

З. В. КОРОБКИНА, В. А. ПОПОВ

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

Допущено

Учебно-методическим объединением по специальностям педагогического образования в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 031300 — Социальная педагогика

4-е издание, стереотипное



Москва
Издательский центр «Академия»
2010

УДК [613.81+613+83]053.6(075.8)

ББК 56.14я73

К68

Рецензенты:

доктор педагогических наук, профессор, действительный
член РАО *В. А. Сластенин*;

доктор психологических наук, заведующий кафедрой психологии ВГПУ,
профессор *В. А. Зобков*

Коробкина З. В.

К68 Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / З. В. Коробкина, В. А. Попов. — 4-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2010. — 192 с.

ISBN 978-5-7695-7365-1

В книге дан всесторонний анализ причин потребления детьми и молодежью алкоголя, наркотиков, табака и других психоактивных веществ, проанализированы основные пути преодоления этого негативного социального явления. Наибольшее внимание уделено антинаркотическому просвещению детей и молодежи в образовательной среде и семье. Изложена сущность первичной, вторичной и третичной профилактик наркозависимости, обеспечивающих достижение положительного результата при использовании социальных, педагогических, медицинских и законодательных мер.

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 031300 — Социальная педагогика. Может быть полезна также студентам средних учебных заведений, педагогам, родителям, всем интересующимся данной проблемой.

УДК [613.81+613+83]053.6(075.8)

ББК 56.14я73

© Коробкина З. В., Попов В. А., 2002

© Образовательно-издательский центр «Академия», 2008

ISBN 978-5-7695-7365-1

© Оформление. Издательский центр «Академия», 2008

Предисловие

Самое страшное: пьянство молодеет.
И курить начинают все раньше.
А наркомания — это вообще «спорт»
юных.

В. Добровольский, нарколог

Кризис, вызванный сегодняшними радикальными изменениями в политике, экономике и социальной сфере России, породил деструктивные процессы в обществе. В их числе — широкое приобщение детей и молодежи к потреблению алкоголя, наркотиков, табака и других психоактивных веществ (ПАВ), способных вызвать химическую зависимость.

Результаты социологических исследований и различные научные публикации свидетельствуют, что в конце XX в. 8—10% молодежи России потребляли наркотики и другие ПАВ. Среди студентов число потребителей наркотических средств и психотропных веществ в 1999—2000 гг. составляло 30—40%, а в некоторых регионах цифры были еще выше.

Мировой исторический опыт доказывает: одним лишь изданием указов, ограничивающих потребление алкоголя, табака, наркотиков и их суррогатов, решить проблему вряд ли удастся.

В ситуации наркогеноцида, постигшего нашу страну в конце XX в. и продолжающего прогрессировать в веке XXI, нашей стране необходима единая общегосударственная антиалкогольная и антинаркотическая политика — не очередная кампания, а именно политика, направленная на снижение потребления алкоголя, а также на принятие экстренных мер, ограничивающих до нулевой отметки круг потребителей наркотиков в немедицинских целях.

Вместе с тем, по мнению большинства специалистов в области наркологии, в отсутствие такой политики снижение спроса на наркотики и другие ПАВ может быть достигнуто в результате профилактических занятий, которые необходимо проводить уже в старших группах детских садов, а затем в школах, средних и высших учебных заведениях, на предприятиях, в воинских подразделениях.

В предлагаемом учебном пособии подробно описываются негативные воздействия различных ПАВ на организм человека, а также методы проведения профилактической работы по преодолению алкоголизма, наркомании, токсикомании и никотиномании.

ПЬЯНСТВО И АЛКОГОЛИЗМ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Предпосылки, стимулирующие рост потребления алкоголя

Стучат и расходятся чарки,
Рекою бушует вино,
Уносит деревни и села
И Русь затопляет оно.

А. К. Толстой, 1849 г.

За тысячелетия жизни на Земле у людей сформировался обычай употреблять изделия, содержащие алкоголь. Пьют их с разной целью, кроме одной — никто из выпивающих не ставит перед собой задачу стать пьяницей, а тем более алкоголиком.

Для всех выпивающих характерна одна общая черта: абсолютное сознательное отрицание трезвости как обязательной нормы жизни. Но когда человек, ставший жертвой увлечения алкоголем, рассказывает врачу историю своей болезни, то вполне искренне уверяет, что если бы он знал, чем это кончится, если бы вовремя был остановлен, то этого бы не случилось. Трудно представить в наше время человека, который не был бы осведомлен о возможных последствиях употребления алкоголя.

Мало кто учитывает, что алкоголизм как болезнь имеет существенное отличие от других заболеваний, при первых признаках которых человек обращается к врачу и проходит назначенный курс лечения (в худшем случае лечится сам). Заболевший же алкоголизмом, даже почувствовав, что пить, как другие (не зависимые от алкоголя люди), он уже не может, не принимает никаких мер для избавления от этого недуга и очень болезненно реагирует на советы близких остановиться и трезво оценить свое состояние. Он, как говорят наркологи, «сживается» со своей болезнью.

Объективная оценка результатов винопития показывает, что не все, кто употребляет спиртное, становятся алкоголиками. Но каждый расплачивается за это «удовольствие» частью своего здоровья, способностями и здоровьем своих детей, снижением работоспособности, а зачастую — разрушением семьи, потерей любви и уважения окружающих.

Нельзя сказать, что трагические последствия употребления алкоголя не были известны раньше. В том-то и парадокс, что с тех пор, как люди научились изготавливать спиртосодержащие жидкости и использовать их для поднятия настроения, они вскоре убедились, что вызванные ими «веселье» или другие эмоции чреваты бедами и болезнями. Но психологическая природа эмоций такова, что обязательно возникает желание повторить приятное ощущение. Так начинает формироваться тяга к спиртному.

Коварность этого пристрастия в том, что человек, находящийся в состоянии алкогольной эйфории, не склонен думать об опасности, угрожающей его будущему благополучию. Опьянение мешает ему видеть себя со стороны и использовать так называемое «доошибочное» познание (одно из величайших преимуществ *Homo sapiens* — человека разумного) для того, чтобы избежать повторения известных ему трагических примеров. А если, протрезвев, пьющий человек спохватывается, то, как правило, с большим опозданием, когда он уже не в силах по доброй воле выбраться из омата пьянства.

В чем же причина массового поклонения «зеленому змию»? На протяжении веков алкоголь сопровождал человека, выполняя различные социальные функции. Исследованиями установлено, что существуют **общие** для всего населения **причины**, ведущие к пьянству и алкоголизму, и **причины индивидуальные**, определяющие подверженность и пристрастие к алкоголю отдельных лиц.

Одним из факторов, обуславливающих увеличение потребления алкоголя в обществе, социологи считают **уровень материального положения** населения. Установлено, что в периоды обострения социальных противоречий, роста безработицы, неуверенности в завтрашнем дне, опасений потерять работу люди прибегают к алкоголю как к средству временного забвения своих проблем.

Вторая, общая для всего мира причина — это **экономическая выгода** производства и продажи алкогольных изделий. Низкая себестоимость вырабатываемых «напитков» позволяет получать огромные прибыли от их экспорта. Международная торговля винно-водочными изделиями контролируется 27 транснациональными компаниями. Извлекая баснословные прибыли от продажи алкогольной продукции, представители этих компаний делают все, чтобы обеспечить высокие темпы потребления алкоголя в развивающихся странах. Одним из результатов этой «деятельности» явился небывалый рост потребления в этих странах пива: с 1960 по 1980 г. оно увеличилось в 4 раза.

Следующая причина роста потребления алкоголя — это **стирание национальных и этнических различий**, а также алкоголизация новых социально-демографических групп населения, особенно женщин и подростков.

Для иллюстрации этого процесса приведем один пример. Еврейская национальность относилась к числу традиционно малопьющих. В 1983 г. среднедушевое потребление спиртных напитков (в пересчете на абсолютный алкоголь) составило в Израиле всего 1 л в год. Но при этом 29 % израильтян, являющихся выходцами из европейских стран, употребляли спиртное чаще четырех дней в месяц. А среди евреев европейского происхождения, обосновавшихся в США, 52 % регулярно пьют спиртное. Так же поступают и мусульмане при выезде из своих стран, где Кораном запрещено употребление спиртного.

Увеличение потребления алкоголя в значительной мере явилось результатом послевоенного скачка в эмансипации женщин, дестабилизации семьи, усвоения частью молодежи и подростков алкогольных стереотипов поведения.

Одной из причин роста потребления алкоголя в мире является и такой фактор, как *постарение населения*, поскольку значительный процент больных алкоголизмом составляют люди старше 65 лет.

И еще один фактор косвенно повлиял на рост потребления алкоголя в мире: это *официальное признание алкоголизма не пороком, а болезнью*, что способствовало прекращению дискриминации и преследований больных алкоголизмом. Во многих странах таким больным стали выплачивать пособия по нетрудоспособности в период лечения и реабилитации. В середине 70-х гг. XX в. их число стабилизировалось и сохраняется на уровне 3—5 % населения.

Таковы общие причины роста алкоголизации населения во всем мире.

Какие же (помимо перечисленных общих) конкретные факторы способствовали небывалым темпам алкоголизации населения нашей страны?

Лишь с наступлением гласности и принятием в 1985 г. постановления о борьбе с пьянством и алкоголизмом в бывшем СССР появились научные работы, авторы которых пытались объяснить причины укрепления позиций алкогольепотребления. Автор одной из первых публикаций по этой проблеме В. А. Быков¹ для лучшего понимания действия отдельных социальных факторов алкоголизации населения разделил их на две группы: А и Б.

К группе А им отнесены одиннадцать общих факторов, создающих благоприятные условия и обстановку для развития пьянства.

В группу Б включены факторы специфические, способствующие развитию именно бытового пьянства.

В числе основных факторов группы А указываются следующие.

¹ См.: *Быков В.А.* Видеть проблему во всей ее сложности: Социальные факторы пьянства и алкоголизма // ЭКО. — 1985. — № 9. — С. 25—27.

1. Незрелость духовных потребностей у определенной части населения, работников низкой квалификации и низкого уровня образования, прежде всего среди огромной армии вспомогательных рабочих. Для этой категории людей характерно неумение занять чем-то полезным свой досуг. Невысокий уровень культуры и нравственности — самая благоприятная почва для питейных обычаев.

2. Рост продолжительности досугового времени. При пятидневной рабочей неделе человек имеет около 100 выходных дней в году. Рабочая смена у многих заканчивается в 16 ч, оставляя много свободного времени. Возросший досуг, являясь несомненным благом, требует продуманной системы его использования, дифференцированной по времени года, возрасту, образованию, интересам, национальным традициям и т. д. Без такого подхода досуг может стать питательной средой для антиобщественного поведения, в том числе пьянства.

3. Массовое возникновение так называемых нуклеарных семей, состоящих только из супругов и их детей. При традиционных для России неразделенных семьях, включающих три поколения, контроль за поведением каждого члена семьи был гораздо строже.

4. Высокая оплата неквалифицированного труда, парализующая тягу к профессиональному росту и образованию. Алкоголизация в свою очередь дополнительно снижала творческие потребности людей, низводила трудовой потенциал до уровня, соответствующего отсталой, по существу доиндустриальной и технологической базе.

5. Диспропорция свободного времени у мужчин и женщин, связанная с неравным участием супругов в домашнем труде и воспитании детей, усугубляющаяся слабым развитием сферы услуг.

6. Несбалансированность в некоторых районах страны женского и мужского населения.

7. Примиренческое отношение к негативным поступкам на производстве, связанное с плохой организацией труда и пристрастием к «благополучной» отчетности.

8. Некоторая односторонность сложившейся системы критериев при оценке человека: критерии чисто производственные в течение многих десятилетий преобладали, подавляя собой критерии нравственные.

9. Слабость школьного и семейного антиалкогольного воспитания молодежи, не учитывающего противоречивости обрушивающихся на нее влияний.

10. Характерная для большей части населения урбанизация жизни и связанные с ней нервные перегрузки, потребность разрядиться, расслабиться, преодолеть анонимность личности в городском потоке, проявить себя в малой группе, трансформирующейся иногда в группу собутыльников. Вместо традиционно-ритуального, «сезонного», потребление алкоголя у бывших селян приобрело ситу-

ативный характер. А из-за ослабления контроля оно стало более частым.

11. Характерное для сельского населения снижение ответственности каждого отдельно взятого труженика за свое личное участие в производственном процессе. Плановое хозяйство создало лазейки для бездельников, убедившихся, что общество их накормит, независимо от того вклада, который они внесли (или совсем не внесли) в народную копилку. Подмена сельских работников горожанами, не всегда вызванная необходимостью, способствовала дополнительному освобождению времени для пьянства на селе.

При более глубоком анализе всплывает и первопричина пьянки на селе: по существу, в результате коллективизации хлеборобы были отторжены от земли. Их лишили возможности утверждать себя на земле трудом, который приносил бы благополучие и достаток не только государству, но и самому труженику и его семье.

Причины, стимулирующие в нашей стране пьянство и алкоголизм, которые В.А.Быков отнес к трем специфическим факторам группы Б.

1. Планируемый рост производства и торговли алкоголем, что всегда приводит к росту его потребления. Эта закономерность была сформулирована еще в XIX в. Фридрихом Энгельсом: производство идет впереди спроса, предложение силой берет спрос. В нашей истории эта формула в отношении алкоголя всегда действовала безотказно.

2. Примиренческое отношение к дурным традициям прошлого. Правда, далеко не все традиции прошлого в потреблении алкоголя заслуживают осуждения. Можно лишь сожалеть, что надолго была утрачена традиция, запрещавшая пить вино жениху и невесте, а также работникам в дни страды, забыта традиция устраивать гостевые застолья лишь по немногим праздничным дням. Вместо этого стало принято выражать уважение гостю обязательной выпивкой спиртного, почин и завершение любого дела сопровождать алкогольными возлияниями, любую дату личного или общественного характера отмечать тем же.

Перечень функций, выполняемых алкоголем в настоящее время, необъятен, хотя это «выполнение» — всего лишь иллюзия, усугубляющая трудности решения той проблемы, ради которой использовалось спиртное. Итак, алкоголь используется как средство внутреннего возбуждения (для создания состояния алкогольной эйфории); как средство управления своим внутренним миром (для поднятия настроения, подавления страха, голоса совести, снятия усталости или душевного напряжения); как средство для завязывания контактов, облегчения общения, интеграции личности; как условие решения многих бытовых, а иногда и официальных дел (посредством угощения, застолий, встреч в ресторанах и т.д.); как средство платы, благодарения за индивидуальные услуги в быту и дру-

гих сферах жизнедеятельности (поставить магарыч, дать на бутылку, преподнести спиртные напитки в качестве оригинально оформленных сувениров); как средство стимулирования совместного бытового труда; как условие массового переживания бытовых торжеств и несчастий (рождения, проводов в армию, свадеб, похорон, поминок и др.); как опосредующий элемент праздничной культуры (встреча Нового года, празднование Дня Победы и других праздников); как средство самолечения (при простудных, желудочно-кишечных заболеваниях), для возбуждения аппетита (рюмка перед обедом) и т. д.

Этот перечень выполняемых алкоголем функций в нашей жизни приведен для того, чтобы понять, какие серьезные, хорошо продуманные и эффективные меры профилактики необходимо применить для отрезвления нашего общества, без чего прогнозы западных футурологов о неизбежности гибели России могут оказаться реальностью.

3. Отсутствие достоверного представления о свойствах самого алкоголя — это самый сильнодействующий фактор, стимулирующий алкоголепитие.

Граждане нашей страны никогда не были осведомлены об истинном уровне смертности от потребления алкоголя.

Только в книге известного алколога А. В. Немцова «Алкогольная смертность в России, 1980 — 1990-е годы» впервые приведены достоверные данные по этому вопросу.

Цитируем: «31,8% всех смертей — таковы были полные потери страны в связи с потреблением алкоголя в 1984 г. (прямые и непрямые). В 1984 г. умерло 1650,9 тысяч человек, из которых 525,0 тыс. человек составляют алкогольные потери населения. Официальные данные для 1984 г. равнялись 3,1% смертей по “причинам, связанным с употреблением алкоголя”, т. е. были в 10 раз меньше реальных потерь...

Для сравнения: прямой и непрямой урон США в начале 1980-х годов колебался от 5 до 9% всех смертей при потреблении 8,0 — 8,3 литров алкоголя, а в 1990-х годах алкогольные потери США стали еще ниже...

В России из-за потребления алкоголя в 1994 г. погибло 750 960 человек, что составляет 32,6% смертей (прямые и непрямые потери).

Официальные данные смертности “по причинам, связанным с употреблением алкоголя” составили 3,0% ...алкогольный урон в 1992 — 1996 гг. составил около 3,4 млн человек из 10,5 млн общего количества смертей (32,4%).

Общее число убитых в Чечне и за ее пределами составляет огромные потери, но они значительно уступают алкогольному урону страны»¹.

¹ Немцов А. В. Алкогольная смертность в России, 1980 — 1990-е годы. — СПб., 2001.

Алкоголь — наркотический яд

На вопрос: почему человечество употребляет алкоголь? — возможен только один ответ: потому что его производят и продают.

С. Н. Шевурдин

Слово «алкоголь» происходит от арабского его названия «аль-кегель», означающего «дурман». Его химическая формула известна каждому школьнику: C_2H_5OH — этиловый спирт (этанол) — продукт перегонки сброженных материалов с последующим концентрированием и обработкой отгона (спиртосодержащей жидкости). Существуют отдельно стандарты на *питьевой* этиловый спирт, вырабатываемый из продовольственного сырья, богатого крахмалом, инулином или сахаром, и этиловый спирт *технический*, который получают из растительного сырья с высоким содержанием клетчатки (древесных опилок, соломы, торфа, мха), из сульфитных щелоков (отходов целлюлозно-бумажного производства), а также технический спирт, получаемый синтетическим путем — гидратацией из углеводорода этилена (в присутствии катализатора).

Химическая формула у технического спирта та же, что и у питьевого. И тот и другой этанол является универсальным ядом, поэтому отнесение так называемого «питьевого» этилового спирта к пищевкусовым товарам недопустимо. В 1986 г., в период действия антиалкогольного постановления, в учебник по товароведению вкусовых товаров (раздел «Этиловый спирт») с большим трудом удалось внести краткие сведения по поводу разрушительного действия «питьевого» этанола, заимствованные из работ академика Ф. Г. Углова. Установлено, что потребление алкоголя отрицательно действует на все без исключения органы человека, но особенно губительно сказывается на центральной нервной системе. Если концентрацию алкоголя в крови принять за единицу, то в печени она будет 1,45, в спинно-мозговой жидкости — 1,50, в головном мозге — 1,75. В нервных клетках мозга алкоголь вызывает изменения в ядре и протоплазме, как и при отравлении другими ядами.

При употреблении спиртных «напитков» наблюдается склеивание эритроцитов, которые затем закупоривают просвет капилляров мозга. Это приводит к отмиранию клеток коры, уменьшению объема мозга («сморщиванию мозга»). Такие изменения касаются больше всего тех отделов мозга, где происходит мыслительная деятельность, осуществляются функции памяти и другие сложные психические процессы. Способность к свежему и оригинальному мышлению ослабляется и затухает.

Доза этанола в 7,8 г на килограмм массы тела, соответствующая 1—1,25 л водки, вызывает смерть взрослого человека. Для детей смертельная доза в 4—5 раз меньше.

Самый большой урон трезвости был нанесен сокрытием главного свойства алкоголя — способности вызывать у пьющего наркотическую зависимость. Все-таки к нелегальным наркотикам в России, как и во всем мире, всегда относились более настороженно и предосудительно, чем к потреблению спиртного. Разрушение здоровья, изменение внешности, поведения и личности в целом при употреблении общепризнанных (нелегальных) наркотиков проявлялись более наглядно и гораздо быстрее, чем под воздействием алкоголя. Поэтому своевременное предупреждение о том, что спиртосодержащие изделия — те же наркотики, могло бы многих убедить от алкогольной зависимости.

Известный швейцарский невропатолог и психиатр профессор Огюст Анри Форель еще в 1890 г. убедительно доказал: «Все спиртные напитки, даже сильно разбавленные водой, такие как пиво и фруктовые вина, — суть яды, такие же, как опиум, морфий, кокаин и т. д.» (Против пьянства. Речь проф. Фореля. — М., 1893).

Выдающийся русский гигиенист (швейцарец по происхождению) Федор Федорович Эрисман в 1897 г. писал: «...алкоголь принадлежит к средствам, имеющим сильное наркотическое действие, и он стоит в этом отношении близко к хлороформу. Он приводит нервную систему в состояние паралича, и даже те явления более или менее сильного возбуждения, которые предшествуют так называемому “опьянению”, суть не что иное, как последствия ослабления или паралича известных частей нервной системы — преимущественно центров ее. Всякая “веселая” компания, черпающая свое веселье в алкоголе, есть компания людей с полупарализованными нервными центрами» (Вестник воспитания. — 1897. — № 4. — С. 120—150).

Известному русскому физиологу Николаю Евгеньевичу Введенскому в 1909 г. было известно: «Действие алкоголя во всех содержащих его напитках (водка, ликеры, вина, пива и т. п.) сходно с действием наркотических веществ и типичных ядов, таких как хлороформ, эфир, опий и т. п.» (ПСС. — Т. VII. — Л. 1909. — С. 146—153). Всероссийский съезд по борьбе с пьянством и алкоголизмом в 1910 г. вынес специальное решение: «Пищевым продуктом может быть только такое вещество, которое является абсолютно безвредным для организма. Алкоголь же, как наркотический яд, в любых дозах наносит человеку огромный вред, отравляя и разрушая организм, он сокращает жизнь человека в среднем на 20 лет».

Великий русский невролог, первооткрыватель ряда образований мозга Владимир Михайлович Бехтерев в брошюру «Алкоголизм и борьба с ним», изданную в 1927 г., ввел раздел «Алкоголь — яд», в

котором сообщалось: «Алкоголь является ядом для всякого живого существа — растений и животных. ...Даже малые дозы алкоголя оказывают, как выяснено исследованиями, вредное влияние на умственные способности человека.

...Алкоголь действует разрушающе на все части человеческого организма. Желудок, кишки, печень, кровеносные сосуды, сердце, мозг, почки — все страдают от употребления алкоголя. ...Сейчас уже не может подлежать никакому сомнению влияние алкоголя на хилость потомства, ...и на вырождение населения. ...Если совершенно бесспорно вредное влияние алкоголя, понижающего физические и умственные способности человека даже при умеренном потреблении спиртных напитков, то еще большая беда в том, что алкоголь — яд, которому свойственны все характерные болезненные особенности других наркотических ядов, как опий, морфий и т. п.».

Академиком Иваном Петровичем Павловым было установлено, что после приема малых доз алкоголя рефлексы исчезают и восстанавливаются лишь на восьмой — двенадцатый день. Но рефлексы — это низшая форма мозговой функции. А высшие функции мозга после приема так называемых «умеренных» доз, т. е. двадцати пяти — сорока граммов алкоголя, восстанавливаются только на двенадцатый — двадцатый день.

Исходя из научных определений алкоголя, которые были даны в трудах выдающихся ученых, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) в 1975 г. на 28-й сессии своим решением официально подтвердила: «Алкоголь — наркотик, подрывающий здоровье населения». В 1982 г. в Государственном стандарте СССР (№ 1053 ГОСТ 5964-82) этому продукту спиртоводочной промышленности было дано такое определение: «Алкоголь, этиловый спирт... Относится к сильнодействующим наркотикам».

В Большой Советской Энциклопедии тоже сказано, что «алкоголь относится к наркотическим ядам» (Т. 2. — С. 116).

Таким образом, справедливость вроде бы восторжествовала: официальные организации признали справедливость беспристрастных характеристик, которые были даны алкоголю учеными на основе глубоких исследований. Возможно, было учтено и высказывание об алкоголе Чарлза Дарвина, которому еще в XIX в. было ясно, что «зло, причиняемое потреблением алкоголя, превышает те беды, что несут человечеству чума, голод и война, вместе взятые».

Но почему же, несмотря на объективные данные о губительном действии на организм наркотика № 1 — алкоголя, он свободно в широком ассортименте продается в магазинах и, кстати, не только в нашей стране? Почему каждый раз предаются забвению требования десятков тысяч людей о запрете рекламы на алкоголь?

Член координационного совета «Союза борьбы за народную трезвость» М. И. Саунин¹, озабоченный таким положением, задает российской общественности следующие вопросы:

1. Кто изъял научную правду об алкоголе?

2. Зачем ввели термин «культурное потребление» по отношению к наркотическому яду?

3. Почему спрятан этот яд под безобидной красочной этикеткой и почему поместили отраву рядом с пищевыми продуктами в продовольственные магазины?

4. Кому выгодны спаивание народа и сплошная круговая порука во всех слоях общества, включая руководство государством?

Надо сказать, что вопросы заданы по существу проблемы. И хотим ли мы этого или не хотим, но должны признать, что в ситуации с алкоголем наше государство (и не только наше) фактически весь XX в. занималось наркобизнесом, исключая время действия сухого закона, введенного 18 июля 1914 г., и отчасти период горбачевской антиалкогольной реформы 1985—1987 гг.

Для виду власть имущие кричат об опасности алкогольной наркомании, о необходимости усиления борьбы с ней, отвлекая общественное внимание от так называемых «пьяных денег», поступающих в госбюджет от весьма прибыльного алкогольного бизнеса, который был и остается легальным.

Многие депутаты Государственной Думы, отстаивающие государственную монополию на производство и торговлю алкоголем, оперируют только аргументами материальной выгоды данного шага. С тех же позиций выступают не только депутаты. В одном из своих радиообращений к нации первый Президент Российской Федерации Б. Н. Ельцин заявил: «Водка всегда была предметом государственного ханжества и лицемерия. Власть всюду провозглашала, что пить вредно. Но в то же время именно водка позволяла казне сводить концы с концами. В советское время алкоголь давал более четверти всех поступлений в бюджет страны. Государство должно сделать все возможное, чтобы люди не травились суррогатами. И если люди тратят деньги на водку, то эти деньги должны идти не жуликам, а в казну. Мы отдадим их пенсионерам, военным и учителям. Направим на подъем нашей экономики».

Призыв этот — нескрываемое лицемерие: ведь никакого экономического подъема нельзя добиться за счет «пьяных денег», поскольку экономический ущерб от массового пьянства огромен. Он многократно превышает «доход», получаемый государством от продажи водки. Американцы начали подсчитывать этот ущерб с 1971 г. и подсчитывают до сегодняшнего дня. «У них начиналось с 25 миллиардов долларов и сейчас уже 180 миллиардов долларов в год» — такие сведения об экономическом ущербе, наносимом

¹ См.: Саунин М.И. Алкоголь есть наркотик // Соратник. — 2000. — № 6.

этой отрасли, приведены председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья, членом-корреспондентом РАМН Н. Герасименко в журнале «Президент. Парламент. Правительство» (1999. — № 1).

Определение, классификация и терминология алкоголизма

...Опьянение... с формально медицинской точки зрения может быть рассматриваемо как душевное расстройство, близкое к маниакальному состоянию.

И. Н. Введенский

В большинстве методик распознавания уровня употребления алкоголя, предлагаемых учеными, используются следующие показатели: частота выпивок, повод к ним, количество потребляемого алкоголя, поведение в состоянии опьянения, наличие и выраженность физической и психической зависимости от алкоголя. Например, по частоте употребления алкоголя большинство исследователей предлагают выделять следующие группы лиц:

1. Употребляющие алкогольные напитки редко (в основном по праздникам и семейным торжествам, в среднем *не чаще 1 раза в месяц*), в небольших количествах (бокал вина или стопка крепкого алкогольного изделия). К ним же можно отнести лиц, совершенно не употребляющих спиртное.

2. Употребляющие алкогольные напитки часто (*1—3 раза в месяц*, но не чаще одного раза в неделю), в небольших количествах (до 200 г крепких напитков или 500 г вина с учетом возраст-половых и других особенностей человека). Поводом к приему алкоголя являются праздники, семейные традиции, встречи с друзьями и другие социально объяснимые ситуации. Лица, входящие в эту группу, считают, что «знают свою меру», и не допускают антиобщественных поступков в состоянии опьянения.

3. **Злоупотребляющие** алкоголем.

А. Без признаков алкоголизма, т.е. пьяницы, которые употребляют алкоголь часто (несколько раз в неделю), в больших количествах (более 200 г крепких напитков или более 500 г вина). В большинстве случаев повод к употреблению спиртного необъясним в социальном плане («за компанию», «без всякого повода», «захотел и напился»), а содержащие алкоголь изделия распиваются преимущественно в случайных местах. Эта группа лиц отличается асоциальным поведением в состоянии опьянения: конфликты в семье, невыходы на работу, нарушения общественного порядка. Последствия — чаще всего доставка в вытрезвитель, приводы в милицию. Возможны нечетко выраженные признаки пси-

хической зависимости от алкоголя. Синдром психической зависимости включает два симптома: психическое влечение к алкоголю и способность ощущать психический комфорт только в состоянии опьянения. Иногда эту группу называют злоупотребляющими с «ненаркоманической формой алкоголизма».

Б. С начальными признаками алкоголизма — наличием не только психической зависимости, но и измененной реактивности на алкоголь, включающей несколько симптомов, а именно: утрату защитного рвотного рефлекса; утрату чувства отвращения к спиртному по утрам; изменение формы употребления алкоголя — переход от эпизодического к систематическому потреблению; способность организма нормально функционировать при многодневном употреблении спиртного; изменение проявлений опьянения (исчезновение успокаивающего действия алкоголя и появление стимулирующего эффекта, утрирование черт характера в опьянении); утрата контроля за количеством употребляемого спиртного, повышение толерантности, т. е. устойчивости к алкоголю и др. Все это соответствует **I стадии алкоголизма**.

В. С выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности «абстинентный синдром», характерный для **II стадии алкоголизма**. На этой стадии болезни происходит так называемое алкогольное изменение личности больного. Типичными чертами характера становятся лживость, эгоизм, черствость, грубость, жестокость. Появляются апатия и безразличие. Оживление наступает лишь при мысли о предстоящей выпивке.

Постепенно происходит *алкогольная деградация личности*, ухудшается память, больной теряет способность к интеллектуальным видам деятельности, к обучению.

Длительность II стадии алкоголизма составляет: у взрослых 8—13 лет, у подростков 3—5 лет. Смерть больного может наступить уже на этой стадии — в состоянии тяжелой абстиненции (похмелья), при длительном запое («смерть от опоя»), при тяжелом алкогольном психозе (часто из-за травм, полученных при попытке бегства больного от мнимых преследователей). Многие кончают жизнь самоубийством.

В этой стадии алкоголизма необходимо обращение к наркологу. Но даже после проведенного лечения риск возврата к потреблению алкоголя очень велик, особенно у подростков.

Существует и **III стадия алкоголизма**, называемая конечной или энцефалопатической, отличительным признаком которой является прежде всего снижение переносимости спиртного (толерантности). Форма потребления алкоголя может быть как систематическая, так и запойная (запой — это многодневное пьянство), суточная доза алкоголя постепенно уменьшается. Предзапойный период характеризуется сновидениями с запойной тематикой. В тече-

ние запоя нарастает отвращение к алкоголю. Возникают судорожные припадки по типу эпилептических, а также алкогольные психозы. Запой обрывается из-за непереносимости спиртного. По времени запои сокращаются, но период восстановления в межзапойный период возрастает.

На III стадии похмельный синдром (абстиненция) намного тяжелее, чем на II стадии. Грубость, цинизм, безудержная злоба и агрессия — типичные черты алкоголиков на этой стадии болезни. Нарастает деградация личности, усиливаются признаки алкогольной энцефалопатии, т.е. дистрофических изменений в мозге, учащаются острые алкогольные психозы (алкогольный делирий — «белая горячка»), появляются зрительные иллюзии, затем полная бессонница и самый яркий симптом делирия — зрительные галлюцинации (обманы восприятия).

Прогноз неблагоприятный: смертность больных с III стадией алкоголизма высокая в результате истощения всех органов и систем организма, а также из-за тяжести похмелья и запоев, во время которых происходят декомпенсация и обострение всех имеющихся заболеваний. Тяжелые депрессии часто приводят к самоубийству.

Расшифруем **понятия и термины**, используемые в качестве диагностических критериев при выявлении степени алкоголизации человека.

По мнению большинства ученых, нельзя считать единственными критериями умеренности или неумеренности в употреблении алкоголя только частоту и количество выпиваемых спиртных напитков, так как в зависимости от возраста, пола, состояния здоровья, типа нервной системы человека, условий принятия спиртного и многих других факторов последствия при употреблении одного и того же количества алкоголя бывают неодинаковыми. Поэтому более объективным показателем является **характер последствий**, т.е. реальное поведение выпившего, его отношение к окружающим, степень соблюдения норм морали и права.

Отсюда можно сделать вывод: *умеренное употребление* алкоголя и *злоупотребление* им (т.е. *пьянство*) — разные явления.

Под *пьянством* понимается такое употребление алкоголя, при котором поведение пьющего вступает в противоречие с общепринятыми нормами и правилами общежития, затрагивает, ущемляет интересы окружающих (семьи, коллектива, общества), т.е. носит антиобщественный характер.

Не менее важно разграничение понятий «пьянство» и «алкоголизм».

И хотя почвой для алкоголизма является пьянство, *алкоголизм* имеет свои особенности, обуславливающие иные средства и методы его преодоления.

В медицинском аспекте алкоголизм — это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе, физической зависимостью от алкоголя, психической и социальной деградацией, патологией внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервной системы.

В социально-правовом аспекте алкоголизм — форма отклоняющегося поведения, выражающаяся в злоупотреблении спиртными изделиями.

В специальной литературе при определении степени алкоголизации используют в основном три понятия: *бытовое пьянство* (систематическое употребление алкоголя без признаков возникновения психической и физиологической зависимости от него), *алкоголизм* (систематическое употребление алкоголя с возникновением физиологической и психической зависимости от него) и *алкогольный психоз* (психическое заболевание, развившееся на почве алкоголизма).

Определить границу между бытовым пьянством и алкоголизмом иногда достаточно сложно. Так, согласно одной точке зрения, бытовое пьянство есть первый этап алкоголизма, а по мнению других исследователей, прямой преемственности между бытовым пьянством и алкоголизмом нет. При этом считается, что алкоголизм — одна из форм наркомании, выражающаяся в химической зависимости от этанола. Бытовое же пьянство рассматривается как разновидность социально-психологического взаимодействия людей, для которых употребление алкогольных «напитков» есть норма общения.

При идентификации степени зависимости человека от алкоголя (или любого другого наркотика) используется такое понятие как «абстиненция», или, как его еще называют, «похмельный синдром».

Абстиненция (от лат. *abstinentia* — воздержание) — это особенное физическое и психическое состояние, появляющееся у человека на 4 — 10-м году пьянства после внезапного прекращения постоянного употребления алкоголя или других привычных для него одурманивающих веществ.

Суть этого явления состоит в том, что организм, перестроившись под влиянием постоянного и массивного употребления алкоголя, уже не может без него нормально функционировать и возникает не только психическая (как на первой стадии алкоголизма), но и физическая потребность в алкоголе. Физическая зависимость — это непреодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю, и потребность в физическом комфорте — обязательная составляющая абстинентного синдрома (синдрома похмелья). При алкоголизме абстиненция выражается в возникновении дискомфорта, разбитости, слабости, расстройстве координации движе-

ний и т. п. Влечение к алкоголю на этой стадии столь велико, что полностью определяет поведение.

У подростков абстиненция возникает гораздо раньше, чем у взрослых, и протекает особенно тяжело, стимулируя серьезные соматические и психические расстройства, суицидальные попытки, акты девиантного поведения.

Как уже отмечалось, реакция людей на потребление алкоголя в значительной мере обусловлена индивидуальными особенностями их организма. Для характеристики устойчивости человека к алкоголю используется такое понятие, как толерантность.

Толерантность (от лат. *tolerantia* — устойчивость, терпение) — способность организма переносить увеличивающиеся дозы наркотического вещества, в том числе алкоголя. Потребность в увеличении количества принимаемого наркотического вещества вызвана тем, что с течением времени эффект прежней дозы ослабевает. Поэтому и алкоголики, и наркоманы вынуждены увеличивать дозы потребляемого спиртного или другого наркотика, чтобы достичь желаемой степени опьянения.

Характерно: как при алкогольной, так и при любой другой форме наркомании, толерантность меняется на разных стадиях заболевания: возрастает на I, стабилизируется на II и снижается на III стадии.

Часто разница между наркотической и смертельной дозой велика, что и является основной причиной смерти от передозировки интоксиканта.

Уровень прирожденной толерантности человека к тем или иным наркотическим ядам иногда определяют с помощью биохимических методов. Так, например, определение степени риска у детей или взрослых неалкоголиков основано на том, что при малой биохимической толерантности к алкоголю наблюдается низкая активность фермента печени и сыворотки крови — альдегиддегидрогеназы (АльДГ). У детей низкая активность АльДГ в 80—100% случаев совпадает с отягощающей наследственностью в отношении алкоголизма, что позволяет трактовать снижение активности АльДГ у детей как генетическую предрасположенность к алкоголизму, способную реализоваться в соответствующих социальных условиях.

Существует четыре группы неспецифических факторов, требующих обязательного учета в профилактической работе с подростками.

1. Нарушенная социальная микросреда: неполная семья; алкоголизм в семье; отрицательный психологический климат; низкий образовательный уровень родителей и неправильное семейное воспитание; асоциальная компания.

2. Индивидуально-биологические (сомато-неврологические) особенности личности: наследственная отягощенность в отноше-

нии психических заболеваний и алкоголизма; тяжелые соматические заболевания и нейроинфекции в раннем детстве.

3. Индивидуально-психологические особенности и нервно-психические аномалии личности: невротизация; выраженные акцентуации характера, преимущественно конформного, гипертимного, эпилептоидного неустойчивого типов; патохарактерологическое развитие личности и психопатия.

4. Нравственная незрелость личности:

отрицательное отношение к обучению и низкий образовательный уровень;

отсутствие общественно-политической активности и социально значимых установок;

узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов;

неопределенность в вопросах профессиональной ориентации, отсутствие установки на трудовую деятельность;

дефицит мотивации поведения, уход от ответственных ситуаций и решений;

утрата «перспективы жизни» (взгляда путей развития своей личности).

В случаях раннего алкоголизма следует особо отметить и анатомо-физиологические особенности подростково-юношеского возраста, заключающиеся в усиленном росте и развитии организма, эндокринных сдвигах, усиленном половом созревании, формировании личности, психики.

Таким образом, алкоголизм — это во многом неспецифический маркер социально-психологической несостоятельности личности и индикатор порочности микросреды, это один из показателей невключенности человека в сферу общественно полезной деятельности.

В норме в крови у человека содержится 0,1—0,3% эндогенного этанола, обеспечивающего 10% энергетического баланса. Таким образом, в пределах указанной концентрации этиловый спирт является незаменимым метаболическим фактором. Известно, что при злоупотреблении экзогенным этанолом угнетается процесс выработки эндогенного этанола. И тогда вместо естественной нормативной метаболической потребности в этаноле формируется квазипотребность в нем.

В связи с этим высказывается такое мнение: снижение уровня эндогенного этанола при злоупотреблении экзогенным алкоголем является одним из компонентов формирования синдрома алкогольной зависимости.

Управление процессом социальной пьянства и алкоголизма предполагает знание истины о воздействии алкоголя на жизненно важные органы и системы человека. Рассмотрению этого вопроса посвящается следующий параграф учебного пособия.

Действие алкоголя на организм человека

Основное, чего необходимо придерживаться при освещении алкогольной проблемы, — это правда. Это необходимо потому, что пьянство и сама привычка употреблять алкоголь зиждется на лжи.

Академик Ф. Г. Углов

Умирал человек,
За здоровье которого
По традиции пили
Умело и здорово.

И. Рядченко

Среди многих химических соединений, способных вызвать эйфорию, т. е. приподнятое настроение, состояние довольства, а при регулярном потреблении — пристрастие, или состояние зависимости, этанол занимает особое положение, отличаясь прежде всего простотой и краткостью своей формулы: C_2H_5OH . Поскольку молекула мала (ее молекулярная масса — 46, радиус — около 0,43 нм), спирт всасывается не только диффузией, проходя через мембраны, как большинство молекул, но и фильтрацией сквозь полярные поры, через которые, кроме него, проходят только вода и одновалентные ионы. Следует напомнить и вторую его особенность: этанол образуется эндогенно и в самом организме, как животном, так и растительном.

Пройдем же вслед за принятой человеком порцией спиртного и посмотрим, какое воздействие оказывает алкоголь по пути своего следования на жизненно важные органы и системы.

Частичное всасывание алкоголя в кровь начинается уже в ротовой полости и пищеводе, а затем в желудке, куда он попадает буквально через несколько секунд. В ответ на сильное раздражающее действие этанола пищеварительные железы слизистой оболочки желудка начинают усиленно выделять желудочный сок, разбавляя тем самым спиртной напиток. Так организм пытается предохранить слизистую желудка от химического ожога. Процесс выделения желудочного сока не прекращается до тех пор, пока концентрация этанола не понизится до 5%.

Желудочный сок, выделившийся под действием алкоголя, отличается от нормального сока. Он содержит больше соляной кислоты и меньше пищеварительных ферментов, катализирующих расщепление белков, жиров, углеводов и других пищевых веществ. Смешивание желудочного сока, выделившегося после первого приема этанола, с новыми порциями алкогольного напитка (вто-

рая, третья рюмка) приводит к угнетению и тех малоактивных пищеварительных ферментов, которые были выделены первоначально. Вот почему люди, длительно болеющие алкоголизмом, страдают отсутствием аппетита, «пьют, не закусывая».

Пока алкоголь находится в желудке, он раздражает и разрушает не только его слизистую оболочку, но и более глубокие слои стенок этого органа, вызывая серьезные морфологические изменения. Почти 95 % людей, систематически употребляющих спиртные напитки, больны *гастритом*: клетки желудочного эпителия у них патологически изменены, секреторные железы в значительной степени атрофированы, стенки желудка имеют инфильтраты, инородные включения.

