но в то же время безусловное соблюдение гражданских прав и свобод.
- *Административные меры.* Это ограничения по месту расположения игорных заведений (отдаленность от образовательных, религиозных учреждений и т. д.), по времени их работы, по видам игр, их сочетаниям.

- *Ограничения игорного заведения.* Это ограничения по допуску («фэйсконтроль») – на возраст, психическое состояние, адекватность. Проверка состоятельности и кредитной истории клиентов. «Черные списки» шулеров, «проблемных» игроков. Остановки в игре. Ограничения по суммам и времени игры. Отвлечение на другие объекты.
- *Ограничения игрока.* Самоизоляция. Заранее оговоренные предельные суммы и время игры. Периодическая проверка своего состояния у психотерапевта или психоаналитика. Самотестирование.
- *Медицинские меры.* Медикаментозное и психоневрологическое лечение. Одиночная, семейная или групповая терапия. Наблюдение за «проблемными» клиентами. Лекции и тренинги.
- *Общественные меры.* Создание и поддержание анонимных групп. Создание общественных организаций и движений. Образовательные программы. Выпуск книг и лекций для личного и семейного прочтения.

Таким образом, анализируя вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

1. Игромания – проблема, воспринимаемая как серьезная угроза психическому здоровью населения.
2. Борьба с игроманией возведена на уровень государственного регулирования, из чего следует принятие соответствующих законов, постановлений правительства, направленных на борьбу с заболеванием. А также создается сеть учреждений и институтов, изучающих данную проблему и медицинских учреждений, проводящих лечение и профилактику.
3. Создаются специальные федеральные программы по борьбе с игроманией.
4. Сами игорные заведения активно участвуют в программах социальной защиты населения от игромании и всячески способствуют проведению профилактических мероприятий.

Практическая работа

В ходе выполнения практической работы студенту необходимо ознакомиться с методами оценки предрасположенности к игровой зависимости, ответить на вопросы трех тестов, подсчитать результаты.

Методы оценки предрасположенности к игровой зависимости

Для оценки предрасположенности к игровой зависимости обычно проводят комплексное изучение психологических и личностных свойств человека, оценку типа нервной системы, наличия стрессовых факторов и т.д. Например, используется шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина. Данная методика позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть личностной. Результаты методики относятся не только к психодинамическим особенностям личности, но и к общему вопросу взаимосвязи параметров реактивности и активности личности, ее темперамента и характера, склонности к появлению зависимостей.

Тест на стресс, связанный с профессиональной или учебной деятельностью

Отвечая на вопросы, долго не раздумывайте. Наиболее искренние ответы приходят первыми.

1. Два человека, хорошо Вас знающие, обсуждают Вас. Какие из следующих утверждений они, вероятнее всего, стали бы использовать?
 - а) Х – очень замкнутый человек, кажется, что ничто сильно его (ее) не беспокоит;
 - б) Х – великолепный человек, но Вы должны быть осторожны, когда говорите ему (ей) что-то время от времени;
 - в) Кажется, что в жизни Х всё всегда происходит не так, как надо;
 - г) Я неизменно нахожу Х очень скучным и непредсказуемым;

д) Чем меньше я вижу X, тем лучше.

2. Присущи ли Вам в жизни некоторые из следующих, наиболее распространенных, особенностей?

- чувство, что Вам редко удастся сделать что-либо правильно;
- чувство, что Вас преследуют, загоняют в угол или в ловушку;
- плохое пищеварение;
- плохой аппетит;
- бессонница по ночам;
- кратковременные головокружения и учащенное сердцебиение;
- чрезмерная потливость без физической нагрузки и жары;
- паническое ощущение в толпе или в закрытом помещении;
- усталость и недостаток энергии;
- чувство безнадежности («какая польза во всем этом»);
- слабость или тошнота без каких-либо внешних причин;
- очень сильное раздражение по поводу мелких событий;
- неспособность расслабиться по вечерам;
- регулярные пробуждения среди ночи или ранним утром;
- трудности в принятии решения;
- невозможность перестать обдумывать или переживать события прошедшего дня;
- слезливость;
- убеждение, что Вы ни с чем толком не можете справиться;
- недостаток энтузиазма даже по отношению к наиболее значимым и важным жизненным делам;
- нежелание встречаться с новыми людьми и осваивать новый опыт;
- неспособность сказать «нет», когда тебя просят что-то сделать;
- откровенность большая, чем та, с которой Вы можете справиться.

3. Насколько Вы оптимистичны в настоящее время?

а) больше, чем обычно;

б) как обычно;

в) меньше, чем обычно.

4. Нравится ли Вам смотреть спортивные состязания?

5. Можете ли Вы позволить себе понежиться в постели в выходные дни, не испытывая при этом чувства вины?

6. Можете ли Вы в разумных пределах (профессиональных и личностных) говорить откровенно?

а) с начальником;

б) с коллегами;

в) с членами семьи.

7. Кто обычно несет ответственность за наиболее важные решения в Вашей жизни?

а) Вы сами;

б) кто-то другой.

8. Когда Вас критикуют на работе руководители, как Вы обычно чувствуете себя?

а) сильно огорченным;

б) умеренно огорченным;

в) слабо огорченным.

9. Вы заканчиваете рабочий (учебный) день с чувством удовлетворения от достигнутого:

а) часто;

б) иногда;

в) только изредка.

10. Испытываете ли Вы большую часть времени чувство, что у Вас есть неулаженные конфликты с коллегами (одногоруппниками, преподавателями)?
11. Объем выполняемой Вами работы превышает отведенное для этого время:
- постоянно;
 - иногда;
 - только изредка.
12. Часто ли Вы представляете себе, какие у Вас профессиональные (или связанные с учебной деятельностью) проблемы?
- как правило, да;
 - иногда;
 - лишь изредка.
13. Могли бы Вы сказать, что обычно у Вас достаточно времени, которое Вы тратите на себя?
14. Если Вы хотите обсудить с кем-либо свои проблемы, легко ли Вам обычно найти слушателя?
15. Находитесь ли Вы на пути, более или менее обеспечивающем достижения Ваших главных жизненных целей?
16. Вы скучаете на работе (учебе)?
- часто;
 - иногда;
 - очень редко.
17. Вы с удовольствием собираетесь на работу (учебе)?
- в большинстве случаев;
 - в некоторые дни;
 - лишь изредка.
18. Чувствуете ли Вы, что на работе по достоинству ценят Ваши способности и дела?
19. Чувствуете ли Вы себя по достоинству вознагражденным на работе (учебе), (имея в виду статус и продвижение по службе, оценку качества учебной деятельности)?
20. Есть ли у Вас чувство, что Ваши руководители (одногоруппники, преподаватели):
- активно мешают Вам в работе (учебе);
 - активно помогают Вам в работе (учебе).
21. Если бы 10 лет назад Вы имели возможность увидеть себя таким, каким Вы являетесь в настоящий момент, Вы бы сочли себя:
- превзошедшим собственные ожидания;
 - соответствующим собственным ожиданиям;
 - не достигнувшем собственных ожиданий.
22. Если бы Вы должны были оценить в баллах симпатии к самому себе по шкале от 5 (максимум) до 1 (минимум), какой балл Вы бы поставили сами себе?

Ключи к ответам

Поставьте себе баллы в соответствии с приведенными ключами и просуммируйте их:

1 вопрос: а) 0; б) 1; в) 2; г) 3; д) 4.

2 вопрос: за каждый ответ «да» по 1 баллу

3, 9, 12, 17, 21 вопросы: а) 0, б) 2, в) 1.

4, 5, 13, 14, 15, 18, 19 вопросы: «да» – 0, «нет» – 1.

6 вопрос: за каждый ответ «да» – 0, за каждый ответ «нет» – 1 балл.

7 вопрос: а) 0, б) 1.

8, 11, 16 вопросы: а) 2, б) 1, в) 0.

10 вопрос: «нет» – 0, «да» – 1.

20 вопрос: а) 1, б) 0.

22 вопрос: За «5» – 0, за «4» – 1, за «3» – 2, за «2» – 1, за «1» – 4.

Подсчитайте баллы.

0–15 баллов: стресс не является проблемой Вашей жизни.

16–30 баллов: у Вас умеренный уровень стресса для занятого и много работающего профессионала (или активно обучающегося человека). Тем не менее, следует проанализировать ситуацию и посмотреть, как можно разумно уменьшить стресс.

31–45 баллов: стресс представляет безусловную проблему. Очевидна необходимость коррекционных действий. Чем больше Вы будете работать (или учиться) при таком уровне стресса, тем тяжелее что-либо сделать с ним. Это серьезный повод для тщательного анализа Вашей профессиональной (или учебной) жизни. На таком уровне стресса уже возникает риск появления вредных зависимостей.

46–60 баллов: на этом уровне стресс представляет собой главную проблему, и что-то должно быть сделано немедленно. Вы можете оказаться очень близки к стадии истощения в общем адаптационном синдроме (стрессе). Напряжение должно быть ослаблено. На этом уровне стресса большая вероятность появления вредных зависимостей.

Тест на наличие игровой зависимости.

Симптомы патологического игрока

Ход работы: отметьте симптомы, которые Вы замечаете у себя.

1. Поглощенность, озабоченность игрой (вспоминаете о прошлых играх, планируете будущие ставки, думаете о том, как найти деньги на следующую игру).
2. Играя, испытываете возбуждение и повышаете ставки.
3. Испытываете затруднения при попытках контролировать или прервать игру.
4. Чувствуете тревогу или раздражение при необходимости ограничить ставки или остановить игру.
5. Играете, чтобы убежать от своих проблем или поднять настроение (уйти от чувства вины, тревоги, депрессии).
6. Предпринимаете попытки отыгаться на следующий день после проигрыша.
7. Обманываете членов семьи или друзей с целью скрыть истинную степень своей вовлеченности в игру.
8. Совершаете такие незаконные действия, как подлог, обман, кража или растрата для финансирования игры.
9. Вызываете игрой риск потерять работу, близких друзей, возможность продвижения по службе или получения образования.
10. Перезанимаете деньги у других лиц, чтобы расплатиться с уже имеющимися долгами, вызванными игрой.

Подсчет результатов. Если у Вас наличествуют четыре или более симптома, то это свидетельствует о сформированной игровой зависимости.

Тест на определение уровня телезависимости

В рамках выполнения данной практической работы определите у себя наличие или отсутствие телевизионной зависимости, которая в настоящее время также приобрела широкое распространение.

Ниже приведен ряд утверждений. Постарайтесь внимательно прочитать каждое из них. Выберите те, с которыми Вы согласны.

Утверждения:

1. Я смотрю телевизор каждый день, если есть возможность.
2. Я помню, как выглядят все или почти все главы следующих государств: США, Великобритании, Израиля, Франции, Германии, Италии, Венесуэлы.
3. По крайней мере один раз в несколько дней я делюсь с кем-нибудь увиденным по телевизору.
4. В мои планы входит покупка нового телевизора в обозримом будущем.
5. При виде некоторых знаменитостей меня охватывает сильное раздражение.

6. Как правило, уже по первым звукам рекламного ролика я могу угадать, что рекламируют в данном ролике.
7. Иногда из-за телевизора я ложусь позже, чем следовало бы.
8. Я интересуюсь жизнью некоторых телезвезд. Я ищу дополнительную информацию про них в газетах, журналах или Интернете.
9. Хотя бы иногда я изучаю программу телепередач.
10. У меня есть любимые телекомпании, и я ревностно слежу за борьбой телекомпаний.
11. Некоторые телевизионные знаменитости для меня служат эталоном красоты: я иногда копирую их в одежде, в прическах, в манере разговаривать и т. п.
12. Коротая время в ожидании любимой телепередачи, я иногда смотрю другие малоинтересные передачи.
13. Прямо сейчас я могу назвать несколько любовных интрижек телевизионных звезд.
14. В настоящее время у меня есть хотя бы один любимый телесериал, серии которого я стараюсь не пропускать.
15. Смотря какое-нибудь шоу, я активно сопереживаю участникам: подсказываю им в уме, иногда вслух ругаюсь, думаю, как бы я повел себя на их месте.
16. Когда была последняя Олимпиада, я старался каждый день смотреть репортажи с нее.
17. Если бы у меня сломался телевизор, я бы постарался починить его в течение двух недель или же купить новый.
18. Некоторые песни звучат по телевизору так часто, что уже меня раздражают.
19. Было бы неплохо, если по телевизору чаще показывали жизнь обычных, реальных людей.
20. Я так устаю за день, что только телевизор может меня развлечь. Телевизор для меня средство отдыха.