К счастью, слизистая оболочка пищевода и желудка способна сама возрождаться. Но для этого нужна полная трезвость, так как способность слизистой ткани к регенерации небесконечна. Если же это требование не соблюдается, то на участках стенки желудка, потерявшей своего защитника — слизистую оболочку, алкоголь вызывает денатурацию (а проще — разрушение) белка. Отсюда — язва желудка, рак.

Не каждый знает, что по отношению к алкоголю природа сформировала у человека защитный механизм — рвотную реакцию. К сожалению, далеко не все наделены этим поистине спасительным рефлексом. А по мнению специалистов, пристрастие к спиртным напиткам вырабатывается в основном у людей, не имевших никогда рвотного рефлекса на алкоголь.

В кишечнике, куда поступает алкоголь из желудка, начинается его быстрое всасывание в кровь. В верхнем отделе тонкой кишки — двенадцатиперстной кишке, где всасывается около 20% потребленного алкоголя, он вызывает разрушения, аналогичные наблюдаемым в желудке.

Попавший в кровь алкоголь по кровеносным сосудам поступает в печень — своеобразную лабораторию человеческого организма, играющую главную роль в усвоении пищи, в формировании иммунитета и в других сложнейших процессах жизнедеятельности. Печень принимает на себя, пожалуй, основной удар, так как ни в кишечнике, ни в желудке молекулы спирта не претерпевают никакого изменения. Весь цикл химических превращений алкоголя осуществляется в клетках печени — гепатоцитах.

Вообще процесс превращений этилового спирта в организме многостадийный и захватывает почти все виды обмена веществ. Для простоты выделим лишь две начальные стадии. Первая: при участии клеточного фермента алкогольдегидрогеназы спирт превращается в ацетальдегид (уксусный альдегид). Вторая: под воздействием альдегиддегидрогеназы из ацетальдегида образуется уксусная кислота. У большинства людей второй этап превращения проходит гораздо быстрее, чем первый. Поэтому известный

своей токсичностью ацетальдегид не накапливается. Далее идут обычные реакции, поскольку уксусная кислота (хотя и она достаточно ядовита) постоянно участвует в нормальном обмене веществ, и в конце концов из спирта получаются углекислый газ и вода.

Промежуточные продукты распада алкоголя вмешиваются в тонко сбалансированные процессы обмена, протекающие в клетках печени — гепатоцитах, сильно нарушая их, особенно жировой обмен. При этом все структурные компоненты клетки деформируются, цитоплазма почти целиком заполняется жиром, смешая ядро клетки к периферии. Такие ожиревшие гепатоциты не способны полноценно выполнять свои функции, что часто приводит к развитию алкогольного гепатита. При частом и обильном потреблении спиртных напитков клетки печени не выдерживают алкогольной интоксикации и погибают, развивается *цирроз печени*. Пораженный орган увеличен, бугрист, сильно уплотнен и болезнен при ощупывании. Увеличена также селезенка. Развитию цирроза печени способствует употребление неполноценной по содержанию белков и витаминов пищи. Между тем пьющие люди, затрачивая большую часть заработка на спиртное, не могут полноценно питаться.

При заболевании циррозом больной жалуется на отсутствие аппетита, тошноту, стойкий понос. Внешние проявления болезни: сильное похудание, быстрая утомляемость, истончение и пожелтение кожи, появление просвечивающих через нее так называемых сосудистых звездочек (локально расширенной подкожной капиллярной сети), выпадение волос, сглаживание сосочков языка («лакированный язык»). Снижается или отсутствует половое влечение. Смерть наступает спустя 2—3 года после начала болезни. Полный отказ от спиртного и полноценное питание могут несколько отодвинуть роковой исход.

Установлено, что у неумеренно потребляющих алкоголь цирроз печени наблюдается в 7 раз чаще, чем у непьющих. При частых, но необильных выпивках жировая дистрофия печени развивается через 5—10 лет, а цирроз — через 15—20 лет.

И еще одно наблюдение. Окисление алкоголя требует повышенного расхода кислорода. Так развивается хроническая тканевая гипоксия, которая особенно неблагоприятна для печени. Женщины гораздо чувствительнее к гипоксии, нежели мужчины. Поэтому у мужчины, выпивающего в сутки от 60 до 120 г алкоголя (абсолютного), риск развития цирроза печени увеличивается в 5 раз по сравнению с непьющими, а у женщины — в 250 раз! Стоит задуматься над этим фактом, если учесть, что в большинстве развитых стран мира цирроз печени входит в число первых пяти причин смерти людей в возрасте от 25 до 64 лет и прямо коррелирует с потреблением алкоголя.

В связи с тем что процессы распада этилового спирта в печени идут медленно (за 1 ч в среднем разрушается 0,1 г спирта на 1 кг массы тела человека), алкоголь и продукты его распада успевают до полного их разложения многократно проциркулировать по системе кровеносных сосудов, оставляя наиболее разрушительные следы в сердце и головном мозге.

В результате алкогольной интоксикации нарушаются обменные процессы в клетках миокарда. При неоднократном потреблении спиртного патологические изменения приобретают устойчивый характер: нарушается важный для мышечного сокращения обмен кальция, повышается проницаемость клеточных мембран. В сердечной мышце начинают накапливаться жиры, истощаются запасы белка, клетки миокарда погибают. На их месте разрастается соединительная ткань, не способная к сокращению. Это значительно снижает функциональные возможности сердца. Признаки алкогольной кардиомиопатии — боль в области сердца, одышка (даже в спокойном состоянии), а позже — отек нижних конечностей и накопление жидкости в брюшной полости (водянка) — весьма характерны для людей, систематически употребляющих спиртные напитки. Каждый третий из них погибает от сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство этих смертей приходится на возраст от 40 до 50 лет. При своевременном отказе от употребления спиртных напитков и соответствующем лечении признаки кардиомиопатии могут исчезнуть.

Статистика свидетельствует: у людей, пьющих алкогольные напитки, *болезни сердечно-сосудистой системы* бывают в 2,5 раза чаще, чем у непьющих, а *инфаркты миокарда* — глубокими и обширными.

Специалисты Института клинической кардиологии имени профессора А.Л. Мясникова ВКНЦ АМН СССР, изучая причины внезапной смерти от острой коронарной недостаточности, установили, что в большинстве случаев ей предшествовало употребление спиртных напитков.

При каждой выпивке из-за выброса адреналина и прямого токсического действия алкоголь как бы треплет сердечную мышцу, доводя ее рано или поздно до дистрофии. У хронических алкоголиков к тому же повышается чувствительность сердца к адреналину, и тогда становится опасно применять подобные ему лекарства — эфедрин, нафтизин, галазолин и т. п. То же обстоятельство, но на фоне дефицита калия, ослабляет переносимость сердечных гликозидов, препаратов наперстянки (дитоксин, нериолин, строфантин, кардиовален). При стенокардии, как известно, наиболее эффективное средство — нитроглицерин. Но если приступ начался после выпивки, то алкоголь сам по себе будет способствовать расширению сосудов. А прием нитроглицерина на его фоне может снизить артериальное давление. Спазм коронарных сосудов удастся устранить, но сердечная мышца

будет по-прежнему страдать от недостаточности кровоснабжения.

К настоящему времени значительно расширился перечень медикаментов, нарушающих распад ацетальдегида (сильнейшего яда), образующегося, как уже было сказано, в процессе потребления и усвоения этилового спирта. Переносимость ацетальдегида у каждого человека индивидуальная: в медицинской литературе описаны случаи, когда человек погибал после приема 50 г водки. К числу медикаментов, препятствующих распаду ацетальдегида, относятся следующие: акрихин (мепакрин гидрохлорид), препараты левомецетина, тетурам (дисульфирам, эсперал), производные сульфаниламочевин, цефалоспорины. Но самый опасный — фуразолидон: даже через четыре дня после окончания его приема организм не в состоянии справиться с ацетальдегидом.

Алкоголь, подобно другим наркотикам, в наибольшей степени поражает *центральную нервную систему*, угнетая ее деятельность. Головной мозг обильно снабжается кровью. Доставляемый ею алкоголь жадно поглощается жироподобными веществами, содержащимися в нейронах. Липидные оболочки нейронов при этом как бы разжижаются. Являясь ядом, алкоголь вызывает изменения в протоплазме и ядре клеток. Он способствует также *склеиванию* красных кровяных шариков — *эритроцитов*. Склеенные эритроциты, закупоривая просвет капилляров, подводящих кровь к клеткам мозга, нарушают снабжение их кислородом. Достаточно 5—10-минутного кислородного голодания, чтобы клетка погибла.

Разрушение нескольких тысяч нервных клеток мозга не приводит к видимым изменениям его, так как мозг насчитывает от 14 до 17 млрд клеток. Но если потребление алкоголя продолжается, то число погибших клеток может достигать сотен миллионов, а это — метры разрушенных нервных коммуникаций, патологические изменения структур головного мозга. Кора истончается, желудочки мозга расширяются, сморщиваются и уменьшаются в размерах большие полушария. Эти органические изменения неизбежно ведут к психическим отклонениям от нормы, развивающимся по нарастающей.

Доказано, что действие алкоголя на мозг находится в прямой зависимости от концентрации спирта в крови. Самыми первыми от алкогольной интоксикации страдают структуры коры больших полушарий головного мозга: активность центров, управляющих поведением, подавляется, и человек утрачивает контроль над своими поступками. По мере того как концентрация алкоголя в крови нарастает, центры коры приходят в хаотическое возбуждение, из-под их влияния высвобождаются нижележащие подкорковые отделы: раскрепощаются низшие инстинкты. При содержании в крови примерно 0,3% алкоголя угнетаются структуры среднего мозга и мозжечка: человек полностью теряет ориентацию, способность

двигаться. В последнюю очередь парализуются центры продолговатого мозга, в ведении которых находятся жизненно важные функции: кровообращение, дыхание. Алкоголь, принятый в еще больших дозах, вызывает нарушение функций всей центральной нервной системы с вовлечением спинного мозга. Развивается *наркоз* и *кома* *тозное состояние*. При дозе 7,8 г на килограмм массы тела (примерно 1 — 1,5 л водки для взрослого человека) наступает смерть. К трагическому исходу может привести потребление и значительно меньших доз. Известны случаи, когда смерть наступала и от приема 100 г водки.

Алкоголь поражает также эндокринную систему, в частности — *органы размножения*.

«Крино» по-гречески означает «выделять» (отсюда, кстати, славянское «криница» — источник, колодец). Эндокринные железы — это своего рода внутренние колодцы, из которых организм черпает вещества, необходимые для регулирования биохимических процессов. На эти источники алкоголь оказывает прямое токсическое действие.

Исследования показали, что даже однократный прием алкоголя в 4 раза снижает концентрацию в крови мужского полового гормона — тестостерона. При хроническом алкоголизме в коре надпочечников вырабатываются вещества, близкие по строению к тестостерону, но без андрогенного действия (андростерон и андростендион). Их появление в крови обманывает гипофиз, контролирующий синтез гормонов в половых железах, синтез тестостерона уменьшается. А печень при этом ускоренно превращает андрогены в эстрон — женский половой гормон.

Многие из пьющих мужчин и более половины больных алкоголизмом страдают импотенцией. Патологически измененные половые железы либо полностью утрачивают способность продуцировать половые клетки — сперматозоиды, что ведет к мужскому бесплодию, либо выдают «бракованную» продукцию. А это обуславливает какую-либо аномалию будущего ребенка. Попытки гормонального лечения импотенции тестостероном приводят к обратному результату: активизированный алкоголем обмен в печени превращает мужской гормон в женский. И чем активнее лечение, тем хуже результат.

Что касается женщин, больных алкоголизмом, то у них уменьшаются размеры матки и фаллопиевых труб. Но главное то, что алкоголь нарушает процессы созревания яйцеклетки: яичники продуцируют незрелые яйцеклетки, которые в большинстве случаев погибают. Если зачатие все же происходит, последствие непосредственного контакта развивающегося плода с алкоголем очень тяжелы.

Здесь начинается, но на этом не кончается тот ущерб, который наносит алкоголизм рождению детей и здоровью потомства. Проб-

лема эта настолько серьезна, что требует отдельного рассмотрения.

Итак, желудок, кишечник, печень, сердце, мозг, половая система... Перечень мишеней алкоголя можно продолжить, рассказав о том, как страдают кровеносные сосуды, легкие, поджелудочная железа, кровь, транспортирующая этот яд. Нет в организме ни одной ткани, ни одного органа, который не подвергался бы деградации под действием алкоголя.

Наиболее достоверные данные о влиянии алкоголя на здоровье человека можно получить, изучая отдельные группы и классы болезней. Так, на примере мужчин, живущих в Москве, были выявлены существенные различия в заболевании *туберкулезом*: в возрастной группе мужчин до 30 лет, злоупотребляющих алкоголем, количество больных туберкулезом было в 4,5 раза больше, чем в среднем у мужского населения Москвы во всех возрастных группах. А сравнительное исследование населения в целом дало следующие результаты: показатель заболеваемости туберкулезом больных алкоголизмом в 18 раз превышает средний показатель у всего населения.

Уровень *психических расстройств* у мужчин, больных алкоголизмом, в 2 раза выше среднего уровня заболеваемости всего мужского населения. Влияние алкоголя на состояние нервной системы подтверждается данными о распространении эпилепсии у мужчин, злоупотребляющих алкогольными изделиями (7,8 на 1000 против 2,5 человека в среднем на 1000 мужского населения).

Длительное злоупотребление алкоголем вызывает изменения в *системе кроветворения*. Его отрицательное воздействие на кровь объясняется, во-первых, непосредственными токсическими свойствами этанола; во-вторых, недостаточностью питания, что сопутствует алкоголизации; в-третьих, алкогольным поражением печени. Эти эффекты могут сложным образом налагаться друг на друга, оказывая общепатологическое воздействие.

Немало накопилось данных, свидетельствующих и о роли этилового спирта в возникновении и развитии *злокачественных опухолей*. Установлена повышенная заболеваемость раком полости рта (кроме губ), а именно — глотки, гортани и пищевода при постоянной алкогольной интоксикации. Риск заболеть раком полости рта у злоупотребляющих спиртным в 10 раз выше, чем у непьющих, а если первые еще и курят, то риск возрастает в 15 раз. Общая смертность от рака всех локализаций у больных алкоголизмом на 25% больше среднего показателя популяции.

Правда об алкоголе будет неполной, если не сравнить между собой по вредности для организма разные спиртные изделия.

Известно, что спирт-этанол независимо от того, содержится он в крепком или в слабоалкогольном напитке, остается протоплазматическим ядом. Поэтому существующее мнение, что чело-

век становится алкоголиком только от потребления водки или других крепких напитков, ошибочно. Исследования показали, что у любителей вина хронический алкоголизм формируется в 4 раза быстрее, чем при употреблении водки, причем влечение к вину проявляется сильнее, а течение болезни — злокачественнее, так как на более ранних стадиях осложняется гепатитами, циррозами печени, гипертонией, атеросклерозом, полиневритами. Эти болезни мешают лечить от алкоголизма, ограничивая возможности применения самых эффективных препаратов. При винном алкоголизме в 2 раза чаще, чем при водочном, возникают приступы белой горячки. Больным свойствен синюшный («баклажанный») цвет лица. Они раньше стареют и умирают.

Не всем известно, что систематическое употребление шампанского (например, по одному бокалу в день) быстрее, чем употребление других алкогольных напитков, приводит к алкоголизму. Благодаря высоким вкусовым свойствам этого вина, игристости и мягкости эйфории к нему быстро привыкают. Рост женского и детского алкоголизма в значительной степени обусловлен потреблением шампанского.

Существует и пивной алкоголизм, развивающийся гораздо медленнее, чем винный и водочный, но не менее опасный. В XIX в. англичане, борясь с алкоголизмом, решили вытеснить крепкие алкогольные напитки пивом. Но вскоре пришлось отменить «пивной закон», поскольку его введение лишь усугубило пьянство.

Сопутствующие болезни при винном и пивном алкоголизме разные. Если систематическое потребление сухих вин, нарушая водно-солевой обмен, приводит к артритам, подагре и ожирению, то результат неумеренного потребления пива — больное сердце или, как назвал эту болезнь немецкий врач профессор Болингер, баварское «пивное сердце». Пожалуй, здесь уместно вспомнить слова Бисмарка о влиянии пива на человека: «От пива делаются ленивыми, глупыми и бессильными».

Наиболее ядовиты плодово-ягодные вина и самогон. Их отравляющее действие усиливается большим количеством вредных примесей: сивушных масел, метилового спирта, альдегидов, фурфуrolа, окислов и солей тяжелых металлов. Не меньшую опасность представляют и различные «фирменные» добавки к самогону — от маорки до соляной кислоты.

По данным МВД СССР, за полтора года (с мая 1985 по декабрь 1986 г.) было зарегистрировано 90 групповых отравлений напитками такого рода, 200 человек скончались.

Не может не возмущать тот факт, что в барах, молодежных кафе, которые нередко посещают и подростки, основной ассортимент — коктейли, т.е. смесь различных спиртных изделий. В зависимости от исходного сырья, используемого для приготовления последних, они содержат различные спирты и другие ядови-

тые примеси, специфичные для каждого изделия. В коктейлях же все это объединяется и создается невообразимый по разнообразию и силе отравляющего действия набор ядов — от метилового спирта, накапливающегося в изделиях из сырья, богатого пектином, до фурфурола — в изделиях из хлебного сырья, содержащего пентозаны. В связи с этим существует настоятельная необходимость исключить алкогольные коктейли из перечня реализуемой алкогольной продукции.

Особенности женского пьянства и алкоголизма

Лишь только женщины добьются права голоса в каком бы то ни было обществе, они немедленно займутся закрытием питейных домов.

Д. Лондон

Надо сказать, женская половина по выпивке в некоторых районах сравнялась с мужской.

Ю. Грибов

Согласно статистическим данным, относящимся к послевоенному периоду, в нашей стране возраст большинства женщин, злоупотребляющих алкоголем, превышал 40 лет. Начиная с середины 60-х гг. наблюдается омоложение женского пьянства и алкоголизма. В доперестроечный период социологи объясняли эти возрастные сдвиги негативными сторонами эмансипации, предоставившей женщине право участвовать в общественном производстве и обеспечивать свою экономическую независимость. Это право, с одной стороны, изменило структуру материальных и духовных потребностей женщины, а с другой — поставило ее перед необходимостью получить образование, достичь высокого уровня профессиональной подготовки. Семейной женщине гораздо труднее, чем свободной, реализовать такие устремления. Поэтому у многих девушек (часто наиболее одаренных, трудолюбивых и настойчивых в достижении цели) значительно отодвигаются сроки замужества. Неудивительно, что к 25 годам выходит замуж только 52% девушек. А те, что не обременены семьей, заполняют свободное время дружескими и случайными встречами, хождением в гости, участием в увеселительных мероприятиях, посещением ресторанов. Экономическая самостоятельность и заимствование стереотипов поведения мужчины позволяют девушкам в перечисленных ситуациях потреблять алкогольные напитки.

Семья — это плацдарм, на котором личные отношения становятся общественно значимыми. Разрушение семьи приводит к одиночеству, одиночество очень часто приводит к пьянству, пьянство — к развитию алкоголизма и деградации личности. А если явление это не единичное, то оно не может не вести к застою в обществе и к деградации потомства. Отрицательная роль в этом пьющей женщины особенно велика.

При рассмотрении причин алкоголизации женщин необходимо учитывать такой феномен, как *подражание*. В расширении контингента пьющих женщин, особенно молодых, оно играет немалую роль. Социально-психологический механизм, лежащий в основе подражания, у девушек развит больше, чем у юношей, и является сильным регулятором их поведения. Начав утверждать себя среди сверстников при помощи негативизма (если это принято в группе), бравирова отрицательными качествами (пьянством, курением, порой сквернословием) и как бы соревнуясь в этом друг с другом, девушки легко скатываются к злоупотреблению алкоголем, асоциальному поведению, моральной распушенности. Идеалом, образцом для подражания становится курящая и выпивающая женщина, исповедующая «свободные» взгляды на сексуальную жизнь. В чуждой таким взглядам среде девушки не могут ни приобщиться к «раскованному» поведению, ни продемонстрировать его. Для этого им необходима взаимоиндуцирующая группа, где такое поведение является «стилем жизни», т.е. своеобразной нормой или образцом. Именно такая группа и представляет реальную опасность как для ее членов, так и для тех, кто хотел бы подражать ее образу жизни. А если учесть тот факт, что более 95% современных юношей и девушек школьного возраста знают вкус алкоголя, то общественное мнение по этой проблеме требует радикальной коррекции.

В числе факторов приобщения женщин к спиртному необходимо обратить внимание на доступность алкогольных изделий, связанную с условиями профессиональной деятельности. По мнению исследователей, это обстоятельство оказывает влияние лишь в сочетаниях с другими факторами, стимулирующими женское пьянство. Есть данные, свидетельствующие о высокой степени поражения алкоголизмом официанток в ресторанах и кафе, продавщиц винных отделов и буфетов. В числе женщин, совершивших преступления на почве пьянства и нарушивших общественный порядок в состоянии алкогольного опьянения, работницы, занятые в сфере обслуживания, торговли и общественного питания, составляют соответственно 43,6; 48,7; 67,1%. Женщины — работницы промышленности, транспорта истроек — 30,4; 40,0; 16,5% соответственно. Домохозяйки, женщины, временно не работающие, инвалиды и пенсионеры составляют соответственно 20,0; 3,0; 12,5%. Среди неумеренно пьющих значительная доля работниц, занятых

в медицинских учреждениях. В числе находящихся на излечении они составляют 6,5%, а среди доставленных в медицинские вытрезвители — 9%.

В последнее десятилетие возникла новая для России категория пьющих женщин среди тружениц «челночного» бизнеса, реализующих на рынках привезенные из-за рубежа потребительские товары. В их числе немалый процент женщин с высшим образованием, не нашедших другого способа прокормить семью. Свое пристрастие к спиртному они не скрывают и объясняют его трудностью работы и необходимостью «сугрева» в холодное время года, когда пребывание на свежем воздухе составляет не менее 8—10 ч в сутки.

К сожалению, социологические исследования в области женского алкоголизма в нашей стране сейчас не ведутся. Хотя эта проблема еще никогда не была столь остроактуальной, как в настоящее время.

Остановимся на некоторых особенностях и последствиях женского алкоголизма, формирующих *социальный портрет* женщин, страдающих алкогольным недугом.

В работах отечественных исследователей к основным медико-социальным особенностям алкоголизации и алкоголизма у женщин относятся следующие: более поздно, как правило, происходит знакомство с алкоголем и начало злоупотребления им; реже встречаются групповые формы алкоголизации; чаще и быстрее складывается одиночное пьянство; спиртное употребляется преимущественно меньшей крепости и в меньших дозах; медленнее осознается влечение к алкоголю; больше выражено неверие в болезнь, чаще скрываются и отрицаются факты алкогольного поведения; реже используются алкогольные суррогаты; чаще принимаются с алкоголем лекарственные вещества, назначаемые для коррекции нервно-психических нарушений; реже отмечаются палимпсесты и амнезии опьянения; запои бывают более короткими, реже наблюдаются алкогольные психозы, которые, однако, возникают раньше, чем у мужчин; отмечаются более ранние и глубокие изменения личности; чаще встречаются поражения соматоневрологической сферы; ниже уровень травматизма и смертности; меньше нарушена социальная адаптация и не столь высока частота асоциального поведения (попадание в вытрезвитель, противоправные действия, прогулы); предпочтение оказывается амбулаторным методам лечения перед стационарными; рецидивы преимущественно обусловлены эмоциональными нарушениями.

Многие исследователи отмечают трудности в организации и меньшую эффективность в лечении женщин, страдающих алкоголизмом. Женщины гораздо чаще, чем мужчины, госпитализируются как психически больные и дольше находятся в стационарах.

Это связано с более глубокими эмоциональными и невротическими расстройствами, приводящими к «вторичному» алкоголизму.

Социологи, изучавшие проблему алкоголизации женщин, отмечают характерные для большинства из них черты: пьют они в основном водку, чаще всего без какого-либо повода и в совершенно неподходящих местах, не испытывая при этом никаких угрызений совести. Они неискренни, лживы, сексуально распущенны, аморальны и в других отношениях. Их духовные интересы крайне ограничены: нигде не учатся и не повышают квалификацию труда. Если читают, то очень мало, не бывают в театрах, редко ходят в кино. Порок свой, а тем более развивающуюся болезнь скрывают, семейными обязанностями пренебрегают. В пьяном виде женщины бестактны, циничны, легко выходят из равновесия, становятся развязными, агрессивными, теряют стыд. В таком состоянии они не только скандалят, но и являются зачинщицами стычек и потасовок, иногда совершают уголовно наказуемые поступки.

Алкоголизм приводит к преждевременному увяданию женщин: рано стареет кожа, появляются преждевременные глубокие морщины, лицо становится одутловатым, молочные железы — дряблыми, угнетаются функции половых желез. Обычно к 30—35 годам у пьющих женщин нарушается менструальный цикл, еще раньше снижается способность к деторождению.

Вопрос о том, как сказывается потребление матерью алкоголя на физическом и психическом здоровье потомства, настолько серьезен в нравственном, медицинском и социальном плане, что должен рассматриваться как самостоятельная остроактуальная проблема.

Что же касается материальных условий и эмоционального фона жизни детей пьющей матери, то они во много раз хуже, чем в семье, где пьянствует или болен алкоголизмом отец. И это понятно, так как пристрастие женщин к алкоголю приводит к угасанию инстинкта материнства и утрате потребности заботиться о детях. Все эти чувства вытесняются постоянным стремлением добыть спиртное. Семья, в которой у жены возникла болезненная потребность в ежедневной выпивке, распадается в 9 случаях из 10. Возникающее в период отрезвления у некоторых женщин чувство вины перед близкими является дополнительной причиной дискомфорта. Чтобы прервать это состояние, «забыться», женщина снова прибегает к «целительному» действию алкоголя, углубляя болезнь.

Для детей такое поведение матери является крушением мира. Жалость, которую они поначалу испытывают к ней, может перейти и чаще всего переходит в ненависть. У детей из таких семей возникает чувство собственной ущербности. Будучи лишенными счастливого детства, не получив в семье необходимого интеллектуального развития и положительного социального опыта, они уже в подростковом возрасте требуют спиртное, пытаются с его «помо-

щью» хотя бы иллюзорно устранить сформировавшийся комплекс неполноценности. Кончается это, как правило, развитием у детей раннего алкоголизма.

Анализ статистических и социологических данных, отражающих особенности распространения пьянства и алкоголизма среди женщин, свидетельствует о слабой разработанности проблемы, об отсутствии обоснованных рекомендаций по предупреждению и искоренению этого негативного явления. Применяемые на практике меры не всегда учитывают особенности именно женского пьянства и алкоголизма.

В связи с этим целесообразно проводить антиалкогольные пропагандистские мероприятия избирательно, доводя до различных категорий населения, в том числе женщин, характерные особенности действия алкоголя на женский организм. Знакомить их с опасными последствиями, которым подвергают свои семьи женщины, потребляющие алкоголь. Необходимо, чтобы каждая девушка еще до замужества была осведомлена о возможности рождения ребенка с врожденными дефектами, обозначаемыми аббревиатурой АСП (алкогольный синдром плода), по причине его «пьяного зачатия» и пьянства во время беременности.

В целях раннего выявления случаев женского алкоголизма целесообразно расширить круг источников информации, по которым поступают сведения о состоянии этого социального явления. Такими источниками информации могут быть женские консультации, инспекции по делам несовершеннолетних, педагогические формирования по работе в неблагополучных семьях и т. д. Важным источником могли бы стать социологические и социально-гигиенические исследования, направленные на выявление причин и особенностей распространения пьянства среди женщин в конкретных регионах страны.

«Алкогольная фетопатия» — внутриутробное поражение плода

Дети — наш суд на миру, наше зеркало, в котором ум, честность, опрятность нашу — все наголо видать.

В. Астафьев

«Грудной алкоголик» — может ли быть более страшное и такое невероятное словосочетание? Но, как свидетельствуют факты, этим термином народ определил реально существующее бедствие — врожденное заболевание алкоголизмом. В педиатрии это страдание определяется термином «алкогольная фетопатия», что означает внутриутробное поражение плода, при котором к моменту

появления на свет ребенок хронически, подчас почти безнадежно болен.

Ф. Гайдук поведал о таком случае из своей практики: «Рожала женщина, которая, как я узнал позже, была хроническим алкоголиком и употребляла спиртное во время беременности. Родился мальчик. Случайно рядом с лицом новорожденного оказался тампон, смоченный спиртом. Каково же было наше удивление, когда мальчик вдруг всем телом, ручками, губами потянулся к ватке. Как объяснить все происходящее? А дело в том, что еще во время внутриутробного развития у ребенка сформировался синдром похмелья, присущий хроническим алкоголикам»¹.

О высоком риске появления у родителей, употребляющих спиртные напитки, физически и психически неполноценных детей свидетельствуют многочисленные клинические наблюдения. Но когда риск наибольший? Когда пьет отец? Пьет мать? Оба родителя? Во всех трех случаях он достаточно высок. Накопленные наукой данные показывают, что алкоголизм отца обуславливает не столько физическое отставание ребенка, сколько неразвитие его мозга. Не менее тяжелы последствия потребления спиртного беременной женщиной, так как при этом происходит непосредственный контакт развивающегося плода с алкоголем. Снабжение плода всем необходимым для жизни идет через плаценту, которая обладает к тому же защитной функцией, избирательно пропуская одни вещества и задерживая другие. Однако способностью задерживать яды, в том числе и этиловый спирт, плацента не обладает. Алкоголь, принятый беременной женщиной, током крови доставляется в околоплодную жидкость, легко минуя плацентарный барьер. Там он циркулирует около двух часов, отравляя плод.

Последствия алкогольной интоксикации во многом зависят от того, в какой момент развития плод ее испытал. Доказано, что человеческий зародыш наиболее раним в течение первых трех месяцев, когда идет интенсивный процесс закладки важнейших внутренних органов и систем. Недаром в медицине этот период обозначен как «девяносто критических дней». Алкогольное отравление плода на этой стадии приводит к различным аномалиям развития, иначе говоря, к уродствам, недоразвитию или полному отсутствию ног и рук, сращению пальцев, незаращению твердого нёба, порокам развития половых органов...

Следует помнить, что и после первых двенадцати недель беременности плод беззащитен перед алкоголем. Все его органы и системы незрелы. Поэтому обезвреживание токсических веществ идет неполно, а физиологические преграды на пути вредоносных веществ функционально еще неразвиты. В силу этого алкоголь проникает в головной мозг плода в неизмеримо больших количествах,

¹ Гайдук Ф. Первый глоток беды. — Минск, 1985.

чем у взрослого человека. В результате может наблюдаться недоразвитие головного мозга, его водянка, мозговые грыжи... Такие дети если и не погибают в раннем возрасте, то на всю жизнь остаются умственно отсталыми.

По данным английских ученых, у 80% детей, родившихся от пьющих женщин, наблюдается слабоумие, эпилепсия и другие психические заболевания. Неполноценные дети у них рождаются в 3—3,5 раза чаще, чем у непьющих женщин от пьющих мужчин. Когда же алкоголь употребляют оба родителя, опасность появления на свет умственно и физически неполноценного ребенка еще больше.

Многолетние наблюдения, проведенные специалистами Медицинской школы при Бостонском университете, привели их к такому заключению: пока еще ни у одного из пьяниц не родился нормальный ребенок.

Необходимо помнить, что несчастье может принести и единственная в жизни рюмка спиртного, если она выпита непосредственно перед зачатием. В книге «Когда человек себе враг» Г. М. Энтин пишет о том, что даже однократное употребление спиртных напитков может оказать пагубное действие на половую клетку, готовую к оплодотворению, как на мужскую (сперматозоид), так и на женскую (яйцеклетку). Зачатие в тот момент, когда хотя бы один из родителей пьян, может привести к рождению неполноценных детей с различными физическими дефектами. При этом следует учитывать, что алкоголь в зависимости от принятой дозы может удерживаться в организме от 8 до 20 суток.

В 1968 г. была опубликована статья П. Лемуана, в которой впервые были описаны характерные признаки новорожденных при пьяном зачатии или при потреблении матерью алкоголя во время беременности, главным образом в первом триместре. После этого стало возможным говорить о «новом» открытии давно известных фактов. Так мир узнал об АСП — алкогольном синдроме плода. Не прошло и 20 лет после опубликования статьи П. Лемуана как АСП занял первое место среди всех причин умственной отсталости у детей. В 1982 г. он был признан самостоятельной единицей в международной классификации болезней. Сейчас от трех до девяти детей на 1000 рождаются с АСП, причем степень его выраженности зависит от количества употребляемого родителями алкоголя. При этом женщины несут наибольшую ответственность за формирование у ребенка алкогольного синдрома.

Знали ли раньше люди о страшной беде, к которой приводит «пьяное зачатие»? Знали. И боролись. В Древнем Риме казнили тех, кто пил до 30 лет, в Карфагене существовал закон, запрещающий пить вино в те дни, когда исполнялись супружеские обязанности.

Мудрым был свадебный обряд и у наших предков, категорически запрещающий пить спиртное молодым на свадьбе. Так что на заре цивилиза-

ции человечество гораздо активнее боролось за здоровье потомства, нежели в наше время.

Проблема АСП столь серьезна и трагична, что заслуживает более глубокого рассмотрения.

Итак, АСП — это особый тип сочетания врожденных дефектов, связанных с нарушением физического и умственного развития детей, определяемый как алкогольный синдром плода, алкогольная эмбриопатия и эмбриофетопатия, фетальный, или плодный, алкоголизм.

При исследовании частоты АСП в популяции женщин, больных алкоголизмом, установлено, что у 44% их детей определяется только задержка психического развития, а у 32—50% — весь комплекс типичных проявлений АСП. Примерно каждый второй-третий ребенок у больных алкоголизмом женщин имеет признаки алкогольного синдрома.

По данным зарубежных исследователей, АСП — это не только итог алкогольной интоксикации матери в момент зачатия, во время беременности и предшествовавшего этому ее алкоголизма, но плата за алкоголизацию нескольких поколений, приводящая к вырождению потомства. В отечественной научной литературе о влиянии алкоголя на потомство приводятся признаки, по которым уже в первые дни после появления на свет ребенку можно поставить диагноз — АСП. У детей с таким диагнозом наблюдается тремор (дрожание головы, конечностей, языка, недостаточность дыхания, требующая искусственной вентиляции легких, повышенная раздражительность, гиперрефлексия, удлинение желтушного периода, плохой сон, затруднение сосания и глотания, моторная дискоординация, часто — гипотония мышц, судороги и другие отклонения от нормы. Некоторые из этих нарушений являются признаками абстиненции в результате лишения новорожденного алкоголя (в случае, если мать употребляла спиртное весь период беременности). Проявление синдрома лишения как стрессовой реакции значительно усугубляет имеющееся у ребенка поражение нервной системы.

Клинические проявления АСП многообразны. Наиболее типичны следующие: задержка физического развития (80—90%), сопровождающаяся преимущественно отставанием в росте и диспропорциональным снижением развития жировой ткани; гиперактивность (54—56%) и мышечная гипотония (40—42%); дисфункция центральной нервной системы с нарушением умственного развития (93—95%); черепно-лицевые аномалии типа микроцефалии — уменьшенного размера головы (84—88%); короткий разрез глазной щели (92%), уплощенность середины лица: низко сидящая переносица и короткая спинка носа, т. е. короткий широкий вздернутый нос, а также узкая и плоская верхняя губа, маленькая верхняя челюсть, маленький подбородок (41—65%);

узкая красная кайма губ (48—70%); дефекты развития внутренних отделов глаза (49%); эпикантус — складка у внутреннего угла глаза, образованная кожей верхнего века и прикрывающая слезный бугорок, как у представителей монгольской и некоторых негроидных рас (57—67%); птоз — опущение верхнего века (24—48%); косоглазие (10%); расщепление нёба и верхней губы (62—76%); аномалии суставов с ограничением движения (18—41%); пороки развития сердца (30—49%).

Различают три степени врожденного нарушения развития: легкую (I степень), среднюю (II степень) и тяжелую (III степень). У ребенка с АСП III степени обнаруживают практически все признаки, характерные для данной патологии.

По данным зарубежных авторов, заболевание I степени встречается наиболее часто — в 43,7%, II степени — в 33,8%, III степени — в 22,5% всех случаев рождения детей с АСП. Наиболее грубые аномалии развития, например расщепление нёба и верхней губы, встречается в основном при III степени заболевания, тогда как пороки сердца, как и психическая неполноценность, наблюдаются при любой степени тяжести АСП, хотя чаще и более выражено — у детей с тяжелой формой заболевания.

Повреждающее действие этанола на эмбрион связано с тем, что он легко проникает через плацентарный и гематоэнцефалический барьер плода, его содержание в крови матери и плода достигает одинакового уровня.

Анализ литературных данных показывает, что алкогольная интоксикация родителей может влиять на потомство тремя путями: 1) воздействием на половые клетки; 2) воздействием на развивающийся плод; 3) воздействием на постнатальное развитие организма. При столь глубоком разрушающем действии алкоголя на развивающийся организм возможность проведения терапевтических мероприятий в случае алкогольной эмбриопатии весьма ограничена. Поэтому все лечебно-профилактические программы для этого контингента ориентированы прежде всего на раннее выявление таких детей и комплексное проведение психофармакологических и психотерапевтических, социально-терапевтических и медико-педагогических мероприятий.

Особое значение приобретает своевременная целенаправленная антиалкогольная пропаганда среди женского населения. Как показывают исследования, в большинстве стран лишь 5—18% беременных женщин знают об опасности развития АСП при приеме алкоголя. В то же время известно, что даже простая информация о вреде алкоголя для женского организма и потомства оказывается эффективной.

В США была проведена сравнительная оценка результатов потребления спиртных напитков 1529 беременными в 1974—1975 гг. и 1423 в 1980—1981 гг., т. е. спустя 6 лет после объявления в печа-

ти первого сообщения об алкогольном поражении плода. Оказалось, что во втором случае число женщин, употреблявших алкогольные напитки во время беременности, уменьшилось с 81 до 42%.

О преступной неосведомленности в этом вопросе наших соотечественников свидетельствуют результаты опроса 800 молодых мужчин и женщин, проведенного в конце 80-х гг. XX в. «Литературной газетой». Выяснено, что почти для всех «радости любви» были связаны с сильным опьянением и что никто из опрошенных ничего не знал о возможных последствиях «пьяного зачатия». Однако несчастье, случившееся по незнанию, от этого не становится меньшим.

Характерно, что и в годы действия указа по борьбе с пьянством и алкоголизмом (1985—1987 гг.), когда проводилась широкая антиалкогольная пропаганда, многие воспринимали достоверную информацию о вреде алкоголя безотносительно к себе. И в настоящее время при самом доверительном общении с молодежью далеко не всегда удается убедить их в трагических последствиях «пьяного зачатия» и потребления алкоголя во время беременности. Слишком сильно наш народ запрограммирован на «культурное потребление» спиртного, пренебрегая фактами его перерождения в пьянство и алкоголизм.

Женщин, больных алкоголизмом, следует убеждать в необходимости воздержания от беременности до полного выздоровления. В случае наступления беременности у таких больных целесообразно искусственное ее прерывание. Только эта мера может предотвратить рождение детей с АСП. Некоторые авторы (наркологи и психологи) настаивают на том, что хронический алкоголизм женщины необходимо считать показанием к ее стерилизации.

В штате Нью-Йорк за 1984 г. родилось 7024 ребенка с АСП, годовые затраты на медицинское обслуживание этих детей составили 66 млн долларов. Хотя дети с АСП подвержены высокой смертности, уже имеются наблюдения за дожившими до 21 года. Ежегодные затраты на медицинскую помощь одному человеку с АСП в среднем составляют 6223 доллара, следовательно, за 21 год жизни на больного тратится 130 683 доллара. В целом на лечение всех больных с алкогольным синдромом плода в США по минимальным подсчетам, затрачивается 321 млн долларов в год, тогда как на исследование проблем, связанных с АСП, включая разработку ранней диагностики, требуется примерно сотая часть этих затрат.

Сведений о затратах на лечение детей с АСП в России нам найти не удалось.

Завершая откровенный разговор о воздействии алкоголя на человека, необходимо отметить важность самоконтроля по отношению к алкоголепитию.

Алкоголизм в детском, подростковом и юношеском возрасте

Употребление алкоголя в семье, имеющее главным образом характер так называемого культурного питания, — один из важнейших факторов алкогольной преемственности поколений, вовлечения в пьянство детей, подростков, юношества.

Д. В. Колесов

Алкоголизация подрастающего поколения большинством исследователей, рассматривается как существенный индикатор психического здоровья нации.

П. И. Сидоров

В медицинской практике описано немало примеров алкогольного отравления детей после рождения, если мать или кормилица пили вино или пиво с целью «стимуляции» образования грудного молока. У детей при этом возникали судороги, а иногда даже приступы эпилепсии. Известно судебное дело, возбужденное родителями четырехмесячного ребенка против приходящей няни, которая в их отсутствии потчевала своего подопечного вином из бутылочки с соской, чтобы он крепко спал.

Иногда, считая, будто алкоголь усиливает аппетит, родители дают грудному ребенку те или иные спиртные изделия в небольшом количестве. Существует мнение, что это излечивает малокровие, улучшает сон и облегчает прорезывание зубов. В некоторых местностях бытует также опасное представление о том, что употребление небольших доз спиртного в раннем детстве будто бы предотвращает возможность пристрастия к алкоголю в зрелом возрасте. Такие заблуждения и предрассудки приводят зачастую к трагическим последствиям, прежде всего к отравлению ребенка.

Алкогольные отравления составляют примерно 7% всех случаев отравления детей. Минимальную дозу спиртного, вызывающую гибель ребенка, назвать трудно, так как дети пьют его тайком от взрослых. По мнению некоторых врачей, младенец может погибнуть даже от смоченной алкоголем пеленки, в которую он завернут. Описан случай смерти ребенка в возрасте до года в результате трехкратного (за сутки) наложения водочного компресса на грудную клетку при кашле. По мнению фармаколога Н. П. Кравкова, минимальной смертельной дозой для ребенка, не достигшего 10-летнего возраста, можно считать примерно 15 г чистого спирта (2—3 столовые ложки водки). Однако практике известен случай гибели пятилетнего малыша, выпившего 10 г спирта.