Обработка результатов

Подсчитайте количество положительных ответов на вопросы теста (за утверждение «да» – 1 балл).

0–5 баллов. Вы человек свободный от телевидения. Вас нельзя назвать вполне современным человеком, потому что Вы не в курсе последних телесплетен, не знаете, как выглядят известные политики или какие-то деятели шоу-бизнеса. Похоже, что Вам это и не нужно. Возможно, что Интернет или книги заменили для Вас телевидение или же вы очень занятой человек. Самая большая опасность, которая подстерегает Вас – случайно Вы можете оскорбить заядлого «телемана», обвинив его в зависимости от телевидения. В общении с «телеманами» не допускайте категоричности в оценках и суждениях касательно обитателей телевизора. Не старайтесь перевоспитывать «телеманов».

6–10 баллов. Нормальный результат. Телевизор для Вас – источник сведений и небольшое развлечение, которое нужно для отвлечения, переключения. Скорее всего, Вы человек внутренне свободный, хотя иногда и подвержены слабостям. Вы вполне современный человек, и Вам есть о чём поговорить в кругу таких же современных людей. Вам нравится, когда кипит жизнь вокруг Вас. И Вам нравится, когда кипит жизнь внутри телевизора. Если Вам по роду Вашей профессиональной деятельности необходима интеллектуальная трезвость, творческое начало, некая индивидуальная самобытность и самоотдача, тогда следует ограничить себя от просмотра телепередач. Если же Ваш график жизнедеятельности перенасыщен событиями, тогда не стоит ограничивать себя. Однако по выходным старайтесь смотреть телевизор минимально, лучше устройте прогулку; позанимайтесь спортом, садоводством; сходите в музей, театр или клуб; устройте себе поездку в другой город и др.

11–15 баллов. Вы слишком много времени проводите у голубого экрана. Попробуйте себя ограничивать. Например, один сериал в день и программа новостей. Не обманывайте себя тем, что телевизор для Вас – источник многих полезных знаний (например, рецептов

кулинарных блюд). В книгах этих знаний в миллион раз больше. Если телевизор для Вас – средство борьбы с одиночеством, то попробуйте что-то другое.

16–20 баллов. Вы очень сильно зависите от телевизора и его обитателей. Возможно, что жизнь Ваша скучна, ограничена домом и работой (или учебой), у Вас нет друзей или им с Вами скучно ну и так далее. Попробуйте всё-таки что-то изменить в своей жизни: заведите друзей, домашних животных, хобби; поменяйте работу, жилье; займитесь спортом, совершенствованием своей внешности, карьерой, читайте познавательную литературу. Подобная зависимость может привести к депрессии. Обратите внимание, что самостоятельно избавиться от телезависимости достаточно сложно. Можно, конечно, попробовать себя ограничивать в просмотре телепередач. Но самое хорошее – это отказаться хотя бы на время от просмотра телепрограмм вообще, обратиться к психологу при необходимости.

После изучения теоретической части и выполнения практической части занятия оформить **вывод**. Первая часть вывода – о возможных последствиях игровой зависимости, о наличии или отсутствии собственной предрасположенности к игромании. Вторая часть вывода должна отражать анализ собственной телезависимости или ее отсутствия.

Практическая работа № 7. Обзор позиций ряда государств в отношении проблем алкоголизма, курения и наркомании

Цель: изучить позиции некоторых стран по отношению к проблеме наркомании, алкоголизма и курения; ознакомиться с видами наказаний в УК РФ в отношении противодействия незаконному обороту наркотиков.

Теоретическое обоснование

Разные страны направляют усилия в борьбе с алкоголизмом, курением и наркоманией по различным стратегическим линиям.

Для примера: в Америке в 1930-х годах у государства была позиция запрета алкоголя, в частности был принят сухой закон. Но время показало, что этот закон оказался не эффективен, т. к. стал процветать контрабандный ввоз спиртного, а также появились подпольные заводы по изготовлению алкоголя. Чаще всего эта продукция была низкого качества. Запрет на употребление спиртного в Америке привел к целому ряду отрицательных последствий:

- часто наблюдались случаи отравления, а так как алкоголь продавался незаконно (подпольные рестораны, магазины), ответственность за это никто не нес;
- государство не получало налога с продаж;
- общество продолжало употреблять спиртное.

Англия уже на протяжении нескольких лет рассматривает закон об официальной продаже наркотических веществ, но пока у них этот закон не утвержден. Тогда как в таких странах как Голландия, Дания продажа ряда наркотических препаратов официально разрешена. Но государство контролирует их продажу, для которой отведены специализированные районы.

Такой подход, в отличие от запрета, принес положительный результат: резко сократилось употребление тяжелых видов наркотиков, был ликвидирован криминальный канал распространения наркотических средств, государство стало получать доход с их продажи, снизился уровень преступности, связанной с распространением наркотиков, и т. д.

В ряде стран государство не уделяет внимания проблеме курения. Например, во многих Среднеазиатских странах оно является национальной традицией.

Другие государства, например Канада, США, думают о здоровье граждан. В этих странах проводится антитабачная программа (запрет курения на рабочем месте, доплаты некурящим сотрудникам). Во многих штатах введены резкие ограничения на продажу и рекламу табака, спиртных напитков. У государства идет не система запретов, а пропаганда здорового образа жизни. К отказу от курения есть экономический стимул: например, при

приеме на работу человек должен заполнить специальную анкету, где указывается, курит ли он, употребляет ли алкоголь (иногда курящих не берут на работу), или, если человек не брал весь год больничный, то в конце года он получает премию.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ РФ, КАСАЮЩИЕСЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ НЕЗАКОННОМУ ОБОРОТУ НАРКОТИКОВ

Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»

8 января 1998 года президентом Российской Федерации Б. Н. Ельциным был подписан Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Закон устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

В законе используются следующие основные понятия:

Наркотические средства – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, в соответствии с законодательством РФ, международными договорами, в том числе Конвенцией о наркотических средствах 1961 года.

Психотропные вещества – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РФ.

Прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ – вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РФ.

Аналоги наркотических средств и психотропных веществ – запрещенные для оборота в РФ вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, химическая структура и свойства которых сходны с химической структурой и свойствами наркотических средств и психотропных веществ, психоактивное действие которых они воспроизводят.

Препарат – смесь веществ в любом физическом состоянии, содержащая одно или несколько наркотических средств или психотропных веществ, включенных в Перечень.

Оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров – культивирование растений; разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозка, пересылка, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, ввоз на таможенную территорию РФ, вывоз с таможенной территории РФ, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, разрешенные и контролируемые в соответствии с законодательством РФ.

Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров – оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, осуществляемый в нарушение законодательства РФ.

Производство наркотических средств, психотропных веществ – действия, направленные на серийное получение наркотических средств или психотропных веществ из химических веществ и (или) растений.

Изготовление наркотических средств, психотропных веществ – действия, в результате которых на основе наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров получены готовые к использованию и потреблению формы наркотических средств, психотропных веществ или содержащие их лекарственные средства.

Переработка наркотических средств, психотропных веществ – действия, в результате которых происходит рафинирование (очистка от посторонних примесей), повышение в препарате концентрации наркотических средств или психотропных веществ, а также получение на их основе веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами.

Распределение наркотических средств, психотропных веществ – действия, в результате которых в соответствии с порядком, установленным Правительством РФ, конкретные юридические лица получают в установленных для них размерах конкретные наркотические средства или психотропные вещества для осуществления оборота наркотических средств или психотропных веществ.

Ввоз (вывоз) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров – перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров с таможенной территории другого государства на таможенную территорию РФ или с таможенной территории РФ на таможенную территорию другого государства.

Наркомания – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества.

Больной наркоманией – лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим ФЗ, поставлен диагноз «наркомания».

Незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ – потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Государственные квоты на наркотические средства или психотропные вещества – квоты на наркотические средства и психотропные вещества, устанавливаемые Правительством РФ в соответствии с международными договорами РФ на основании расчета потребности РФ в наркотических средствах и психотропных веществах, в пределах которых осуществляется их оборот.

Статья 46. Запрещение пропаганды в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

1. Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, то есть деятельность физических или юридических лиц, направленная на распространение сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, местах приобретения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также производство и распространение книжной продукции, продукции средств массовой информации, распространение в компьютерных сетях указанных сведений или совершение иных действий в этих целях запрещаются.
2. Запрещается пропаганда каких-либо преимуществ использования отдельных наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров, а равно пропаганда использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ, подавляющих волю человека либо отрицательно влияющих на состояние его психического или физического здоровья.
3. Распространение образцов лекарственных средств, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, запрещается.
4. Нарушение норм, установленных настоящей статьей, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5. В случаях установления фактов повторного нарушения юридическим лицом норм, предусмотренных пунктами 1, 2 и 3 настоящей статьи, деятельность указанного юридического лица может быть приостановлена или прекращена по решению суда.
6. Требование о прекращении деятельности юридического лица по основаниям, указанным в пункте 5 настоящей статьи, может быть предъявлено в суд органами, указанными в пункте 1 статьи 41 настоящего Федерального закона, или соответствующими органами местного самоуправления.

Статья 47. Конфискация наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

1. Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, инструменты или оборудование, изъятые из незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежат конфискации и обращению в доход государства или уничтожению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
2. Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, а также инструменты или оборудование, указанные в пункте 1 настоящей статьи, дальнейшее использование которых признано нецелесообразным органом, осуществившим конфискацию, подлежат уничтожению в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.
3. Имущество, полученное в результате деятельности, связанной с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, или используемое для осуществления указанной деятельности, подлежит конфискации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 48. Осуществление контроля за хранением, перевозкой или пересылкой наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в местах произрастания и культивирования растений, включенных в Перечень, а также в местах возможного осуществления незаконных перевозок наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

1. В целях предупреждения, выявления и пресечения преступлений в сфере незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в местах произрастания и культивирования растений, включенных в Перечень, а также в местах возможного осуществления незаконных перевозок наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров решениями органов государственной власти Российской Федерации и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации определяются территории, в пределах которых осуществляется контроль за хранением, перевозкой или пересылкой наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.
2. Проведение мероприятий, связанных с осуществлением на территории субъекта Российской Федерации контроля за хранением, перевозкой или пересылкой наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, возлагается на органы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, органы внутренних дел, таможенные органы и органы федеральной службы безопасности.
3. Должностные лица органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, органов внутренних дел, таможенных органов, органов федеральной службы безопасности при осуществлении контроля за хранением, перевозкой или пересылкой наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров вправе производить досмотр граждан, почтовых и багажных отправок, транспортных средств и перевозимых грузов при наличии достаточных оснований полагать, что осуществляются незаконные хранение, перевозка или пересылка наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Статья 6.8. Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов

Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов – влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Примечание. Лицо, добровольно сдавшее приобретенные без цели сбыта наркотические средства или психотропные вещества, а также их аналоги, освобождается от административной ответственности за данное административное правонарушение.

Статья 6.9. Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача

Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, за исключением случаев, предусмотренных частью 3 статьи 20.20, статьей 20.22 настоящего Кодекса, – влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Примечание. Лицо, добровольно обратившееся в лечебно-профилактическое учреждение для лечения в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, освобождается от административной ответственности за данное правонарушение. Лицо, в установленном порядке признанное больным наркоманией, может быть с его согласия направлено на медицинское и социальное восстановление в лечебно-профилактическое учреждение и в связи с этим освобождается от административной ответственности за совершение правонарушений, связанных с потреблением наркотических средств или психотропных веществ.

Таким образом, на сегодняшний день вопрос о злоупотреблении наркотическими средствами и психотропными веществами по-прежнему является актуальным, и его окончательное решение остается за законодателями, врачами и обществом.

Уголовный кодекс

Статья 228. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов

1. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов в крупном размере – наказываются штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок.
2. Те же деяния, совершенные в особо крупном размере, – наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового.

Примечания. 1. Лицо, совершившее преступление, предусмотренное настоящей статьей, добровольно сдавшее наркотические средства, психотропные вещества или их аналоги и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление. Не может признаваться добровольной сдачей наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов изъятие указанных средств, веществ или их аналогов при задержании лица, а также при производстве следственных действий по их обнаружению и изъятию. 2. Крупный и особо крупный размеры наркотических средств и психотропных веществ для целей

настоящей статьи, а также статей 228.1 и 229 настоящего Кодекса утверждаются Правительством Российской Федерации.