Не менее трагично и второе из наиболее частых последствий употребления детьми спиртного — привыкание их к алкоголю, т. е. возникновение наркотической зависимости.

Положительное отношение детей к алкоголю формируется очень рано. Это в определенных условиях может отрицательно повлиять на процесс формирования и развития личности. Маленькие дети, зачастую сидя со взрослыми за одним праздничным столом, могут наблюдать, а нередко и участвовать в застолье. Этот факт свидетельствует о безответственном отношении взрослых к тому, что дети при этом перенимают алкогольные традиции. Мнение, что малыши 2—3 лет мало что понимают и запоминают, — очень опасное, но весьма распространенное заблуждение. Маленькие дети всегда подражают взрослым, и особенно родителям, как самым близким и авторитетным людям.

В семьях, где традиционное употребление спиртного по праздникам и дням рождения еще не перешло в пьянство, дети воспринимают алкогольное застолье как естественное, причем обязательное явление. Об этом свидетельствуют сюжеты детсадовских послепраздничных игр, имитирующих поведение взрослых за праздничным столом. Всегда в группе детей найдется организатор «празднества», объявляющий себя «тамадой», строго соблюдающий «правила» застолья, например такие: «После первой рюмки не закусываем», «Пить надо до дна» и др. Участники игры, вспоминая прошедший праздник в своей семье, делятся друг с другом сведениями о том, какие алкогольные изделия подавались к столу, как и по какой рецептуре можно приготовить самогон или «слезы садовода», сообщают, сколько водки, самогона, чачи или других подобных изделий им предложили попробовать или дали выпить их родители.

Одним словом, программирование уважительного отношения к алкоголю как к обязательному элементу любого праздника начинается с самого раннего возраста.

В процессе детских игр с «алкогольным содержанием» ясно проявляются аспекты оценки детьми роли алкоголя. Им нравятся прежде всего *ритуалы*, связанные с потреблением спиртного, а также его *опьяняющее действие*. Ритуалы формируют у ребенка уважительное отношение к алкоголю как к ценности и ориентируют на его потребление. А опьяняющее действие спиртного воспринимается как положительный факт, дающий повод для необычных форм поведения, непозволительных для трезвого человека. И тот и другой аспекты вызывают повышенный интерес к алкоголю. Таким образом, уже в первые годы жизни у ребенка создается модель будущего алкогольного поведения.

Родителям необходимо помнить об ответственности за антиалкогольное воспитание детей начиная с первых лет их жизни (а в соответствии с современными рекомендациями — даже с эмбрио-

нального периода), не ограничиваясь высказываниями о вреде алкоголя, а демонстрируя преимущества трезвого образа жизни собственным примером. Мировая статистика свидетельствует о прямой зависимости между уровнем потребления алкоголя родителями и злоупотреблениями спиртными изделиями их детей. А ключевым периодом в антиалкогольном воспитании являются младший школьный и особенно подростковый возрасты.

Необходимо знать, что у детей и подростков алкоголизм развивается катастрофически быстро. Если у взрослых людей переход от простого пьянства к алкоголизму в зависимости от интенсивности пьянки занимает от 5 до 10 лет, то формирование хронического алкоголизма у подростка происходит в 3—4 раза быстрее, иногда минуя этап регулярного потребления. И чем молниеноснее развитие алкоголизма, тем необратимее его последствия.

Явление это объясняют так. Мозговая ткань ребенка гораздо богаче водой и беднее белком, чем у взрослого. В воде же алкоголь прекрасно растворяется. Всасывание спирта в организме ребенка тоже происходит быстрее, чем у взрослого. Лишь 7% из всосавшегося алкоголя выводится легкими и почками. Остальные 93%, окисляясь в самом организме, действуют как яд, не встречающий практически никакого противодействия. В детском и подростковом возрасте алкоголь особенно разрушительно влияет на печень, находящуюся в стадии формирования. Токсическое поражение клеток печени приводит к нарушению белкового и углеводного обмена, синтеза витаминов и ферментов; отрицательно реагируют на присутствие в организме алкоголя сердце, легкие, желудок, кроветворные органы, эндокринная и нервная системы. Алкоголь нарушает и функцию почек. Активные клетки почек погибают, следовательно, организм в меньшей степени освобождается от вредных шлаков. Поэтому молодой человек, часто употребляющий спиртное, постоянно находится в состоянии отравления: с одной стороны, сам алкоголь является сильным ядом, а с другой — в тканях всех органов накапливаются необеззараженные вещества, мешающие дальнейшему росту и развитию организма. Алкоголь ослабляет, тормозит и угнетает развитие всех органов и систем. Чем моложе организм, тем губительнее действие на него алкогольного яда. Это определяет высокую смертность среди подростков и юношей, страдающих алкоголизмом.

У здорового ребенка не может быть влечения к алкоголю. Наоборот, вкус и запах спиртных напитков вызывают у него отвращение.

Почему же первоначальное неприятие не исключает повторных выпивок? Что заставляет детей преодолеть в себе отвращение к хмельным напиткам и стать в конце концов рабами алкоголя?

Исследованиями установлено, что подростка влечет не вкус спиртного, а его действие — состояние опьянения. Ведь поначалу степень опьянения у 90% знакомящихся с алкоголем подростков

легкая, с ощущением прилива сил, возникновением чувства довольства, комфорта, повышением настроения. У некоторых опьянение протекает с элементами дурашливости. При такой степени опьянения не бывает выраженной алкогольной интоксикации, потери самоконтроля. За небольшое отклонение в поведении никто не ругает, в таком состоянии подросток не попадает в милицию. У него формируется убеждение, что прием алкоголя — вполне естественное и закономерное явление в жизни. Но потребность в спиртном быстро нарастает, и в неокрепшем физическом организме формируется алкогольная зависимость со всеми ее трагическими последствиями как для самого человека, рано приобщившегося к спиртному, так и для общества в целом.

Каковы же основные побудительные мотивы выпивок несовершеннолетних?

Рассмотрим главные причины ранней алкоголизации подростков, указываемые большинством исследователей этой проблемы.

Социологические исследования подтверждают, что первым фактором, провоцирующим пьянство детей, является *алкогольное окружение*, которое составляют прежде всего пьющие ближайшие родственники: отец, реже мать, иногда оба родителя. К ним могут присоединиться старшие братья или сестры. Отрицательное влияние последних может сказываться и самостоятельно при родителях-трезвенниках. Чаще всего представители старшего поколения в пьющих семьях имеют низкий уровень образования, в основном это неквалифицированные рабочие. Потребление алкоголя в семье не считается злом, поэтому приобщение детей к спиртному не вызывает беспокойства. Тем не менее установлено, что дети из семей, в которых им не запрещалось хмельное, впоследствии прибегают к выпивкам вне семьи в 9 раз чаще по сравнению со сверстниками, которым потребление спиртных напитков было строго запрещено родителями. Даже в том случае, когда сыновья больных алкоголизмом родителей воспитываются с раннего возраста в семьях с трезвыми обычаями, они в 4 раза чаще идут по стопам своих отцов, нежели их сверстники.

Вторая причина пьянства подростков — *усиленные притязания на взрослость*. Потребление алкоголя представляется им символом самостоятельности, мужества, средством самоутверждения. Этому способствует неосведомленность детей и подростков о свойствах алкоголя и трагических последствиях его потребления. А обманчивое удовольствие, испытываемое от первоначально малых доз спиртного, формирует ошибочное представление о благотворном его влиянии на организм и способствует быстрому привыканию к алкоголю.

Привлекательность для подростков спиртного усугубляется популяризацией алкоголепития в кино и телевизионных передачах. Социологи США считают, что для подростков, проводящих до 5 ч у теле-

визора, примеры пьющих кино- и телегероев — наиболее действенная форма вовлечения в пьянство. Подсчитано, что в самых популярных программах, идущих в США с 20 до 23 ч, за каждый час показывают в среднем 7,02 случая употребления алкогольных напитков (безалкогольных только 3,33 случая). При этом положительные герои прикладываются к рюмке в 5 раз чаще отрицательных.

Наши юные телезрители лишь в период действия известных постановлений и указа по борьбе с пьянством и алкоголизмом были в значительной мере избавлены от подобной рекламы потребления спиртного.

Еще одна причина подросткового пьянства — *пример сверстников*. У детей и подростков из неблагополучных (особенно неполных) семей, как правило, не развита культура общения. Отсутствие душевной близости с родителями и контактов с детьми из семей благополучных, некоммуникабельность приводят к поиску «уличной», «дворовой» компании, в которой обязательным элементом общения и времяпрепровождения является выпивка. В такой компании, часто неоднородной по возрасту, пьющие подростки имеют реальные возможности для самоутверждения, проникаются самоуважением, чего не в состоянии добиться ни в семье, ни в школе. Участие в «алкогольной компании», где почти всегда лидируют «заводилы», состоящие на учете в милиции, в инспекции по делам несовершеннолетних, ранее судимые, чревато не только приобщением к алкоголю. Обычно оно связано еще и с выполнением новичком «обязательной программы» — хулиганских действий и других уголовно наказуемых правонарушений. Из-за возникающих в результате этого конфликтов прерывается учеба, без сожаления меняются одно за другим места работы, которая рассматривается теперь лишь как средство получения денег на покупку алкоголя.

Если у сверстников с трезвенническими установками этот период жизни связан с максимальным духовным ростом, с учебными и профессиональными интересами, то у пьющих подростков такие формы деятельности становятся несовместимыми с постоянной и уже непреодолимой потребностью в алкоголе. У них нарушается внимание, память, мышление, падает работоспособность, изменяется обмен веществ, поскольку организм уже не может обходиться без алкоголя. Диагноз состояния — алкоголизм. Избавиться от него самостоятельно подросток не может, необходимо лечение.

В последние годы выявлена еще одна причина влечения подростков к алкоголю. Наблюдается она у детей, о благополучии которых чрезмерно заботятся близкие. Попытки оградить свое чадо от неизбежных забот и обязанностей приводят к формированию у подростка комплекса таких черт характера, как *безволие, зависимость*,

безответственность, неподготовленность к жизни. Внешне это благополучные, тихие, смиренные, легко подчиняющиеся дети и подростки. У них как бы «соглашательский» тип характера, аморфный, без яркой индивидуальности. Нежелание преодолевать возникающие в жизни трудности приводит к поиску легких путей решения проблем, к подчинению дурным влияниям. Потребление спиртного для молодых людей такого склада является наиболее простым и доступным (благодаря материальной обеспеченности родителей), хотя и иллюзорным выходом из трудных ситуаций. Они — продукт среды. В хорошем коллективе они могут стать хорошими людьми, учениками и работниками, а в компании антисоциальных подростков легко спиваются. Их будущее зависит от окружения, в котором им придется жить и работать.

Не все несовершеннолетние, так или иначе вовлекаемые в выпивки, становятся на путь регулярного пьянства. Объясняется это тем, что помимо перечисленных факторов в приобщении к пьянству и в развитии алкоголизма большую роль играют *особенности личности* самого человека. Психологи утверждают, что наибольшая вероятность заболевания алкоголизмом наблюдается у детей с мозговой недостаточностью, выраженной часто в стертой форме и обусловленной различными, в том числе и родовыми, черепно-мозговыми травмами, неблагоприятно протекающей беременностью, задержкой физического и умственного развития, синдромами психической заторможенности или возбуждения, психопатиями.

Сейчас активно изучаются биологические аспекты алкоголизма. Исследуется значение наследственности и особенностей обмена веществ, предрасполагающих к этой болезни. Согласно имеющимся данным, с помощью биологических маркеров можно выделить группы риска, что позволит вести целенаправленную профилактическую работу по отношению к людям с врожденной склонностью к алкоголизму.

Итак, похмельный синдром у подростков формируется спустя 1—3 года после начала систематического пьянства. Последовательность развития этого негативного процесса такова:

I этап — начальная адаптация к спиртному;

II этап — усвоение стереотипов алкогольного поведения;

III этап — формирование психической зависимости от алкоголя;

IV этап — отчетливо выраженная физическая зависимость от алкоголя.

У подростков, страдающих алкоголизмом, спиртное становится необходимым компонентом обменных процессов в организме, именно поэтому при воздержании возникает похмельный синдром. Он проявляется в виде общего недомогания, головных болей, нарушения сна, деятельности сердечно-сосудистой и желудочной систем, пониженного настроения, выраженного желания принять

спиртное. Известны случаи суицида подростков в состоянии похмельного синдрома.

Говоря об особенностях подросткового возраста, нельзя не учитывать и такой важной социально-гигиенической проблемы, как акселерация.

Современные условия жизни оказывают на нервную систему ребенка более интенсивное воздействие, чем полвека назад. Поток информации стал несравненно обильнее, впечатления — разнообразнее и богаче, темп жизни ускорился. Происходит определенное ускорение и психического развития. Вместе с тем у подростков сохраняются детские интересы, эмоциональная неустойчивость, незрелость представлений. Возникает диспропорция между физическим развитием и социальным статусом. При неустойчивой нервной системе, еще не сформировавшихся жизненных взглядах и убеждениях подросток под влиянием алкоголя становится более восприимчивым к воздействию примеров негативного поведения. Ранняя алкоголизация выступает, как правило, индикатором социально-психологической несостоятельности личности, бедности и неразвитости ее нравственно-ценностной сферы, является признаком дефицита социально значимого поведения, носит компенсаторный характер, создавая иллюзию деятельности и эмоциональности.

Употребление спиртного подростками, независимо от дозы, рассматривается как патология, так как в любом случае приводит к алкогольному отравлению. Особенность алкоголизации несовершеннолетних состоит в том, что у них отсутствует этап умеренного употребления. *Любая* принятая *доза* *алкоголя* является для подростка *чрезмерной*, поэтому сам факт ее приема должен рассматриваться как *злоупотребление*. Основанием для такого утверждения является очень часто встречающаяся у подростков тяжелая алкогольная интоксикация с рвотой и потерей сознания. Чтобы не выглядеть в кругу пьющих ребят «белой вороной», многие подростки «тренируют» себя спиртным, убегая при позывах к рвоте подальше от компании (иногда вызывая рвоту искусственно), и, освободившись таким образом от части принятого алкоголя, возвращаются и продолжают пить, надеясь приобрести устойчивость к этому интоксиканту, т. е. «пить как все». При этом степень опьянения несовершеннолетних может достичь такого уровня, когда без медицинской помощи возможен смертельный исход. Но даже если этого не произошло, передозировка алкоголя приводит к амнезии, т. е. потере памяти вследствие повреждения клеток головного мозга. Подросток, придя затем в сознание, в лучшем случае может вспомнить только начало выпивки. Если опьянения такого уровня у подростков неоднократны, а амнезии длительны, то это отрицательно сказывается на психическом состоянии, и прежде всего на уровне интеллекта.

Утрата спасительного рвотного рефлекса, происходящая по мере алкоголизации несовершеннолетних, повышает переносимость спиртного, формируя влечение к нему, причем гораздо быстрее, чем у взрослых. В состоянии опьянения подросток на этой стадии уже не испытывает дискомфорта. Ему, наоборот, очень весело, он весьма активен, готов к «подвигам», ищет «приключений». Но контролировать свое поведение опьяневший подросток не в состоянии. Изменяются интересы и характер. Учащиеся теряют интерес к занятиям, пропускают уроки, грубят учителям и родителям. Любыми способами добывают деньги на выпивку. Отсюда — драки, кражи, грабежи, а затем — беспорядочные половые связи, изнасилования и другие криминальные действия, вплоть до убийств. А так как преступления, совершаемые несовершеннолетними, чаще всего остаются безнаказанными, противоправное поведение подростков не только продолжается, но и усугубляется. Главное: по разным причинам, образ жизни таких подростков для большинства их родителей остается тайной вплоть до задержания юных нарушителей законов работниками правоохранительных органов.

Между началом злоупотребления спиртными изделиями и характером протекания алкоголизма у подростков существует достоверно определяемая связь: чем раньше начинается потребление алкоголя, тем тяжелее протекает заболевание. Самым опасным, безусловно, является *злокачественное (ускоренное)* течение алкоголизма.

Вот как характеризует эту форму алкогольной болезни Д. Д. Еникеева: «Злокачественное течение алкоголизма характеризуется стремительным формированием патологического влечения к алкоголю (в некоторых случаях после одно- двукратного приема спиртного), отсутствием этапов борьбы мотивов “выпить” или “не выпить” (возникшее влечение без раздумий реализуется), изначальным отсутствием количественного контроля (т.е. с самого начала пьющий подросток не контролирует количество потребляемого алкоголя и пьет до состояния тяжелого опьянения) или его ранней утратой, систематическими передозировками и последующими амнезиями, появлением неуправляемого поведения уже на начальной стадии алкоголизма и социальными конфликтами»¹.

Описанная патология характерна для подростков, страдавших еще до начала алкоголизации различными психическими заболеваниями, такими, например, как психопатия, эпилепсия, последствия черепно-мозговых травм и др. Основная черта характера таких детей — неконтролируемое поведение. Их родители, будучи пьющими, а чаще алкоголиками с низким интеллектом, сами при-

¹ Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. — М., 1999. — С. 54.

общают своих отпрысков к спиртному. Они не обременяют себя воспитанием детей, так как и сами пренебрегают общепринятыми правилами поведения, а иногда просто не знают, что таковые существуют.

«Кумиры» подобных подростков — социально неблагополучные взрослые люди, как правило с криминальным прошлым, неумеренно пьющие. Подражание таким людям приводит подростков к деградации и декомпенсации, опережающим по срокам возникновения основные симптомы алкоголизма. Дети прекращают учебу, не могут выполнять даже несложную работу, не требующую квалификации, не удерживаются ни на одном рабочем месте из-за нарушений трудовой дисциплины и систематического пьянства.

При злокачественном варианте подросткового алкоголизма родители вынуждены прибегать к помощи нарколога. Но и на этом этапе подростки с такой формой алкоголизма даже в условиях типового наркологического отделения ведут себя неадекватно: отказываются от лечения или имитируют прием назначаемых лекарств (кладут таблетки за щеку, а затем потихоньку их выплевывают; а иногда, проглотив лекарство, при первой возможности избавляются от него, искусственно вызывая рвоту), не соблюдают режим лечебного учреждения. А главное, при содействии друзей или пьющих родителей подростки продолжают пить, что приводит к алкогольным галлюцинациям, сопровождаемым судорожными припадками.

Как правило, попытки близких избавить подростков от злокачественной алкогольной болезни не дают желаемого результата. Родственники в конце концов не выдерживают их безобразного поведения и непрекращающегося пьянства, предоставляют им полную свободу, фактически отказываясь от них.

Дальнейший сценарий жизни подростков, страдающих злокачественной формой алкоголизма, как правило, весьма однообразен: вначале они попрошайничают, затем начинают воровать и после неоднократных судимостей попадают в колонии для несовершеннолетних, покидая которые пополняют «армию» бомжей.

К счастью, далеко не все подростки обречены на описанный выше образ жизни. Абсолютное большинство детей в нашей стране получает среднее образование, многие — высшее. Каково же их отношение к употреблению спиртного?

Результаты различных исследований позволили выделить семь уровней вовлеченности учащихся старших классов в употребление спиртных изделий.

Нулевой уровень характеризует школьников, не знакомых с опьянением и эйфоризирующим действием спиртного. Алкоголь не употребляется ими либо в соответствии с традициями семьи, либо благодаря личной установке на полную трезвость. Отношение к

спиртным изделиям активно (реже — пассивно) отрицательное. У школьников данной группы выработана личная стратегия поведения, направленная на отказ от употребления алкоголя в любых ситуациях.

I уровень — начальный, характеризуется единичными или очень редкими случаями употребления спиртного. Употребление алкоголя сопровождается комплексом неприятных ощущений как от органолептического действия спиртного (запах, вкус), так и от опьянения, заканчивающегося явлениями астении. Эйфории от употребления этанола обычно не возникает. Переносимость алкоголя низкая. Школьники, относящиеся к этому уровню, к потреблению алкоголя не стремятся. Выпивают только в тех случаях, когда нельзя отказаться. Большинство их близких, знакомых и друзей редко употребляют алкоголь и относятся к нему отрицательно или безразлично. На I уровне вовлеченности в употребление спиртного меры воспитательного и запретительного характера могут привести к прерыванию или полному прекращению алкоголизации.

II уровень — эпизодическое употребление алкоголя, характеризуется знакомством старшеклассников с различными изделиями, содержащими алкоголь. Небольшие дозы спиртного хорошо переносятся, вызывая эйфорию, что придает привлекательность потреблению алкоголя. Но сами учащиеся редко становятся инициаторами выпивок. Мотивы употребления разнообразны: повысить коммуникабельность, поступать «как все», выглядеть более взрослым и самостоятельным.

На этом уровне вовлеченности в употребление спиртных напитков хорошо скоординированные меры воспитательного характера могут приостановить процесс алкоголизации.

III уровень — уровень высокого риска развития алкоголизма, отличается усилением эйфоризирующего, активирующего и релаксирующего действия спиртного. Алкоголь все еще доставляет больше приятных ощущений, чем неприятных. Расширяется число поводов для выпивок, алкоголь употребляется уже более 2 раз в месяц. За алкогольными эксцессами следует утренняя сомато-психическая астения. Отношение к алкоголю активно или пассивно положительное. Формируются товарищеские отношения с выпивающими людьми. Возникают эпизодические конфликты с различными социальными институтами как результат пьянства.

Мотивы употребления: улучшить настроение, повысить тонус или расслабиться, повысить уверенность в себе, весело провести время в компании, временно уйти от реальности.

Учащиеся с III уровнем вовлеченности в употребление алкоголя нуждаются в мерах социального контроля, ограничивающих развитие пьянства. Еще существует вероятность прекратить пьянство на основе убедительного разъяснения реальной опасности развития алкоголизма в ближайшее время. Существенно могут по-

влиять также медицинские и психологические меры воздействия, направленные на профилактику и лечение дисгармонии в формировании характера и личности.

IV уровень — уровень выраженной психической зависимости от алкоголя. Учащиеся сами становятся активными инициаторами выпивок. Отношение к алкоголю безусловно положительное. Частота его потребления — несколько раз в неделю. Влечение к спиртному отмечается не только в вечерние часы, но и в течение всего дня. Алкогольное опьянение превращается в наиболее желанное психическое состояние, а эйфория от спиртного бывает особенно яркой. Алкоголь используется как допинг, как регулятор поведения и настроения. Теряют значение конструктивные, одобряемые обществом мотивы, связанные с обучением, повышением профессионального уровня, интересами семьи, укреплением здоровья, творческими увлечениями. Прерываются контакты с прежними друзьями, а новые знакомства, как правило, обусловлены совместным употреблением алкоголя.

К мотивам употребления спиртного, выявленным для III уровня, добавляется стремление уйти от неприятностей. В той же степени, что и на III уровне, мотивы отказа от алкоголя также не формируются или обусловлены санкциями со стороны социальных институтов.

Характерно, что на IV уровне вовлеченности в употребление алкоголя учащиеся (теперь уже фактически больные) оказывают выраженное сопротивление попыткам ограничить их пьянство. Тем не менее меры запретительного и воспитательного характера еще могут подействовать. Возрастает роль медицинского вмешательства. Лечение у нарколога, постоянный контроль со стороны учебного заведения, семьи как во время активной терапии, так и в последующем оставляют надежды на успешное преодоление алкогольной болезни.

V уровень — уровень физической зависимости от алкоголя. На фоне усиливающейся психической зависимости от алкоголя формируется повышенная переносимость спиртного, подавляется защитная рвотная реакция на его передозировку. Все чаще нарушается память в периоды опьянения. Наблюдаются изменения личности алкогольной природы, происходит десоциализация.

Основным признаком этого уровня вовлеченности в употребление алкоголя является *похмелье*, или *абстинентный синдром*. Он выражается ощущением разбитости, понижением настроения, взрывчатостью, тревогой, обидчивостью. Сомато-вегетативный симптомокомплекс характеризуется головными болями, головокружением, нарушением сна, потливостью, снижением аппетита, утренней тошнотой и рвотой, ознобом, дрожанием пальцев рук или всего тела. Если у взрослых похмелье длится обычно от 2 до 8 сут, то в подростковом возрасте оно короче — от 24 до 36 ч.

Проявления абстинентного синдрома смягчаются новой дозой алкоголя.

Второй существенный признак V уровня вовлеченности в употребление алкоголя — *потеря количественного контроля* в процессе его приема. Примета этого признака состоит в том, что первая доза спиртного уже не вызывает состояние эйфории, а, наоборот, создает ощущение дискомфорта, психического напряжения. Надеясь на то, что дополнительные порции алкоголя устранят неприятное самочувствие, больной принимает новые дозы спиртного до опьянения тяжелой степени, иногда вопреки противодействию со стороны компании.

Мотивы употребления алкоголя на V уровне алкоголизации: устранить плохое самочувствие — следствие предыдущей выпивки, добиться эйфории, устранившись от реальности, повысить свой тонус или расслабиться, весело провести время, забыть неприятности. Мотивы отказа от спиртного обусловлены страхом перед санкциями со стороны социальных институтов, ухудшением здоровья, желанием жить, как «другие люди». Иногда на этой стадии подростки уже понимают болезненный характер своего состояния. Они то ищут помощи, чтобы избавиться от своего пристрастия к хмельному, то оказывают отчаянное сопротивление любым попыткам ограничить их пьянство. Налицо — борьба мотивов. Такие юноши нуждаются в продолжительном лечении и постоянном контроле. Длительные меры запретительного характера и перевоспитание необходимы для поддержания ремиссий, состояний воздержания от алкоголя.

VI уровень вовлеченности в употребление алкоголя — конечный уровень алкогольного распада личности.

Для него характерно нарастание признаков предыдущего этапа алкоголизма и появление новых симптомов. Снижается переносимость спиртных напитков, развивается запойное пьянство, когда спиртное употребляется несколько дней подряд с утра до вечера. Психическая зависимость от алкоголя во многом перекрывается тяжелой физической зависимостью; прежней яркой эйфории от алкоголя не возникает.

Наблюдаются типичные изменения формы опьянения: со сниженным настроением, злобностью, страхами и галлюцинациями. Характерно алкогольное поражение внутренних органов. Нарастают изменения личности, постепенно развивается алкогольное слабоумие.

Мотивы употребления близки к мотивам V уровня вовлеченности: доминирует стремление устранить болезненное состояние, вызванное предыдущим приемом спиртного. А мотивы отказа от его потребления продиктованы желанием поправить расстроенное здоровье, страхом перед санкциями социальных институтов и конфликтом с обществом.

На VI уровне употребления спиртных изделий больные периодически ищут помощи, обращаются за лечением. Но часто прерывают лечение, вновь запивая. Они нуждаются в постоянной и длительной терапии, в продолжительно и постоянно действующих мерах запретительного и перевоспитательного характера.

Согласно данным отечественных исследователей, по выпиваемым дозам спиртного к моменту завершения средней школы юноши и девушки приближаются к средним показателям взрослых, что свидетельствует о высокой степени вовлеченности учащихся в процесс употребления алкоголя.

Изменился ли уровень вовлеченности школьников в употребление алкоголя в период действия указа и постановления о борьбе с пьянством и алкоголизмом?

Исследования авторов, разработавших изложенную выше классификацию степени алкоголизации учащихся старших классов, свидетельствуют: действие антиалкогольного законодательства дало весьма убедительные положительные результаты. Например, среди учащихся восьмых классов тех же школ, обследованных в 1986 г., т.е. после года действия указа, нулевой уровень употребления алкоголя был выявлен у 70% юношей и 81% — у девушек. А II и III уровни вовлеченности потребления алкоголя, не говоря уже о IV, V и VI уровнях, не были выявлены как среди юношей, так и среди девушек. Значительное снижение потребления алкоголя наблюдалось у юношей и девушек девятого классов. Но в среде десятиклассников результаты действия антиалкогольного законодательства не были столь однозначны: несомненно, отрицательно сказывались высокие показатели вовлеченности в потребление алкоголя, имевшие место в предыдущие годы, когда эти юноши и девушки учились в восьмом и девятом классах, т.е. до принятия указа и постановления о борьбе с пьянством и алкоголизмом.

Анализируя особенности развития и распространения пьянства и алкоголизма у несовершеннолетних, следует отметить, что к употреблению алкоголя в наибольшей степени причастны мальчики. Однако в последние годы резко возросли темпы вовлечения в пьянство и девочек. По этой причине в некоторых западных странах соотношение между мужчинами и женщинами, страдающими алкоголизмом в молодом возрасте, в 80-х гг. XX в. снизилось до 3:1 и даже до 2:1 против 10:1 и 9:1 в 1950 г. Это следует учитывать, проводя антиалкогольную воспитательную работу среди подростков и молодежи.

По данным В. С. Братусь и П. И. Сидорова, можно выделить несколько типов приобщения девочек-подростков к алкоголю в зависимости от микросоциального окружения¹.

¹ См.: *Братусь В. С., Сидоров П. И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М., 1984.

Тип первый. Употребление алкоголя в группе лиц мужского пола:

- а) совместная алкоголизация со сверстниками — мальчиками;
- б) употребление алкоголя под влиянием пьющего мужчины. И в том, и в другом случае формируется мужской тип алкоголизации, протекающей злокачественно.

Тип второй имеет два подтипа. В обоих случаях алкоголизация происходит в кругу лиц женского пола.

Подтип 1. Алкоголь в составе слабых спиртных напитков употребляется в кругу сверстниц, в небольших дозах, ситуационно — перед танцами, на дне рождения, при встречах-девичниках и т. д. Степень опьянения — легкая. Проявление симптомов заболевания — замедленное, течение болезни относительно доброкачественное. Больные способны критически оценивать свое состояние.

Подтип 2. Употребление алкоголя под влиянием пьющих женщин. Особенности: употребление крепких спиртных изделий в больших, часто интоксикационных, дозах до выраженной степени опьянения. Заболевание носит злокачественный характер, особенно если партнером девочки-подростка является женщина, больная алкоголизмом. Алкоголизация протекает скрыто, характеризуется запоями, продолжительность которых по мере развития заболевания возрастает. Болезнь часто сопровождается нравственным падением.

Тип третий. Одиночное пьянство девочки-подростка. Наблюдается в основном у людей с психопатическим развитием. Алкоголь потребляется ими в больших дозах до тяжелой степени опьянения. Цель потребления алкоголя: облегчение контактов, корректировка таких черт характера, как застенчивость, нерешительность, ослабление эмоционального воздействия ситуаций, травмирующих психику. Потребление спиртного при одиночном пьянстве очень быстро приобретает постоянный, а затем и запойный характер.

Таков далеко не полный анализ причин и условий возникновения пьянства и развития алкоголизма у подростков. Отмеченный во всем мире рост алкоголизации подрастающего поколения — показатель социального неблагополучия общества. Доказано, что алкоголизм взрослых зарождается в школьном и юношеском возрасте, а каждое взрослое поколение пьющих формирует себе «смену» из молодых. Начиная борьбу с такой порочной преемственностью, необходимо помнить, что предупредительные меры дают наиболее ощутимые результаты. Поэтому борьба с пьянством и алкоголизмом подростков гораздо действеннее борьбы со сформировавшимся алкоголизмом взрослых, хотя значительный успех может быть гарантирован лишь при фронтальном научно обоснованном наступлении на пьянство населения во всех возрастных группах.

Развивающаяся в настоящее время медицинская наркологическая служба не в состоянии решить проблемы пьянства и алко-

лизма, так как имеет дело с конечными результатами алкоголизации людей. Основные же меры социального и воспитательного характера должны быть направлены на профилактическую работу с непьющими и малопьющими.

Самоизбавление от алкоголизма

Бросают пить все, не всем удается это сделать при жизни.

Афоризм, получивший распространение в конце XX в.

Я был нормальным десантным генералом, который мог выпить столько, сколько нужно, и всего, что горит. Но посмотревшись на некоторых представителей политической элиты, это дело прекратил.

Александр Лебедь

Процитированное выше высказывание генерала Лебеда в который раз подтверждает известную многим истину: «Если человек захочет, Бог даст ему силы». Вот почему обязательным условием избавления от наркотической зависимости, в том числе и алкогольной, является прежде всего твердое желание самого человека взять судьбу в свои руки, не позволить «зеленому змию» и любому другому зелью одержать над собой победу.

Один из наиболее известных методов освобождения от алкогольной зависимости был разработан в нашей стране и совершенствовался в процессе его практического применения в период с 50-х по 80-е гг. XX в. Геннадием Андреевичем Шичко — кандидатом биологических наук, научным сотрудником Института экспериментальной медицины Минздрава Российской Федерации.

С 1987 г. метод широко и успешно применяется в России, в бывших республиках СССР, а теперь — государствах СНГ и других странах. В 1990 г. этот гениальный по своей простоте метод демонстрировался в США, вызвав большой интерес друзей американского общества «Анонимных алкоголиков», приезжавших затем в Ленинград для более глубокого его изучения.

Теоретические основы данного метода изложены Геннадием Андреевичем в монографии «Вторая сигнальная система и ее физиологические механизмы» (Ленинград, 1969) и других работах.

Система Шичко — это комплекс средств поддержания и восстановления интегрального здоровья человека. Основу данной системы составляет **метод психологической самокоррекции сознания.**

Он ориентирован на формирование у человека побуждения и потребности вести активную деятельность по восстановлению своего здоровья.

Метод представляет собой новое направление гуманистического психоанализа, получившее свое развитие с конца 60-х гг. XX столетия и обеспечивающее сознательный переход к здоровому образу жизни. Осуществляется этот метод педагогическими средствами в лекционно-просветительской форме и путем самоактуализации личности (т. е. анализа и саморегуляции собственного поведения).

Метод Г.А. Шичко исключает применение каких-либо медицинских средств лечения, в том числе психотерапевтических. В нем не допускается использование различных методик суггестии (внушения) в измененном состоянии сознания (гипноз, самогипноз, медитация, трансовые состояния) и экстрасенсорного воздействия. Метод не имеет побочных отрицательных воздействий на здоровье человека.

Обязательным условием, обеспечивающим успех метода Шичко, является искреннее и твердое желание пьющего или курящего отказаться навсегда от потребления алкоголя или табакокурения. На этом же исходном принципе основан разработанный Г.А. Шичко метод самоизбавления от алкоголизма, описание которого приводится ниже. Но вначале авторское определение сути метода, приведенное им в справочнике «Основная трезвенная терминология»: «Метод самоизбавления от алкоголизма позволяет алкоголику самостоятельно избавиться от употребления алкогольных напитков. Метод предусматривает следующее: написание автобиографии пьющего (анкеты); ведение дневника по установленной форме и критический разбор сделанных в нем записей; изучение направленных научных материалов; критический разбор жизненных ситуаций, художественных произведений, кинофильмов, теле- и радиопередач, затрагивающих проблему пьянства и алкоголизма».

Итак, слово предоставляется Геннадию Андреевичу Шичко.

Метод самоизбавления от алкоголизма Г. А. Шичко

«Широко распространено мнение, будто алкоголики — обреченные люди, которых “исправит только могила”. Такое неправильное мнение сеет пессимизм, бесперспективность среди алкоголиков и их близких, заставляет их смириться с постигшим горем. Алкоголизм — это беда, с которой вполне можно справиться, если разумно и решительно действовать.

Некоторые алкоголики во время первой беседы говорили мне: “Быть трезвенником — значит сгорать со стыда в компаниях и вписаться в число неполноценных мужчин”. Такие заявления

свидетельствуют о деформации сознания их авторов. Периодический прием яда, отравление им себя, уродование души и тела собственными руками и за свои деньги, к тому же немалые, считается нормальным, достойным занятием, а отказ от него — постыдным!

Настоящим полноценным мужчиной, причем по многим показателям, является трезвенник. Алкоголь, как известно, повреждает половые железы, в связи с чем все больше утрачиваются мужские признаки. Вскрытия умерших алкоголиков показали, что только у 2% половые железы были нормальными, у 34% — были повреждены, а у 64% — атрофированы.

Полный отказ от спиртных напитков как бы воскрешает алкоголиков и алкоголичек, их организм быстро залечивает раны и даже лицо преобразуется. Я в течение многих лет не перестаю удивляться быстрому изменению лиц моих подопечных в первые же дни после прекращения пьянства.

Обобщим все сказанное.

1. Возможно полное и стойкое избавление от алкоголизма, в том числе собственными силами.

2. Алкоголики становятся настоящими мужчинами и женщинами только после отказа от употребления спиртного.

3. Трезвость по убеждению — показатель полного избавления от алкоголизма. Она — большое достоинство человека, нужно не стесняться ее, а гордиться ею. Мечтой алкоголика должно быть не умеренное питье, а принципиальная трезвость.

У отдельных алкоголиков после внимательного прочтения этой статьи пропадает потребность в спиртном, однако нельзя считать себя избавленным от беды. Обязательно нужно выполнить все рекомендации.

Питейная запрограммированность — такое нарушение сознания, которое заставляет человека употреблять спиртные напитки, даже если они вызывают отвращение и тяжелые реакции (тошнота, рвота и т.п.). Запрограммированный вынужден выполнять программу, которая сформировалась в его голове под влиянием окружающей среды.

Питейная запрограммированность состоит из настроенности на употребление спиртного и питейного убеждения. Алкогольная настроенность или настройка — план или программа отношения человека к алкогольным напиткам. Одни настроились употреблять спиртное только в торжественных случаях и в малых дозах, другие — в праздники и в дни получек и т.п. Многие алкоголики пьют при всяком благоприятном для этого случае, причем часть из них поглощает суррогаты спиртного. Содержание настроенности со временем обычно изменяется, но суть остается постоянной — решение употреблять алкоголь. Некоторые алкоголики по собственной инициативе или под воздействием со стороны подавляют установ-

ку на питье и в то же время настраиваются на временную или пожизненную трезвость. Это помогает прекратить пьянство.

Питейное убеждение — уверенность человека в том, что алкоголепитие представляет собой естественное, оправданное и даже неизбежное в нашей жизни занятие. Оно как бы принуждает человека пить спиртное, угощать им других и добровольно заниматься проалкогольной пропагандой и агитацией. Суть питейного убеждения состоит в оправдании употребления алкоголя.

Питейно запрограммированный — верующий, но в отличие от религиозного он верит не в мифические сверхъестественные силы, а в мифические свойства спиртных напитков. Верующие в бога религиозно запрограммированы, что же касается христиан, то они, кроме того, и питейно запрограммированы. Исключение составляют члены трезвеннических сект. В прошлом церковь играла ведущую роль по питейному программированию российского населения. Она оправдывает, поддерживает и распространяет умеренное алкоголепотребление.

Потребность в спиртном, алкогольная настроенность и питейное убеждение так взаимосвязаны, что изменение одного вызывает соответственные изменения остальных признаков. Легко удастся угасить потребность, труднее избавиться от алкогольной настройки, еще труднее — от питейного убеждения. Именно последнее является ведущим признаком алкоголизма. Достаточно выработать у человека четкое трезвенное убеждение, чтобы он прекратил пьянство, даже если при этом придется перенести тяжелейшие абстинентные муки. Хорошо известно, что во имя убеждений люди шли на костер, на казнь.

Питейное убеждение, в отличие от трезвенного, также абсурдно, и пока алкоголик обладает им, он будет употреблять спиртное. Чем бы и как бы ни лечили его, сколько бы ни жил трезво, если не избавился от питейного убеждения, не может считаться полностью освободившимся от пьянства. Важнейшие задачи самоизбавления от алкоголизма — уничтожение питейного убеждения и выработка трезвенного. Для этого требуется серьезно заняться своим сознанием, освободить его от ложных взглядов, представлений и понятий и насытить правдой о спиртных напитках и последствиях их поглощения. Это благородное, ценное и необходимое занятие. Как проводить его, рассказывается ниже.

Порядок действий по самоизбавлению от алкоголизма:

1. Каждый легко может поставить себе диагноз алкоголизма. Если вы употребляете спиртное, считайте себя питейно запрограммированным. Если у вас периодически появляется желание выпить, причем воздержание от спиртного вызывает думы о нем, раздражительность, плохое самочувствие — вы имеете потребность в алкоголе. Считайте себя алкоголиком. Этот диагноз не могут изменить успешная трудовая деятельность, благополучие в се-

мье, отличное вождение автомобиля. Имеются другие признаки алкоголизма, о них сообщается во многих противоалкогольных брошюрах и статьях. Важно придерживаться такого правила: лучше поставить себе более мрачный диагноз, чем более светлый в сравнении с истинным. Следует открыто смотреть правде в глаза и, обнаружив у себя алкоголизм, все возможное сделать для избавления от него. Успех в этом направлении явится долговременным источником радости, и не только для себя. Мне вспоминается один творческий работник, в прошлом матерый алкоголик, поглощавший разные суррогаты и перенесший белую горячку. Восемь лет назад он первый раз переступил порог моего кабинета и с тех пор ни разу даже не пригубил спиртное. Факт его трезвой жизни до сих пор является источником радости для бывшего алкоголика, его жены, родителей, друзей и для меня. Я считаю этого человека большим нравственным героем, совершившим подвиг, и, будь моя воля, таким людям вручал бы высокие награды. Они, независимо от бывлых пьяных походов, как граждане представляют несомненно большую ценность, чем так называемые культурно пьющие. Вот и вы, уважаемый читатель, став жертвой алкоголизма, имеете реальную возможность совершить большой моральный подвиг и тем принести много доброго себе, собственной семье, друзьям и обществу, можете доказать, что являетесь мужественным, решительным человеком, достойным гражданином. Не нужно откладывать на будущее начало борьбы за новую жизнь.

2. Данную статью следует внимательно прочесть с некоторыми перерывами 2—3 раза для того, чтобы правильно понять ее содержание и запомнить важные факты и положения. В дальнейшем важно периодически вдумчиво перечитывать статью.

3. Желательно сфотографироваться до начала курса самоизбавления, затем примерно на 10, 30 и 100-й дни трезвой жизни. Если находитесь в запое, тем более сфотографируйтесь. С получением второго фотоснимка следует периодически внимательно рассматривать карточки, сравнивать их.