3. Крупный и особо крупный размеры аналогов наркотических средств и психотропных веществ соответствуют крупному и особо крупному размерам наркотических средств и психотропных веществ, аналогами которых они являются.

Статья 228.1. Незаконное производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов

1. Незаконное производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов – наказываются лишением свободы на срок от четырех до восьми лет.
2. Те же деяния, совершенные:
 - а) группой лиц по предварительному сговору;
 - б) в крупном размере, – наказываются лишением свободы на срок от пяти до двенадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные:
 - а) организованной группой;
 - б) лицом с использованием своего служебного положения;
 - в) лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, в отношении несовершеннолетнего;
 - г) в особо крупном размере, – наказываются лишением свободы на срок от восьми до двадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет или без такового и со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет либо без такового.

Статья 228.2. Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ

1. Нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, продажи, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения наркотических средств или психотропных веществ либо веществ, инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, а также культивирования растений, используемых для производства наркотических средств или психотропных веществ, повлекшее их утрату, если это деяние совершено лицом, в обязанности которого входит соблюдение указанных правил, – наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.
2. То же деяние, совершенное из корыстных побуждений либо повлекшее по неосторожности причинение вреда здоровью человека или иные тяжкие последствия, – наказывается штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Статья 229. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ

1. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет.

2. Те же деяния, совершенные:

- а) группой лиц по предварительному сговору;
- б) лицом с использованием своего служебного положения;
- в) с применением насилия, не опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия, – наказываются лишением свободы на срок от шести до десяти лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они совершены:

- а) организованной группой;
- б) в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере;
- в) с применением насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия, – наказываются лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового.

Статья 230. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ

1. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ – наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до пяти лет.

2. То же деяние, совершенное:

- а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- в) в отношении двух или более лиц;
- г) с применением насилия или с угрозой его применения, – наказывается лишением свободы на срок от трех до восьми лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они:

- а) совершены в отношении несовершеннолетнего;
- б) повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, – наказываются лишением свободы на срок от шести до двенадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет или без такового.

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на случаи пропаганды применения в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний соответствующих инструментов и оборудования, используемых для потребления наркотических средств и психотропных веществ, если эти деяния осуществлялись по согласованию с органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Статья 231. Незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества

1. Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества, – наказываются штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет либо лишением свободы на срок до двух лет.

2. Те же деяния, совершенные:

- а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- в) в крупном размере, – наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет.

Примечание. Размеры запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества, для целей настоящей статьи утверждаются Правительством Российской Федерации.

Статья 232. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ

1. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ – наказываются лишением свободы на срок до четырех лет.
2. Те же деяния, совершенные организованной группой, – наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Статья 233. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ

Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, – наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 234. Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта

1. Незаконные изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка или пересылка в целях сбыта, а равно незаконный сбыт сильнодействующих или ядовитых веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами, либо оборудования для их изготовления или переработки – наказываются штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо лишением свободы на срок до трех лет.
2. Те же деяния, совершенные группой лиц по предварительному сговору, – наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо лишением свободы на срок до пяти лет.
3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные организованной группой либо в отношении сильнодействующих веществ в крупном размере, – наказываются штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года либо лишением свободы на срок от четырех до восьми лет.
4. Нарушение правил производства, приобретения, хранения, учета, отпуска, перевозки или пересылки сильнодействующих или ядовитых веществ, если это повлекло по неосторожности их хищение либо причинение иного существенного вреда, – наказывается штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. Списки сильнодействующих и ядовитых веществ, а также крупный размер сильнодействующих веществ для целей настоящей статьи и других статей настоящего Кодекса утверждаются Правительством Российской Федерации.

Практическая работа

1. Изучите теоретическое обоснование проблемы.

2. В тетради ответьте на контрольные вопросы.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте разные виды позиций государств в отношении проблем алкоголизма, курения и наркомании.
2. Дайте определение «наркотических средств» и «психотропных веществ».
3. Какие действия, связанные с употреблением и распространением наркотиков в России, подлежат уголовной ответственности?

Практическое занятие № 8. Использование ролевых игр и тренингов в профилактике вредных привычек

Ролевые игры и упражнения позволяют моделировать возможные навыки, которые помогают детям, подросткам и молодежи ориентироваться в сложных ситуациях и принимать самостоятельные решения. Для этого необходимо четко определять проблемы и задачи, готовить заранее наводящие вопросы и фразы, делать упор на обсуждение поступков и чувств участников игры. Чтобы задействованные в игре участники могли получить обратную связь, можно разделить группу на зрителей и участников.

Цель: научиться использовать ролевые игры и тренинги в профилактике вредных привычек у детей, подростков и молодежи.

Ход работы

1. Ознакомьтесь с вариантами игр и тренингов, используемых в целях профилактики вредных привычек у детей, подростков и молодежи.
2. Выберите одну из игр и попытайтесь провести ее в рамках группы под руководством преподавателя с целью получения навыков проведения подобных мероприятий.
3. Оформите вывод о целесообразности и эффективности применения игр и тренингов в профилактической работе с различными категориями населения.

Игра-тренинг «Спорные утверждения»

Цель. Эта игра, кроме информирования, дает возможность каждому участнику определить свои взгляды на проблему ВИЧ/СПИД, наркомании.

Материалы. Четыре листа бумаги, на каждом из которых написано одно из следующих утверждений: «Совершенно согласен», «Согласен, но с оговорками», «Совершенно не согласен», «Не знаю/не уверен».

Описание игры. Подготовленные листы с утверждениями развешиваются по четырем сторонам комнаты. Ведущий зачитывает по одному спорные утверждения, связанные с проблемой распространения ВИЧ/СПИД или наркомании (в зависимости от обсуждаемой на занятии темы). После того как утверждение произносится, участники сразу же должны разойтись и встать у тех листов ватмана, на которых отражена их точка зрения. Участников просят объяснить, почему они выбрали именно эти утверждения. Выслушав и обсудив разные точки зрения на проблему, участники могут вновь выбрать листы с утверждениями, более подходящими для них теперь.

Спорные утверждения:

- Наркомания – это преступление.
- Легкие наркотики безвредны.
- Наркотики повышают творческий потенциал.
- Наркомания – это болезнь.

- У многих молодых людей возникают проблемы из-за наркотиков.
- Прекратить употреблять наркотики можно в любой момент.
- Наркомания излечима.
- Многие подростки начинают употребление наркотиков «за компанию».
- Люди, употребляющие наркотики, очень часто не осознают, что зависят от них.
- Наркоман может умереть от СПИДа.
- Зависимость от наркотиков формируется только после их многократного употребления.
- По внешнему виду человека можно определить, употребляет он наркотики или нет.
- Наркоман может умереть от передозировки.
- Продажа наркотиков не преследуется законом.
- Наркомания неизлечима.
- Введение метадоновых программ в нашей стране позволит всем наркоманам безнаказанно получать «кайф» за счет государства.
- Программа обмена шприцев стимулирует распространение наркомании.
- Проблема распространения ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С касается только наркоманов, проституток и гомосексуалистов.
- Лечение и реабилитация наркопотребителей должны быть абсолютно бесплатными, если государство хочет решить эту проблему.
- Принудительное обследование на ВИЧ – единственный способ сдержать распространение инфекции.
- Наркоманы – это не люди.
- Сексуальное воспитание должно пропагандировать безопасный секс.
- Нужно, чтобы наркоманы могли бесплатно получать чистые шприцы.
- Презервативы должны быть доступны всем независимо от возраста.
- Чтобы предупредить распространение ВИЧ/СПИД, необходимо запретить проституцию.
- Легкие наркотики нужно разрешить, чтобы решить проблему опийной наркомании.
- Необходимо ввести поголовное принудительное обследование на ВИЧ.
- ВИЧ-инфицированная женщина не должна рожать детей.
- Врач, у которого обнаружен ВИЧ, должен быть отстранен от работы.
- Все ВИЧ-инфицированные должны быть изолированы.
- ВИЧ-инфекция – это наказание за гомосексуализм, наркоманию, сексуальную распущенность.
- Нелогично, что ВИЧ-инфицированных освобождают от службы в армии, но наказание в виде лишения свободы к ним применяется.
- Государство должно наложить запрет на брак для ВИЧ-инфицированных граждан.
- СПИД – это один из способов естественного отбора, а именно, возможность улучшить генофонд человека.
- Проблема распространения СПИДа раздувается журналистами, на самом деле она касается небольшой и не самой лучшей части общества.
- ВИЧ-инфицированные дети не должны посещать спортивные секции.
- Это несправедливо, что на выплату пенсий старикам у государства денег не хватает, а огромные суммы на лечение ВИЧ-инфицированных находятся.

Обсуждение:

Какие чувства возникли у Вас, когда Вы размышляли над этими вопросами?

Легко ли было высказывать свою точку зрения перед всеми участниками, особенно, когда Вы оказались в меньшинстве?

Легко ли было изменить свою точку зрения?

Примечание. Проводя эту игру, Вы можете выбрать любое количество утверждений, которые соответствуют поставленной цели.

Игра-тренинг «Степень риска»

Цель. Дополнить и закрепить знания учащихся по проблеме ВИЧ-инфекции.

Материал. Карточки с обозначением ситуаций риска заражения.

Описание игры.

Вариант 1. На полу чертится линия – «линия риска». На одном ее конце размещается карточка с надписью «Высокий риск», на другом – «Риск отсутствует»; карточка «Небольшой риск» располагается на средней части линии. Каждый участник получает карточку с ситуацией контакта с ВИЧ-инфицированным человеком, зачитывает надпись на ней и кладет карточку на тот участок «линии риска», который, по его мнению, наиболее точно отражает степень риска заражения ВИЧ.

Вариант 2. Участники делятся на две команды, получают полный одинаковый набор карточек. Каждая группа выстраивает свою «линию риска». Ведущий сравнивает результаты двух команд, обсуждаются ошибки. Выстраивается правильная «линия риска».

Возможные ситуации:

- поцелуй в щеку,
- инъекция в лечебном учреждении,
- оральный секс,
- половая жизнь в браке,
- переливание крови,
- пользование чужой зубной щеткой,
- плавание в бассейне,
- половой акт с потребителем наркотиков,
- глубокий поцелуй,
- уход за больным СПИДом,
- укус комара,
- беспорядочные половые связи,
- пирсинг,
- проживание в одной комнате с больным СПИДом,
- нанесение татуировки,
- объятия с больным СПИДом,
- пользование общественным туалетом,
- укус постельного клопа.

Игровой тренинг «Степной огонь»

Цель. Изучить ощущения и реакции людей на результаты тестирования крови на ВИЧ. Выявить, что означают результаты тестирования для участников группы.

Материал. Если в игре участвует 25 человек, то понадобится столько же конвертов с карточками (по одной карточке в каждом конверте). Десять карточек с надписью «результат положительный», десять карточек с надписью «результат отрицательный» и пять карточек – «необходимо повторить тестирование». До начала проведения игры участникам необходимо обладать следующей информацией:

- Что такое тест на антитела к ВИЧ?
- Какими могут быть результаты тестирования?
- Что означают результаты тестирования?
- Где можно пройти тестирование крови на ВИЧ?

Описание игры. Отложите одну карточку с «положительным результатом» для скрытого теста, вторую карточку с «отрицательным результатом» для назначенного на роль ВИЧ-инфицированного участника. Остальные конверты перемешайте и сверху положите конверт с «отрицательным результатом».

Этапы игры:

1. Попросите группу встать в круг. Коротко объясните цели игры. Введите правило конфиденциальности: вся личная информация, сообщенная во время игры, не может быть использована в другом месте и в другое время. Каждый может откровенно высказывать свои мысли и выражать свои чувства.

2. Опишите участникам следующую ситуацию.

Вы находитесь на вечеринке, на которой каждый из вас будет иметь три-четыре сексуальных контакта (три – обязательно и один – на усмотрение участника) без предохранения. Для этого Вы должны подойти к человеку и подать ему руку для рукопожатия, которое символизирует сексуальный контакт. При этом Вы «подвергаете себя риску заражения ВИЧ-инфекцией», так как один из присутствующих ВИЧ-инфицирован, но кто этот человек, Вы не знаете. В случае «контакта с ВИЧ-инфицированным» при рукопожатии Вы получите условный знак – легкое поцарапывание ладони. Если Вы получили этот знак, то, вступая в следующий «сексуальный контакт», Вы передаете этот знак другим участникам.