4. Описание своей жизни (аутоанамнез) начинайте с реакций на первые выпивки. Важно подробно осветить процесс развития алкоголизма, перенесенные страдания и неприятности, горе семьи, ухудшение здоровья, материальные потери. Периодически (раз в 3—5 дней) нужно вдумчиво прочитывать аутоанамнез, дополнять его. Выгодно обсудить свое жизнеописание с близкими людьми, совместно критически разобрать его, внести уточнения. Написание аутоанамнеза у некоторых подавляет потребность в спиртном.

5. Ведение дневника следует начать с момента принятия решения о применении метода самоизбавления. В нем отражать: свое самочувствие, отношение к спиртному, встречи с собутыльниками-

ми, свои решения, планы, изменения взглядов и т.п. Дневник надлежит периодически внимательно прочитывать.

6. Между людьми существуют огромные различия по многим признакам. Об этом свидетельствует, например, следующий факт. Алкоголикам известен препарат тетурам, который прописывается с целью вызвать непереносимость спиртного. При определенной концентрации тетурама в крови небольшая порция спиртного одних убивает, другим приносит тяжелейшие муки, третьим — умеренные, на четвертых действует обычно, а пятым доставляет удовольствие. Для успешного самоизбавления от алкоголизма необходимо, хотя бы в общем виде, соблюдать принцип сингулизма, требующий учета индивидуальных особенностей. Важнейшая особенность людей — настраиваемость или сосредоточиваемость. Между настраиваемостью, внушаемостью и гипнабельностью существует прямая связь. Распространено мнение, будто алкоголики отличаются высокими гипнабельностью и внушаемостью. Это ошибка, в связи с чем не следует уповать на “лечение гипнозом” или самогипнозом. Людей, обладающих хорошей подверженностью гипнозу, мало.

В небольшой книге не место описывать методики выявления настраиваемости, поэтому ограничусь освещением простого приема. Нужно сесть у стола, иметь в поле зрения часы с секундной стрелкой, положить руки на ноги, отвлечься от постороннего и сосредоточенно три раза подумать о том, что левую руку не удастся поднять в течение одной минуты, спокойно посидеть секунд десять, засечь время и попытаться поднять эту руку. Так проделать трижды, лучше с паузами в несколько минут. Невозможность подъема руки говорит о хорошей внушаемости, подъем руки с задержкой и затруднениями указывает на среднюю внушаемость, а отсутствие эффекта — на слабую.

7. В зависимости от результатов обследования составляются тексты самовоздействий, предназначенные для подавления потребности в спиртном и для переделки алкогольной настройки в трезвенную. Обладающие хорошей внушаемостью составляют тексты в форме внушений или приказов себе. В текст, направленный на подавление потребности, следует включить примерно такое самовнушение: “Теперь мой организм не переносит запаха и вкуса спиртных напитков, при попадании алкоголя в рот, тем более в желудок, сразу же будут появляться отвратительный вкус во рту, обильное слюноотечение, тошнота, рвота, плохое общее самочувствие и настроение. Никакого желания пить спиртное у меня нет и никогда не будет. Оно мне противно, мысль о нем неприятна”. В текст по настройке на трезвость рекомендую включить примерно такие фразы: “Настройка на употребление спиртных напитков, стихийно сложившаяся в моей голове, отныне исчезает, я уничтожаю эту вредную, позорную, навязанную мне настройку. Теперь у меня вы-

рабатывается полезная естественная и сознательно избранная мною настройка на трезвость. Никогда и никакие алкогольные напитки употреблять не буду, они не нужны мне, я их ненавижу. Я рад, очень рад, что наконец-то возвращаюсь к здоровой полноценной и приятной жизни, жизни без алкогольной отравы”.

Обладающие средней настраиваемостью должны в текст включить наряду с самовнушением не меньше самоубеждений, а слабо — преимущественно самоубеждения.

8. Нет необходимости переносить абстинентные страдания, тем более что их можно легко избежать путем подавления потребности в спиртном. Нужно утром и вечером внимательно прочитывать соответствующий текст до тех пор, пока не появится твердая и обоснованная уверенность в стойком подавлении потребности. Если в силу каких-то особых причин этого добиться не удастся, то совету обратиться к наркологу за помощью.

Давно известно, что сытость препятствует появлению желания выпить, а голод содействует. В связи с этим на первых порах важно чаще принимать пищу, если же вдруг начнет пробуждаться потребность в спиртном, нужно сразу же хорошо поесть.

9. Для переделки алкогольной настройки в трезвенную нужно утром и вечером вдумчиво прочитывать соответствующий текст, причем по мере надобности совершенствовать его. Желательно при всяком удобном случае мысленно настраивать себя на трезвость. Если трудно принять решение на пожизненный отказ от спиртного, можно ограничиться каким-то сроком (месяц, полгода, год), но с приближением его устанавливать новый. Лучше брать письменное обязательство на отказ от спиртного и периодически перечитывать его. Во время советского трезвенного движения (1928—1932 гг.) многие алкоголики публично брали на себя обязательства, некоторые сдавали их редакциям для печати. Это помогало им стойко блюсти трезвость.

10—15 пункты предусматривают разрушение питейного и выработку трезвенного убеждений.

Для размышления можно взять такие темы: 1) “Что хорошее и что плохое дало мне алкоголепитие?”; 2) “Что хорошее и что плохое принесло алкоголепитие моей семье?”; 3) “Моя будущая жизнь без спиртного”.

Обязательно следует читать противоалкогольные материалы.

Читать противоалкогольную литературу следует критически, поскольку в некоторых публикациях допускается пропаганда алкоголепития, искажение фактов.

Сочинения можно писать по прочитанным работам и на житейские темы, например, на тему: “Мое самочувствие после прекращения пьянства”.

16. Для самозащиты от пьющих, особенно бывших собутыльников, выгодно создать союз из двух или нескольких человек. Цель

союза: взаимная поддержка и выручка, обмен интересными противоалкогольными сведениями, совместная борьба за трезвость. (Спаивание, как правило, происходит в неофициальных союзах и обществах любителей спиртного.) Трезвенный союз можно организовать из сослуживцев, бывших собутыльников, в том числе из членов своей семьи.

17. Выгодно подобрать себе полезное увлечение (музыка, самодеятельность, спорт и т. п.). Это будет содействовать быстрому возрождению.

18. Спиртные напитки пагубно влияют на все органы и ткани, поэтому алкоголики страдают разными заболеваниями. Следует вскоре после перехода к трезвой жизни пройти в поликлинике обследование и начать необходимое лечение.

Метод самоизбавления принесет пользу всем, кто им воспользуется, но объем его будет различным. Если однократное применение метода не приведет к стойкому избавлению от алкоголизма, нужно повторно воспользоваться им, но на этот раз важно по возможности полнее учесть свои индивидуальные особенности».

НАРКОТИКИ И НАРКОМАНИЯ

Терминология наркотизма

Когда говорят: «Запретный плод сладок», этим выражают лишь половину истины. Вкушение запретного плода всегда приводит к возмездию.

Ю. Орлов

Весь мир ведет борьбу с наркобизнесом, стараясь прежде всего ограничить доступность наркотиков. Производство, хранение и торговлю наркотиками во всех странах относят к уголовным преступлениям. В большинстве государств, в том числе и в России, имеются специальные подразделения по борьбе с наркобизнесом. Однако опыт показывает, что одними законами и запретами решить эту проблему нельзя, поскольку не учитывается следующее. Во-первых, пока на наркотики существует спрос, всегда находятся поставщики, предлагающие это зелье. Но если научить людей обходиться без одурманивающих средств, само по себе исчезнет и их немедицинское потребление. Во-вторых, нельзя не учитывать, что наркотики не могут исчезнуть навсегда, так как они довольно широко используются в медицине как обезболивающее средство и как препараты для лечения тяжелых психических заболеваний. Следовательно, нужно научить людей жить в мире, где есть наркотики, но не употреблять их. А для этого необходима всеобщая грамотность (своего рода «ликбез») в области наркологии.

В связи с этим целесообразно разобраться в терминологии, используемой при исследовании этой проблемы с целью диагностирования степени наркотизации отдельных групп населения, предвидения последствий этой беды и определения наиболее эффективных способов ее предупреждения.

Начнем с того, что наркотические средства законно могут применяться только по назначению врача при соответствующих медицинских показаниях и в соответствующих дозах. **Остальные варианты использования этих препаратов (т. е. их немедицинское употребление) относятся к категории злоупотреблений**, поскольку являются нарушением морально-этических норм страны, гражданином которой является данный субъект.

Наркотики (от греческого *narke* — оцепенение; *narkotikos* — приводящий в оцепенение) — это сильнодействующие природные (в основном растительные), а также синтетические вещества, парализующие деятельность центральной нервной системы, вызывающие искусственный сон, иногда — неадекватное поведение и галлюцинации, а при передозировке — потерю сознания и смерть.

Понятие «наркотик», или «наркотическое средство», определяется тремя взаимосвязанными критериями — медицинским, социальным и юридическим.

Медицинский — если соответствующее вещество (средство, лекарственная форма) оказывает такое специфическое действие на центральную нервную систему (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.), которое является причиной его немедицинского применения.

Социальный — если это немедицинское применение принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость.

Юридический — если, исходя из двух первых предпосылок, соответствующая инстанция (в нашей стране — это Министерство здравоохранения РФ) признала это средство наркотическим и включила в список наркотических средств.

В правовом отношении средство признается наркотическим только при наличии этих трех критериев. Юридический аспект определяет меру общественной опасности, связанной с приемом этих средств.

На международном уровне отнесение средств к наркотическим является прерогативой Организации Объединенных Наций. А на национальном — органа, уполномоченного национальным правительством. В нашей стране к наркотикам относятся вещества, которые входят в список, утвержденный Министерством здравоохранения СССР (а теперь РФ). Список периодически пересматривается. Например, химически обработанный эфедрин, употребляемый наркоманами, введен в список наркотиков недавно, хотя злоупотребления эфедрином отмечались более 30 лет назад, но тогда это средство не считалось наркотическим.

Согласно определению, предложенному ВОЗ, **наркоман** — это человек, у которого в связи с приемом наркотиков возникает состояние периодической или постоянной интоксикации (отравления), представляющее опасность для него самого и окружающих; который ввиду нарастающей толерантности (устойчивости к наркотику) постоянно повышает дозу вводимого вещества для получения желаемого эффекта; у которого наблюдается выраженная психическая или физическая зависимость от вводимого препарата, что проявляется в непреодолимом (компульсивном) влечении к наркотику и заставляет добиваться его приобретения любыми путями.

Наркомания (от греческого *narke* — оцепенение и *mania* — безумие, восторженность, страсть) — это болезнь, которая проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома лишения — абстиненции — в случае прекращения их приема.

Диагноз «наркомания» устанавливается только при развитии специфического комплекса клинических признаков заболевания, которые отражают динамику развития наркоманической зависимости. Развитие наркомании происходит в три стадии. Повторный, а иногда и однократный прием наркотика в некоторых случаях формирует признаки **первой стадии наркомании** — *индивидуальную психическую зависимость*.

Психическая зависимость — болезненное стремление принимать препарат, с тем чтобы испытать определенные ощущения или снять явления психического дискомфорта. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков. Ее признаки: ясно выраженное постоянное желание продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями; тенденция увеличивать дозу приема, обнаруживая рост устойчивости; возникновение индивидуальных и социальных проблем. Перерыв в употреблении наркотика вызывает чувство тревоги и напряжения, но нет тяжелого физического дискомфорта. Внешние проявления сформировавшейся психической зависимости: создание соответствующего круга общения с людьми, злоупотребляющими наркотиками; начало употребления наркотического средства в одиночку и поиск заменителей в случае его отсутствия.

Субъективные проявления первой стадии зависимости: постоянное стремление к повторному употреблению интоксиканта, нарушение сна, снижение настроения, раздражительность, неспособность сконцентрировать внимание, депрессия, угасание рефлексов (например, рвотного при чрезмерной дозировке). Начиная с первой стадии и на всем протяжении болезни растет толерантность к наркотику, а следовательно, требуется непрерывное увеличение принимаемой дозы для достижения ожидаемого состояния. В некоторых случаях проявляется социальная дезадаптация.

Вторая стадия — *физическая зависимость* характеризуется непреодолимым, т.е. компульсивным, влечением к наркотику, потерей контроля за принимаемой дозой, физическим комфортом в состоянии интоксикации и проявлением синдрома лишения, т.е. абстинентного синдрома, в случае прекращения приема наркотического средства.

Прием наркотиков наркоманом с длительным стажем осуществляется не столько для эйфоризации, сколько для выравнивания своего физического состояния при синдроме лишения (отнятия) наркотика, т.е. абстиненции. Синдром отмены проявляется

обычно через 12—48 ч после прекращения приема наркотика. Состояние абстиненции (называемое ломкой при опиийной наркомании) доставляет наркоману физические страдания: сильнейшие спазмы внутренних органов и мышц, нарушение функций желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, слюнотечение, повышенную секрецию желез. Такие явления сопровождаются и психическими симптомами: бессонницей, подавленностью, разбитостью, чувством тревоги и страха, приступами истерии, психомоторным возбуждением. Все помыслы человека в состоянии абстиненции направлены только на одно — во что бы то ни стало, любой ценой найти и ввести себе определенную дозу наркотика, быстро снимающего страшные симптомы абстиненции. Как показывает практика, наркоманы самостоятельно, без помощи врача, не в состоянии преодолеть этот синдром.

Синдром лишения у опиатчиков или морфинистов бывает настолько тяжелым, что без новой дозы или медицинской помощи он иногда заканчивается смертью больного.

Особенностью абстинентного синдрома у подростков является выраженное психопатоподобное поведение и склонность к скрытой абстиненции. Их постабстинентное состояние проявляется в истерии, вялости, раздражительности, утомляемости, склонности к временному раскаянию и самообвинению.

На формирование симптомов абстиненции оказывает влияние фармакологический характер наркотического вещества, что имеет большое дифференциально-диагностическое значение.

Самым болезненным проявлением физической зависимости является ломка. Но при употреблении некоторых наркотиков ее не бывает. Поэтому многие наркологи убеждены, что психическая зависимость, сопутствующая любой форме наркозависимости, — основное препятствие в преодолении наркомании. Об этом свидетельствуют многочисленные случаи возвращения к наркотикам даже тех лиц, кто сумел (или был вынужден) их бросить, пройти ломку и много лет воздерживаться от приема наркотиков. От физической зависимости они освободились, а психическая зависимость, по-видимому, стала для них пожизненной.

Третья стадия развития наркомании — *синдром измененной реактивности* — отражает наиболее глубокую перестройку организма при хронической интоксикации, максимально возросшую толерантность, многократно превышающую физиологические возможности обычного человека, снижение защитных реакций, изменение формы потребления наркотика и формы опьянения. Возникает истощение всех систем организма, возможна полинаркомания. В подростковом возрасте развитие наркомании обычно не успевает достичь третьей стадии.

Вопрос о причинах возникновения у человека *фармакологической зависимости* при потреблении наркотических средств и

служивает отдельного рассмотрения. Краткий ответ на этот вопрос таков: фармакологическая зависимость у наркомана формируется из-за включения употребляемого им наркотического средства в систему метаболизма (обмена веществ), что обусловлено биохимическим сродством наркотика с определенными метаболитами (промежуточными продуктами обмена веществ). Дело в том, что наркотики (или их ближайшие аналоги) содержатся не только в растениях, но и — самое главное! — вырабатываются нашим организмом. Они необходимы для тонкой нейрогормональной регуляции основных жизненных функций. Так, например, в наркотиках эйфорического действия содержатся вещества, по структуре приближающиеся к *индолу*. А в нашем организме индол входит во многие соединения, используемые в работе нервных клеток. Это родство навело ученых на мысль о химической мимикрии. «Подделываясь» под индолные соединения, наркотики проникают через оболочки тех нервных клеток, возбуждение которых вызывает у человека состояние блаженства.

Однако за вторжение наркотиков в организм с целью получения иллюзорного удовольствия, не имеющего ничего общего с эмоциями, возникающими в обычном, нормальном состоянии, человеку приходится расплачиваться.

Когда наркотики вводятся извне, организм, стремясь сохранить присущий ему оптимальный уровень саморегуляции, прекращает внутреннее производство собственных наркотических продуктов до тех пор, пока их аналоги, введенные в составе наркотического средства, не будут выведены из организма естественным путем. Так, к примеру, происходит при использовании наркотиков из группы опиатов с целью обезболивания при хирургических операциях.

Если же введение наркотических средств извне становится регулярным, их эндогенное, т.е. внутреннее, производство постепенно подавляется, иногда полностью. Организм воспринимает это как острое (а затем и хроническое) голодание, т.е. испытывает дефицит определенных нейрогормональных компонентов, необходимых для нормального функционирования. Механизм этого процесса рассмотрим на примере морфина и морфиноподобных веществ.

По своей структуре опиаты близки к находящимся в организме естественным биоорганическим соединениям, так называемым опиоидным пептидам мозга — *эндорфинам* и *энкефалинам*, являющимся межклеточными и межклеточными регуляторами нервных процессов. Эти вещества так же, как и морфин могут притуплять чувство боли и давать другие эффекты. Однако количество их в организме очень невелико, и при выходе из «депо» они быстро разрушаются специальными ферментами.

При первых приемах морфина и морфиноподобных веществ они остаются в организме довольно долгое время, но при повторных приемах значительно активизируются ферменты, разрушающие эти наркотики. Поэтому для получения желаемого эффекта приходится повышать их дозы. При медицинском применении с целью обезболивания дозы морфина не превышают определенного предела. Кроме того, морфиноподобные препараты чередуются с другими обезболивающими средствами, что помогает избежать привыкания, т.е. возникновения зависимости от препарата.

Наркоман же применяет наркотик не для обезболивания, а для наркотического опьянения. Для этого, как уже было сказано, необходимо постоянно повышать дозу предпочитаемого зелья.

На примере потребления опиатов наиболее ярко просматриваются все аспекты взаимодействия между человеком и наркотиком: и эйфория, и толерантность, и абстиненция. Эйфория привлекает, растущая толерантность заставляет увеличивать дозы. Углубляя и закрепляя связь с интоксикантом, абстиненция жестоко карает за попытки расстаться с ним.

Вопрос о том, с чего начинается зависимость от наркотика, относится к числу наиболее трудных. По мнению большинства наркологов, первым признаком зарождающейся зависимости является возникновение потребности увеличить дозу наркотика.

Необходимо помнить, что различия между группами наркотиков очень велики. Нельзя свойства одних веществ переносить на вещества других типов.

Токсикомания — это злоупотребление теми веществами, которые не входят в список наркотиков, но в большинстве случаев обуславливают те же изменения в организме, что и наркотики, т.е. вызывают привыкание, повышают толерантность и формируют зависимость (психическую и физическую). Но степень проявления зависимости и измененной реактивности при токсикомании меньше, чем при наркомании.

Токсикоманическими средствами являются транквилизаторы (мепробамат, седуксен, тазепам, элениум, реланиум, раделорм и др.); снотворные (производные фенobarбитала); стимуляторы (сиднокарб, кофеин, эфедрин и др.); корректоры (паркопан, циклодол). К веществам, вызывающим токсикоманию, относятся также анальгин, амидопирин, димедрол и др. Среди токсикоманических средств — различные нелекарственные вещества, применяемые в быту и на производстве. Это в основном летучие ароматические вещества: бензин, ацетон, пятновыводители, некоторые виды клея, всевозможные растворители, очистители, нитрокраски, лаки и другие жидкости, выпускаемые промышленностью.

Если в целом наркомания характерна для молодых людей в возрасте до 30 лет (на 80%), то в еще большей мере это относится к потреблению токсических веществ.

Толерантность (лат. *tolerantia* — терпение) означает терпимость, выносливость, формирующуюся в процессе привыкания и адаптации организма к конкретному интоксиканту при регулярном его употреблении. Наиболее высокий уровень толерантности развивается при регулярном употреблении опиатов. Опиатчики со стажем вводят себе внутривенно в сутки до 30—50 ампул препаратов этой группы. Пятьдесят стандартных ампул содержат 0,5 г наркотика — это смертельная доза для человека, не потребляющего наркотика.

Явление толерантности называют еще «феноменом митрида-тизма», суть которого в следующем.

Потребители наркотиков и токсикоманических средств выделяются наркологами в отдельную группу. К ним относят людей, эпизодически рискующих своим здоровьем и безопасностью окружающих, но неспособных отказаться (отучиться) от вредной привычки без лечения — усилием воли или в результате воспитательных мер. В отношении наркоманов и токсикоманов применяют меры социальные, юридические и медицинские. Эпизодическое употребление подростками наркотических и токсикоманических средств, обусловленное моральной неустойчивостью, дефектами воспитания, низкой культурой, социальной незрелостью потребителей, но не ставшее еще их заболеванием, требует прежде всего мер воспитательного характера и административного воздействия.

Полинаркомания — это заболевание, возникшее в связи со злоупотреблением двумя и более лекарственными или иными веществами, отнесенными к наркотикам.

Диагноз «полинаркомания» устанавливается при сочетании употребления двух или более препаратов (одновременно или путем последовательного их чередования) при условии возникновения наркотической зависимости к обоим веществам. При «осложненной наркомании» кроме основного наркотического средства применяется другое лекарственное средство или вещество, не отнесенное к наркотическим. Примером может служить опионо-циклодоловая наркомания, относящаяся к числу наиболее распространенных. Диагноз формулируется так: «морфинная наркомания, осложненная циклодоловой токсикоманией» (по международной классификации ставятся два соответствующих шифра).

Политоксикомания — злоупотребление двумя или более психоактивными веществами, не отнесенными к наркотикам. Например, одновременно или в определенной последовательности принимаются эфедрин и транквилизаторы или чифир и элениум. Диагноз формулируется соответствующим образом, с двумя шифрами по международной классификации.

При сочетании наркомании или токсикомании с алкоголем диагностируются два заболевания. Частое сочетание — барбитура-

ты и алкоголь. Это объясняется тем, что алкоголь, угнетающий кору головного мозга, обладает синергизмом с барбитуратами, угнетающими подкорковые центры с последующей иррадиацией¹ торможения на кору. Многие алкоголики пытаются купировать приемом снотворного расстройство сна, возникающее в период запоя. Принимая каждый раз возрастающие дозы снотворных, они привыкают к ним. Морфинисты также принимают снотворные для преодоления бессонницы при вынужденном снижении доз наркотика.

Злоупотребление опиатами в сочетании с барбитуратами обуславливают наибольшую тяжесть абстиненции. Суицидальные сдвиги также часты при опионо-барбитуровых комбинациях у больных, злоупотребляющих кокаином и ноксироном.

При полинаркоманиях и политоксикоманиях значительно быстрее и четче формируются личностные изменения, включающие психопатоподобные нарушения, утрату морально-этических норм поведения, нарушение трудоспособности, социальную деградацию.

Наркотизм — термин, используемый для характеристики наркомания как негативного социального явления.

В чем же конкретно состоит негативизм наркомании?

Прежде всего в том, что, независимо от возраста и пола, наркоман (токсикоман) — это больной человек. Болезнь отрицательно сказывается на внешнем виде наркомана, вызывает преждевременное старение, резко сокращает продолжительность жизни. Наркоманиям и токсикоманиям сопутствуют различные болезни сердца, легких, желудка, печени, почек, заболевание кожи, эндокринной и половой систем, психические расстройства. К числу медицинских осложнений, значительно ухудшающих показатели здоровья наркоманов, относятся: деградация личности, иногда слабоумие, инфекционные заболевания, в частности гепатиты (воспалительные процессы в печени) и септицемия (септическое заражение крови). Характерные для наркоманов (токсикоманов) изменения в составе крови свидетельствуют о снижении иммунозащитных способностей организма, поэтому больные наркоманией и токсикоманией рассматриваются как потенциальные переносчики СПИДа. Уже на первых этапах систематического употребления наркотиков или других одурманивающих средств нарушаются все виды обмена — белковый, жировой, углеводный. А в сочетании со снижением иммунитета любая форма патологии внутренних органов и нервной системы принимает затяжной и прогрессирующий характер.

Такова реакция организма на столь глубокое вмешательство в его деятельность — ежедневное введение наркотических ядов или других одурманивающих веществ в дозах, которые нередко в де-

¹ *Иррадиация* — испускание лучей.

сятки, а то и сотни раз превышают смертельные для нормального человека. Закономерно, что смертность больных наркоманиями, по данным исследований, в 26 раз выше, чем у лиц того же возраста, не употребляющих наркотики. Высокая смертность наркоманов и токсикоманов помимо сопутствующих заболеваний, связанных с потреблением интоксикантов, обусловлена их передозировкой, а также частыми самоубийствами. Согласно имеющимся в литературе данным, частота суицидных попыток у больных наркоманией и токсикоманией значительно выше, чем у больных алкоголизмом, которые пытаются уйти из жизни в 7—40% случаев. Высока смертность наркоманов (токсикоманов) от несчастных случаев на производстве, на транспорте, в быту.

Разные виды наркомании протекают по-разному, но есть одно общее: на определенном этапе недуга возникает патология, называемая «отключение тормозов», — таков официальный медицинский термин. Под действием наркотиков отключаются, не срабатывают даже безусловные, т.е. врожденные, рефлексy.

Таким образом, разные виды наркомании имеют как специфические, так и общие черты. Но в любом случае наркоман перестает быть полноценным членом общества. Наркоман — социально опасный тип. Он способен совершить тяжкие преступления, свести счеты с собственной жизнью. Все его мысли и действия направлены к одной цели: любой ценой добыть наркотическое вещество, а деньги за него приходится платить немалые.

Уже при употреблении человеком первых небольших порций интоксикантов начинается нравственная деградация. С увеличением доз наркотических и токсических средств их потребители проявляют стойкое нежелание трудиться. Ослабевает воля, меняется в худшую сторону характер, гибнут способности к творчеству, снижается уровень профессионализма. Пристрастие к наркотикам лишает человека возможности творчески расти, совершенствоваться, толкает его на обочину жизни. Из числа наркоманов (токсикоманов) появляются тунеядцы, лица, занимающиеся попрошайничеством, бродяжничеством.

Наркомании и токсикомании наносят большой экономический ущерб государству и обществу. У наркоманов низкая производительность труда, часты случаи прогулов и опозданий на работу, по их вине выпускается некачественная продукция, происходит порча и уничтожение оборудования. Значительны расходы на оплату больничных листов, на лечение травм и болезней.

Злоупотребление интоксикантами наносит ущерб семейным отношениям, крайне отрицательно сказывается на воспитании и здоровье детей. В таких семьях снижается рождаемость, а в числе родившихся велик процент дефективных детей. Даже в случае потребления родителями так называемых «легких» наркотиков, по-

лучаемых из индийской конопли (содержащей наркотик каннабинол), дети рождаются неполноценными.

Наличие пристрастия к одурманивающему зелью у одного из родителей является мотивом для расторжения брака, лишения родительских прав из-за ущербного воспитания детей, приводящего к тяжелым стойким нарушениям психики ребенка, умственного и духовного формирования его личности и социального поведения. Наркоманы (токсикоманы) разлагающе действуют на окружающих их людей. Один наркоман, «ищущий попутчиков в ад», если он не изолирован, способен привлечь к потреблению интоксикантов 10—15 человек.

Практически с самого начала употребления наркотических средств человек является потенциальным правонарушителем. Это прежде всего связано с необходимостью приобретения наркотиков. Для удовлетворения своей всеразрушающей страсти наркоман, не раздумывая, идет на любое правонарушение. Выборочные данные, полученные В.И. Омиговым, свидетельствуют о том, что около 2/3 несовершеннолетних наркоманов становятся со временем преступниками. В большинстве своем это мальчики, но в последнее время увеличилось и число наркоманок-девочек.

В 80-е гг. XX в. собственно наркотические вещества подростки употребляли крайне редко, главным образом потому, что не имели ни средств, ни большого опыта их приобретения. Поэтому преимущественное распространение в их среде получила так называемая вульгарная наркомания или токсикомания, столь же опасная как для здоровья, так и для жизни.

О динамике развития этой формы социального недуга свидетельствуют такие данные. В 1984 г. в общем количестве потребляемых наркотиков самодельные токсические средства (продукты переработки различных препаратов, производимых промышленностью в медицинских целях) составляли примерно 2%, в 1986 г. — 12—16, а в 1987 г. их количество превышало 30%.

Этому явлению сопутствовал бурный рост «нюхачества», история возникновения которого в нашей стране связана с деревообработкой, выполняемой подростками в воспитательно-трудовых колониях. Механизм действия на организм используемых для нюхания химических растворителей, лаков, красок, клеев и других интоксикантов изучен слабо. Известно, что продолжительное вдыхание некоторых из этих веществ может вызывать красочные галлюцинации, а при передозировках — устрашающие видения, спасаясь от которых «нюхальщик» может, например, выпрыгнуть в окно. Летучие интоксиканты, не вызывая похмелья и страшных героиновых ломок, тем не менее разрушают нервную систему, вызывают в ряде случаев внезапное и необратимое слабоумие, а также (довольно часто) — отравления со смертельным исходом.

В последние десятилетия токсикомания среди молодежи (особенно подростков) распространяется во всем мире. По данным исследований 1980 г., проведенных в США, количество молодых людей, потреблявших вдыхаемые вещества, достигло 7 млн. Среди подростков 12—17 лет таких было около 10%, молодых людей от 18 до 25 лет — 16% и в возрасте 26—30 лет — менее 4%.

В отличие от остальных «драгов» (так по-английски называют не только вещества, оказывающие одурманивающее действие, но и любое лекарство), доступ к таким эрзац-наркотикам практически свободный. Кроме того, против их потребителей нельзя использовать антинаркотическое законодательство, поскольку эти токсические средства не входят в утвержденный Конвенцией ООН список наркотиков. И еще одна особенность таких интоксикантов: как среди взрослых, так и среди подростков их основные потребители — представители кругов явно антиобщественной направленности.

* * *

Специфические особенности действия на организм различных наркотиков и психоактивных веществ необходимо знать не только для оказания помощи страдающим наркоманией, но и для разработки программ профилактики этой социальной болезни. Незнание истины об особенностях наркотической интоксикации организма долгое время обеспечивало нам душевный комфорт. Но кончилось, как и следовало ожидать, тяжелым прозрением.

Необходимо, чтобы родители и педагоги располагали сведениями о свойствах и последствиях немедицинского использования наркотиков и других психоактивных веществ, чтобы предупредить или вовремя остановить потребление детьми любых интоксикантов.

Классификация наркотических средств и психотропных веществ. Особенности их действия на организм

На первый взгляд, основные проявления наркоманий (токсикоманий) имеют много общего. Например, каждый из интоксикантов разрушает организм и в короткие сроки приводит их потребителей к трагическим последствиям. Общее также в том, что на первых порах прием наркотиков создает иллюзию освобождения от земных трудностей и проблем, оттого и появляется у слабовольного человека желание вновь и вновь пережить «блаженство», достигающееся ему «даром», без затрат собственной энергии, без борьбы и труда.

В то же время каждое наркотическое средство отличается существенными, свойственными только ему особенностями воздействия

на организм человека в зависимости от биохимической природы активного начала в составе конкретного наркотика.

Именно специфика воздействия различных интоксикантов на организм человека положена в основу Международной классификации наркотиков и психотропных веществ. В соответствии с этим документом, различают следующие их группы:

- препараты опия;
- снотворные и седативные средства;
- кокаин;
- препараты индийской конопли;
- психостимуляторы;
- галлюциногены.

Ознакомимся с видами наркотических средств, входящих в каждую из указанных групп, с особенностями воздействия их на организм человека, вовлечения его в пагубную зависимость, а также с последствиями приема наркотиков, специфичными для каждой группы.

Опийная наркомания (опиизм) развивается при наркотизации такими веществами, как опий-сырец и все его производные: опиаты (естественный продукт), а также полусинтетические и синтетические препараты и лекарственные средства с подобным действием (героин, морфин, промедол, омнопон, дионин, кодеин, фентанил, фенадон, метадон, пентазоцин и др.).

Некоторые из перечисленных средств производятся государственной фармацевтической промышленностью, так как используются в медицине в качестве эффективного обезболивающего препарата при онкологических заболеваниях. Опиийная настойка применяется в хирургии после операций на кишечнике с целью снижения интенсивности кишечной перистальтики.

В немедицинских целях опиаты (в частности, героин) употребляют путем внутривенных или подкожных инъекций, иногда вдыхают. Млечный сок, полученный из незрелых головок мака в виде водной вытяжки, вводят внутривенно.

Особенности опийного опьянения: ощущение ленивого довольства (особенно у подростков), телесный и душевный комфорт, грезоподобные фантазии, сценарии исполнения желаний. Сознание остается непомятым, ориентация в окружающем пространстве сохраняется. Привыкание к препаратам этой группы происходит очень быстро. В числе психических нарушений — глубокая депрессия, приступы отчаяния, чередующиеся с очень тяжелым психомоторным возбуждением, сопровождающимся суицидальными попытками как демонстративного характера, так и тяжелейшими формами реального суицида.

Объективные признаки опьянения опиатами: бледность и сухость кожи, низкое артериальное давление, суженные, почти точечные зрачки, не реагирующие на свет (миоз).

Начинающий опиоман малоподвижен, не реагирует на внешние раздражители, сидит молча, предаваясь своим мечтам и фантазиям. У него отсутствует аппетит, его не преследует жажда; он проявляет полное равнодушие к сексу, испытывает только покой и желание остаться наедине со своими ощущениями.

Но поведение опийного наркомана со стажем совершенно иное: ускоренное мышление сочетается с благодушным настроением и быстрой речью.

Следующая фаза опийной интоксикации — вялость, сонливость, двух-трехчасовой неглубокий чуткий сон с пробуждением от самых незначительных раздражителей. На следующем этапе (проявляющемся не у всех) возникает беспокойство, тоска, иногда рвота, головокружение, подергивание век, языка и рук.

При *передозировке* опиатов (особенно частой при приеме героина) сознание полностью утрачивается, сон переходит в коматозное состояние, больной имеет вид глубоко спящего, но разбудить его невозможно. Узкие зрачки совершенно не реагируют на свет. Нарушается дыхание вплоть до паралича дыхательного центра, завершающегося смертельным исходом. Частые передозировки при героиновой наркомании обусловлены незначительным количественным расхождением между наркотической и смертельной дозами этого интоксиканта.

Снотворные и седативные средства, вызывающие зависимость:

барбитураты — этаминал-натрий (нембутал), барбамил (амитал-натрий), барбитал-натрий, эстимал, мединал, гексобарбитал, веронал (барбитал), люминал (фенобарбитал), фанодорм (циклобарбитал) и др.;

ноксирон — производное пиридинового основания;

транквилизаторы (психотропные вещества, уменьшающие чувство напряжения, тревоги, страха) — седуксен (синонимы — сибазон, реланиум, диазепам), элениум, феназепам, тазепам (нозепам), а также транквилизаторы других химических групп — триоксазин, мепробамат и др.;

снотворное бензодеазипинового ряда — радедорм.

Чаще всего злоупотребляют такими снотворными средствами и транквилизаторами, как нембутал, седуксен, зуноктин, мепробамат.

Наркотическая зависимость от барбитуратов называется *барбитуроманией* или *барбитуровой наркоманией*. Зависимость от других средств этой группы — *токсикоманией снотворными или седативными средствами*.

Транквилизаторы и снотворные средства часто принимают большие дозы для усиления алкогольного опьянения, а страдающие другими формами наркоманий и токсикоманий — для облегчения абстиненции из-за невозможности достать предпочитаемый наркотик. Учитывая, что некоторые препараты этой груп-

пы свободно продаются в наших аптеках без рецепта, в том числе и больным алкоголизмом, нетрудно предугадать последствия: у алкоголика быстро развивается зависимость по типу политоксикомании. Это вызывает серьезное беспокойство у психиатров, настаивающих на прекращении бесконтрольного отпуска населению снотворных и успокаивающих препаратов. Доказано, что даже непродолжительный регулярный прием этих средств чреват ухудшением памяти, снижением интеллекта и концентрации внимания. Успокаивающие и снотворные препараты снижают быстроту реакции на внешние раздражители. Наиболее характерным последствием приема успокаивающих и снотворных — транспортные происшествия, гибель людей, особенно подростков, при переходе улиц, в метро на эскалаторе, за рулем мотоцикла и в других ситуациях.

Объективные признаки, сопутствующие приему барбитуратов: расширенные зрачки, покраснение лица и верхней части туловища, резкая мышечная слабость. Последнее вынуждает вводить наркотик лежа во избежание падения. На следующем этапе наблюдается повышенная двигательная активность, сопровождаемая ничем не обоснованным весельем. Опьяненный не способен критически оценить свое поведение, речь его бессвязна, он как бы оглушен и не понимает смысла обращенных к нему вопросов.

Барбитуровая интоксикация у подростков приводит к искажению восприятия ими окружающего. Это одна из причин того, что в компаниях барбитуроманов часто случаются драки. Возникают ничем не обоснованные случаи агрессии по отношению к посторонним людям.

В состоянии опьянения барбитуратами движения больного размашисты и несогласованны. При ходьбе человек пошатывается, у него подгибаются колени. Речь — как у основательно выпившего спиртное.

Проявление опьянения снотворными и седативными средствами во многом схоже с алкогольным опьянением, но проходит гораздо тяжелее, особенно в части координации движений и мышления.

Школьный врач может отличить у подростка опьянение снотворными от алкогольного опьянения по *следующим признакам*: расширенные зрачки, слабая их реакция на свет; качательные движения глазных яблок при крайнем их отведении в сторону; сероватый оттенок кожи, покрытой сальным налетом и пораженной гнойничковыми высыпаниями; коричневый плотный налет на спинке языка; редкий пульс и, соответственно, низкое артериальное давление (при алкогольном опьянении наблюдается повышенное артериальное давление и частый пульс); снижение температуры тела на 0,5—1 °С ниже нормы (при опьянении алкоголем обычно наблюдается повышенная температура тела).

Если педагоги заметят учащегося, находящегося в состоянии, напоминающем опьянение, но без характерного запаха спирта, необходимо немедленно обследовать его у нарколога, так как промедление опасно для жизни подростка.

Третья фаза опьянения барбитуратами — тяжелый глубокий сон в течение 3—4 ч и последующее пробуждение (четвертая фаза) с ощущением вялости, разбитости, отупения, с головной болью и неспособностью сосредоточиться. Характерными признаками этой фазы являются также мышечная слабость, тошнота и рвота. Прием горячей воды может вызвать повторное опьянение за счет активизации ранее принятой дозы барбитуратов.

Барбитуромания опасна тем, что на определенном этапе утрачивается контроль за количеством принимаемого препарата, а *передозировки* очень часто заканчиваются смертью (если не оказана срочная реанимационная помощь). Причина в том, что смертельные дозы барбитуратов для больных барбитуроманией и здоровых людей, не злоупотребляющих этими препаратами, различаются незначительно.

Транквилизаторы по своему действию на организм менее опасны, чем барбитураты. При их употреблении дольше не развивается физическая зависимость. Но психические осложнения при регулярном приеме транквилизаторов проявляются уже на первой стадии, особенно в процессе интеллектуальной деятельности, а также если работа требует точности, согласованности действий и быстроты движений. Транквилизаторы стимулируют эмоциональные расстройства, усиливают озлобленность, конфликтность, агрессивность поведения. Физическая зависимость от транквилизаторов, выражающаяся тяжело протекающей абстиненцией, представляет смертельную опасность, поэтому требуется своевременная госпитализация и квалифицированная помощь больному.

Злоупотребление транквилизаторами, несмотря на то что у них более высокий терапевтический индекс (т.е. значительна разница между комфортной и смертельной дозами), не исключает *передозировок*, особенно на начальных этапах, когда наркоман еще не определил степень переносимости препарата. Передозировки случаются и на более поздних стадиях токсикомании транквилизаторами, так как в состоянии опьянения (как при алкоголизме и барбитуромании) теряется контроль за количеством принятого препарата. Но опасность смертельного исхода возникает лишь в случае принятия очень большого количества препарата, превышающего в 30—40 раз терапевтические дозы. Это один из факторов, объясняющих предпочтение, оказываемое наркоманами в последние годы транквилизаторам по сравнению с барбитуратами.

Кокаин — это алкалоид, содержащийся в листьях тропического растения кокаиновый куст. По фармакологическому воздействию на организм кокаин может быть отнесен к группе стимуляторов,

оказывающих одновременно эйфорическое действие. Выделение кокаина в отдельную группу наркотиков (в соответствии с Международной классификацией) обусловлено особенно широким его распространением, возможностью употребления путем вдыхания, а также тем, что каждая последующая доза принятого кокаинового порошка усиливает эйфорический эффект.

Прием кокаина вызывает возбуждение, затем угнетение центральной нервной системы, подавляет чувствительность нервных окончаний, поэтому может использоваться как местное обезболивающее средство. При частом употреблении в качестве наркотического вещества приводит к кокаинизму.

Вдыхание порошка кокаина создает ощущение благополучия, возбуждает, бодрит, стимулирует прилив сил, повышает самоуверенность, веселит, подавляет ощущение голода и усталости, активизирует сексуальную функцию. В результате паралича окончаний нервов снижается чувствительность слизистых оболочек в местах их соприкосновения с кокаином. После окончания действия наркотика паралич самоустраняется, а ощущения голода и усталости не только восстанавливаются, но и возрастают. Поэтому возникает потребность в приеме новой порции кокаина, обеспечивающей повторное появление приятных зрительных, слуховых и осязательных ощущений.

Время приятного воздействия порции кокаина не превышает 25—40 мин. Возрастание повторно принимаемых доз кокаина вызывает привыкание и толерантность к наркотику в течение нескольких суток и приводит к полному изнеможению наркомана, его нервному истощению, бессоннице, подавленности.

Воздержание при кокаинизме сопровождается менее мучительной ломкой, чем у морфинистов. Но симптомы отчуждения проявляются четко: бессонница, крайняя усталость, нервозность, подавленность, мания преследования, отсутствие аппетита. У мужчин к этому времени формируется импотенция.

Предпочтение кокаину отдают богатые наркоманы из-за того, что отравление им наступает не сразу, а лишь при длительном употреблении. Привлекает и то, что не надо вводить его внутривенно, приводя в негодность кровеносные сосуды. Даже втягивать в себя дурно пахнущий дым, как при гашишизме, тоже не нужно. Вдохнул в себя немного «серебристой пыли» — порошка кокаина — и получил желаемое состояние: после первых доз — легкое головокружение и незначительную боль в голове, которые вскоре сменяются повышенной интеллектуальной активностью и приятным самоощущением.