3. Попросите всех участников игры закрыть глаза и, обойдя несколько раз стоящих в кругу, выберите из них «ВИЧ-инфицированного», прикоснувшись к нему. Таким образом, о том, кто Вами выбран, будете знать только Вы и тот человек, к которому Вы прикоснулись.

Рекомендуется выбрать того участника, который кажется Вам наименее эмоциональным.

4. Попросите всех открыть глаза и указать на того, кто, по мнению каждого участника, выбран Вами. Обычно мнения сильно расходятся. Этим вы демонстрируете тот факт, что и в жизни сложно определить, инфицирован ли человек.

5. Вы просите каждого «вступать в сексуальные контакты» и выходите из круга. Еще раз напомните, что в случае «контакта с ВИЧ-инфицированным» человеком при рукопожатии они получают условный знак, который затем передадут дальше.

После того, когда все вновь займут свои места, попросите тех, у кого был «контакт с ВИЧ-инфицированным», и участника, выбранного Вами в начале игры, встать в центр круга. Обратите внимание участников на то, насколько широким может быть распространение ВИЧ даже от одного носителя.

6. Спросите игроков из внешнего круга, у которых не было «контактов с ВИЧ-инфицированным»:

- Был ли ими использован четвертый контакт?
- Были ли у кого-то контакты с кем-нибудь из внутреннего круга?
- Что они сейчас думают и чувствуют?

Объясните, что только случай решает, окажетесь Вы ВИЧ-инфицированным или нет. Это может случиться с каждым.

7. Спросите участников во внутреннем круге о чувствах, которые они испытывают, находясь во внутреннем круге:

- Какие чувства они испытывали, когда им передали условный знак?
- Какие чувства они испытывали, когда передавали этот знак другим?

Представьте участникам выбранного Вами «распространителя ВИЧ» и опишите его ощущения, когда ведущий выбрал его на эту роль, как игрок реагировал и действовал дальше.

8. Предложите всем участникам внутреннего круга пройти «тестирование на антитела к ВИЧ». Подчеркните, что решение о тестировании каждый принимает добровольно. Попросите, поднять руки тех, кто не желает «тестироваться». Выслушайте их доводы, но не заставляйте человека говорить, если он этого не хочет, затем попросите их перейти во внешний круг.

Всем, кто решил «пройти тестирование», предложите выбор карточки с результатами теста. «Распространителю ВИЧ» дайте конверт с «отрицательным результатом». Напомните участникам, что результат теста необходимо ожидать не менее суток. Выясните:

- Какие чувства возникают у участников во время ожидания «результата тестирования»?
- Что они будут делать в это время?

- Поделятся ли с кем-нибудь своими переживаниями?
- Будут ли принимать меры предосторожности в половых контактах?
- Располагают ли они всей необходимой информацией?

Предложите участникам вскрыть конверты. Спросите игроков с «отрицательными результатами»:

- Насколько сильно впечатление от полученной информации?
- Что они сейчас чувствуют?

В последнюю очередь предоставьте слово игроку, который был «распространителем ВИЧ». Дайте возможность высказаться игрокам, получившим «сомнительный результат»:

- Будут ли они повторно тестироваться?
- Если нет, то какой они представляют себе дальнейшую жизнь?

Попросите тех, кто получил «положительный результат», ответить на вопросы:

- Какие мысли пришли им в голову, когда они узнали о результате?
- Какие чувства возникли у них в этот момент?
- С кем бы они хотели сейчас встретиться, чьей помощи им не хватает?
- Расскажут ли они кому-нибудь о своем заболевании?

9. Наугад выберите человека из внешнего круга и отдайте ему конверт с «положительным результатом». Объясните, что играющий был «протестирован без его согласия во время госпитализации». Выясните его чувства и мысли в этот момент. Можно провести небольшую дискуссию в группе на тему нарушения прав человека, которые имеют место при таком тестировании.

10. Соберите конверты. Поблагодарите всех за участие в игре, кратко объясните, как игра была продумана и подготовлена (этапы, их необходимость, выбор «распространителя ВИЧ»). Спросите участников, что им понравилось в игре, что на их взгляд можно было сделать иначе. Попросите каждого участника описать, как он себя чувствует после игры. Узнайте у игроков мнение о том, что они усвоили в процессе разыгрывания ролей.

Подчеркните, что это была лишь игра, и каждый играл роль какого-то персонажа. Но игра, очень похожая на реальную жизнь.

Сделайте упор на то, что после игры, возвращаясь в реальную жизнь, необходимо иметь представление о ВИЧ/СПИДе и вооружиться правильной стратегией в отношении заболевания.

Темы рефератов по дисциплине

1. Добровольные организации по борьбе с распространением вредных привычек. Волонтерство в России.
2. Нарушение режима питания как следствие стресса. Аппетит и его влияние на здоровье человека (анорексия и булимия). Факторы, его обуславливающие. Меры профилактики.
3. Игровая зависимость (азартные игры).
4. Компьютерная зависимость (интернет, компьютерные игры, виртуальное общение).
5. Телезависимость (телепрограммы, телесериалы, телевизионные игры и викторины).
6. История курения. Факторы, обуславливающие потребность в курении. Психология курения.

7. Влияние курения на организм человека: сердечно-сосудистую, дыхательную, мочевыделительную системы, ЦНС, печень, желудочно-кишечный тракт и др.
8. История алкоголизма. Мотивы и факторы, обуславливающие потребность в алкоголе.
9. Алкоголизм и потомство. Алкоголизм и семья.
10. Мотивы употребления алкогольных напитков. Причины и факторы алкоголизма. Стадии алкоголизма.