Особенности действия кокаина: возникновение графомании — пишутся письма, заявления с неоднократно повторяющимися пространственными рассуждениями. Возбуждение, продолжающееся около двух часов, сменяется упадком сил, апатией, подав-

ленным состоянием. Появляются иллюзии и галлюцинации, нередко сопровождающиеся страхом. По мере привыкания к кокаину снижается память. Характер наркомана изменяется, приобретая такие черты, как черствость, мнительность, подозрительность и, главное, — эгоизм.

Внешние признаки кокаиниста: зрачки расширяются, их реакция на свет вялая, глаза приобретают своеобразный блеск, аппетит снижается. Кожа становится бледной, мышцы — дряблыми. Некоторым представляется, что под кожей у них заложены кристаллы кокаина или что там ползают черви, жуки, пауки, клопы.

Постоянный прием кокаина приводит к полному физическому истощению организма, сердечно-сосудистым нарушениям, снижению иммунитета, а в результате возникает повышенная предрасположенность к инфекционным заболеваниям, в том числе гепатиту, заражению крови; часты тромбозы вен. Для нюхальщиков кокаина характерно разрушение носовой перегородки с последующим западением спинки носа. При длительном употреблении кокаина после приема дозы больным кажется, что их в пустой комнате окружают звери (чаще всего мелкие животные — мыши, крысы и т.д.), люди, которые строят им зловещие рожи, угрожают. Возникают также слуховые галлюцинации комментирующего, осуждающего характера в виде монологов и диалогов. В диалогах одни голоса их ругают, оскорбляют, другие — жалеют, защищают. Больным кажется, что они попали в сферу действия потусторонних сил, электромагнитного поля, космического излучения. И выхода нет.

Нередки случаи смерти кокаиниста от острой сердечной недостаточности или из-за передозировки, в состоянии психоза, в результате суицида.

В середине 80-х гг. в США появился новый супернаркотик под названием «крэк», представляющий собой кокаин, особым способом очищенный до кристаллизованной формы, устойчивой к нагреванию. Из-за высокого эйфоризирующего действия крэка достаточно однократного приема, чтобы пристраститься к этому наркотику навсегда. Его курят, делают инъекции. Наркофирмы Америки используют этот наркотик для массовой наркотизации детей как наиболее «эффективный» и дешевый. По циничному признанию одного из торговцев крэком, школьники «до обеденного перерыва расхватывают все запасы».

Внутривенное введение крэка чревато теми же последствиями, что и при внутривенном введении других наркотиков: чаще всего это сывороточный гепатит В, тромбоз вен и заражение крови, включая ее ВИЧ-инфицирование.

Наступление и скорость развития абстинентного синдрома в значительной степени зависит от способа употребления крэка: быст-

рее его симптомы проявляются при внутривенном введении интоксиканта.

Состояние абстиненции у наркоманов, употребляющих крэк, может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель, в течение которых у них наблюдается вялость, повышенная утомляемость, чувство тревоги и вины, беспомощность, осознание собственной никчемности и безнадежности.

По общему признанию, рекордсменами по наркотизации крэком являются жители городских районов США, населенных латиноамериканцами и неграми. Этому соответствует и самый высокий уровень совершаемых там преступлений.

Российские подростки и молодежь, за редким исключением, препараты кокаина не используют из-за недоступности их по цене.

Препараты индийской конопли. Основное наркотическое вещество конопли — *каннабинол*. Всего же в конопле содержится более 60 наркотических веществ — каннабиноидов, подобных каннабинолу.

Каннабинол¹ открыт в 1945 г. химиком Леви и представляет собой препарат, вызывающий нарушение психической деятельности.

Из пестиковых цветков конопли готовят смолообразный сушеный препарат *гашиш* (в нем 8—12% каннабинола). На Востоке гашиш называют «банг». В нашей стране у гашиша другие названия: «анаша», «план», «чернушка», «дурь». Это вещество светло-серого или серого цвета, имеющее вид однородной массы или крошек.

А из сушеных верхушек конопли — с цветами, верхними листьями и плодами (округлые орешки диаметром 1,5—2 мм) — получают коричневую массу, похожую на молотую сухую траву или специи. Это — *марихуана*. Она содержит 1—5% каннабинола, поэтому ее наркотическое действие гораздо слабее, чем действие гашиша. В лексиконе наркоманов марихуана — это «травка», «тучка», «клевер», «Мэри Джейн».

Как гашиш, так и марихуану курят, смешивая с табаком и набивая этой смесью папиросу или курительную трубку. Марихуану иногда заваривают и используют в виде напитка. А чистую смолу — банг — жуют, курят в кальянах.

Наибольшее распространение гашишизм получил в местах выращивания конопли, особенно в мусульманских странах. Обычно это объясняют полным запрещением на их территории потребления алкоголя в соответствии с законами шариата. Отечественные наркоманы предпочитают курение травки и анаши.

Препараты конопли по популярности занимают второе место в мире среди других интоксикантов, уступая только алкоголю. В США

¹ Полное название каннабинола — 1-гидрокси-6,6,9-триметил-3-пентилбензопиран (тетрагидроканнабинол).

60 % всех преступлений совершается в состоянии опьянения марихуаной.

Особенностью каннабиноидов является их способность соединяться с жирами. Это облегчает проникновение наркотика в клетки мозга сквозь их липидосодержащие оболочки. В результате каннабиноиды накапливаются и долго сохраняются в клетках мозга, их оболочках и в межклетниках. Этим объясняется тот факт, что продукты распада каннабиноидов выводятся из организма гораздо медленнее, чем продукты распада других наркотиков. На удаление из организма одной дозы каннабиса могут потребоваться недели. А если очередные дозы вводятся без учета этой особенности, в организме происходит кумуляция (накопление) наркотика: каннабиноиды концентрируются в сером веществе мозга, особенно в лобных и верхних участках коры, а также в сером веществе гиппокампа¹, отвечающего за формирование кратковременной памяти. Неудивительно, что потребителю препаратов конопли трудно вспомнить, где он находится, чем только что занимался, а тем более — что ел и пил вчера. Нарушая функционирование нервной системы в целом, каннабиноиды снижают дееспособность человека. Особенности их действия, вызывающего ложные ощущения, создают риск развития шизофрении, отрицательно влияют на половую сферу: нарушается менструальный цикл у женщин, угнетается образование сперматозоидов, задерживается рост бороды у мальчиков. Каннабис стимулирует преждевременные роды и выкидыши. Но даже если роды были своевременными, из организма матери каннабиноиды передаются через плаценту будущему ребенку, а через молоко — грудным детям, повреждая их нервную систему и формируя склонность к наркомании в будущем.

Особенности действия препаратов из конопли: первые пробы вызывают дрожь, озноб (перемежающиеся приливами крови к лицу), ощущение горечи во рту, тошноту, иногда сопровождаемую рвотой. Через некоторое время возникает сухость слизистых оболочек, чувство жажды, сильного голода, перерастающего в спазмы желудка, и лишь затем по всему телу разливается тепло, нарастает состояние легкости, невесомости. Появляется желание прыгать, танцевать, неудержимо смеяться. Малейшее движение, изменение позы вызывают приступы смеха. Ускоряется темп мышления, мысли текут чередой, быстро сменяя друг друга, а часто — наплывая одна на другую. Слова не выражают четких мыслей. Курильщик теряет контакт с окружающими. Ему кажется странным, что они не разделяют его веселья, появляется раздражительность, злобность. На этом фоне рождаются фантазии и иллюзии.

¹ *Гиппокамп* — извилина полушария головного мозга, расположенная в основании височной доли; участвует в эмоциональных реакциях организма и механизмах памяти.

Окружающий мир окрашивается в яркие цвета, звуки становятся гулкими, громкими, иногда приобретая звучание «эха».

Как гашиш, так и марихуана в основном воздействуют на сферу восприятия, затрагивая и слух, и обоняние, и осязание, и вкус, но больше всего — зрение. В зависимости от дозы, окружающей обстановки, настроения у наркомана происходят самые разнообразные искажения восприятия. Вслед за возникающими на первых порах экзальтацией и чувством безопасности следует стадия угнетения: окружающий мир изменяется, краски тускнеют, исчезают иллюзии, гаснут фантазии, затормаживается мышление. Появляются бредовые идеи преследования, вызывающие страх, настроение ухудшается.

Отрицательные эмоции проявляются тем сильнее, чем больше было нарушено душевное равновесие человека до приема наркотика. Все усиливающееся беспокойство переходит в панику. В таком состоянии наркоман может совершить убийство или самоубийство.

Когда действие наркотика ослабевает (а оно продолжается не более 8—10 ч), нарастают вялость, сонливость, упадок сил. При систематическом приеме препаратов каннабиса человек тупеет, становится ко всему безразличным, инертным, превращаясь в немогущую марионетку-автомат с помраченным разумом.

Но даже на ранних стадиях потребления, возбуждая воображение, наркотики этой группы снижают способность к строгим логическим операциям, поскольку искажаются восприятие действительности, в том числе восприятие времени. Неадекватность восприятия ведет к авариям, трагическим происшествиям, гибели людей. При длительном употреблении препаратов конопли человеку угрожают психозы — так называемый апатоабулический синдром. В таком состоянии наркоман способен на непредсказуемые поступки, вплоть до покушения на жизнь человека, самоубийство, изнасилование, поджоги, кражи и т.д. Весьма велико отрицательное воздействие наркотических производных конопли и на потомство.

Содержание некоторых канцерогенных компонентов в дыме марихуаны и гашиша, на 70% выше, чем в табачном дыме, а это, как известно, фактор риска онкологического поражения легких.

К сведению родителей и педагогов: наиболее заметными внешними отличительными признаками опьянения подростков препаратами конопли (с которых чаще всего начинается приобщение к наркотикам) являются *покраснение глаз, расширение зрачков и беспричинный громкий смех.*

Американские исследователи в результате многолетних наблюдений за курильщиками марихуаны обнаружили у них такие *психологические и поведенческие особенности*, как неуверенность в себе, непоследовательность, нарушение памяти, апатия, отсутствие честолюбивых устремлений. Комплекс этих симптомов специалисты

обозначили как «синдром амотивации» и доказали, что человеку с таким диагнозом нельзя доверять работу, неточное выполнение которой может привести к катастрофе.

Приведенные факты опровергают мнение о «безвредности» группы наркотиков из конопли, относимых к категории «легких» и свободно реализуемых в некоторых странах в качестве препарата, не вызывающего зависимости, хотя и формирующего привычку. Исследованиями последних лет установлено, что дым, образующийся в процессе курения марихуаны или гашиша, оседает и накапливается в тканях мозга, вызывая изменения в нервных клетках. Это стимулирует постоянное увеличение доз каннабинола или применение более сильных наркотиков. Поэтому наркотики этой группы называют «входными», «открывающими ворота» для потребления «тяжелых» наркопрепаратов, вызывающих не только химическую, но и физическую зависимость.

Психостимуляторы — группа наркотиков-стимуляторов, формирующих наркоманическую зависимость при их употреблении. К числу наиболее известных из них помимо кокаина относят эфедрин (из которого кустарным путем получают эфедрон), первитин (метедрин), амфетамин (бензедрин, фенамин), прелюдин (грацидин), экстази (МДМА — метиллендиоксиметиламфетамин), а также кофеин (в случае чифиризма и кофеинизма), который не признан Конвенцией ООН в качестве наркотического средства, хотя может вызывать зависимость при определенных условиях.

В группе психостимуляторов представлены препараты растительного происхождения, а также полученные на основе химического синтеза. Последние преобладают. Прием психостимуляторов на первой стадии вызывает прилив энергии, сил, повышение активности (в том числе половой), усиление интеллектуальной продуктивности, устраняет чувство усталости, создает ощущение ясности ума. Однако их систематический прием приводит к негативным последствиям: расстройству сна и аппетита, переутомлению, глубокой усталости.

У подростков, потребляющих стимуляторы, отмечается гневливость, чрезмерная возбудимость, приводящая к состоянию бурного аффекта, а также агрессивность, ведущая к делинквентному поведению. При эфедроновом опьянении добавляется суетливость, болтливость, агрессивность, которая может быть спровоцирована окружающими.

Особенности опьянения стимуляторами состоят в следующем.

Длительность наркотического опьянения, т.е. интоксикации, присущей первой и второй фазам, колеблется в пределах 1—6 ч в зависимости от стажа потребления наркотика и способа его введения.

Эйфория, возникающая независимо от способа приема стимуляторов, выражается в любви ко всем людям, приятных ощущениях и легкости во всем теле, концентрации внимания на этих ощущениях, обездвиженности.

Объективные симптомы: бледность кожи, сохраняющаяся на протяжении всех фаз наркотизации; широкие зрачки; сухие, постоянно облизуемые губы; огрубение голоса; блестящий, словно лакированный язык ярко-малинового цвета; повышенное давление, частый пульс; повышенные сухожильные рефлексы.

С наступлением третьей фазы интоксикации обостряется ясность сознания и четкость восприятия событий и окружающего; характерно быстрое переключение с одной мысли на другую; наряду с еще продолжающейся эйфорией иногда возникают чувства тревоги и страха; возрастает действие различных раздражителей, в частности, музыка усиливает восприятие цвета.

Объективные признаки третьей фазы интоксикации: необычайная подвижность, не имеющая смысла суетливость, резкие движения, выдающие нарушение их координации; следы инъекций на венах. Все это должно насторожить и родителей, и педагогов, даже не имеющих опыта диагностики наркоманий.

В случае если описанное состояние подростка наблюдается неоднократно, а родители на это не реагируют, необходимо обратиться в отдел по борьбе с наркоманиями или непосредственно к районному наркологу с просьбой диагностировать наркотическое опьянение. В запущенных и спорных случаях наиболее точный диагноз может установить стационарная наркологическая экспертиза.

Прием подростками психостимуляторов часто сопровождается активизацией различных видов творчества. Некоторые на стадии опьянения проявляют желание рисовать, сочинять стихи, писать к ним музыку и играть на музыкальных инструментах. В этот момент подростки объаты гордостью, оттого что могут продемонстрировать свои «таланты». На самом деле — это лишь жалкая имитация творчества, поэтому сам факт завышенной самооценки должен насторожить и родителей, и педагогов. Ведь если тому же ребенку, но находящемуся в неопьяненном состоянии, предложить продемонстрировать свои творческие способности, то легко, без колебаний, можно убедиться, что воображаемых им способностей не только не существует, но у него даже нет желания их иметь.

Одним из признаков вовлеченности подростка в потребление наркотика являются его частые отлучки из дома без сообщения о месте нахождения и времени возвращения. Дело в том, что при использовании психостимуляторов кустарного приготовления подросткам нужны такие уединенные места, где можно не только довести прекурсоры до состояния наркотического средства, т.е. «до кондиции», но и принять его в компании сверстников, употребляющих тот же интоксикант. В качестве такого убежища чаще всего

используются чердаки, подвалы, заброшенные полуразрушенные дома. Иногда подростки попадают в уже готовые притоны наркоманов, где есть и плита, и посуда, и «опытный инструктор», владеющий рецептом и технологией кустарного приготовления зелья. Он готовит его на всю компанию, а главное, передает новообращенным свой преступный опыт.

Одной из особенностей действия стимуляторов является повышенная потребность наркомана в общении, непреодолимое навязчивое желание поделиться с кем угодно своими «творческими» успехами и новостями. Но монологи подростка свидетельствуют о весьма поверхностном мышлении и не представляют интереса, так как состоят из бесконечно повторяемых одних и тех же слов и выражений.

Родители в первую очередь должны обратить внимание на систематически повторяющиеся приступы болтливости их чада, которые не были ему присущи раньше.

Весьма существенная особенность стимуляторов — усиление сексуального влечения и возрастание потенции. Это составляет предмет гордости подростков и объясняет предпочтение, оказываемое ими стимуляторам. В состоянии опьянения они неоднократно в течение дня совершают половые акты, чаще всего прибегая к гомосексуальным контактам. В результате беспорядочных половых связей происходит заражение венерическими болезнями, вскоре приобретающими характер эпидемии.

Высокая половая активность характерна для первых 2—5 мес. от начала систематического приема стимулятора, после чего наступает импотенция.

В четвертой фазе опьянения стимуляторами (в фазе выхода) вместо эйфории подросток ощущает подавленность, раздражительность, стремление к одиночеству. Характерны боли в области сердца, перебои в сердечной деятельности, учащение пульса, сопровождающиеся чувством опустошенности, слабостью, сонливостью, вялостью, бессилием, обездвиженностью, присущими состоянию прострации. Такие признаки (если они не отражают реакции подростка на какие-либо другие, известные родителям события) должны обеспокоить родителей и побудить их отвести ребенка к психиатру для обследования.

Этот шаг особенно важен на первом этапе наркотизации подростка, когда потребление им стимуляторов еще носит эпизодический характер и есть возможность предотвратить систематическое потребление наркотиков.

У подростка, злоупотребляющего стимуляторами, уже на первом году наркотизации утрачиваются нравственно-этические представления о жизни. Его совершенно не тяготит паразитический образ жизни, он не признает труд своей обязанностью. А поскольку потребность в наркотике возрастает и для его приобретения

требуются деньги, подросток начинает воровать вещи вначале у родственников, а затем у кого придется, вплоть до соседей по больничной палате.

Полное разрушение психической сферы происходит в течение 1,5—2 лет. Рисуя портрет подростка, достигшего такого стажа наркотизации стимуляторами, наркологи отмечают: «Наркоманы неряшливы, грязны, неделями не моются и не меняют белье. Все они выглядят старше своих лет. Лицо невыразительное, безжизненное. Кожа бледная, сухая, дряблая, волосы и ногти ломкие. Любые ранки и повреждения долго не заживают. Руки и ноги синюшные, холодные. У них множество следов от инъекций, если наркотик вводится внутривенно. Такого нет ни при одной из других форм наркомании. Точечные следы по ходу вен подобны сыпи. Вены утолщены, склерозированы, кожа под ними покрасневшая».

Сильно страдает сердечно-сосудистая система. Физическое напряжение усиливает боли в области сердца, вызывает одышку и сердцебиение. От нарушения сердечного ритма или острой сердечно-сосудистой недостаточности может наступить внезапная смерть.

Из-за несистематического питания боли в желудке иногда достигают такой силы, что больной способен прервать наркотизацию.

Поскольку из всех групп наркотических средств подростки предпочитают психостимуляторы, считаем целесообразным привести более подробные сведения о специфичности действия на организм наиболее распространенных в настоящее время стимуляторов: эфедрона и экстази.

Эфедрон — один из самых сильнодействующих препаратов, получаемый из эфедрина (жаргонные названия: лед, джеф, эфенди, мулька, космос, мурцовка, болтушка, фенька).

Эфедрин — бронхорасширяющий препарат группы амфетаминов. Используется при заболевании верхних дыхательных путей (в частности, при купировании приступов астмы). Кустарным способом из эфедрина получают сильнодействующий наркотик эфедрон, представляющий собой слегка мутную жидкость. В зависимости от исходного сырья он может быть бесцветным или светло-желтого, коричневого, иногда красного цвета.

Способ употребления — внутривенные инъекции. «Скоростные» наркоманы употребляют больше 1 мг эфедрона каждые 2—3 ч.

Медицинские последствия употребления эфедрона трагичны. Наркотик вызывает шквал эмоций у человека. Он становится не в меру бодрым, активным, переживает обманчивое состояние «острого ума», но главное — чувство необычайного сексуального возбуждения (один половой акт следует за другим без перерыва). Такое состояние продолжается до 2 ч. Подобного всплеска энергии организм просто не выдерживает. Нагрузка на физические системы (в особенности на сердечно-сосудистую) невероятна и чревата смертельным исходом — сердечные клапаны разрушаются, и

мышца сердца не в состоянии обеспечить ткани кровью. Кроме того, поражаются мозг, печень, почки.

Еще одна крайне негативная особенность эфедрона состоит в следующем. Полная зависимость от него наступает через месяц, а через полгода деградация личности вступает в свою завершающую фазу. Бывший отличник, познакомившись с эфедроном, смог набрать по шкале теста на интеллект всего-навсего 30 баллов (для сравнения: человек со средними способностями набирает около 130 баллов, пациент психиатрической больницы — 50—60).

«Соскочить» с эфедрона, как, например, с конопли, по словам врачей-наркологов, не удалось никому.

Такова перспектива у подростков и молодежи, прибывших к потреблению эфедрона.

Экстази (МДМА — метилendiоксиметиламфетамин) — сильный синтетический стимулятор типа метамфетамина со слабым галлюциногенным действием, получивший наибольшее распространение среди молодежи в 90-х гг. прошлого столетия и сохраняющий свою популярность в настоящее время. Основной производитель и поставщик экстази в последние годы — Голландия. Форма выпуска — таблетки, содержащие до 120 мг указанного выше вещества, нередко с добавлением марихуаны, а иногда и кокаина.

Экстази принимают любители потанцевать на дискотеках без перерыва всю ночь. Первоначально во многих странах продажа таблеток или капсул (реже — порошка) экстази была разрешена непосредственно в клубах и залах ночных дискотек, но после участившихся случаев гибели потребителей этого наркотика (иногда от приема единственной таблетки) легальная его реализация в большинстве стран запрещена. Реализуемые в отечественных увеселительных заведениях таблетки экстази бывают разных цветов с различными рисунками на оболочке, наиболее популярный сейчас — «зайчик». У каждой разновидности свои особенности действия, но в основном это вариации следующих ощущений: жажда движений, секса, чувства совершенного счастья. Действие таблеток экстази длится от 3 до 8 ч. Торговцы этим наркотиком распространяют среди молодежи мнение о безвредности экстази, о том, что его употребление не вызывает физиологической зависимости.

Наркологи же весьма обоснованно предупреждают: потребление экстази приводит к галлюцинациям, при длительном употреблении грозит депрессией, душевными срывами и шизофренией. Существует смертельная опасность и для тех, кто принимает таблетку в первый раз. Смерть может наступить в результате обезвоживания организма во время танцев, продолжающихся всю ночь, или от сердечного приступа, если танцор примет больше одной таблетки. Один из каждой тысячи случаев употребления экстази является фатальным. Врачи, обеспокоенные такими трагическими последствиями увлечения молодежи стимулятором экстази, реко-

мендуют делать перерывы в танцах каждые 40—60 мин, пить больше воды и ни в коем случае не принимать одновременно других наркотиков.

Лучше же всего не насиловать свой организм с помощью наркотика, а танцевать без каких-либо стимуляторов, и совсем не обязательно всю ночь — достаточно использовать данные природой физические возможности.

Необходимо отметить, что у регулярных потребителей экстази возникает депрессивный синдром воздержания: бессонница, угнетенное состояние, нарушение функций головного мозга, асоциальное поведение и как результат — тюремное заключение, а иногда гибель от передозировки. Одновременный прием 3—4 таблеток экстази — смертельная доза.

Галлюциногены (психоделики, психотомиметические средства) — химические вещества естественного или искусственного происхождения, вызывающие состояния измененного сознания — галлюцинации (акустические и световые эффекты, абстрактные образы, грезоподобные видения сложных геометрических построений, потеря чувства реальности и способности ориентироваться в пространстве, нарушение мышления и привычных ощущений). Особенно характерны состояния «растворения в пространстве», исчезновение перспективы.

Галлюциногены растительного происхождения в течение многих веков использовались во время проведения религиозных ритуалов с целью вхождения в состояние транса для общения с «иными реальностями». Новый всплеск интереса к галлюциногенам произошел в послевоенные годы в США в связи с получением искусственных (синтетических) галлюциногенов, прежде всего ЛСД — диэтиламида лизергиновой кислоты.

К галлюциногенам относят более 100 натуральных и синтезированных наркотических средств. Натуральные психоделики содержатся во многих растениях. Самые известные из них — алкалоид *мескалин*, получаемый из мексиканского кактуса пейотла; *псилоцибин* — алкалоид мексиканского гриба теонанакатла; алкалоид *гармин*, содержащийся в сирийской руте, семена которой древние греки применяли для опьянения; алкалоид *атропин*, добываемый из растений семейства пасленовых и др. Народы российского Севера (чукчи, эвенки и др.) используют в качестве галлюциногена отваренные грибы мухоморы.

Из синтетических психоделиков наибольшее распространение получила ЛСД (галлюциногенная активность которого в сотни раз превышает действие психоделиков растительного происхождения), затем — дипропилтриптамин (ДПТ), а также фенциклидин и заменители амфетаминов.

До распада СССР абсолютное большинство российских потребителей наркотиков не было знакомо с синтетическими психоделиками.

ликами. Но в последнее время интерес молодежи, ориентированной на западные ценности, в частности к ЛСД-культуре, заметно возрос. Мотивы: истинная, а чаще мнимая невозможность иными способами преодолеть личный духовный кризис, а также стремление путем искусственной стимуляции добиться повышения собственных творческих способностей. Однако некоторые из поклонников ЛСД уже успели убедиться, что использование психоделиков может привести только к обратным результатам.

Во время приема галлюциногенов наркоман чаще всего воспринимает как реальность фантастические картины, звуковые и вкусовые ощущения, испытывая одновременно и страх, и восторг. Из памяти освобождается информация, сохраняемая на бессознательном уровне. Может внезапно, как озарение, прийти понимание смысла сложных философских или религиозных проблем. Иногда в процессе интоксикации галлюциногенными препаратами у человека появляется мысль о том, что он сошел с ума, а через некоторое время ему кажется, что он полностью изменился как личность, что у него появилось новое самосознание, а его творческие возможности беспредельны. Очень часто систематический прием психоделиков заканчивается психозом.

Малые дозы некоторых препаратов, в частности *кетамина*, вызывают оцепенение, нарушение координации, оказывают угнетающее действие на центральную нервную систему. А в больших дозах тот же препарат оказывает возбуждающее действие. Наркоману чудится преследование, он становится агрессивным, его действия непредсказуемы и могут перейти в насилие. Поскольку психоделики оказывают на принявшего их человека обезболивающее действие, то в приступе агрессии он, не ощущая боли, может не только все крушить вокруг, но способен и себе нанести серьезные травмы.

Некоторые галлюциногены могут вызвать не только стойкий бред, но и спровоцировать шизофрению по типу делирия.

Особенность наркотиков этой группы еще и в том, что при их приеме не возникает физической зависимости, а психическая формируется редко. В виде исключения проявляется эйфория. Быстро развивается и исчезает за 2—3 дня толерантность.

Объективные признаки интоксикации галлюциногенами: расширенные зрачки, «пелена перед глазами» — неотчетливое восприятие окружающего, высокое артериальное давление, частый пульс, сердцебиение, повышение температуры тела, потливость, дрожание рук, нарушение координации движений.

Осложнения при галлюциногенной наркомании: самоубийства, тяжелые депрессии, появление паники, долговременные психозы и обострение ранее имевшихся психических заболеваний.

Токсикомания ингалянтами (летучими органическими растворителями). Ингалянты — это летучие наркотически действующие ве-

щества, содержащиеся в средствах технической и бытовой химии и используемые для опьянения.

К этой группе интоксикантов относят жидкость для заправки зажигалок, керосин, газолин, вяжущие вещества, изготовленные на основе пластика и резины, резиновый, самолетный и другие виды хозяйственного клея, растворители нитрокрасок, жидкость для снятия лака с ногтей, лаки, краски, эмали, пятновыводители, очистители, полироли, различные аэрозоли, амилнитрит, бутилнитрит, моющие жидкости.

В составе перечисленных ингалянтов содержатся следующие активные ингредиенты: бензин, ацетон, толуол, бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и метиловый эфиры, метиленовый, а также изопропиловый спирты, ароматические и алифатические углеводороды, галогенизированные (трихлорэтилен) и фторированные (дифторметан и трифторметан) углеводороды.

Доступность и дешевизна этих токсических средств, возможность приобретения их в любом хозяйственном магазине способствовали вовлечению подростков и даже 6—8-летних детей в опыты по испытанию на себе «сказочного» действия интоксикантов.

Как правило, в круг подростков-токсикоманов входят дети из неблагополучных семей, низкого уровня развития, у которых родители злоупотребляют алкоголем. Но бывают и исключения.

Наркотизируются ингалянтами подростки, как правило, в группе. Способ введения интоксикантов в организм — нюхание, вдыхание. Отсюда и термин — «нюхальщик».

Технология апробации ингалянтов такова: в бумажные, целлофановые, полиэтиленовый или пластиковые пакеты кладется вата или тряпка, смоченная токсикоманическим средством, после чего пакет надевают на голову или в него погружают лицо и плотно прижимают к нему пакет руками. Наиболее опасен первый способ, при котором не только ребенок, но и подросток может задохнуться или потерять сознание.

Иногда для вдыхания ингалянта используют жестяные трубки. Самый простой способ одурманивания — это вдыхание паров ингалянта из смоченной им тряпки, приложенной к носу. Существует и такой способ: на голове выбриваются волосы в биологически активных точках, к каждой из которых прикладывается смоченная ингалянтам тряпка, а сверху надевается головной убор. В таком виде подростки не стесняются появляться даже в общественных местах, например: сидят молча группами на скамейке возле дома или в парке с надвинутыми на лоб и даже на лицо шапки, погружившись в созерцание «глюков».

Приведенные выше сведения предназначены прежде всего родителям, а не детям, которые в этих вопросах просвещены гораздо больше и подробнее, чем опекающие их взрослые.

Но продолжим описание «процесса». После нескольких вдыханий паров летучих органических растворителей наступает опьянение подростка, которое длится не более 15—30 мин. Повторное вдыхание увеличивает время опьянения до 1,5—2 ч. Количество вдыханий определяет сам нюхальщик: при возникновении тошноты, головной боли, затрудненного дыхания вдыхание обычно прекращается.

Опьянение ингалянтами на первой фазе их действия напоминает интоксикацию алкоголем: поднимается настроение, появляются легкое головокружение и приятный шум в голове, а также чувство тепла и расслабленности. В некоторых случаях на первой фазе опьянения подросток может испытывать страх. И тогда он прекращает вдыхание паров ингалянта. Но при многократном его вдыхании страх исчезает, что позволяет увеличить дозу ингалянта и продлить период интоксикации, чтобы достичь второй стадии опьянения. На этом этапе у подростков проявляется беспечность, сопровождаемая благодушным весельем. Они смеются и поют. В теле ощущается невесомость, а руки и ноги могут казаться то очень длинными, то укороченными. Несмотря на прилив сил, нарушается координация движений, поэтому возможны падения, вызывающие смех. Речь становится невнятной. Агрессивных действий, как правило, не наблюдается.

На следующей фазе опьянения появляются зрительные галлюцинации, иногда повторяющиеся по своему содержанию многократно (это так называемый «свой глюк»). Часто возникают неотчетливость зрения, двоение в глазах, а также слуховые галлюцинации, выражающиеся в изменении громкости звука, звоне колокольчиков, гудках, непривычном шуме и т.д. Исчезает привычное восприятие своего тела и самого себя в целом. Токсикоман может ощущать себя в полете, падении, состоянии «свободного парения». Он видит свое тело как бы изнутри, а иногда ему представляется, как от тела отделяются его части.

Интоксикация ингалянтами активизирует сексуальное влечение, которое удовлетворяется любым путем, чаще всего — гомосексуальным.

После прекращения действия интоксиканта возникает ощущение дискомфорта: вялость, усталость, неспособность сосредоточиться.

Различия в действии на организм подростка различных ингалянтов. Действие паров бензина наступает после 5—10 мин их вдыхания. Опьянение проявляется эйфорией, состоянием блаженства, обездвижением. Через 15—20 мин на смену эйфории приходит вялость и головная боль.

Если же подросток продолжает вдыхание паров бензина, то в его воображении возникают яркие зрительные галлюцинации устрашающего характера, вызывающие у токсикомана не столько

страх, сколько любопытство. Примерно через полчаса «сладкий ужас» от галлюцинаций сменяется апатией, вялостью, головной болью.

Начало опьянения *парами пятновыводителей* также начинается с эйфории. Особенность действия этих ингалянтов в том, что эмоции, проявившиеся у одного опьяневшего, передаются всей группе. Стоит захохотать одному, как начинают «помирать со смеху» остальные. И еще одна особенность: дети и подростки могут сами вызывать видения, навеянные приключениями из прочитанных ими книг или увиденных фильмов. У подростков такие видения могут носить сексуальный характер.

В случае продолжения интоксикации парами пятновыводителей видения уже не согласуются с волей токсикомана. В то же время он осознает, что галлюцинации вызваны вдыханием паров ингалянта, следовательно, они не имеют отношения к реальности.

Вдыхание *паров ацетона, толуола, органических растворителей* сопровождается более тяжелыми последствиями. Возникает нарушение сознания по типу оглушения: опьяневшие совершенно не реагируют на окружающее, сидят в оцепенении, с застывшей улыбкой, не воспринимают обращенные к ним вопросы. Этот вариант интоксикации может привести к коме — опасному для жизни состоянию, требующему экстренной медицинской помощи.

Не менее опасно вдыхание *паров клея*, хотя опьянение, как и при использовании большинства ингалянтов, начинается с эйфории и галлюцинаций типа «мультиков». Однако в случае передозировки наблюдается тяжелое нарушение сознания, выражающееся в оцепенении, переходящем в кому. Теряя сознание, дети и подростки не в силах освободиться от надетого на голову целлофанового пакета, в котором находится ингалянт, и погибают.

Ассортимент ингалянтов, употребляемых подростками, очень разнообразен и зависит от моды. Первым признаком проявления потребительского интереса к тому или иному токсикоманическому средству является исчезновение его с прилавков хозяйственных магазинов. Это означает, что подростки закупили его «про запас». Но при этом эксперименты с новыми видами ингалянтов продолжаются, в результате чего входят в моду новые токсические средства. Определенная часть нюхальщиков все же отдает предпочтение одному какому-либо ингалянту из-за его невысокой цены и постоянного наличия в продаже.

Несмотря на интерес к ингалянтам, наблюдаемый у значительной части подростков, далеко не у всех из них формируется зависимость. Многие из начинающих не переносят запаха ингалянтов, а первые попытки вдыхания их паров вызывают тошноту, рвоту, невыносимую головную боль.

Наркологи утверждают, что приобщению подростков к нюхачеству способствуют различные психические отклонения, пред-

ществовавшие токсикомании. Несомненным стимулирующим фактором признается их ранняя алкоголизация. Характерно, что с развитием токсикомании подростки перестают принимать спиртное, предпочитая действие ингалянтов.

Объективные признаки токсикомании: от одежды и волос исходит характерный запах, свойственный употребляемому ингалянту; тот же запах легко обнаружить в выдыхаемом подростком воздухе; дома появляются пустые и полные флаконы, тубики, бутылки и баллоны с различными средствами бытовой химии; в карманах одежды, в школьном ранце постоянно находится емкость с летучим токсическим веществом и различные «вспомогательные» предметы: тряпки, вата, трубки, целлофановые пакеты, от которых исходит тот же запах; употребляемые подростком препараты оставляют на лице внешние следы: сыпь вокруг рта и носа, раздражение век и глаз; если подросток выбривает часть волос или все волосы, чтобы всасывание паров ингалянта происходило через кожу, то в месте прикладывания тряпки с растворителем кожа покрасневшая, сильно раздраженная; педагоги и родители должны обратить внимание на то, как изменился внешний вид подростка (ребенка) — он выглядит исхудавшим, бледным, неряшливым, пренебрегает правилами гигиены; у него пропал аппетит, нарушен сон, повышены утомляемость, раздражительность и плаксивость, что раньше не было ему присуще.

Общими признаками любого вида наркотизации несовершеннолетних являются прогулы занятий, невыполнение домашних заданий, дети почти не бывают дома, предпочитая проводить время на улице среди сверстников, становятся грубыми и раздражительными со взрослыми, в том числе с родителями и педагогами, теряют тягу к труду, воруют не только в своем доме, но и у одноклассников.

Со временем подросток перестает скрывать свое пристрастие к ингалянту и, несмотря на возражения родителей, вдыхает его пары в одиночку, на глазах у них. Попытки взрослых членов семьи прервать интоксикацию приводят к скандалу и даже драке. Такое неуправляемое поведение подростка определяется влечением к токсическому веществу из-за сформировавшейся зависимости от предпочитаемого ингалянта.

Подтверждением этому является абстинентный синдром (синдром отнятия), развивающийся после 3—6 мес. систематического вдыхания ингалянта. Этот синдром возникает к концу первых суток после прекращения вдыхания паров токсикоманического вещества. Его проявления: подавленное настроение, злобная раздражительность, периодическая потливость, двигательное возбуждение.

Объективные симптомы, как правило, повторяют признаки абстиненции при других формах наркотизации: расширение зрачков, дрожание пальцев рук, век и языка, повышение сухожильных рефлексов, судорожные подергивания некоторых мышц.

Для вторых суток начавшегося абстинентного синдрома характерны тревога, настороженность, учащение пульса, повышение артериального давления, боль и чувство неудобства в мышцах из-за их напряжения. Большой скандалит, становится агрессивным, грозит покончить жизнь самоубийством.

Затем агрессию сменяет тоска, больной становится малоподвижным, чаще всего лежит в постели, ссылаясь на комплекс неприятных ощущений во всем теле. Это состояние утяжеляется в течение следующих 4—6 дней, после чего начинается постепенное снижение проявления абстиненции. Но раздражительность, приступы тоски или злобы, а также бессонницы сохраняются еще длительное время. После 10—15 дней абстинентного синдрома состояние неустойчивого равновесия продолжается от 1 до 1,5 мес.

На основании представленного в данном разделе материала читатель получил представление о том, что наркомания и токсикомания — тяжелые, опасные для жизни болезни, а также о том, что молодежь, подростки (а иногда и дети), проявляющие интерес к наркотическим и токсикоманическим средствам, составляют группу риска. Поэтому задача взрослых, в первую очередь родителей и педагогов, уберечь молодое поколение от беды. А это возможно лишь в случае грамотности в этом вопросе тех и других и совместного принятия своевременных мер предупреждения бедствия, постигшего Россию в конце XX в. Чтобы достичь успеха в этой борьбе, необходимо разобраться в причинах, обусловивших небывало высокие темпы развития этого негативного явления в нашей стране и определить главные направления на пути его преодоления.

Молодежь и наркотики

Наркоманы, в отличие от больных алкоголизмом, это — как правило, молодые люди.

Л. Канкрини

Непротивление злу разрастающейся наркомании — это курс на деградацию общества, на его самовыврождение, на самогеноцид.

В. П. Алферов

В современных исследованиях среди основных причин, способствующих преимущественной наркотизации именно несовершеннолетних и молодежи, выделяют факторы социальные (в том числе микросоциальные), психологические и биологические.

К социальным факторам относят особенности современной социально-политической и экономической ситуации в стране, доступность нарковещества, «моду» на него, степень грозящей ответственности, влияние группы сверстников, потребляющих наркотики.

Психологические факторы включают привлекательность возникающих ощущений, желание получать удовольствие и одновременно — страх из-за возможности причинить вред своему здоровью. Но главный психологический фактор, обуславливающий легкость и быстроту приобщения к потреблению наркотика — это тип акцентуации характера. Наиболее подвержены наркотизации гипертимные, т. е. авантюрные, не выносящие регламентации подростки, а также циклоидные (с проявлением маниакально-депрессивного психоза в легкой форме), лабильные (неустойчивые) и epileптоидные — со злобно-тоскливым, весьма неустойчивым типом характера и психопатией.

Среди **биологических факторов** приобщения к наркомании особо выделяют следующие: индивидуальную устойчивость к данному наркотику; отягощенную алкоголизмом наследственность; органическое поражение головного мозга; хронические заболевания печени и почек с нарушением функций. Но важнейшим из биологических факторов является природа того вещества, которым злоупотребляет подросток или молодой человек.

Возрастные психологические особенности подросткового периода (склонность к подражательству, подчиняемость, повышенная внушаемость, слабость воли и др.) ускоряют формирование желания употреблять наркотические средства.

В приведенной ниже таблице (табл. 1) более системно и наглядно представлены факторы, способствующие наркотизации представителей молодого поколения.

Таблица 1

Предпосылки наркотического пристрастия у детей и молодежи
(по данным Г. Б. Федосеева)

Микросоциальные	Психологические	Биологические
Патология структуры семьи (отсутствие одного из родителей, развод, неправильные методы воспитания, гиперопека, гипопека, дисгармония семейных отношений, отрицательный пример родителей)	Раздражительность, вспыльчивость, аффективность, пассивность, несамостоятельность, психологический инфантилизм, затруднения социально-психологической дезадаптации, негативизм	Неврозы и другие психические заболевания и аномалии

Микросоциальные	Психологические	Биологические
Употребление наркотических средств в семье	Выраженные акцентуации характера по конформному, гипертимному неустойчивому и эмоциональному типам	Наследственная отягощенность алкоголизмом и психическими отклонениями (задержка умственного развития, умеренная степень дебильности, органическая церебральная недостаточность)
Отрицательное влияние неформальных (референтных) групп с асоциальной направленностью. Воздействие взрослых наркоманов	Зависимость от лидера, подражательность, стремление к превосходству, самоутверждению; грубость; агрессивность, жестокость, конфликтность	Задержки и отклонения соматополового созревания и разнообразные невротические нарушения
Низкий уровень учебно-воспитательного процесса (формализм, стремление избавиться от трудных учащихся, отсутствие педагогического воздействия на неблагополучные семьи, недооценка педагогами возрастных, психологических особенностей пубертатного возраста, неподготовленность педагогов к работе с разными типами трудных детей; слабая антинаркотическая пропаганда)	Педагогическая запущенность, трудновоспитуемость, несформированность активных антиалкогольных взглядов, установок, понимания вреда и опасности употребления наркотиков	Раннее приобщение к спиртному, наркотическим лекарственным веществам, токсическим средствам, отклонения в психофизическом развитии
Неорганизованность в проведении свободного времени.	Потребительские, гедонистические, утилитарные интере-	Патохарактерологическое развитие личности и психопатии

Микросоциальные	Психологические	Биологические
<p>Упущения в деятельности государственных и общественных организаций по совершенствованию спортивной, культурно-массовой и других форм работы с молодежью.</p> <p>Недостатки в правовом воспитании и санитарно-гигиеническом просвещении учащихся</p>	<p>сы, деформация морально-правовых установок, психическая зависимость от наркотических препаратов</p>	

Считаем необходимым прокомментировать один из психологических факторов наркотизации молодежи, а именно культ наслаждений.

Наркоманы считают своим богом Аристиппа — ученика Сократа, создавшего учение под названием «гедонизм». Философия современных поклонников Аристиппа такова: «Человек руководствуется в своих действиях только личными интересами...» И еще: «Если медицина придумала лекарства для того, чтобы избавить человека от физической боли, то почему нельзя избавиться от душевной с помощью тех же патентованных препаратов?»

Марек Катаньский, возглавлявший в Польше молодежное движение по борьбе с наркоманией («Движение чистых сердец»), имеющий очень большой опыт работы в этой области, утверждает, что зависимость от наркотиков — это в сущности болезнь эгоистов. Они добровольно привили ее себе, потому что больше всего заняты собой, вглядываются только в себя, больше всего озабочены собственной персоной, удовлетворением низменных побуждений. Плата за это неотвратима и трагична: разрушение личности, а затем и смерть.

Чем раньше родители и педагоги обнаружат у подростка признаки его причастности к потреблению наркотиков или токсикоманических веществ, тем больше надежды на его избавление от наркотика. Поэтому необходимо располагать сведениями о «портрете» молодого наркомана.

По своему психологическому тону он расхлябан, развинчен, не способен к длительному волевому усилию, не в состоянии более или менее долго фиксировать свое внимание, заняться всерьез каким-либо одним предметом, к которому им же раньше был про-

явлен интерес. В результате приема наркотиков интересы наркоманов, как правило, бедны и ограничиваются удовлетворением возникающих влечений в области низших эмоций. Ранняя наркотизация нарушает процесс гармонического развития личности, отрицательно сказывается на физическом, психическом и интеллектуальном здоровье подростков. У них значительно замедляется темп умственных операций. Падает уровень моральных норм, снижается нравственность. Характерны бедность эмоций, высокая внушаемость, отсутствие творческих способностей. Формируется потребительская психология, общая эгоцентрическая ориентация. Наркотики оказывают неблагоприятное воздействие на половую сферу подростка, понижая потенцию, плодовитость, а иногда вызывают непомерное усиление полового чувства, что чаще всего проявляется в половой распушенности.

Наркозависимость у несовершеннолетних формируется гораздо быстрее, чем у взрослых, и проявляется в тяжелом протекании абстиненции даже при потреблении небольших доз наркотика.

Все эти явления происходят параллельно с дезадаптацией и аморализацией подростка, поэтому он часто оказывается не только субъектом, но и объектом противоправного поведения. Последнее в полной мере касается и взрослых людей, пристрастившихся к наркотикам.

Что происходит с человеком любого возраста после того, как он уже не в силах преодолеть тягу к интоксиканту и должен для удовлетворения этой потребности непрерывно повышать дозу принимаемого зелья?

Если это касается опиатов, в частности самого опасного из них — героина, в потребление которого в последние годы втягивается все больше подростков, то последствия плачевны. Пройдя начальную стадию эйфории (приятных иллюзорных ощущений), наркоман впадает в необратимое состояние почти непрекращающейся абстиненции. В связи с этим возникают психозы. Наркоман изнурен, не способен к действиям, так как воля его полностью парализована. У опийных наркоманов нарушаются все функции мозга, может произойти его атрофия, возможна эпилепсия. Страдают и другие системы организма. Возникают неизлечимые изменения в легких, крови, печени, почках, сердце. У молодых людей выпадают волосы, поражение нервной системы и внутренних органов накладывает отпечаток на внешний облик наркомана: лицо становится землистого цвета, напоминает маску, за которой разыгрывается трагедия — обессиленный и истощенный до предела человек как бы присутствует при своем физическом и психическом уничтожении. Именно в этом периоде «живые трупы» становятся особенно опасны для общества: чтобы достать наркотик, они идут на любое преступление — от подделки рецептов до убийства.

Сопоставляя мнения отечественных и зарубежных ученых о причинах тотальной наркотизации молодежи во второй половине XX в.,

можно найти немало общих факторов, на которые ссылаются молодые люди, объясняя свое увлечение наркотиками. Назовем основные из них: недовольство молодых тем порядком жизни, который предлагается отцами; желание изменить этот порядок в лучшую сторону без затраты собственных усилий, а в результате — уход в мир иллюзий с помощью наркотиков; расширение ассортимента наркотиков за счет наиболее сильнодействующих, в том числе синтетических; практически неограниченные возможности приобретения любых наркотиков, буквально «с доставкой на дом», т.е. в школы, колледжи, институты, клубы, дискотеки — всюду, где бывает молодежь.

Победное шествие наркотиков в России, наглядно проявившееся в конце 80-х и особенно в 90-х гг., возникло без какой-либо революционно-молодежной подоплеки, а наоборот, в результате социально-политических преобразований сверху, приведших к изменению государственного строя и снижению уровня материального обеспечения жизни абсолютного большинства семей. В условиях ликвидации комсомольских и пионерских организаций подрастающее поколение в свободное от учебы время оказалось совершенно не у дел. Резко возросла беспризорность. А доступность наркотиков в результате активизации наркобизнеса стала неограниченной.

И еще: если на Западе считается, что государства проиграли войну с наркотиками, то в нашей стране, по большому счету, такая война и не начиналась. Во всяком случае, принимаемые государством меры до настоящего времени не адекватны серьезности возникшей ситуации, последствиям тотальной наркотизации общества.

Начало увлечения наших детей и подростков наркотиками не было связано в большинстве случаев с какими-либо протестами или желаниями «уйти в собственный мир».

Рассмотренные нами варианты наркотизации молодого поколения относятся к случаям добровольного приобщения к наркотикам детей и молодежи, а реальная жизнь преподносит нам более трагические сюжеты насильственного приобщения к наркотикам.

Наркоманы-подростки из глумливого чувства зависти к благополучному, скромному мальчику насильно затащили его в подвал и вкололи ему сильный наркотик. Потом проделали эту «операцию» еще раз. А вскоре несчастный мальчишка уже сам искал своих «благодетелей».

Подобные трагедии не единичны. Нередко в роли исполнителей насильственного приобщения к наркотикам выступают не дети, а взрослые. Так, например, в 1998 г. в Подмоскowie девятилетняя девочка была посажена отчимом «на иглу». По словам медиков, жить ей оставалось не более года — настолько был разрушен ее организм.

Часты случаи, когда какая-то подпольная лаборатория, производящая наркотики и испытывающая их «эффективность» на людях, преступным путем заполучает так называемого «кролика», т.е. человека, используемого для апробации действия этих веществ.

Сценарии привлечения к потреблению наркотиков. Тесты для распознавания наркотической предрасположенности

Способы вовлечения подростков и молодежи в наркоманию весьма разнообразны. Исследователи отмечают, что никто из подростков, начавших потреблять наркотики, не задумывается о возможности стать от них зависимым. Все они либо удовлетворяют собственное любопытство («А ну-ка, проверим — что такое галлюцинации?», «А ну-ка, правда ли, что наркотики дают наслаждение?»), либо пробуют наркотики в угоду уважаемой ими компании. Первые шаги в наркоманию подростки осуществляют с намерением лишь однократного употребления, но обстоятельства складываются так, что аналогичные ситуации повторяются и подросток попадает в наркотическое рабство.

Существует множество сценариев вовлечения в наркотизацию. Вниманию подростков, молодежи и родителей предлагаются в кратком изложении варианты таких сценариев, которые, по данным доктора медицинских наук В. П. Алферова¹, получили наибольшее распространение.

«Хвастовство и зависть»

Друзья подростка неоднократно и взахлеб хвастали, что накануне вечером очень славно провели время: собрались на квартире одного из старших товарищей и кроме обычных развлечений курили «травку». Было как никогда весело. Воображение рисует подростку весьма заманчивые картины развлечений. Любопытство и зависть берут свое, и он принимает предложение присоединиться к компании.

«Дружеская шутка»

Друг подростка вместо обычных сигарет, которые у них принято курить, предлагает ему импортные, от которых у подростка возникают неведомые ранее ощущения и беспричинный смех. Друг раскрывает смысл шутки и сообщает, что сигареты были с марихуаной. Первый нежданно-негаданно приобретенный наркотический опыт побуждает подростка к повторению приятных ощущений.

«Дружеский шантаж»

Компания авторитетных друзей подростка предлагает ему попробовать марихуану, которую члены этой компании сами курят.

¹ См.: Алферов В. П. Наркотики и человек. — М., 1997. — С. 153—162.

Друзья подстрекают его словами: «Не будь трусом», «Ты что, слабак?». Ситуация усугубляется присутствием в компании симпатичной девушки. Подростку приходится уступить.

«В угаре пьяном...»

Первая проба наркотиков происходит в хмельной компании, когда возбужденный и утративший настороженность подросток (пьяному море по колено) без всякого нажима со стороны окружающих заливчатски соглашается курить марихуану.

«Амурный шантаж»

Наркотик предлагается девушке парнем, в которого она влюблена. Парень шантажирует ее, говоря, что их дальнейшие отношения возможны, только если она вместе с ним будет курить марихуану. Если в момент наркотического совращения девушка находится в состоянии легкого алкогольного опьянения, она легче поддается на такой шантаж.

«Затейница Елена»

У Гомера в «Одиссее» изложен эпизод: Елена, пожелавшая поднять настроение у загрустившей компании, тайно прибавляет к вину сок мака, полученный ею от египетской царицы Полидамы.

«НЭПовский метод»

Стремясь добиться сексуальной взаимности от своей неприступной девушки, парень устраивает внеочередной день рождения. Угощает алкогольным напитком с подмешанным в него кокаином и вскоре получает от пришедшей в должное состояние девушки требующееся. В другой раз этот сценарий опять повторяется. Метод известен еще со времен НЭПа.

«Веселая конфетка»

Аналогичен предыдущему: вместо напитка угощают конфетой, в которую введен наркотик.

«Наркомафиозный шантаж»

Ситуация аналогична случаю «Дружеский шантаж». Разница в том, что друг (друзья) оказывается агентом наркомафии, сбытчиком наркотиков, формирующим себе группу клиентов-заказчиков, группу потребителей. В этом случае вербовка происходит по-

степенно: сначала учат курить табак, затем пить пиво, далее — вино, водку; потом — курить марихуану и другие продукты из конопли, затем — употреблять стимуляторы: амфетамин, экстази, кокаин; затем меняют метод введения наркотика (переводят «клиента» на шприцевые инъекции); после чего для инъекций предлагается морфин, героин и другие «тяжелые» наркотики.

«Восточная торговля»

В странах Ближнего Востока и Африки иностранцам не рекомендуется покупать продукты питания в уличных и рыночных киосках, палатках и с рук. Там в продукты подмешивают наркотики — формируют контингент склонных к наркотикам лиц, а следовательно — и рынок сбыта.

«Посадить на иглу»

Морально устойчивых и отвергающих наркотики подростков, особенно девушек, стремятся завлечь в компанию «своих». Там, как правило после выпивки, жертву удерживают за руки и за ноги и вводят ей наркотик шприцем. Процедура значительно облегчается, если жертва находится в состоянии сильного алкогольного или лекарственного опьянения (снотворное подмешано в вино), а тем более если она в беспамятстве.

«Японская вербовка»

Сообщалось в прессе о применении этого метода в Японии. Но он интернационален, не имеет родины и применяется мафией везде, где необходимы девушки для публичных домов. Если девушка не принимает приглашение поступить на такую работу, ее отслеживают на другой день на улице. Подъезжает легковой автомобиль, два хорошо одетых парня выходят из него, аккуратно хватают девушку под руки, насильно усаживают в автомобиль и увозят. На ходу ей делают насильственную инъекцию — большую дозу наркотика, и она засыпает. После признаков начала пробуждения девушке вводят большую дозу наркотика, от которой она теряет сознание. Потом при признаках пробуждения вновь вводят подобную дозу. В течение недели длится этот беспробудный сон и наркотическая перестройка нервной системы. Затем девушку отпускают, объяснив, что она стала наркоманкой и всегда может получить здесь наркотики в обмен на работу в публичном доме. Обычно «обработанные» таким образом узницы гневно покидают притон. Но многие из них затем вынуждены возвращаться за наркотиками — в обмен на упомянутую работу.

«Сердобольный друг»

Друг предлагает парню, от которого ушла любимая девушка и который мучительно переживает разрыв, «уколоться и забыться». Действительно, после приема нарковещества трагедия блекнет и забывается, но только до протрезвления. Молодому человеку приходится вновь принимать наркотик, и так — до появления состояния зависимости от него.

«Живой товар»

Случай, родственный японской вербовке. Используется служащими гаремов южных стран. Разница в том, что девушку в состоянии наркотического опьянения увозят из порта европейского города, где она встретила с незнакомцами, насильно вколовшими ей большую дозу наркотика. В трюме корабля ее и других женщин вывозят за пределы страны. Так, не просыпаясь несколько суток, они оказываются в чужой стране, в гаремах, став пожизненными наркоманками.

«Добрая маменька»

Привыкание к приему препаратов с наркотическим действием может произойти, если они даются сердобольной мамой больному подростку, периодически жалуящемуся на функциональные расстройства. Как показывает практика, такое употребление таблеток часто является «прелюдией» к потреблению наркотиков.

«Атакован до появления на свет»

Первое знакомство ребенка с нарковеществами может произойти еще в утробе матери, когда молодая женщина в течение 2 мес. не знает о своей беременности и ведет обычный «современный» образ жизни — употребляет спиртное, курит сигареты. Иногда, узнав о беременности, женщина прекращает пить и курить, но чаще всего уменьшает дозы. Исследования показывают, что родившиеся у таких матерей дети уже в 10—14 лет проявляют повышенный интерес к никотину и алкоголю.

«Искусственная храбрость»

Распространен в районах боевых действий, в «горячих точках» среди новобранцев. Часто они испытывают страх погибнуть или быть ранеными. Сослуживцы же, особенно «дембеля» (т. е. оканчивающие срочную службу), перед боем начинают «угощать» анашой. Часто под галлюциногенным кайфом новобранцы стреляют в кого попало, и не всегда в чужих.

Таким образом, в приобщении к наркомании не так уж много добровольцев. Гораздо чаще это происходит путем обмана или насилия. Даже когда подросток пробует наркотик из собственного любопытства, он приходит к этому стремлению не сам, а в результате умышленной психологической обработки, вызывающей это любопытство.

Вольно или невольно процессу помогают средства массовой информации: телевидение берет интервью у индивидов, которые «все пробовали», а теперь якобы «завязали». Тем самым у подростков подсознательно складывается мнение, что попробовать наркотик — не грех и не опасно, ведь «живут же нормально те, кого показывали». Иллюзия безвредности пробования наркотиков поддерживается теми, кто обладает нервной системой сильного типа и не имеет отягощенной наркотиками наследственности, их мозг может дольше устоять против интоксиканта. Поэтому у окружающих создается ложное впечатление о том, что пробы прошли без последствий.

Но всякое, а тем более неоднократное применение нейротропного средства изменяет нервные клетки. Все нейротропные вещества в большей или меньшей степени биологически агрессивны и вторгаются в биополе нервной клетки. Применять вещества таким образом — значит испытывать судьбу, заглядывать в потусторонний мир наркомании. Скорость формирования наркозависимости определяется не только дозой, но и суммарным количеством наркотика, воздействие которого претерпел мозг в течение курса применения этого вещества.

Подростка, не обладающего четкой психической установкой на безусловное отвержение наркотиков, сравнительно легко вовлечь в наркоманию. Для этого все способы хороши: разжечь любопытство хвастовством, вызвать зависть к опыту первопроходца, снижавшего авторитет бывалого парня; разжечь желание жить чрезвычайной, а не «серой» жизнью; использовать явление конформизма, «стадного чувства»; припереть к стенке — поставить в безвыходное положение перед угрозой утраты большой дружбы или любви (психологический шантаж); незаметно подсыпать наркотик в еду или напиток и, наконец, в крайнем случае, насильно «посадить на иглу», на цепь наркотической зависимости.

Каждый, кто хоть раз видел погибающего от наркомании молодого человека, не может остаться равнодушным к этой новой для России напасти. Многие уже умерли, и будут умирать другие. А однажды это может случиться и с вашим ребенком. Уважаемые родители! Вы нередко заблуждаетесь, думая, что в вашей семье все в порядке. О том, как обстоят дела в школе на самом деле, лучше всего знают ваши дети. По данным наркологов и по сведениям, полученным от самих наркоманов, правда о детях нередко открывалась родителям слишком поздно, когда их сын или дочь попадали в больницу.

Запомните: то, что касается юных, касается всех. Недаром же возникли афоризмы: «В 13 лет — “ломка”, в 30 — смерть», «Если наркоман — значит импотент», «Где таблетки, там и героин» и т.д.

Наркологи предлагают родителям т е с т ы для определения вероятной предрасположенности подростка к потреблению одурмивающих веществ. Вот один из них:

1. Низкая устойчивость к физическим перегрузкам и стрессам.
2. Неуверенность в себе, низкая самооценка.
3. Трудности в общении со сверстниками на улице.
4. Тревожность, напряженность в общении в школе или училище.
5. Стремление к получению новых ощущений, удовольствия, причем как можно быстрее и любым путем.
6. Избыточная зависимость от друзей, легкая подчиняемость мнению знакомых, некритическая готовность подражать образу жизни приятеля.
7. Отклонения в поведении, вызванные травмами мозга, инфекциями либо врожденными заболеваниями, в том числе связанными с мозговой патологией.
8. Непереносимость конфликтов, стремление уйти в иллюзорный мир благополучия.
9. Отягощенная наследственность — заболевания отца (матери) наркоманией или алкоголизмом.

За каждый положительный ответ на вопросы 1, 2, 3, 4 начислите по пять очков. За ответ «да» на любой из вопросов 6, 8 — по десять очков, а на вопросы 5, 7, 9 — по пятнадцать очков. За отрицательные ответы — 0 очков.

Сумма менее 15 очков означает, что несовершеннолетний в «группу риска» не входит.

От 15 до 30 очков — средняя вероятность вхождения в «группу риска», требующая повышенного внимания к поведению подростка.

При результате *свыше 30 очков* следует незамедлительно посоветоваться с педагогом, врачом, работником подразделения милиции по предупреждению правонарушений несовершеннолетними.

Не секрет, однако, что порою наркоманами становятся подростки и с выдающимися способностями, лидеры от рождения, пользующиеся непререкаемым авторитетом среди сверстников.

Врачи не верят, а то и возмущаются тем, что родители, имеющие возможность ежедневно наблюдать за своим ребенком, обнаруживают беду слишком поздно, тогда как признаки ее легко определить в самом начале.

Обычно наркологи приводят *пять основных «примет» наркомана.*

1. Ваш ребенок неожиданно стал слишком активным (американские врачи называют это состояние «впадением в детство») или, наоборот, чересчур пассивным — гораздо дольше спит, чем обыч-

но, с трудом просыпается и т.д. Такая заторможенность иногда внезапно сменяется постоянным смехом без причины. У подростка либо проснулся «волчий аппетит», либо совсем исчезло желание есть. Иногда днем спит, ночью ест. Его часто тошнит, «водит по квартире», он не может долго стоять, старается везде присесть на стул.

2. Ребенок внезапно потерял интерес к тому, чем раньше увлекался, он чем-то все время занят, но результатов его труда не видно. Стал отказываться от выполнения ваших просьб и поручений.

3. На вопросы типа: «Что с тобой происходит?» — реагирует враждебно, агрессивно, запираясь на целый день в своей комнате. Из квартиры пропадают вещи и деньги. Перестал обращать внимание на свой внешний вид, проявляет неряшливость и безразличие к порядку.

4. Ребенок как-то сразу забросил всех своих старых друзей и обзавелся новыми, с которыми вас не знакомит. Подолгу говорит с ними по телефону, понижая голос.

5. Если вы почувствуете запах химических препаратов от одежды подростка, обнаружите следы раздражения возле носа и рта (при употреблении препаратов конопля краснеют глаза) или следы укулов на руках, немедленно проконсультируйтесь с врачом-наркологом. Не дожидайтесь, пока у вас на балконе дети начнут выращивать марихуану.

Помните: по статистике, *14% подростков становятся наркоманами «после первого раза».*

В 1998 г. в Казани в качестве приложения к информационному бюллетеню «Феникс» вышло руководство для родителей в виде брошюры под названием «Наркотики»¹. В нем приводятся данные по многим вопросам, осведомленность в которых родителям в современных условиях просто необходима. Соблюдение приводимых составителями брошюры рекомендаций может сыграть не только профилактическую роль, но и помочь ребенку найти приемлемые с точки зрения общества и закона способы адаптации, не прибегая к наркотикам.

Для примера — самые первые рекомендации этого руководства: «Если вы обнаружили, что ваш сын или дочь используют наркотики или растворители, сохраняйте спокойствие и не паникуйте.

Остановитесь, и прежде чем предпринимать что-либо, подумайте.

Что вы можете сделать, чтобы в большей степени помочь вашим детям?

Уверены ли вы, что имеющиеся факты достоверны?

¹ См.: *Ананьева Г.А., Андреева Т.И., Ловчев В.М.* Наркотики: Руководство для родителей. — Казань, 1998.

Как вы можете сохранять и поддерживать доверительный контакт с детьми?

Является ли употребление наркотиков повторяющимся или это был однократный “эксперимент”?

Если это случилось лишь раз, вам, может быть, нужно просто поговорить со своим ребенком. Будьте внимательными, любящими, но покажите свое неодобрение. Приведите следующие основания необходимости отказа от употребления наркотиков:

это незаконно и может привести к конфликту с законом;

употребление наркотиков может повлиять на здоровье сейчас или в будущем;

можно себе испортить репутацию в глазах потенциального работодателя и лишиться надежд на престижную и хорошо оплачиваемую работу.

Если вам понятны причины, по которым ребенок обращается к употреблению наркотиков или растворителей, то можете попытаться помочь устранить прежде всего эти причины, нежели следствия.

Если подросток употребляет наркотики и это отражается на его поведении и даже на здоровье, не падайте духом. Вы можете предпринять следующие действия.

Оказывайте поддержку подростку — для него это жизненно необходимо, какими бы ни были обстоятельства.

Показывайте и говорите детям, что вы их любите!

Обратитесь за помощью — для себя и ваших детей.

Учитесь предвидеть последствия своих действий.

Планируйте постепенные изменения в своей жизни и жизни детей».

Сегодня в повестку дня нашей жизни настойчиво вторгается одна общая для всех проблема: как уберечь своих чад от увлечения наркотиками. Проблема эта серьезна, опасность реальна. Наркотики уже проникли в школы, колледжи, училища и институты.

* * *

В России сейчас идет перераспределение между спросом на алкоголь, табак и наркотики «в пользу» последних. Но поскольку при потреблении наркотических средств деградация психического и физического здоровья человека происходит гораздо быстрее, чем от других интоксикантов, то трагические последствия наркотизации видны уже сейчас.

В этих условиях у любого человека, сохранившего рассудок, не может не сформироваться отрицательное отношение к наркотическому одурманиванию. Соответствующая просветительская работа и совершенствование законодательства не только в области уголовной ответственности за производство и реализацию наркотиков, но и за их потребление должны внести свою лепту в фор-

мирование крайне негативного отношения к наркотическим средствам и психотропным веществам.

При сегодняшнем состоянии экономики в России имеется лишь одна возможность противостоять наркотизации: это — осмысленный отказ каждого человека от наркотиков. Никогда не пробовать и не нюхать, даже один раз. Потому что наркотическая зависимость часто возникает от первой пробы.

«Шесть аргументов против легализации наркотиков»

Под таким названием в журнале «Вопросы наркологии» в 1997 г. была опубликована статья Дж. Калифано младшего — президента Американского национального центра проблем наркомании при Колумбийском университете в Нью-Йорке. Этот критический материал был им подготовлен в связи с инициативой Европейского комиссара по вопросам политики в области потребления наркотиков Эммы Бонино, которая уже не один год добивается легализации «слабых» наркотиков в странах Европейского Союза.

Бонино доказывает, что «голландское законодательство позволило получить превосходные результаты. Снизилась преступность и уменьшилось количество правонарушений. Наркоманы регистрируются, и здесь гораздо меньше людей, пораженных СПИДом, чем где-либо в Европе». Ей также принадлежит утверждение: «Если бы торговля наркотиками была официально разрешена, это отняло бы у организованной преступности важный источник дохода».

Все ее аргументы Дж. Калифано младший оценивает как старые мифы, не учитывающие реальности, и на основе достоверных данных доказывает, что легализация наркотиков стала бы катастрофой для европейских детей и подростков.

Ниже приводятся его аргументы, опровергающие мифы, распространяемые сторонниками легализации наркотиков¹.

Миф № 1. Нидерланды проводят весьма удачную политику легализации наркотиков.

Голландцы не легализовали наркотики в буквальном смысле слова, но разрешили открывать кофейни, где продается марихуана для личного потребления. С 1984 по 1992 г. потребление марихуаны возросло почти на 200%. Городские официальные лица и граждане выражают тревогу по поводу растущего потребления марихуаны подростками и роста преступности, равно как и туризма с целью приобретения наркотиков. В результате парламенту пришлось сократить вдвое число кофеен с продажей марихуаны и уменьшить дозу этого наркотика, продаваемую одному лицу с 30 до 5 г.

¹ См. Калифано младший Дж. Шесть аргументов против легализации наркотиков // Вопросы наркологии. — 1997. — № 2. — С. 57—59.

М и ф № 2. Легализация наркотиков снижает уровень преступности, связанной с их потреблением.

Вовсе нет. Любое кратковременное сокращение количества арестов после отмены законов о потреблении наркотиков быстро сходит на нет, по мере того как увеличивается их потребление. При этом преступления, порожаемые наркотиками — нападения, убийства, изнасилования, издевательства над детьми, акты вандализма, — взрывоподобно растут.

Министерство юстиции США установило, что преступники под действием наркотиков совершают в шесть раз больше убийств, в четыре раза больше разбойных нападений, почти в полтора раза больше ограблений по сравнению с теми, кто совершает преступления ради того, чтобы достать деньги для покупки наркотиков. Расходы на здравоохранение, социальное обеспечение и правосудие в Европе мгновенно возрастают, если потребление наркотиков будет легализовано.

Утверждение, что если Европейский Союз последует примеру Нидерландов, то это снизит уровень преступности, опровергается собственным опытом этой страны. Голландские власти признают, что преступность, связанная с потреблением наркотиков, в последние десятилетия непрерывно возрастала. С 1981 по 1992 г. зафиксирован рост преступности на 60%, причем большую часть составляют имущественные преступления. Статистика свидетельствует, что почти 40% заключенных в тюрьмах Голландии осуждены за преступления, связанные с наркотиками, и что в Амстердаме вдвое больше полицейских, чем в среднем американском городе, при сопоставлении их численности с населением города.

М и ф № 3. Легализация наркотиков поможет искоренить черный рынок и ослабить деятельность организованной преступности.

И в этом случае опыт голландцев свидетельствует об обратном. Начиная с 1988 и по 1993 г. количество организованных группировок в Нидерландах возросло с трех до девяноста трех.

М и ф № 4. Большая доступность и легальное потребление таких наркотических средств, как марихуана, кокаин и героин, не увеличат их потребление.

Это противоречит не только опыту, но и самой человеческой природе. С 1984 по 1992 г. потребление марихуаны голландскими подростками почти утроилось. В Италии, где хранение небольших доз наркотиков, включая и героин, перестало в 1975 г. быть преступным деянием, насчитывается около 300 тыс. наркоманов, пристрастившихся к героину. В 70-х гг. Президент США Картер и комиссия, созданная еще при Президенте Никсоне, рекомендовали снять уголовную ответственность за потребление марихуаны. В результате был зафиксирован резкий рост потребления этого наркотика, особенно среди подростков.

М и ф № 5. Легализация ослабит остроту проблем здравоохранения и ограничит распространение таких заболеваний, как СПИД.

Никоим образом. Начиная 1986 г. в Швейцарии в порядке эксперимента проводилась именно такая политика, и ее последствия были катастрофическими. Швейцарские власти устроили в Цюрихе общественный парк, где наркоманы могли бы потреблять героин. Работники здравоохранения в этом парке бесплатно раздавали шприцы, презервативы, обеспечивали амбулаторную помощь, проводили консультации и предлагали лече-

ние. Вскоре это место стало известно как «Парк на игле». В лучшую пору его посещали тысячи наркоманов. Ежедневно здесь раздавали по 15 тыс. шприцев, и очень многих, принявших чересчур большую дозу, приходилось приводить в чувство. В 1991 г. было зафиксировано 78 смертельных случаев от передозировки наркотиков. Швейцарцы этот парк закрыли.

Утверждение госпожи Бонино о том, что легализация наркотиков ограничит распространение СПИДа, противоречит опыту ее собственной страны. В Италии после снятия уголовной ответственности за потребление наркотиков и приобретение их в личное пользование почти две трети всех случаев заболевания СПИДом связывают с употреблением наркотических средств.

М и ф № 6. *Легализация наркотиков должна распространяться только на взрослых, разрешенные к употреблению наркотики будут недоступны детям.*

В Нидерландах большинство наркоманов-подростков приобщается к наркотикам с раннего возраста. В обзоре, опубликованном голландским Институтом проблем алкоголизма и наркомании в 1993 г., отмечалось, что потребление наркотиков среди школьников в возрасте от 12 до 18 лет возросло с 1984 г. почти на 200 %.

В опыте любого свободного государства нет ничего, что вселяло бы веру в его способность сделать так, чтобы легализованные наркотики не попадали в руки детей. В Соединенных Штатах детям не разрешается покупать сигареты, пиво и алкогольные напитки. Однако сегодня 4,5 млн американских подростков курят, а 4,7 млн несовершеннолетних американцев употребляют алкоголь. Исторический опыт и научные исследования показывают: легализация наркотиков увеличит число наркоманов и количество преступлений, совершаемых на этой почве, а также самым страшным образом отразится на физическом, интеллектуальном и эмоциональном развитии детей в Европе.

В России опыт борьбы с наркоманией в 20-е гг. и с алкоголизмом — в 80-е подтверждает, что ограничение доступности алкогольных изделий и взятие под контроль государства всех операций с наркотиками (как это было в 1924 г.), приводит к статистически достоверному снижению потребления спиртного и почти полному преодолению наркотизации вплоть до того времени, пока наркотики, как сейчас, становятся максимально доступными.

Данные статистики тех лет о снижении потребления алкоголя были достоверными. Как бы ни интерпретировали в настоящее время результаты антиалкогольной кампании 1985—1986 гг., но факты свидетельствуют: это действительно был период, когда на работу приходили трезвые люди, когда не было пьяных на улицах городов, когда в сельской местности женщины помещали рядом с иконами (или вместо них) портрет М. С. Горбачева и ставили в церкви свечки за его здоровье в благодарность за отрезвление мужей. Именно в те два года рождались самые здоровые дети и были сохранены жизни миллиона наших сограждан, а число алкогольных психозов сократилось во много раз.

Способы самозащиты от наркомании

(по В. П. Алферову, в сокращении)

Здоровье и счастье каждого — в его собственных руках. Каждый может быть хозяином своей судьбы. Но не каждый им становится. Не только из-за недостатка силы воли, но и в результате отсутствия навыков самозащиты от деструктивных факторов.

Перечислим способы самозащиты подростков, а также юношей и взрослых людей от наркомании.

1. Каждый человек должен иметь представление о сущности наркомании, способах вовлечения в нее, о ее признаках. Обеспечить усвоение таких знаний подростками — задача родителей, воспитателей, учителей и государства.

2. У каждого подростка должно быть выработано осознанное убеждение в недопустимости проб наркотика. Именно оно должно побуждать говорить твердое «нет!» в ответ на предложение попробовать наркотик. Именно оно, а не родительский запрет.

Отвержение наркотиков должно происходить из нежелания рисковать своим здоровьем, счастьем, судьбой, будущим, жизнью. Необходимо четкое понимание, что твердое «нет» свидетельствует о взрослости, силе воли и самостоятельности. Подросток должен знать, что твердое «нет» повысит его авторитет, а колебание и неуверенность с последующим согласием принять наркотик разрушат авторитет, присущий порядочному человеку, и создадут авторитет новый — уголовный.

3. Подростки должны знать, кто может им помочь и защитить в случае грозящей или реализовавшейся наркотической опасности. Это кроме родителей обязаны делать учителя, воспитатели, участковые милиционеры, медсестры, врачи и т. д. Причем каждый подросток должен знать, где можно найти помощь в любой момент, куда позвонить. Позаботиться о таких знакомствах и знаниях подростка должны родители и учителя.

4. Подростки должны внимательно относиться к кругу своих знакомых, проявлять критичность к каждому из них, а при наличии признаков наркотизации — без сожаления разрывать дружбу с наркоманом. Если возможно — принять меры по спасению его от наркобеды.

5. У подростков должны быть заблаговременно выработаны контрприемы против уже рассматривавшихся способов вовлечения в наркоманию. Это должна быть своего рода психологическая защита от навязчивых посягательств на свободу подростка со стороны наркоагентов путем словесного отвержения подобных притязаний. Так, в случаях подначивания и упреков в трусости со стороны компании следует быть готовым и всегда «держаться на кончике языка» несколько контрдоводов.

Например, в ответ на настоятельные призывы попробовать наркотик можно пренебрежительно ответить: «А-а! Эту чепуху я уже пробовал! От нее у меня только тошнота и головная боль! А нет ли у вас чего получше?» Или же сказать: «У меня аллергия! Мне врачи запрещают любые лекарства и любую химию!» Либо заранее, заметив, что дело идет к предложению попробовать наркотик, начать, как бы между прочим, жаловаться на боль в животе и затем под этим предлогом уйти. А можно ответить коротко, но категорично: «Спасибо — нет, я занимаюсь спортом!»; «Спасибо — нет, меня ждут»; «Спасибо — нет, я опаздываю». И еще — отказ с извинением: «Я за рулем», «Извините, мне предстоит свидание».

Если якобы влюбленный в девушку юноша шантажирует ее разрывом отношений, побуждая принимать наркотики, то она, во-первых, должна знать цену такой любви. Ведь наркотическая страсть, несомненно, разрушит у обоих не только любовь, но и здоровье, и жизнь. Во-вторых, у девушки должна быть заготовлена контрфраза: «Если твоя мерзкая привычка тебе дороже моей любви и моего здоровья, то между нами нет настоящей любви!» В-третьих, следует мысленно приготовить себя к разрыву отношений с этим парнем, поскольку вероятность избавления его от состоявшейся наркомании всегда мала.

В случае, когда дорогой для подростка старший друг поставит условием дальнейшей дружбы прием наркотика, подростку следует иметь контрзаготовки, подобные следующим: «Хорошо, давай попробуем, но только не сейчас: мы с мамой через полчаса должны идти к учителю музыки (или репетитору и т. п.)»; «К нам сегодня должен прийти домой классный руководитель. Так что попробуем завтра». Эти контрзаготовки и готовность подростка сразу же рассказать родителям о предложении наркомана должны быть подготовлены воспитательной работой родителей и воспитателей заблаговременно (не только в расчете на конкретного друга — «защитника», но и на любого наркодилера). В школе желательно проведение кратких тренировочных занятий, когда перед всем классом ученик (в роли наркомана, старшего по возрасту) предлагает другому попробовать наркотик. При этом отрабатывается применение уже упоминавшихся выше контрзаготовок. Имея их всегда «на кончике языка», ученики не будут уже психологически беззащитными. Здесь соблюдается закономерность пословицы «Предупрежден — значит вооружен» (или убежден).

Примечательно, что *контрзаготовки имеют компромиссный характер*. Они позволяют уладить острые ситуации бесконфликтным образом — «и волки сыты, и овцы целы». Возможные дальнейшие приставания уже бывшего «друга» (по телефону или другими способами) не будут иметь успеха. Об этом тактично должны позаботиться родители.

Воспитательная работа формирует у подростков твердую убежденность в том, что любой путь вхождения в мир наркотиков — *насильственный*. Причем насилие совершается не обязательно физически. Чаще всего это психологическое насилие, осуществляемое путем провокации любопытства, зависти, а также путем обмана, угроз и вымогательства, притворного сострадания.

6. Осознание насилия вызывает у подростков естественный *протест* свободной личности, стремление противопоставить контрмеры.

Против провокации любопытства и зависти могут применяться иронические заготовки. Например, на хвостовское заверение наркопровокаатора о бесподобности вечеринки с марихуаной можно скептически возразить: «Неужели? И охота было вам дурью маяться!» Или же: «А говорят, это вредно! Значит, по-твоему, врут врачи?», «Стало быть, ты уверен — наркомана из тебя не получится? И из меня тоже? Ой-ой!» Но главный контрприем в такой ситуации — собственная убежденность подростка в абсолютной недопустимости приема наркотиков. Даже розового приема!

7. Некурящие подростки обычно не попадают вприсак с подменной обычной сигареты на сигарету с марихуаной. Трезвенникам не грозит обманная наркотизация через напитки с примесью наркотика. Остается риск приема наркотика в составе конфеты или другого пищевого продукта. Но и этот риск сводится к нулю у подростков, осмотрительно подбирающих себе друзей.

Следовательно, к способам самозащиты мы можем с полным основанием отнести отказ от курения, пьянства и сомнительных друзей. Причем друзей лучше подбирать не по принципу «найти бы кого пооригинальнее», а советуясь со своими родителями и воспитателями. Если родители сами тверды в антинаркотических убеждениях и потому не навязали своим детям тягу к наркотикам (генетически и внутриутробно), то у таких подростков практически нет риска стать наркоманами. А настороженное отношение к лекарствам и минимальное их применение (лишь по крайней необходимости) — надежная мера самозащиты от наркотического пристрастия еще и в этом аспекте.

8. Все — и подростки в том числе — должны сохранять настороженность по отношению к лекарствам при хронических заболеваниях. В частности — не торопиться радоваться в случае нахождения лекарства, которое «хорошо помогает». Надо посоветоваться с врачом — не возникло ли здесь наркотическое пристрастие.

9. Поскольку причиной согласия попробовать тот или иной наркотик зачастую является плохое настроение и самочувствие, подростки должны быть научены элементарным способам улучшения настроения и самочувствия. К таким способам относятся: прием водных процедур (ванна, душ, в особенности контрастный; обливание влажным полотенцем или, как минимум, умывание горя-

чей, а затем холодной водой); гимнастика, аутотренинг, массаж, смена деятельности; воспроизведение воспоминаний о несомненно положительных и эмоционально сильных эпизодах из личной жизни подростка, способных если не коренным образом изменить его настроение и самочувствие на резко положительное, то хотя бы улучшить их. Такие эпизоды подросток должен отобрать по памяти и заготовить впрок для случаев депрессии. Лучше использовать заготовки юмористического характера — случаи, вызывавшие когда-то взрыв хохота или явное удовольствие.

К способам улучшения настроения и самочувствия следует также отнести применение различных манипуляций, доставляющих удовольствие: вдыхание запаха духов, примерку новой одежды, прослушивание любимой мелодии, телефонный разговор с приятным собеседником, опробование лакомств, просмотр любимой живописи, массаж лица, чтение увлекательной книги, разгадывание кроссвордов, ребусов и т. д.

10. Подросткам следует заблаговременно и постоянно работать над своим характером в плане развития умений критически мыслить, преодолевать сонливость и усталость; развивать преобладающие силы воли над эмоциями. Такие умения защитят психику подростка в трудные минуты и не позволят эмоционально-депрессивным состояниям вовлекать его в забавы сомнительного свойства, в том числе в наркозабавы.

11. С помощью родителей и педагогов у подростка должно сформироваться четкое понятие, что наркотизация мозга с целью изменения и улучшения настроения и самочувствия — это *пассивный метод* воздействия на организм (наркоман перепоручает нарковеществу заботу о своем состоянии — вместо того чтобы самому этим заниматься). Только лень и неумение организовать свой труд и досуг толкают человека к наркотическим встряскам, в то время как существует немало натуральных способов изменения состояния человека. Но эти способы могут быть осуществлены только ценой физических и психических усилий. А ленивые личности, не обладающие навыками саморегуляции, как правило, избегают этой деятельности и восполняют дефицит развлекательных эмоций с помощью безотказной химии — алкоголя, никотина, наркотиков.

Таким образом, лень, «мать всех пороков», — один из главных факторов наркотизации. Преодоление лени — важнейший аспект работы подростков над своим характером. Роль семейного воспитания в приобщении ребенка к труду неопределима, поскольку труд — единственное удовольствие, которое никогда не приедается.

12. Плохое самочувствие, недомогание, разбитость могут быть неслучайными. Иногда такое состояние является сигналом начинающегося наркотического порабощения, проявления ломки в легкой форме. Поэтому избавление от недомогания с помощью химических препаратов — таблеток анальгина, аэрона, аспирина,

снотворного и т. д. — не только неразумно, но и опасно, так как способно вызвать привыкание.

13. Одно из эффективнейших средств отвлечения от наркомании — смена привычного образа жизни: вместо опасных друзей — новые, новое хобби, туризм, лагерь, спорт, игры, концерты, кружки творчества и т. п.

14. Тем, у кого уже формируется наркотическая зависимость, и они это понимают, рекомендуется коротать часы осознанной ломки в общении с бывшими наркоманами, прекратившими принимать наркотики.

Лицам с риском алкоголизма следует в часы «алкогольного зова» посещать собрания анонимных алкоголиков или общаться с одним из членов этой организации в индивидуальном порядке (как минимум — по телефону).

Для лиц с риском наркомании рекомендуется такое же общение с им подобными из аналогичных организаций.

Взаимопонимание, сочувствие и обмен опытом по преодолению ломки при таком общении дают друзьям по несчастью силы превозмочь свою пагубную наркотическую страсть.

В ряде стран (в США, например) многие уже сформировавшиеся жертвы наркомании прибегают к такой же самозащите: добровольно вступают в коллективы самоспасения. Это помогает некоторым отчаявшимся наркоманам вернуться в «мир», т. е. к нормальной жизни.

Наряду с такой самозащитой следует практиковать и способы коррекции настроения и самочувствия, изложенные выше.