Вопросы для самоподготовки по дисциплине

1. Понятие о вредных привычках, их классификация.
2. Причины возникновения вредных привычек.
3. Позиция государства и общества в вопросе профилактики вредных привычек.
4. Зависимость. Причины возникновения зависимости. Психическая и физическая зависимости.
5. История курения. Факторы, обуславливающие потребность в курении. Психология курения.
6. Влияние курения на состояние функциональных систем и организм человека в целом.
7. Профилактические мероприятия по борьбе с курением у детей и взрослых.
8. История алкоголизма. Мотивы и факторы, обуславливающие потребность в алкоголе.
9. Алкогольные напитки, употребляемые человеком, и их влияние на организм.
10. Влияние алкоголя на состояние функциональных систем организма человека.
11. Влияние алкоголя на сердечно-сосудистую систему.
12. Влияние алкоголя на нервную систему.
13. Влияние алкоголя на психические и психологические функции.
14. Алкоголизм и семья. Алкоголизм и потомство.
15. Мотивы употребления алкогольных напитков. Причины и факторы алкоголизма. Стадии алкоголизма.
16. Профилактика алкоголизма.
17. Виды наркозависимости.
18. Краткая классификация наркотических средств.
19. Краткая классификация токсических средств.
20. Влияние наркотиков на состояние функциональных систем организма человека.
21. Влияние наркотиков на сердечно-сосудистую систему.
22. Влияние наркотиков на нервную систему.
23. Влияние наркотиков на психические и психологические функции.
24. Наркомания и семья. Наркомания и потомство.
25. Меры профилактики наркозависимости и токсикозависимости. Опыт России и других стран.
26. Наркомания и СПИД: группы риска.
27. История обнаружения и распространения вируса иммунодефицита человека.
28. Влияние ВИЧ на иммунную систему. Способы передачи вируса.
29. Факторы риска, способствующие возникновению СПИДа.
30. Клинические проявления ВИЧ-инфекции. Диагностика. Меры профилактики.
31. Социальные программы, препятствующие распространению и возникновению вредных привычек (волонтерство).
32. Извращенный аппетит и его влияние на здоровье человека (анорексия и булимия). Факторы, его обуславливающие. Меры профилактики.
33. Влияние физической культуры и спорта на здоровье человека и профилактику вредных привычек.

Список рекомендуемой литературы

1. Рубанович, В.Б. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие / В.Б. Рубанович, Р.И. Айзман, М.А. Суботялов. – 2-е изд., стер. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2010. – 224 с.: ил., табл., схем. – (Университетская серия). – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=57603> (дата обращения: 18.10.2020). – ISBN 978-5-379-01630-2. – Текст: электронный.
2. Кувшинов, Ю.А. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие / Ю.А. Кувшинов; Министерство культуры Российской Федерации, Кемеровский государственный университет культуры и искусств, Институт социально-культурных технологий, Кафедра социальной педагогики. – Кемерово: Кемеровский государственный университет культуры и искусств (КемГУКИ), 2013. – 183 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=275372> (дата обращения: 18.10.2020). – ISBN 978-5-8154-0275-1. – Текст: электронный.
3. Бутовский, А.Ю. Наркомания: от мифов к реальности/ А.Ю. Бутовский, Ю.А. Бутовская. – Москва: Директ-Медиа, 2013. – 103 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=210618> (дата обращения: 18.10.2020). – ISBN 978-5-4458-3397-0. – DOI 10.23681/210618. – Текст: электронный.
4. Социальная психология: учебник/ под ред. А.М. Столяренко. – 3-е изд., доп. – Москва: Юнити, 2016. – 431 с.: ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=446598> (дата обращения: 18.10.2020). – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-238-02844-6. – Текст: электронный.
5. Щанкин, А.А. Курс лекций по основам медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие: [16+] / А.А. Щанкин. – 2-е изд., стер. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2019. – 98 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=577666> (дата обращения: 18.10.2020). – ISBN 978-5-4499-0140-8. – DOI 10.23681/577666. – Текст: электронный.
6. Айзман, Р.И. Избранные лекции по возрастной физиологии и школьной гигиене: лекции / Р.И. Айзман, В.М. Ширшова. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2004. – 136 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=57263> (дата обращения: 18.10.2020). – ISBN 5-94087-236-0. – Текст: электронный.
7. Салагаев, А.Л. Социальные девиации в молодежной среде: конфликтологический подход: в 2-х ч. / А.Л. Салагаев; Казанский государственный технологический университет, Институт экономики, управления и социальных технологий, Кафедра социальной и политической конфликтологии. – Казань: Казанский научно-исследовательский технологический университет (КНИТУ), 2011. – Ч. 1. – 206 с.: ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=270281> (дата обращения: 18.10.2020). – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-7882-1034-6. – Текст: электронный.
8. Салагаев, А.Л. Социальные девиации в молодежной среде: конфликтологический подход: в 2-х ч./ А.Л. Салагаев, В.М. Ловчев; Казанский государственный технологический университет, Институт экономики, управления и социальных технологий, Кафедра социальной и политической конфликтологии. – Казань: Казанский научно-исследовательский технологический университет (КНИТУ), 2011. – Ч. 2. – 214 с.: ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=270282> (дата обращения: 18.10.2020). – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-7882-1035-3. – Текст: электронный.

9. Чуприна, Е.В. Здоровый образ жизни как один из аспектов безопасности жизнедеятельности: учебное пособие / Е.В. Чуприна, М.Н. Закирова; Самарский государственный архитектурно-строительный университет. – Самара: Самарский государственный архитектурно-строительный университет, 2013. – 216 с.: ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=256099> (дата обращения: 18.10.2020). – Библиогр. в кн. – ISBN 987-5-9585-0556-2. – Текст: электронный.
10. Пустовалова, О.В. Эксперт ли Вы по здоровью?=Are you a health expert?: учебное пособие : [16+] / О.В. Пустовалова ; Липецкий государственный педагогический университет имени П. П. Семенова-Тян-Шанского. – Липецк: Липецкий государственный педагогический университет имени П.П. Семенова-Тян-Шанского, 2019. – 86 с.: ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=576890> (дата обращения: 18.10.2020). – ISBN 978-5-907168-26-8. – Текст: электронный.
11. Профилактика зависимого поведения обучающихся: методическое пособие: [12+] / В.А. Горбатюк, Ю.В. Емельяненко, С.П. Козырева и др.; под общ. ред. В.А. Горбатюк, О.С. Поповой. – Минск: РИПО, 2018. – 180 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=487969> (дата обращения: 18.10.2020). – Библиогр.: с. 167-169. – ISBN 978-985-503-760-7. – Текст: электронный.
12. Основы здорового образа жизни: учебное пособие (лабораторный практикум): [16+] / авт.-сост. Ю.А. Маренчук, С.Ю. Рожков; Северо-Кавказский федеральный университет. – Ставрополь: Северо-Кавказский Федеральный университет (СКФУ), 2019. – 158 с. : схем., табл., ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=596334> (дата обращения: 18.10.2020). – Библиогр.: с. 132-133. – Текст: электронный.