15. Первое насильственное введение наркотика не должно заставить подростка врасплох. Поэтому необходимо заранее ознакомить с порядком оказания самопомощи.

В случаях насильственного введения алкоголя или наркотика в криминальных ситуациях, когда преступники вынуждают жертву принять алкоголь, чтобы стимулировать опьянение, следует сразу же вызвать рвоту. Этот же прием может применяться непьющими лицами и в случаях «вынужденного» приема алкоголя в гостях («плановые» посещения туалетной комнаты с этой целью). При насильственном введении наркотика через рот следует попытаться спрятать наркотик за щеку, произвести ложное глотание и после ухода насильников — выплюнуть припрятанный наркотик.

В случае введения наркотика шприцем самопомощь должна выполняться особенно быстро.

Если поблизости нет медицинского работника и нет возможности быстро добраться в медицинское учреждение, следует, покинув место насилия, зайти в ближайшее учреждение и вызвать «скорую помощь», объяснив при этом истинную причину вызова («преступники насильственно ввели мне наркотик шприцем — надо срочно ввести противоядие»). Не теряя времени на ожидание бри-

гады «скорой помощи», следует выпить около одного литра жидкости — воды, компота, сока. Тем самым будет усилено и ускорено мочеотделение, а значит, удалена значительная часть наркотика из крови.

Если же наркотик введен не иглой, а в желудок — с напитком или едой (обманным образом), то, узнав об этом, следует до приезда «скорой помощи» начать промывание желудка. Для этого желудок переполняют жидкостью, а затем вызывают рвоту. Надо выпить побольше воды (лучше с добавлением небольшого количества марганцовокислого калия), молока, кефира или супа — лучше жирного (капельки жира супа и молока хорошо связывают яды). Объем выпиваемой жидкости зависит от степени наполнения желудка: после плотного обеда в течение часа достаточно 1 стакана, а натощак — 6—8 стаканов; детям — соответственно меньше. После наполнения желудка следует пощекотать корень языка двумя пальцами (указательным и средним) в глубине зева. При этом безотказно возникает рвотный рефлекс.

После опорожнения желудка промывание повторить 2—3 раза. Причем если в первый раз применялся один стакан воды, то теперь их должно быть 6—8.

В первые часы после контакта с наркотиком не рекомендуется физическая активность (добираться в поликлинику пешком и тем более бегом; суесться, ходить из угла в угол и т. п.). Это ускоряет кровообращение и способствует распространению уже проникшей в организм части наркотика по внутренним органам и проникновению в мозг.

После промывания желудка целесообразно применение слабительного и промывание толстого кишечника клизмами для удаления той части нарковещества, которая успела попасть из желудка в кишечник. А там время пребывания наркотика должно быть кратчайшим. Поэтому и применяется метод ускоренного освобождения кишечника от его содержимого с помощью слабительных средств и промывания. Это делается уже в больнице. А иногда дома — если пострадавший скрыл случай наркотического насилия или не рискнул обратиться в больницу из стеснительности или нелепого страха перед медициной. Такое самолечение нежелательно: не все виды слабительных безопасны в состоянии отравления тем или иным конкретным нарковеществом.

Важнейший этап защиты организма от порабощающего и ядовитого влияния наркотика — его нейтрализация противоядием. Но это должен делать только врач (данный этап осуществляется в случае появления признаков опьянения — когда часть наркотика все-таки успела проникнуть в кровь).

16. Если не удалось своевременно предотвратить проникновение наркотика в кровь, причем проникшая часть наркотического вещества достаточно велика, может развиваться состояние сильного

опьянения или даже отравления. В этих состояниях тоже следует применять описанные выше методы предотвращения дальнейшего всасывания наркотика из желудочно-кишечного тракта в кровь. Но делать это пострадавший должен более интенсивно.

Если же отравление настолько выраженное, что лишает способности к оказанию самопомощи, то следует рассчитывать на помощь кого-то из окружающих лиц с последующей госпитализацией в медицинское учреждение. Пострадавший должен обратиться к ближайшему из окружающих с просьбой об этом.

Предпочтительнее случай, когда лицо, оказывающее помощь, обладает знаниями и навыками первой помощи при отравлениях.

* * *

Приведенные методы активной самозащиты от насильственного приобщения к наркомании могут быть эффективными только при абсолютном понимании личной ответственности за свободу собственной психики от химико-наркотических пристрастий.

В случае несоблюдения этого требования большинство рассмотренных здесь методов будут неэффективными вследствие пессимизма, скептицизма и обусловленного ими небрежного исполнения приемов самозащиты.

КУРЕНИЕ ТАБАКА КАК НАРКОТИЧЕСКОЕ ПРИСТРАСТИЕ

Компоненты табачного дыма, формирующие наркозависимость и определяющие вредность курения

В настоящее время уже не возникает сомнения в том, что смолы табачного дыма провоцируют онкологические заболевания, и прежде всего рак легких. Известно также, что смолы табака — не единственное из опасных для жизни веществ, вдыхаемых в процессе курения.

Еще недавно в табачном дыме насчитывали 500, затем 1000 компонентов. Согласно современным данным, количество этих компонентов составляет 4720, в том числе наиболее ядовитых — около 200.

Эти тысячи химических веществ представлены в табачном дыме в виде частичек (смола, никотин, бензпирен и др.) и газов (оксид углерода, аммоний, диметилнитрозоамин, формальдегид, цианид водорода, акролеин и др.). Большинство этих веществ обладает явно выраженными раздражающими свойствами, а примерно 60 — известные или предполагаемые канцерогенные вещества.

Если привычка к табаку, а тем более химическая зависимость от него возникает из-за воздействия *никотина* на мозг, то причиной большинства серьезных болезней (зачастую со смертельным исходом) являются *табачные смолы*, парализующие очистительные процессы в легких, снижающие иммунитет, вызывающие рак и другие заболевания легких.

В приводимой ниже таблице (табл. 2) представлены сведения о концентрации некоторых компонентов в табачном дыме, степени превышения их содержания по сравнению с предельно допустимой концентрацией (ПДК) в атмосфере и доля каждого из этих веществ в общей токсичности вдыхаемого человеком табачного дыма.

Никотин — один из самых сильных ядов растительного происхождения. Птицы погибают, если к их клюву поднести стеклянную палочку, смоченную никотином; кролик погибает от 1/4 капли, собака — от 4. Для человека смертельная доза — 2—3 капли; это примерно 20—25 сигарет. Курильщик не погибает потому, что эта доза никотина вводится постепенно (в течение суток), а не в один

Токсичность некоторых составляющих табачного дыма
(по данным Г. Б. Федосеева)

Вещество	Концентрация в дыме	Показатель загрязненности, превышающий ПД	Доля в общей токсичности, %
Никотин, г/м ³	2,15	115000	28,7
Оксись углерода, г/м ³	35,4	35400	9,2
Сажа, г/м ³	1,5	300000	7,8
Бензпирен, мкг/м ³	17,4	174000	4,6
Муравьиная кислота, мг/м ³	350,0	116800	3,1
Окислы азота, мг/м ³	785,0	9250	2,4
Уксусная кислота, мг/м ³	280,0	4670	1,2
Аммиак, мг/м ³	706,0	3530	0,92
Мышьяк (трех-окись), мг/м ³	9,82	3265	0,85
Синильная кислота, мг/м ³	18,6	1880	0,49
Формальдегид, мг/м ³	5,17	1725	0,45
Сероводород, мг/м ³	12,2	1615	0,42
Акролеин, мг/м ³	39,2	1305	0,34
Стирол, мг/м ³	3,11	1037	0,28
Ацетилен, мг/м ³	6,90	345	0,09
Двоокись углерода, %	9,6	96	0,03

прием, а также в результате частичной нейтрализации яда формальдегидом табачных смол.

Необходимо заметить, что курение существует в двух совершенно различных клинических разновидностях: в виде *привычки* к курению и в виде *табачной зависимости*. Во втором варианте (на-

зовем его «жажда») у курящего возникает патологическое, болезненное влечение к табаку, а в первом оно не формируется. Из-за того что внешние признаки пристрастия к табаку у всех курящих одинаковы (систематичность курения, постепенный рост числа выкуриваемых в день сигарет, влечение к запаху табачного дыма), различие двух разновидностей курильщиков удастся установить только при их попытке бросить курить. Те, кто курит лишь в силу привычки, могут стать некурящими совершенно безболезненно, без всякой медицинской помощи и со временем вообще забывают, что курили. А те, у которых сформировалась табачная зависимость, при всем желании не могут навсегда отказаться от курения, даже если первые дни без табака у них проходят относительно благополучно. Иногда и после длительного перерыва (в несколько месяцев и даже лет) у них наступает рецидив. Это означает, что курение оставило глубокий след в механизмах памяти, мышления, настроения и обменных процессах организма.

Согласно имеющимся данным, из 100 систематически курящих только семь курят в результате привычки, остальные 93 больны — они стали носителями табачной зависимости, для которой (как и для любого другого вида наркомании) характерно патологическое влечение к курению, причем на мыслительном уровне, на уровне психических процессов.

Необходимо отметить, что тяжелые соматические, телесные расстройства поражают в равной мере как тех, кто курит по привычке, так и никотинозависимых. Болезни эти проявляются не сразу, они как бы развернуты во времени, и это часто мешает установить взаимосвязь между болезнью и курением.

Что же собой представляет никотин — виновник формирования табачной зависимости?

Алкалоид *никотин* ($C_{10}H_{14}O_2$) в химически чистом виде представляет собой прозрачную бесцветную маслообразную жидкость со жгучим вкусом и температурой кипения $246\text{ }^\circ\text{C}$ (при 730,5 мм рт. ст.), хорошо растворимую в воде, спирте и других растворителях. На воздухе легко осмоляется. Содержится в табаке (до 2%) и некоторых других растениях.

Никотин — чрезвычайно сильный яд, не уступающий по токсичности синильной кислоте. В малых дозах действует возбуждающе на нервную систему, в больших вызывает ее паралич: остановку дыхания, прекращение работы сердца. Многократное поглощение никотина при частом курении формирует никотинизм — хроническое отравление, в результате которого снижается память и работоспособность, наблюдается постоянный кашель с мокротой. Одним из разрушительных последствий отравления никотином являются и такие признаки: дрожание рук, неуверенная походка, человека бросает то в жар, то в холод, сердце при этом то стучит как молот, то замирает.

Никотин — основной из компонентов табачного дыма, вызывающих разрушительные изменения в спинном мозге, воспаление пояснично-крестцового нервного сплетения. За счет его воздействия на надпочечники после каждой выкуренной сигареты значительно увеличивается по сравнению с нормой количество циркулирующих в крови кортикостероидов, а также адреналина и норадреналина, участвующих в регуляции важнейших физиологических функций организма. Адреналин, в частности, сужает кровеносные сосуды, в результате чего повышается артериальное давление. Никотин увеличивает минутный ударный объем сердца и скорость сокращения миокарда. А так как коронарные сосуды заядлого курильщика, как правило, сужены и не доставляют миокарду необходимых порций кислорода, возникает кислородное голодание сердечной мышцы (ишемическая болезнь сердца). Положение усугубляется еще и тем, что меньше кислорода поступает и к другим органам и тканям. Ведь часть гемоглобина вместо того, чтобы переносить к ним кислород, присоединяет угарный газ, содержащийся в дыме сигареты.

Основной метаболит никотина — это котинин, по токсическим свойствам близкий к своему предшественнику. В сыворотке крови человека, выкуривающего в день 10 сигарет, находится 137,7 мкг/л котинина; при выкуривании 20 сигарет его количество возрастает до 302 мкг/л.

Чтобы узнать о других, не менее коварных компонентах табачного дыма, рассмотрим их по порядку.

Итак, сигарета зажжена и курильщик начал дышать дымом горящего табака. А загрязненность его в 384 тыс. раз превышает предельно допустимую концентрацию (ПДК) содержащихся в нем веществ. Вдыхать табачный дым в 4 с лишним раза вреднее, чем дышать выхлопными газами автомобиля, непосредственно идущими от выхлопной трубы. В совершенно чистой атмосфере организм человека в момент курения подвергается такому же токсическому воздействию, как если бы он находился при загрязнении воздуха в 1100 ПДК (по гигиеническим нормам этот показатель не должен превышать 1 ПДК). Такое загрязнение воздуха в условиях промышленных центров не встречается. Иными словами, для курящих проблемы окружающей среды практически не существует. Для них затраты на очистку газов промышленных предприятий — пустая трата средств, потому что с избытком «хватает» тех ядов, которые они вдыхают с дымом; выдыхают-то они не более 10% поглощенных при затяжке компонентов дыма, остальные остаются в организме!

Но пойдём по пути разрушительного следования табачного дыма в организм. Первыми с ним контактируют рот и носоглотка. Глеющий в сигарете табак имеет температуру около 300 °С. У дыма, прошедшего через слой табачной набивки и попавшего в рот, температура снижается до 50—60 °С. Чтобы дым попал через носог-

лотку в легкие, курильщик, приоткрывая рот, вдыхает свежий воздух, температура которого на 35—40 °С ниже температуры находящегося там дыма. Только за счет многократного перепада температуры на зубной эмали образуются трещины — «входные ворота» для инфекции. Горячий дым, кроме того, способствует расширению капиллярных сосудов слизистой щек, нёба, десен и вызывает ее хроническое раздражение, что может привести к воспалительному процессу, а затем и к развитию лейкоплакии — предвестника ракового заболевания. На табачный дым реагируют и слюнные железы полости рта. Это приводит к усиленному выделению слюны, которую курильщик вынужден либо постоянно сплевывать, либо глотать вместе с растворенными в ней ядовитыми компонентами — анилином, сероводородом, аммиаком, канцерогенными веществами. Попадая на слизистую оболочку желудка, эти ядовитые соединения вызывают боль в области желудка, потерю аппетита, чередование запора и поноса, развитие гастрита. Они могут явиться причиной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, рака желудка.

Не менее пагубно влияние табачного дыма, попадающего из полости рта через голосовые связки к слизистым оболочкам гортани, трахеи, бронхов и альвеол. Растворяющийся во влаге слизистых оболочек аммиак табачного дыма превращается в нашатырный спирт, который вызывает повышенную секрецию слизи, вот почему курильщики страдают хроническими бронхитами.

Деготь табачного дыма оседает на стенках воздухоносных путей, скапливается в легочных альвеолах и тоже выделяется при кашле в виде серой мокроты. Легкие окрашиваются в грязно-коричневый цвет. Их сопротивляемость различным инфекционным заболеваниям, в частности туберкулезу, снижается. По данным Ж. Пти и других французских ученых, из 100 случаев туберкулеза легких, начавшегося в зрелом возрасте, 25 приходится на курильщиков. Жизненная емкость легких у них на 300—400 мл меньше, чем у некурящих. Наличие в табачном дыме канцерогенных веществ и радиоактивных соединений (о чем подробно будет сказано ниже) обуславливает самый высокий уровень развития рака легких у курящих.

Ряд исследований показал, что рост заболеваний рака легких возрастает прямо пропорционально количеству выкуренных сигарет. У тех, кто курит много, этот риск увеличивается в 15—30 раз по сравнению с некурящими. Было также доказано, что риск заболевания усиливается такими факторами, как затяжка дымом при курении сигареты, курение с раннего возраста, удержание сигареты во рту между затяжками, зажигание недокуренной сигареты. И, как уже отмечалось, употребление спиртных напитков усиливает вредное воздействие курения на органы дыхания. У активных курильщиков развиваются обширные метапластические изме-

нения в бронхах, рассматриваемые онкологами как предраковые. У тех, кто бросил курить, наблюдалось обратное развитие метапластических клеток, что указывает на обратимость предраковых изменений.

Подсчитано, что отказ от курения в индустриальных странах приводит к снижению заболеваемости раком почти на 40 %.

Один из основных компонентов табачного дыма — *угарный газ* — по воздухоносным каналам устремляется к альвеолам, где идет процесс обмена углекислого газа, происходит обогащение не столько кислородом, сколько угарным газом. Соединившись с гемоглобином, он образует карбоксигемоглобин — молекулу-пустышку, неспособную нести клеткам организма необходимый им кислород. Среднее содержание карбоксигемоглобина в крови у курящих — 4,3 %, у некурящих — 0,93 %. Вот почему у человека, выкурившего подряд несколько сигарет или находившегося в накуренном помещении, развивается кислородное голодание, проявляющееся в головной боли, головокружении, тошноте, бледности кожных покровов.

Синильная кислота — еще один компонент табачного дыма, уменьшающий способность клеток организма утилизировать кислород. Совместно с никотином, аммиаком, эфирными маслами и метиловым спиртом синильная кислота способствует снижению остроты зрения, ухудшению цветоощущения, обоняния, притуплению вкуса.

На этом перечень бедствий, в которых повинен табачный дым, не кончается. Он включает еще атеросклероз, коронарные тромбозы, хронический бронхит, эмфизему легких, бесплодие, аллергические заболевания. Никотин и смолы, поступающие в кровь при курении, — одна из причин заболевания облитерирующим эндартериитом с последующей спонтанной гангреной конечностей, которая возникает из-за сильного сужения периферических сосудов вплоть до полного закрытия их просветов с омертвением тканей, лишенных кровоснабжения. Проявления эндартериита: быстрая утомляемость ног, судороги, перемежающаяся хромота, когда человеку удается пройти лишь несколько шагов, а затем в одной или обеих ногах проявляется онемение и возникает невыносимая резкая боль. При остановке через несколько минут боль проходит, но при попытке идти дальше возобновляется. Сосуды ног (а иногда и рук) при такой болезни находятся в состоянии спазма и способны обеспечить конечности кровью только в состоянии полного покоя, т. е. без какой-либо физической нагрузки. Движение усиливает обмен веществ в работающих мышцах, а из-за недостатка кислорода и накопления продуктов обмена веществ возникает сильная боль. На второй стадии заболевания спазм увеличивается, он дает о себе знать и в состоянии покоя. Пальцы, начиная с большого, постоянно мерзнут и синеют. Появляются язвочки. Так как сосуды не обеспечивают обмена веществ в мышцах даже в состоянии

покою, стопа, а затем и вся конечность могут омертветь. При этом больной испытывает непрекращающиеся невыносимые боли. В тяжелых случаях неизбежно хирургическое вмешательство (пластика сосудов, ампутация конечности).

Иногда люди задумываются: откуда на улицах столько молодых людей — безногих и безруких в камуфляжной форме? Далеко не все они из окопов Афганистана или Чечни, не там они потеряли руки-ноги, хотя потеря эта произошла как раз из-за «окопной болезни» — гангрены. В тяжелые военные времена ею действительно заболели в окопах от переохлаждения в условиях высокой влажности. А сейчас ею очень часто страдают интенсивно курящие люди, особенно бомжи и бродяги, ночлегом которых служат канавы, подворотни, подвалы.

«Окопной болезнью», т. е. облитерирующим эндартериитом, болеют и вполне благополучные люди, и прежде всего молодые. Оперированный врачами контингент — чаще всего в возрасте от 25 лет. Болезнь развивается по принципу «горящего дерева», которое начинает обгорать с маленьких веточек, оставляя в конце концов только обуглившийся ствол. Так и сосуды — поражаются мелкие и средние. Помимо них сгорают еще и вены. Сгорая, основные сосуды не успевают передать свои функции сосудам побочным. Для больных в возрасте до 30 лет характерно острое развитие болезни. Конечность они могут потерять в течение полугода. Более пожилые курильщики болеют, как правило, дольше и нередко не ощущают проблему до конца своих дней.

Первичными проявлениями этого хронического заболевания можно считать уменьшение волосяного покрова на ногах, кожа на стопе и на голени становится или более сухой, или, наоборот, потливой. В ногах появляются «мурашки», покалывания, как будто ногу отсидели. Часто на это не обращают внимания, а следовало бы навестить сосудистого хирурга. В реальной жизни из-за такой «мелочи» к хирургу не обращаются. Чаще посещают дерматолога, тот делает какие-то примочки, снимает почерневшие ногти (якобы пораженные грибком), лечит язвочки и т.п. Через несколько месяцев такой пациент со снятыми ногтями, с остеомиелитом костевых фаланг пальцев появляется у сосудистого хирурга, и тот может предложить ему только ампутацию. «Окопная болезнь» поражает не всех. Она совершенно не передается по наследству. Но ВСЕХ больных объединяет одно: они ВСЕ — страстные курильщики и... курильщицы.

Так стоит ли нога сигареты?

Долгое время считалось, что основной вред курения обусловлен никотином. Но дальнейшие исследования и практическая оценка последствий курения выдвинули на первое место канцерогенные вещества дыма, и в первую очередь *3,4-бензпирен* — полициклический ароматический углеводород. Тот самый бензпирен, который образуется при неполном сгорании угля в топках и является составной частью неочищенного дыма. Именно его онкологи стали считать повинным в поражении организма многими видами рака (полости рта, гортани, горла, мочевого пузыря), и прежде всего раком легких.

Американские исследователи открыли механизмы канцерогенного действия табачного дыма, подтвердившие, что главным виновником рака действительно является давно известный бензпирен, точнее, бензпирен-диол-эпоксид (БПДЭ) — вещество, в которое превращается бензпирен в организме. Под его воздействием происходит мутация гена р53, отвечающего за организацию обороны человеческого организма от раковых заболеваний. По мнению ученых, в нормальном состоянии этот ген подавляет рост опухоли, удаляя больные клетки. В организме же курящего человека вредоносные вещества табачного дыма соединяются с генетическим материалом в клетках и избирательно обессиливают ген контроля за раком. Был выяснен и второй механизм онкогенного, болезнетворного действия табака, обладающего, как оказалось, еще и естественной радиоактивностью. В 1964 г. было высказано предположение, что при сжигании табака изотоп *полоний-210*, содержащийся в нем, как и в некоторых других растениях, испаряется и вместе с дымом попадает в легкие. Позднее этот изотоп действительно был обнаружен в дыхательных органах курильщиков. Введенный, в порядке эксперимента, животным полоний-210 вызывал рак.

Проникая беспрепятственно в организм, полоний-210 поражает прежде всего герминтативные органы: яичники у женщин и семенники у мужчин. Можно представить, какими последствиями чревато раннее курение, особенно у женщин.

Ученые подсчитали, что доза облучения, получаемого за год человеком, выкуривающим ежедневно полторы пачки сигарет, равна той дозе, которую он получил бы при трехсоткратном рентгеновском просвечивании.

Каким же образом радиоактивные элементы попадают в табачные листья?

Бывший научный сотрудник Министерства сельского хозяйства США Тео Т. установил, что табачные посадки жадно поглощают радиоактивные элементы из удобрений и естественных компонентов почвы, воздуха и воды. Поглощение осуществляется клейкими кончиками волосков, покрывающих поверхность табачных листьев. При сгорании этих волосков в процессе курения образуются нерастворимые частицы, содержащие радиоактивные изотопы. В составе табачного дыма они вдыхаются курильщиком, оседают в глубине его легких и остаются там 3—6 мес., а иногда и в течение многих лет, являясь источником радиации. Благодаря защитным силам организма легкие в итоге очищаются от нерастворимых частиц дыма. Но к тому времени радиоизотопы, попав в кровеносную систему, током крови уже доставляются в другие органы — печень, поджелудочную железу, почки, лимфатические узлы, щитовидную железу и костный мозг.

Какие же изотопы содержат табачные изделия?

При распаде, например, урана, который часто накапливается в фосфатных удобрениях, образуется радий-226, который, в свою очередь, выделяет родон-222, и наконец, свинец-210 и полоний-210. Два последних изотопа обнаружены в значительных количествах в кальцинированных бляшках кровеносных сосудов курильщиков, страдающих атеросклерозом. В связи с этим возникло предположение, что помимо онкологических заболеваний радиоизотопы могут вызывать атеросклероз.

Как долго сохраняется радиоактивность в организме курильщика?

Период полураспада радиоактивного свинца-210 составляет 21,4 года. У людей, бросивших курить, радиоактивность легких, обусловленная присутствием свинца-210, снижается очень медленно и через пять лет остается такой же, как у активных курильщиков.

Однако самый опасный компонент радиации не свинец-210, испускающий относительно слабое бета-излучение, а его радиоактивный «внук» — полоний-210, опасность которого для живых существ в 20 раз выше по сравнению с бета-излучением. Полоний-210 излучает в высшей степени концентрированное ионизирующее альфа-излучение — такого же рода, как от плутониевой атомной бомбы. Альфа-частицы бомбардируют атомы, превращая их в ионы, а те, в свою очередь, могут повредить генетический код клеток, убить их или превратить в раковые.

Организм человека развивался на нашей планете при низких уровнях естественной радиации, поэтому обладает определенной способностью преодолевать поражения, вызванные радиоактивностью, но с каждой сигаретой курильщик вдыхает почти столько же полония-210, сколько получил бы от естественных источников за целые сутки.

Оценивая вредоносность курения, необходимо учитывать ситуации, при которых отрицательное влияние табачного дыма усиливается. Так, курение в сочетании с потреблением алкоголя усугубляет болезни, вызываемые тем и другим интоксикантом. Вред от курения возрастает при накоплении в атмосфере газообразного радона, который, как правило, присутствует в том или ином количестве в воздухе жилых и рабочих помещений, особенно на первых этажах, слабо изолированных от грунта. Курение в таких местах существенно повышает риск онкологических заболеваний.

Канцерогенное воздействие табачного дыма достоверно усиливается также при контакте его с такими веществами, как асбест, мышьяк, никель, красители синтетического происхождения, летучие смолы, радиация любого происхождения (начиная от рентгеновского излучения и заканчивая ядерными взрывами). Курение увеличивает риск возникновения хронических заболеваний легких и астмы, связанных с воздействием пыли в горнодобывающей промышленности, пыли животного и растительного происхождения и некоторых химических веществ.

Сколько же велик уровень роста угрозы при сочетании перечисленных веществ с курением? И какова специфика их воздействия на организм?

У курильщиков, которые подвергаются действию асбеста на рабочем месте, риск развития онкологических заболеваний в 10—40 раз выше по сравнению с некурящими работниками асбестовой промышленности и в 90 раз выше в сравнении с теми, кто не курит и не подвергается действию асбеста на производстве.

Потребление курящими алкоголя достоверно увеличивает риск развития рака органов пищеварения, особенно полости рта, глотки, пищевода.

При прохождении курящими женщинами курса лечения рака молочной железы, риск рака легких у них возрастает примерно в 10 раз по сравнению с некурящими.

При работе в условиях запыленности, вызывающей респираторные заболевания, курение провоцирует рак носовой полости и придаточных пазух. Сравнение курильщиков, работающих в угольном забое, с некурящими, а также с курящими, работающими на поверхности, показало, что табачный дым оказывает отрицательное воздействие на органы дыхания в 5 раз большее, чем угольная пыль. Повышенный риск развития хронического бронхита и эмфиземы у курящих шахтеров объясняют тем, что курение затрудняет вентиляцию легких, изменяя физические свойства слизистых оболочек.

Эффективность антитабачной пропаганды может быть проиллюстрирована следующими данными: ежедневно только США теряют 5000 потребителей табачной продукции, из которых 3500 удается бросить курить, а остальные уходят из жизни. Разумеется, лучший вариант — не начинать.

Чем грозит нам «пассивное курение»

Пожалейте детей. Если в доме курят, ребенок почти обязательно закурит, став подростком.

Г. А. Шичко

Найдены научные доказательства зависимости между пребыванием в табачном дыму и раком легких, а также астмой.

*Бриггит Хельм (Англия,
Шеффилдский университет)*

Как установлено специальными исследованиями, до 68 % дыма горящей смолы и выдыхаемого курильщиком воздуха попадает в

окружающую среду, загрязняя ее смолами, никотином, аммиаком, формальдегидом, окисью углерода, двуокисью азота, цианидами, анилином, пиридином, диоксинами, акролеином, нитрозоаминами и другими вредными веществами. Опасная для человека концентрация никотина ($0,5 \text{ мг/м}^3$) в закрытых, плохо проветриваемых помещениях создается довольно быстро. Такого уровня концентрация никотина достигнет, если в комнате объемом 20 м^3 выкурят 1 сигарету. Если же в непрветриваемой комнате будет выкурено несколько сигарет, то за один час некурящий человек вдохнет столько вредных веществ, сколько поступает в организм человека, выкурившего 4—5 сигарет. Находясь в таком помещении, человек поглощает столько же угарного газа, как и курящий, и до 80 % других веществ, содержащихся в дыме сигареты, папиросы или трубки.

Окружающий курящих табачный дым — это сильно действующая смесь вредных газов, жидкостей и мелкодисперсных твердых частичек. Различают четыре вида дыма: основной — дым накуренного помещения; дым, вдыхаемый курящим; дым, выдыхаемый им, а также боковой дым, выделяющийся непосредственно с конца горящей сигареты. Различие между основным и боковым дымом весьма существенно: оба дыма содержат одни и те же соединения, в различных концентрациях. Например, в боковом дыме содержание никотина в два и более раза выше, чем в основном. А концентрация 4-аминобифернила, вызывающего рак мочевого пузыря, в боковом дыме почти в 31 раз больше, чем в основном. Боковой дым содержит канцерогены и токсины в максимальном количестве (независимо от марки выкуриваемых сигарет) по сравнению со всеми остальными видами дыма, т. е. основного, вдыхаемого и выдыхаемого, при курении сигарет как с фильтром, так и без фильтра.

Многие из вредных компонентов окружающего табачного дыма нельзя удалить из помещения ни вентиляцией, ни фильтрацией. Любой человек, вошедший в здание или автомобиль, в котором курили несколько дней назад, чувствует запах, определяемый как «застоявшийся табачный дым». Он обусловлен повторным выделением летучих органических соединений, которые абсорбируются на внутренних поверхностях здания: стенах, полу, коврах, портьерах и тюлевых гардинах. По сути дела, этот факт можно квалифицировать как загрязнение помещения токсичными отходами. Однако описанное явление абсорбции и повторного выделения табачной смолы полностью игнорируется при обсуждении проблемы курения в зданиях.

Сравнительно недавно исследователи обнаружили такую закономерность: если в помещениях, загрязненных невидимым и не имеющим запаха радоном, накапливается еще и табачный дым, то продукты распада радона конденсируются на дымовых частицах, «плавают» в воздухе и вдыхаются не только курильщиком, но и находящимися там некурящими. Это приводит к совместному, еще более смертоносному воздействию на организм по сравнению

с тем, которое оказывает в отдельности каждое из этих загрязнений. Впрочем, и без радона люди, вдыхающие задымленный воздух, будут получать определенные дозы радиации, обусловленные ее наличием в табаке. Табачный дым к тому же удаляет из воздуха легкие ионы и другие аэровитамины, что не позволяет курильщикам и окружающим их людям пользоваться благотворным действием свежего воздуха.

Внешние проявления «пассивного курения» таковы: у 70% людей, находившихся в обществе курящих, бывает раздражена слизистая носа и глаз, 30% жалуются на головную боль, 25% — на кашель.

Врачам известно, что не только аллергией, першением в горле, головной болью и снижением работоспособности, но и сердечной недостаточностью и поражением мозговых сосудов некурящие расплачиваются за чужую страсть к табаку.

Болеющие астмой взрослые испытывают существенное затруднение дыхания вплоть до удушья при вдыхании так называемого вторичного дыма в течение одного часа.

«Пассивное курение» является также причиной сердечных заболеваний у никогда не куривших людей. Живущие с курильщиком некурящие члены семьи имеют почти на 25% большую вероятность сердечных заболеваний. В статье, опубликованной в журнале Американской Медицинской Ассоциации, сообщалось, что нахождение некурящих в условиях загрязнения помещения табачным дымом способствует развитию атеросклероза, проявляющегося прежде всего в сужении сонных артерий, несущих кровь к мозгу.

Регулярное пребывание в роли «пассивного курильщика» в 2,5 раза повышает у него риск сердечных заболеваний со смертельным исходом по сравнению с теми людьми, которые не подверглись действию вторичного табачного дыма. У большинства некурящих, вынужденных находиться в накуренных помещениях, нередко отмечаются также заболевания органов пищеварения и нарушения обмена веществ.

Табачный дым, выдыхаемый курильщиком в жилом или служебном помещении, увеличивает шансы каждого находящегося там заболеть раком. Жены курящих мужчин болеют раком в 2—3 раза чаще по сравнению с женщинами, живущими с некурящими. Особенно опасно пассивное курение для детей, беременных женщин и кормящих матерей. На ребенка, например, губительно действует даже табачный дым, проникающий в комнату с балкона. Для детей раннего возраста в условиях «пассивного курения» риск внезапной смерти возрастает на 50%. Этот вторичный табачный дым особенно опасен для новорожденных, так как содержащийся в нем угарный газ очень быстро вызывает гипоксию — кислородное голодание мозга младенца.

Авторитетные медицинские журналы США сообщают и о таких наблюдениях: у детей курящих отцов, независимо от того, будут ли они сами курить или нет, вероятность заболеть одной из форм рака в 1,5 раза выше. Если мать курит, у ее детей шансы заболеть лейкемией или лимфомой в 2,7 раза выше, чем у тех, кто рожден некурящей женщиной.

Из общего числа детей, страдающих бронхиальной астмой, более 65% — «пассивные курильщики». В тех семьях, где ради здоровья ребенка родители перестали курить, приступы бронхиальной астмы или совсем прекращаются, или проявляются в гораздо более легкой форме.

Наиболее чувствительны к табачному дыму дети до 5 лет. Пассивное курение способствует развитию у них гиповитаминозов, ведет к потере аппетита и расстройству пищеварения. Дети становятся беспокойными, плохо спят, у них бывает длительный плохо поддающийся лечению кашель, чаще сухой, носящий приступообразный характер. В течение года они болеют бронхитом и ОРВИ 4—8 и более раз. Гораздо чаще, чем дети некурящих родителей, они заболевают и воспалением легких.

Одна из причин этого заключается в нарушении витаминного обмена под воздействием никотина (резко снижается синтез витаминов и их усвоение). Обычно в крови курильщиков витамина С вдвое меньше, чем у некурящих. Есть данные, что одна выкуренная сигарета уменьшает количество этого витамина на 25 мг. Это очень большие потери, если учесть, что его суточное поступление в организм чаще всего не достигает физиологической нормы — 75 мг, а курящие выкуривают в день не по одной сигарете. Разрушается витамин С и при пассивном курении, особенно у детей, что приводит к снижению сопротивляемости организма инфекции. Кроме того, курение уменьшает выработку в организме интерферона, также играющего большую роль в защитных реакциях организма.

Таковы сокращенно последствия «пассивного курения». Приведенных сведений достаточно, чтобы понять: табачный дым — раздражающий и отравляющий, загрязняющий и канцерогенный — смертельно опасен не только для курящих, но и для тех, кто живет и трудится рядом с ними. Поэтому речь должна идти не только о спасении здоровья самих курящих, добровольно избравших табачную интоксикацию в качестве постоянной спутницы жизни, но и тех, кто не курит, но вынужден дышать отравленным воздухом.

Совокупные результаты солидных научных работ, выполненных в США и Западной Европе, свидетельствуют, что ограничение контактов курильщиков (в момент курения) с некурящими, т. е. исключение возможности «пассивного курения», снижает риск смерти у некурящих, в том числе сотен тысяч детей, страдающих

астмой и другими респираторными заболеваниями. Курильщикам предоставляется две возможности: либо курить в комнатах для курения, если им таковые предоставлены (эти комнаты должны иметь плотно закрывающиеся двери, поглотители дыма, вентиляцию и другое необходимое оборудование), либо курить на открытом воздухе, если комнат для курения нет. Строгое соблюдение этого требования часто приводит к тому, что курильщики расстаются со своей вредной привычкой, даже если она перешла в химическую зависимость. Бросая курить, человек познает себя: испытывает и закаляет свою волю, вырабатывает самодисциплину и совершенствует самоорганизацию.

По мнению ученых, за счет избавления от никотиновой зависимости средняя продолжительность жизни землян возросла бы на 4 года.

Во многих странах для снижения числа курильщиков используют экономические рычаги, например систематическое повышение цен на табачные изделия.

Исследования американских специалистов показали, что люди, только начинающие курить, особенно подростки, больше всего реагируют на рост цен. Даже 10 %-ное увеличение розничной цены на сигареты приводит к сокращению их покупки более чем на 10 %, а многих вообще удерживает от приобщения к курению.

В Канаде в последние годы весьма эффективно действует закон, согласно которому человек, закуривший в недозволенном месте (например, в ресторане), платит штраф от одной до пяти тысяч долларов. Безнаказанно житель Канады может совмещать потребление пищи и курение только в специально отведенных для этого залах предприятий общественного питания, площадь которых не должна превышать 1/4 площади залов для некурящих.

Давно уже запрещено появляться с сигаретой на службе, в аэропортах, на вокзалах. Приняты меры и против производства сигарет — табачным компаниям запретили быть спонсорами спортивных и прочих развлечений. Везде запретительные знаки — сигарета, перечеркнутая красной полосой.

Решению антикурительной проблемы способствует и сформировавшееся в мире понимание того, что курение, так же, например, как грубость или за пределами громкая музыка, не относится к категории прав человека. С каждым годом все больше противников насильственного приобщения к вдыханию «вторичного» дыма, т. е. к «пассивному курению» в общественных местах. «Не дымите на меня!», «Ступайте курить в другое место!» — такие фразы можно найти теперь во многих разговорниках для туристов наряду с традиционными: «Как проехать к вокзалу?» и «Как называется эта улица?»

Мотивы, стимулирующие табакокурение детей и подростков

У начинающего курильщика в течение двух — трех лет заметно истощается запас жизненной энергии. А главное — табак, как и алкоголь, разрушает генетический код.

Академик Ф. Г. Углов

То, что в последние десятилетия средний возраст начинающих курить значительно понизился, а в их числе весьма заметно возросло число девочек и девушек, — неопровержимый факт, весьма беспокоящий гигиенистов, наркологов и все общество в целом.

В связи с этим возникает ряд вопросов, например: почему люди начинают курить? В чем причина такого широкого распространения курения в раннем возрасте?

Начнем с того, что дети, вырастая среди курящих, не сомневаются в том, что курение — такой же естественный процесс, как потребление пищи и воды. Курение у них ассоциируется с общепринятой нормой поведения.

В самом раннем возрасте — с 5—6 до 10 лет — дети пробуют закурить *из любопытства*. По данным многочисленных опросов, в таком возрастном интервале из любопытства пробуют курить примерно 25 % детей. Одновременно материалы анкет свидетельствуют: началу раннего курения способствует желание подражать взрослым, причем этот фактор воздействуют на детей не только из семей курильщиков, но и из семей некурящих. В последнем варианте дети подражают курящим товарищам или дворовым «авторитетам», а также киногероям, не выпускающим сигареты изо рта в течение всего фильма.

Характерно, что в семье курящих в раннем возрасте приобщаются к курению 50 % детей и более, а в некурящих семьях — не более 25 %.

В 11—14 лет подростки начинают курить чаще всего из-за стремления *не отстать от моды, самоутвердиться*, иногда чтобы похудеть. В этом же возрасте они могут начать курить в результате своеобразного принуждения со стороны курящих одноклассников, чтобы избежать причисления к трусам, «маменькиным сынкам», не способным принимать собственные решения.

В 15—18 лет мотивы приобщения к курению могут остаться теми же, что и в предыдущих возрастных периодах, но нередко сам процесс курения превращается *в форму защиты от личных неприятностей и переживаний*. Об отрицательном влиянии курения на здоровье в этом возрасте не задумываются.

В приобщении к табакокурению весьма заметную роль играет посещение компаний, вечеринок, дискотек — самых распространенных форм досуга старшеклассников и студентов. К этому времени потребность вдохнуть поглубже табачный дым возникает у молодых курильщиков все чаще. В вузах на III курсе курят более 60 % студентов.

В связи с небывалым ростом числа молодых курильщиц — старшеклассниц и студенток — были выявлены (путем анкетных опросов) основные мотивы их приобщения к курению.

Анализ ответов показал, что основным стимулом начала курения явилась мода. На вопрос, почему девочки начали курить, 60 % из них ответили, что это «красиво», «это модно». Были и другие варианты ответов: «курят, потому что хотят понравиться», «хотят привлечь к себе внимание», «лучше смотрятся», «выглядят самостоятельно», «обращают на себя больше внимания мужской части компании» и т. д.

Психологию тяги девушек к курению Е. И. Руденко дополняет такими данными: девушку интересует не столько сам акт курения, сколько вся процедура курения, имеющая характер своеобразного ритуала. В нем — неторопливое распечатывание сигаретной пачки, извлечение из нее сигареты, закуривание от пламени красивой зажигалки, искусное пускание дымовых колечек — несомненное владение техникой курения.

Сравнивая стимулы приобщения к курению у мужской и женской части подростков и молодежи, легко выявить их существенное несовпадение. Если причинами начала курения у юных мужчин являются стремление подражания взрослым, отождествление курения с представлениями о самостоятельности, силе мужественности, то у девушек начало курения связано со следованием моде, с кокетством, стремлением к оригинальности, желанием нравиться юношам.

Однако главное последствие курения — возникшая наркозависимость от никотина — не различает курильщиков ни по возрасту, ни по полу.

Этого нельзя сказать о других воздействиях никотиномании на здоровье, так как некоторые из них имеют свою специфику в зависимости как от пола, так и от возраста. Остановимся на некоторых особенностях отрицательных последствий, специфичных для детей и подростков, пристрастившихся к курению.

Установлено, что смертность людей, начавших курить до 20 лет, значительно выше, чем среди тех, кто впервые закурил после 25 лет.

Частое и систематическое курение у подростков истощает нервные клетки, вызывая преждевременное утомление и снижение активирующей способности мозга при решении задач логико-информационного типа.

При курении происходит патология зрительной коры. У подростка курильщика краски могут полинять, поблекнуть из-за изменения зрительного цветоощущения, может снизиться в целом многообразие восприятия. Первоначально наблюдается быстрая утомляемость при чтении. Затем начинается мелькание и двоение в глазах и, наконец, снижение остроты зрения, поскольку возникшие от табачного дыма слезоточивость, покраснение и отечность век приводят к хроническому воспалению зрительного нерва. Никотин вызывает изменения в сетчатке глаза, в результате — снижение чувствительности к свету. Так же, как у детей, родившихся от курящих матерей, у юных курильщиков исчезает восприимчивость сначала к зеленому, затем к красному и, наконец, к синему цвету.

В последнее время у окулистов появилось новое название слепоты — табачная амблиопатия, которая возникает как проявление подострой интоксикации при злоупотреблении курением. Особенно чувствительны к загрязнению продуктами табачного дыма слизистые оболочки глаз у детей и подростков.

Никотин повышает внутриглазное давление. Прекращение курения в молодом возрасте является одним из факторов предотвращения такого грозного заболевания, как глаукома.

Состояние клеток слуховой коры после курения в подростковом возрасте совершенно четко и бесспорно свидетельствует о мощном подавлении и угнетении их функций. Это отражается на слуховом восприятии и воссоздании слухового образа в ответ на звуковое раздражение внешней среды.

Курение в раннем возрасте активизирует у многих деятельность щитовидной железы, в результате чего у курильщиков учащается пульс, повышается температура, возникает жажда, раздражительность, нарушается сон. Из-за раннего приобщения к курению возникают поражения кожи — угри, себорея, что объясняется нарушениями деятельности не только щитовидной, но и других желез эндокринной системы.

О том, что курение ведет к преждевременному изнашиванию сердечной мышцы, известно всем. Возбуждая сосудодвигательный центр и влияя на периферический сосудодвигательный аппарат, никотин повышает тонус и вызывает спазм сосудов. Это увеличивает нагрузку на сердце, так как протолкнуть кровь по суженным сосудам гораздо труднее. Приспосабливаясь к повышенной нагрузке, сердце растет за счет увеличения объема мышечных волокон. В дальнейшем деятельность сердца обременяется еще и тем, что сосуды у курильщиков теряют эластичность намного интенсивнее, чем у некурящих.

Известно, что с увеличением числа молодых курильщиков помолодел и рак легких. Один из ранних признаков этой болезни — сухой кашель. Заболевание может проявляться незначительными

болями в легких, тогда как основные симптомы — это быстрая утомляемость, нарастающая слабость, снижение работоспособности.

Курение нарушает нормальный режим труда и отдыха, особенно у школьников, не только из-за действия никотина на центральную нервную систему, но и в силу желания закурить, появляющегося во время занятий. В этом случае внимание ученика полностью переключается на мысль о табаке. Курение снижает эффективность восприятия и заучивания учебного материала, уменьшает точность вычислительных операций, снижает объем памяти. Курящие ученики не отдыхают на перемене, как все другие, так как сразу после урока устремляются в туалет и в облаках табачного дыма и разного рода вредных испарений удовлетворяют свою потребность в никотине. Совокупное действие ядовитых компонентов поглощаемого табачного дыма вызывает головную боль, раздражительность, снижение работоспособности. В результате ученик приходит на следующий урок в нерабочем состоянии.

Установлено, что слишком раннее курение задерживает рост. При проверке оказалось, что не только рост, но и объем груди у курящих подростков гораздо меньше, чем у некурящих сверстников.

Никотин снижает физическую силу, выносливость, ухудшает координацию и скорость движений. Поэтому спорт и курение несовместимы.

Такова цена курения для молодежи. К сожалению, в силу возрастных особенностей подростки не осознают до конца степень пагубных последствий курения табака.

Чтобы преодолеть эту «неосознанность», может быть, стоит как можно раньше знакомить юных поклонников табака с трагическими последствиями многочисленных «экспериментов», устраиваемых малолетними курильщиками? Ведь в литературе описано множество случаев смерти детей в результате отравления табаком.

Так, в 1934 г. во французском курортном городе Ницце компания подростков устроила состязание — кто больше выкурит папирос. Выигравших оказалось двое, но награду «победители» получить не смогли: выкурив по 60 папирос, они скончались. Несколько других участников «состязания» в тяжелом состоянии были доставлены в больницу. Известен случай, когда юноша погиб, выкурив одну большую сигару. Трехлетний мальчик умер от отравлений никотином, играя со старой курительной трубкой, наглотавшись через нее воды. А годовалый ребенок отравился, съев папиросу.

Таким образом, у курения как процесса удовлетворения надуманных потребностей очень много существенных отрицательных сторон. А положительных сторон у курения не существует.

«Девичий перекур» — угроза здоровью будущей матери и ее потомству

Одним из самых обычных и ведущих к самым большим бедствиям соблазнов есть соблазн словами: «Все так делают».

Л. Н. Толстой

Курение девушек — это не что иное, как результат стремления не отстать от других, «быть как все», соответствовать принятому среди «своих» стандарту. Но в том-то и дело, что уважающий себя человек, человек по-настоящему самостоятельный никогда не живет по принципу подражания. Он не уступает всякому залетному поветрию, не гонится, сломя голову, за любой модой, а сообразует-ся с тем, насколько она соответствует его человеческой природе. Но для этого надо сознать себя хоть в какой-то мере личностью. Это сложнее, чем «балдеть» под музыку в компании, где девушка с сигаретой воспринимается как «свой парень».

Но вдумаясь в суть явления. Так или иначе, но жадное курение, без которого уже не обойтись, — это ведь неосознанное замещение каких-то несостоявшихся поступков, свершений, на которые, вполне вероятно, не хватает ни усердия, ни душевных сил. Трудно жить всерьез, трудно найти себя и быть счастливой, зато, затянувшись эффектно сигаретой, можно вообразить себя кем угодно и ощутить себя хоть на мгновение на высоте самых заветных своих идеалов — общественных и личных, если они есть, конечно, эти самые идеалы.

И все это было бы менее страшно, если бы не особая миссия женщины на Земле, ее высочайшая ответственность за продолжение рода человеческого. Этим распорядилась сама Природа. За пренебрежение женщин к своему главному предназначению она жестоко наказывает никотиноманок лишением возможности иметь здоровых детей, а порой — иметь их вообще.

Какими бы осведомленными ни считали себя девушки, они все же в большинстве своем не знают всей правды о последствиях женского пристрастия к табаку, о том, какой бедой обернется оно для них самих и для их потомства. Сейчас курит столько молодых женщин (в основном студенческого возраста), что, как утверждают специалисты, через десять лет нам, возможно, придется столкнуться с эпидемией сердечных заболеваний среди них и с массовым нарушением репродуктивной способности. Ведь под действием хронической табачной интоксикации постепенно развивается структурное истощение эндокринных желез. А это может стать причиной расстройства половой функции и бесплодия, а также сахарного диабета и других заболеваний. Не укладывается в голове, что женщина, знающая об этом, все же курит.

Но в том-то и проблема, что здесь мы чаще всего имеем дело не с нормальным человеком, а с человеком, пораженным болезнью — табачной зависимостью. И не потому курящая женщина, будучи беременной или кормящей матерью, не бросает курить, что вопреки указаниям врачей и просьбам близких не хочет этого сделать, а потому, что не может бросить.

Напомним же о том, что некоторым давно известно, а для других — юных начинающих курильщиц — станет неожиданным открытием и, может быть, заставит задуматься и взвесить все сомнительные «за» и несомненные «против» курения.

В надежде на переоценку молодежи своего увлечения сигаретой и пишутся эти строки.

Согласно гигиеническим исследованиям последних лет, курение (даже неинтенсивное) отрицательно влияет на потомство, повышает стерильность мужчин и женщин, снижает вес новорожденных, увеличивает процент эмбриональной смертности.

Вот объективные данные о влиянии курения на потомство, основанные на результатах обследования 16 тыс. новорожденных.

Начнем с того, что у женщин, курящих во время беременности, самопроизвольные аборт и осложнения беременности и родов происходят гораздо чаще, чем у некурящих. Курильщицы имеют более высокий риск внематочной (трубной) беременности и большую вероятность преждевременных родов. Риск смерти плода и младенца у женщин, курящих во время беременности, на 20—50% выше по сравнению с некурящими. В момент рождения вес младенцев у курящих женщин на 200—700 г меньше, чем в среднем у детей некурящих родителей, и на 2 см меньше рост. Наиболее значимым показателем является меньшая окружность головы. Существенное отставание в физическом и интеллектуальном развитии, высокая подверженность заболеваниям у таких детей сохраняется до 9—10 лет. Если мать продолжает курить и после рождения ребенка, то у нее из-за этого укорачивается период лактации, а зачастую дети сами отказываются брать грудь. То же самое наблюдается, если ребенок постоянно находится в накурленном помещении.

40% детей, родившихся у курящих матерей, предрасположены к судорогам, к семилетнему возрасту у них часто появляются признаки эпилепсии. Опасные отклонения в психическом развитии у таких детей наблюдаются в 2 раза чаще, чем у сверстников, чьи родители не курят.

Такие последствия вполне закономерны, так как у курящей женщины, оживающей ребенка, никотин и другие компоненты табачного дыма легко проникают через плаценту в кровеносное русло плода, и задолго до рождения его еще не сформировавшиеся органы и ткани систематически получают порции отравляющих веществ. Установлено, что в крови плода уровень содержания ни-

котина выше, чем в крови матери. Особенно велика доза получаемой плодом окиси углерода. Дело в том, что эритроциты плода содержат до 90% так называемого фертильного гемоглобина. Он легче соединяется с окисью углерода, чем гемоглобин взрослого. Поэтому почти весь гемоглобин плода курящей женщины прочно связывается с окисью углерода, что ведет к кислородному голоданию плода.

После рождения количество фертильного гемоглобина уменьшается, но даже к году его содержание в эритроцитах ребенка составляет 15%.

В семье, где есть хотя бы один курящий, дети любого возраста болеют в 2 раза чаще, чем в некурящих семьях.

И наконец, совсем недавнее открытие медицины: дети курящих родителей — крохотные пассивные курильщики — могут стать табачными наркоманами в грудном возрасте, если после рождения растут в атмосфере табачного дыма. Они беспокойно ведут себя в помещении с чистым воздухом и даже отказываются брать грудь, но стоит создать им привычные условия, т. е. окурить комнату, как их поведение приходит в норму.

Согласно рекомендациям Американского колледжа кардиологии, основанным на результатах новейших исследований, новорожденных курящих матерей необходимо рассматривать как «курильщиков» или «бывших курильщиков», так как им присущи «симптомы отмены никотина». Основанием для такого мнения послужил следующий факт: рожденные курильщицами младенцы имеют высокий уровень котинина (метаболита никотина) в моче, почти такой же, как у мужчин — активных курильщиков.

Исследования в этой области неизменно свидетельствуют и о такой закономерности: младенцы и малолетние дети, подверженные действию табачного дыма (т. е. пассивные курильщики), имеют повышенный уровень респираторных симптомов и инфекций респираторного тракта.

Такова в общих чертах проблема «никотин и потомство». О ней должны знать дети и взрослые, юноши и девушки, вступающие в жизнь, чтобы неукоснительно соблюдать правило: ни одной сигареты в комнате, где находится беременная или кормящая женщина.

Не помешает напомнить девушкам (хотя это следует иметь в виду всем) и о том, как курение отражается на внешности человека. Как бы ни было это огорчительно, но из-за курения портрет представительницы прекрасного пола рано или поздно приобретает непривлекательные черты типичного курильщика. Может быть, сначала это будет не так заметно, но, приглядевшись повнимательнее к знакомым курильщикам с большим стажем, вы непременно увидите преждевременные морщины и желтоватый, а иногда землистый цвет лица. Такой оттенок кожа приобретает

из-за токсических металлов (ртути, свинца, мышьяка, кобальта), двуокиси серы, окиси азота, а также твердых частиц, копоти и смол табачного дыма. Все эти вещества, растворяясь в поте и задерживаясь в порах, разрушают поверхностный слой кожи и придают ей специфическую окраску. Помимо плохого цвета кожа приобретает и неприятный запах табачного дыма. Она теряет эластичность, упругость, свежесть. А морщины, особенно над верхней губой и в уголках глаз, появляются еще и оттого, что человеку приходится придерживать губами сигарету и постоянно щуриться, чтобы защитить глаза от дыма. В результате длительной никотиновой интоксикации у многих людей возникает так называемая табачная слепота.

Сажа и деготь, образующиеся при сгорании табака, виновны в том, что зубы курильщика темнеют и теряют блеск. А в результате воздействия на зубную эмаль горячего табачного дыма, содержащего никотин, угарный газ, сероводород, синильную и другие кислоты, у курящих людей развивается кариес зубов, а также гингивит и стоматит. Этим объясняется неприятный запах изо рта, который отличает курильщиков. В ротовой полости на слизистой щек иногда появляются белесоватые пятна — предшественники злокачественных новообразований, т. е. рака.

И еще одно специфическое заболевание, наблюдаемое у заядлых курильщиков, — акроцианоз. Для него характерны покраснение кончика носа, ушных раковин, щек. Кисти рук и стопы при этом приобретают синюшный оттенок.

Портрет курильщика довершают грубый, хриплый голос, «прокуренные» желтые пятна на пальцах и всегда пахнущие дымом волосы.

Такова никотиновая «косметика». Вряд ли она украшает мужчин, а о женщинах и говорить не приходится. Однако урон, в целом наносимый курением человеку, неизмеримо страшнее и губительнее.

Имеет смысл еще раз перечислить наиболее опасные последствия курения для организма женщины-матери и ее потомства:

- нарушение гормонального аппарата женщины;

- снижение инстинктов материнства;

- гибель эмбрионов на ранних стадиях беременности, недоразвитие плаценты, кровотечения при вынашивании ребенка, увеличение частоты самопроизвольных аборт и выкидышей, преждевременные роды;

- кровотечения при родах, увеличение числа мертворожденных, высокий процент ранней детской смертности;

- синдром внезапной смерти новорожденных и детей;

- дети матерей-курильщиц — полунинвалиды, их сопротивляемость болезням понижена, и они подвержены различным заболеваниям;

- отставание детей в физическом и умственном развитии;

увеличение у детей числа врожденных уродств, отклонений и дефектов развития;

у женщины, начинающей курить в 16 лет и ранее, к 46 годам формируется опасность онкологического заболевания, а в 50 весьма вероятен смертельный исход;

женщины гораздо легче, чем мужчины, освобождаются от никотиновой зависимости, важно это сделать как можно раньше, а оптимальный вариант — никогда не начинать!

Опасный миф о «безопасных» сигаретах и бездымном курении

Курящие люди осведомлены о том, что около 80 % поступающих в продажу сигарет снабжены табачными фильтрами, задерживающими никотин. Считается, что фильтры задерживают примерно половину никотина, содержащегося в дыме сигареты. А по содержанию смол (конденсата) сигареты делятся на несколько подгрупп:

- полноароматические (full flavor) — от 10 до 20 мг на сигарету;
- легкие (lights) — от 5 до 10 мг на сигарету;
- ультралегкие (ultra lights) — до 5 мг на сигарету;
- сигареты без фильтра;
- папиросы — более 20 мг на папиросу.

В конце 1996 г. в Москве появились сигареты, отличающиеся тем, что содержат никотин и конденсат в количествах еще меньших, чем легкие и большинство ультралегких сигарет. Это немецкие сигареты R1, содержащие 0,1 мг никотина / 1 мг конденсата. Для приготовления легких сигарет нового поколения используется ароматизированный табак с природным высоким содержанием никотина. Количество смолы и никотина до желаемого уровня сокращают специальные системы сигарных фильтров. Их в настоящее время изобретено и применяется множество. Например, в ультралегких сигаретах используются двухступенчатые угольные фильтры с перфорацией. Начиная с 1999 г. широко рекламируется так называемый «биофильтр», в котором дополнительно активизированный уголь начинен гемоглобином, полученным из крови крупного рогатого скота и свиней. Однако, как ни парадоксально, курение сигарет с любым фильтром не только не уменьшает вред от курения, но, наоборот, увеличивает его. Настоящий курильщик нуждается в некоторой дозе никотина в крови, что становится заметно, когда курильщика лишают этого вещества: бессознательно он начинает чаще затягиваться и «высасывает» из сигареты с плотным фильтром больше никотина. Самым опасным оказалось не то, что при использовании сигарет с фильтром возросло потребление табака в мире, а то, что при сильных затяжках происходит более глубокое разложение табака с образо-

ванием непропорционально высокого количества никотина и смол, содержащих 3,4-бензпирен и другие канцерогенные вещества. Последние вообще не задерживаются антиникотиновыми фильтрами.

Профессор Ф. Шмидт (ФРГ), эксперт по проблеме «Курение и здоровье» ВОЗ, сообщает, что в зависимости от глубины затяжки минимальное и максимальное «усвоение» организмом никотина относятся как 1 : 350. Следовательно, если фильтр и задерживает 50% никотина, то при глубокой затяжке в организм его попадает ровно в 175 раз больше, чем при слабой затяжке дымом от сигареты без фильтра. Результаты обследования 2 тыс. пациентов в 80 кардиологических центрах Италии свидетельствуют: риск инфаркта среди тех, кто курит легкие сигареты с фильтром, в 2—10 раз выше среднего показателя.

Так, стремление уменьшить вред от курения привело к увеличению риска поражения курильщиков тяжелыми заболеваниями.

Следует также предупредить любителей сигарет с ментолом, курение которых якобы наименее вредно. Специалисты ГНИЦ профилактической медицины категорически опровергают это мнение. Ментол, обладая легким анестезирующим и успокаивающим действием, тем не менее раздражает рецепторы слизистой оболочки бронхов. В результате у курильщиков легких сигарет гораздо интенсивнее происходит всасывание в кровь компонентов дыма. А это означает, что последствия в виде хронического бронхита, эмфиземы или рака легкого проявятся гораздо раньше, чем при курении сигарет, не «облагороженных» ментолом.

Стоит обратить внимание никотиноманов на еще один аспект проблемы употребления «безопасных» легких сигарет.

Недавно выяснилось, что то количество смол, которое указывают на пачке сигарет производители, весьма далеко от реального. И не потому, что табачные короли сознательно обманывают доверчивых покупателей, просто принцип действия машины, которая «выкуривает» тестовые сигареты, довольно, сильно отличается от естественного процесса вдыхания дыма человеком. В легких курильщика смол оседает гораздо больше, чем в машине.

Чтобы не допустить снижения спроса на свою продукцию, табачные компании патентуют все новые и новые изделия, рекламируя их как совершенно безвредные. К числу таких новинок следует прежде всего отнести ароматизированный порошок «Табекул». Его предлагает японская компания «Оширо», занимающаяся, кстати, вопросами экологии. Используя рекламу, владельцы патента уверяют потенциального покупателя в целебном действии «Табекула» на организм курящего, так как в его состав входят аскорбиновая, лимонная, яблочная кислоты, а также измельченный окопник аптечный, китайская виноградная лоза, бамбук,

древесный плесневый грибок, ментоловый эфир, натуральный ванилин — всего более двадцати компонентов. Требуется только окунуть еще не зажженную сигарету в эту порошкообразную смесь и, по заверению рекламодателей, курильщик вместо никотина вдохнет в составе дыма никотиновую кислоту, т. е. водорастворимый витамин В₂ (кстати, довольно дефицитный в наших пищевых рационах). Однако, если такое преобразование и произойдет, то в условиях высокой температуры внутри зажженной сигареты любой витамин — будь то В₂ или содержащаяся в порошке аскорбиновая кислота — эти биологически активные вещества просто-напросто разрушатся. Но главное — курильщик-то закуривает сигарету, чтобы снять синдром отнятия никотина. Не витамины и не китайская виноградная лоза, а тем более не древесный плесневый грибок ему потребны. Ему нужна привычная доза никотина. И если ему придется вдыхать дым с минимальным содержанием никотина, то сколько же сигарет, обмакнутых в «Табекул», ему придется выкурить и сколько других, дополнительных к табачным, ядов он вдохнет? А в их составе наверняка будут представлены еще и диоксины — самые опасные отравители.

Так как распространение курения в некоторых индустриальных странах стало снижаться, табачные компании ищут любые способы сохранения своего присутствия на рынках. В связи с этим были внесены изменения в структуру ассортимента вырабатываемой продукции. Бездымный жевательный табак был первым из новых видов продукции. Главными производителями жевательного табака начиная с 70-х гг. являются предприятия США и Швеции. Ими были проведены маркетинговые кампании с целью привлечения внимания покупателей к новому виду табачных изделий, прежде всего подростков. Продукция была представлена в новой упаковке, широко рекламировалась как «наиболее социально приемлемая и наименее опасная» альтернатива курению сигарет.

Бездымный табак содержит никотин на таком же (а иногда и на более высоком) уровне, как и сигареты. В результате его сосания, жевания, вдыхания (без сжигания) потребитель достигает такого же или более высокого уровня содержания никотина в крови, как и курящий сигареты. Следовательно, возникновение химической зависимости от никотина обеспечено. При потреблении через рот никотин из табака абсорбируется через слизистую рта, а при употреблении через нос — через слизистую носа.

К наиболее заметным медицинским последствиям, связанным с употреблением бездымного табака, можно отнести неприятный запах изо рта, изменение цвета зубов и пломб, кариес, а затем и полное разрушение зубов, атрофию десен, лейкоплакию (предраковые изменения в слизистой рта), различные формы рака ротовой полости — рака десен, губы, глотки, гортани, пищевода. Одно

из последствий бездымного курения — развитие бородавчатых карцином. В связи с ростом кровяного давления, сужением кровеносных сосудов и нарушением сердечного ритма потребление бездымного табака играет заметную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и может привести к инсульту и инфаркту.

Как побороть никотиноманию

Бросить курить очень просто. Я сам бросал 17 раз!

Марк Твен

Агитировать курильщиков со стажем за здоровый образ жизни бессмысленно, поскольку каждый из них не только наслышан, но уже на себе испытал те или иные неприятные последствия курения. Они знают также, что расставание с курением, несомненно, вызовет одобрение и восхищение их силой воли со стороны родных и близких (не только некурящих, но и курящих). Курильщики не сомневаются и в том, что, бросив курить, они обретут дополнительное время для любимых занятий и основной работы, а также улучшат финансовое положение семьи. И все же продолжают курить, так как пристрастие к никотину — одно из самых устойчивых.

Итак, вы решили бросить курить. Учтите, что далеко не так легко и просто реализовать ваше намерение, как пишут в рекламных проспектах, тем более если вы начали курить не вчера. Приготовьтесь к тому, что вам будет не хватать многих достаточно эстетичных мелочей, сопровождающих этот процесс, но прежде всего — самого никотина. А значит, потребуются немало усилий и хитростей, чтобы преодолеть психическую и физическую зависимость от табака.

Люди, обладающие сильной волей, могут справиться с психической зависимостью самостоятельно, с помощью самовнушения, самоконтроля, аутотренинга и других аналогичных упражнений, но и им не повредит несколько советов, эффективность которых проверена неоднократно.

1. Никому не говорите заранее о своих намерениях расстаться с сигаретой, не обещайте, не клянитесь.

2. Выберите день, с которого вы начнете новую жизнь. Кстати, лучше, если это будет первый день отпуска, каникул, выходных или любой день недели или число, которое вы по какой-либо причине считаете счастливым.

3. Никогда не говорите «никогда» — не позволяйте себе думать, что вы бросаете курить навсегда, ставьте себе задачу только на ближайшее будущее — допустим, на завтра. Дайте себе слово, что

не притронетесь к сигарете, трубке, сигаре, папиросе. И каждый раз давайте себе слово не курить только один день. В конце концов, вы сами себе хозяин.

4. Переключайтесь на что-нибудь очень приятное и важное, обязательно что-нибудь делайте каждый раз, когда почувствуете сильное желание закурить: слушайте любимую музыку, катайтесь на роликах, делайте макияж, звоните друзьям, вспоминайте о своих успехах и других приятных вещах, мечтайте о прекрасном будущем.

5. Хвалите себя, если достигли успеха, а вы его в любом случае достигли, решив бросить курить. Не расстраивайтесь и не укоряйте себя, если вы нарушили данное себе слово: если хотите бросить курить, все равно бросите.

В отличие от других вредных привычек, акт курения происходит *неосознанно*, а часто просто машинально: рука сама тянется к пачке, пальцы сами вытаскивают сигарету и подносят ее ко рту и так далее до последней затяжки. А как известно, осознание любого действия — это уже половина пути к полному избавлению от него (на этом построен весь психоанализ). Поэтому известный американский психотерапевт Джаннет Рейнуотер изобрел тренинг, освобождающий от курения путем полного *осознания* этой привычки. Предложенный им тренинг занимает ведущее место среди всех антиникотиновых методик в США.

Тренинг состоит из двух этапов.

Этап первый — *наблюдение*. Обратите внимание на всех окружающих курильщиков. Какое у них выражение лица, когда они затягиваются? Нравится оно вам или нет? Как жестикулируют разговаривающие между собой курильщики? Чем отличаются манеры курящих женщин от манер мужчин? Какие чувства вызывает у вас вид курящих подростков? Наблюдайте, подмечая всякие мелочи. Самые интересные «открытия» записывайте. В таком режиме обостренного восприятия вам нужно провести неделю.

Этап второй — *курение с полным осознанием*. Отметьте тот момент, когда вы решили выкурить сигарету. Осознайте, что именно вы сделали этот выбор. Ответьте себе на вопрос: почему вам хочется покурить именно сейчас (устали, нервничаете, ждете кого-то, скучно, заполняете паузу)? Медленно, очень медленно возьмите сигарету, мысленно фиксируя все телесные ощущения, которые возникают, когда вы вынимаете сигарету из пачки. Закройте глаза и проделайте то же самое вслепую. Какова сигарета на ощупь (шершавая, гладкая, теплая, холодная, мягкая, твердая и т. д.)?

Каково первое ощущение на губах, когда к ним прикасается сигарета? Какая она на вкус? Какой запах от нее исходит?

Теперь возьмите спички и зажигалку. Каковы ощущения в руках от них? Зажгите огонь. Посмотрите на него несколько секунд. Каковы ваши ощущения?

Медленно поднесите пламя к сигарете, также фиксируя все эти ощущения. Какой вкус у первой затяжки? Что вы чувствуете? Задерживаете ли дым во рту? Или выпускаете его? Или глубоко затягиваетесь? Какое участие в затяжке принимает ваш нос? Выдохните весь дым.

Теперь сделайте все это перед зеркалом, затем — с закрытыми глазами. Сравните свои ощущения. Если устали анализировать, затушите сигарету.

Ну как, получили удовольствие от курения? Подавляющее большинство ответит: «Нет». Правильно, потому что вы сейчас курили *осознанно* и убедились, что ничего хорошего в самом процессе нет. Постарайтесь вот так осознанно курить три дня, не позволяя себе расслабиться.

Если вы не будете лукавить сами с собой, то на четвертый день ваша рука уже не потянется за сигаретой, а сперва спросит разрешения у вашего мозга, который теперь властвует над всеми желаниями подчиненных ему частей тела.

Как было сказано ранее, *привычку* к курению (но не сформировавшуюся химическую зависимость) можно преодолеть без особых трудностей, тем более если стаж курения небольшой. Но и в этом случае для получения положительных результатов целесообразно следовать некоторым рекомендациям, соблюдая тактику «малых шагов». Например:

- взяв сигарету, спрятать пачку подальше, чтобы ее последующий поиск был связан с физическими движениями;

- не сочетать курение с физической нагрузкой, например, при подъеме по лестнице;

- ограничивать, ежедневно сокращая, число сигарет, выкуриваемых в день;

- не спешить с приобретением сигарет, если они уже кончились.

Замечено, что наиболее трудно дается преодоление *табачной зависимости* творческим личностям. По мнению психологов, курение для интеллектуалов — это приятная психосоматическая игра, сопровождаемая не только красивыми жестами и веселыми анекдотами, но и содержательным обсуждением теоретических и практических проблем. Отсюда — ложная уверенность в том, что курение стимулирует умственную работу, что в процессе творческого трансa, создаваемого при курении, рождаются самые интересные и смелые идеи.

Однако отрицательное действие комплекса отравляющих веществ дыма довольно быстро приводит интеллектуалов к пониманию истинной роли курения, способствующей не столько возникновению блестящих идей, сколько формированию диагнозов, угрожающих жизни. Здесь уж, как правило, требуется квалифицированная медицинская помощь, и прежде всего наркологическая.

Существует немало тестов, позволяющих определить степень зависимости от табака и дающих возможность решить дилемму: можно ли прекратить курение самостоятельно или лучше обратиться к специалистам, добившимся наибольших успехов в преодолении никотиномании.

Ниже приводится *тест* «Почему я курю?», разработанный *А. Леоновым*.

Проверьте, сможете ли вы бросить это занятие самостоятельно.

Вы можете дать пять разных вариантов ответа на вопросы теста: всегда (5 баллов); часто (4 бала); при случае (3 балла); изредка (2 балла); никогда (1 балл). Итак, ваша самооценка.

1. Курю, чтобы снять усталость.
2. Даже взять в руки сигарету — для меня удовольствие.
3. Курение приятно потому, что я расслабляюсь.
4. Курение помогает справиться с приступами злости на что-либо или кого-либо.
5. Если сигарет нет под рукой, я не могу успокоиться, пока не куплю или не стрельну хотя бы одну.
6. Курю автоматически, не задумываясь.
7. Курение придает уверенности, если ситуация непонятная.
8. Самое большое удовольствие — момент прикуривания.
9. Курение выключает из напряженного ритма, уносит в мир тишины и покоя.
10. Закуриваю, когда выбит из колеи или плохо себя чувствую.
11. Четко выделяю минуты, когда не курю.
12. Закуриваю новую сигарету, когда старая еще не погасла.
13. Курю, чтобы улучшить настроение.
14. Приятен даже вид дымка от сигареты.
15. Закурить особенно приятно, когда чувствуешь удовлетворение и раскованность.
16. Обязательно надо закурить, если хочу избавиться хотя бы на время от неприятностей и забот.
17. В минуты, когда не курю, чувствую что-то похожее на голод.
18. Иногда держу во рту сигарету, но не помню, как закурил.

Не забыли проставить свои баллы против каждого вопроса? Теперь от вас потребуются навыки арифметики, полученные еще в начальной школе.

Сумма ответов на вопросы 1, 7 и 13 выявляет истинные причины, заставляющие вас курить. Сумма ответов 2, 8 и 14 показывает, насколько для вас важны манипуляции с сигаретой. Ответы 3, 9 и 15 в сумме дают оценку тому раскрепощению, которое вы получаете от курения. 4, 10 и 16 — это показатель вашего внутреннего напряжения. Сумма ответов на вопросы 5, 11 и 17 отражает вашу психологическую зависимость от сигареты. И наконец, сумма ответов на вопросы 6, 12 и 18 характеризует силу привычки, так называемого рефлекса курения.

Если каждая из сумм баллов составляет 11 и выше — это показатели сильной зависимости от курения. Причем выше тот ее компонент, сумма баллов которого наивысшая. А это означает, что без помощи специалиста вам не справиться. Если же эти суммы не превышают 7 баллов, ваша зависимость вполне преодолима самостоятельно.

Целесообразно определить степень табачного плена, не откладывая.

Если проведенное тестирование показало, что курильщик (или курильщица) зависимы от никотина, то для определения степени этой зависимости можно воспользоваться уточняющим *тестом Фагерстрема*.

1. Когда курящий тянется за сигаретой, после того как проснется?

- На протяжении 5 мин — 3 балла;
- от 6 до 30 мин — 2 балла;
- от 31 до 60 мин — 1 балл;
- более чем через 60 мин — 0 баллов.

2. Тяжело ли ему воздержаться от курения в тех местах, где оно запрещено?

- Да — 1 балл;
- нет — 0 баллов.

3. От какой сигареты ему было бы тяжелее всего воздержаться?

- От утренней — 1 балл;
- от последующей — 0 баллов.

4. Сколько сигарет в день он выкуривает?

- 10 или менее — 0 баллов;
- от 11 до 20 — 1 балл;
- от 21 до 30 — 2 балла;
- более 30 — 3 балла.

5. Когда он больше курит — утром или на протяжении дня?

- Утром — 1 балл;
- на протяжении дня — 0 баллов.

6. Курит ли он во время болезни, когда он должен придерживаться постельного режима?

- Да — 1 балл;
- нет — 0 баллов.

Подсчитайте баллы, чтобы определить уровень никотиновой зависимости курильщика.

0—3 балла — низкий уровень зависимости. При решении прекратить курение основное внимание должно быть уделено психологическим факторам. Препараты замещения никотина стоит использовать только при явном желании курильщика делать это.

4—5 баллов — средний уровень зависимости. Использование препаратов замещения никотина желательно, но при нежелании курильщика их использовать не надо настаивать.

6 — 10 баллов — высокий уровень зависимости. Резкий отказ от курения может вызвать неприятные ощущения в организме. Справиться с этими ощущениями помогут препараты замещения никотина, хотя не стоит полагаться исключительно на их действие.

Что же может предложить и чем помочь современная медицина человеку, решившему всерьез порвать с курением?

В арсенале врачебных средств направленного действия в настоящее время значатся: 1% раствор гидрохлорида лобелина; изготовленный на основе лобелина отечественный таблетированный препарат лобесил; отечественный таблетированный препарат анабазин гидрохлорид; болгарский таблетированный препарат «Табекс»; цитизин, цититон и др. Применяют для лечения и препараты, вызывающие неприятные ощущения (отвращение) при вдыхании табачного дыма: раствор азотнокислого серебра (нитрат серебра), протаргол, колларгол, серноокислую медь (сульфат меди), жевательную резинку, содержащую нитрат серебра. Заслуживает внимания широко рекламируемый в последние годы отечественный натуральный препарат «Коррида плюс», получивший признание не только в России, но и за рубежом, так как не имеет противопоказаний. Добавка «плюс» в названии препарата обусловлена комплексом положительного воздействия этих таблеток на организм. Помогая избавиться от табачной зависимости без прибавления в весе, психологических и физиологических перегрузок, «Коррида» способствует оздоровлению микрофлоры полости рта, профилактике пародонтоза и выведению из организма шлаков, токсинов, канцерогенов. Препарат вызывает стойкое отвращение к табачному дыму и устраняет нарушения, вызванные курением. Ереванским кондитерско-макаронным комбинатом налажен выпуск антиникотиновой жевательной резинки на основе гамибазина.

Гамибазин в виде резинки, по мнению испытавших на себе его действие, намного легче воспринимается как средство лечения по сравнению с другими антиникотиновыми препаратами, так как он не только приятнее обычных лекарств в таблетках и порошках, но, вероятно, и эффективнее их, поскольку одновременно выполняет роль соски-пустышки. Дело в том, что человеку свойственна от рождения такая особенность отвлечения. Дети вначале сосут пустышку, потом пальцы, в школе — кончик карандаша или ручки, а потом, повзрослев, — сигарету, трубку, мундштук. Иногда часами держат их во рту даже незажженными. Предложите курильщику заменить это «удовольствие» прососием вдыханием табачного дыма — он ни за что не согласится. А сосание жевательной резинки хоть в какой-то мере восполняет потребность в отвлечении путем сосания сигареты. В некоторых городах Китая желающим покончить с курением предлагают вдыхать аромат духов, приготовленных из нескольких десятков целебных трав. Девять из десяти

посетителей лечебницы теряют вкус к курению после трех получасовых сеансов.

Предлагаются и более простые средства борьбы с курением, например неоднократное в течение дня протирание зубов ватным тампоном, смоченном в зубном эликсире, полоскание рта раствором танина или отваром дубовой коры. Многим известен простой рецепт, предложенный болгарской целительницей и прорицательницей Вангой: отвар овса, ржи и проса в одинаковой пропорции (например, по 100 г каждого злака) рекомендуется принимать после суточной его выдержки в термосе по несколько раз в день.

Следует, однако, помнить, что в любом случае все рекомендуемые средства дают эффект лишь при твердом намерении бросить курить и требуют настойчивой последовательности и терпения от бывшего курильщика. Без этого их прием приведет в лучшем случае лишь к уменьшению числа выкуренных сигарет.

Особое место в числе медицинских антикурительных средств занимают препараты никотина, применяемые в никотиновой заместительной терапии (НЗТ). Известно, что основная трудность прекращения курения обусловлена синдромом отмены никотина, проявляющимся повышенной раздражительностью, беспокойством, чувством подавленности, ухудшением концентрации внимания, повышением аппетита и навязчивой тягой к сигаретам.

Многочисленные исследования показали, что применение никотиновой заместительной терапии в значительной мере снижает тяжесть отмены, облегчая тем самым расставание с курением.

В антикурительной терапии средства замещения никотина применяют в виде жевательной резинки, кожного пластыря, аэрозоля для носа, таблеток и ингаляторов. Ни одна из этих форм не дает тех опасных концентраций никотина в крови, которые характерны для курящего. Уровень никотина в крови в случае использования НЗТ колеблется в пределах трети или половины его концентрации при курении сигарет. Но не менее важно, что в процессе никотиновой заместительной терапии человек не подвергается действию табачных смол, канцерогенного бензпирена, радиоактивных веществ и любых других интоксикантов табачного дыма.

Применение этого способа антикурительной терапии удваивает шансы на успех по сравнению с другими приемами, если удастся добиться полного воздержания от курения в течение первых 48 ч. Применение НЗТ противопоказано при прогрессирующих сердечных заболеваниях, а также при беременности.

Многим врачи рекомендуют сочетать медикаментозное лечение с психотерапевтическими приемами, которые включают гипноз и аутогенную тренировку.

Успешно применяется экспресс-метод лечения никотиномании, разработанный невропатологом И. В. Брайко. Пациенту, который сам (а это обязательное условие) хочет избавиться от пристрастия к табаку, врач вводит иглы в акупунктурные точки ушной раковины. Иглы затем в течение 30—60 с подкручивают, пока у пациента не начнет гореть ухо. Сеанс прекращают, как только это ощущение проходит, — примерно через полчаса. Эффект такого лечения объясняется тем, что во время сеанса в организме образуются вещества, вызывающие отвращение к запаху табака. Никакой бессонницы или раздражительности у человека, бросившего курить, не возникает.

Человеку, твердо решившему отказаться от сигареты, надо знать *факторы и условия*, помогающие в борьбе с никотиноманией.

Итак, *первый фактор* — это психологическая готовность человека избавиться от пристрастия к табаку. Возникшее побуждение должно быть подкреплено связью с решением какой-либо жизненно важной проблемы. Для одного человека наиболее значительным будет тот вред, который курение наносит его здоровью, для другого — то, что табачный дым неприятен близкому человеку, для третьего — то, что расходы на табачные изделия ложатся бременем на семейный бюджет. Можно, например, сказать себе: «Я бросаю курить, так как не хочу, чтобы мои дети видели меня с сигаретой» или «Моим родителям дым вреден, я не хочу им сокращать жизнь».

Если удовольствию от курения человек не может противопоставить какие-либо значимые для него личностные отношения, моральные и интеллектуальные ценности, то любая попытка бросить курить будет только самообманом.

Второй фактор состоит в том, что прекращать курить надо сразу. Почувствовав готовность отказаться от табака, не медлите! Некоторые курильщики пытаются бросить курить, постепенно сокращая число выкуриваемых сигарет. Это бесполезно!

Бросать курение целесообразно одновременно со сменой привычной обстановки, например в связи с отъездом в командировку или началом отдыха в санатории (доме отдыха), в туристической поездке. В любом другом случае важно заранее наметить дату прекращения курения (например, день рождения или праздник) и не отодвигать намеченный срок.

Третий фактор касается тех людей, у которых прекращение курения связано с ощущением неудовлетворенности и какой-то пустоты. Это состояние врачи называют «синдромом воздержания». У многих в этот момент наблюдается раздражительность, беспокойство, вялость, сонливость, усиление утреннего кашля, с особой силой тянет выкурить хотя бы одну сигарету. Чтобы противостоять позывам к курению, психологи рекомендуют выпить воды или сока, пожевать баранку, пососать леденец. Очень эффективны дыхатель-

ные упражнения: следует быстро вдохнуть и выдохнуть, затем глубоко вдохнуть и задержать дыхание на некоторое время. С наибольшим успехом отвлечься и успокоить нервы можно, используя такие средства: выпив один-два глотка воды, расслабив мышцы, вдохнув запах цветов, сосредоточившись на каком-нибудь звуке, мелодии или выполнив несколько физических упражнений. Необходимо больше бывать на свежем воздухе, за городом, в лесу. Появившаяся в связи с прекращением курения способность воспринимать запахи трав, цветов, свежескошенного сена дает ни с чем не сравнимое наслаждение и помогает утвердиться в мысли об абсурдности возврата к сигарете.

И наконец, *четвертый фактор*: рецидиву курения способствуют алкогольные напитки, крепкий кофе и... настоятельно предлагаемая сигарета. Следует избегать этого.

Но самый осмысленный путь профилактики — никогда не пробовать курить табак!

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Факторы, определяющие востребованность антинаркотической профилактики. Особенности проведения первичной, вторичной и третичной профилактики

Здоровье выпрашивают себе люди у богов; но то, что в их собственной власти сохранить его, об этом они не задумываются.

Демокрит

В конце XX в. уровень наркотизации российской молодежи перешагнул рамки медицинской проблемы и стал проблемой социальной. А это — серьезный симптом неблагополучия в социальной практике страны, и прежде всего в практике воспитания детей.

Хорошо известно, какие необратимые последствия для физического развития ребенка может иметь употребление наркотических средств в период интенсивного роста организма. Но не менее серьезную травму наркотизация наносит личности растущего организма, так как именно в этот период происходит становление самопознания, формируются жизненные ценности, идеалы, убеждения, определяются планы на будущее. В результате у человека, употребляющего наркотические средства, возникает социально индифферентная, антиобщественная, аморальная система мотивов поведения и ценностей. Поэтому не могут не тревожить данные статистики: за 4 года (с 1996 по 2000 г.) количество наркоманов среди школьников и студентов возросло в 6 и 8 раз соответственно; 90 % зараженных ВИЧ-инфекцией в 1997 г. составили «шприцевые» наркоманы.

В целом, по России смертность от употребления наркотиков за последнее десятилетие XX в. возросла в 12 раз, а среди детей — в 42 раза¹.

Социологические исследования, проведенные Государственным научным центром психиатрии и наркологии Минздравмедпрома РФ, показывают, что среди подростков в возрасте от 14 до 18 лет

¹ См.: *Ахметзянова Э. Ф.* Первичная профилактика наркотизации детей и подростков. — Казань, 2000.

спиртное потребляют 88 % мальчиков и 93 % девочек. Употребляли наркотические и токсикоманические средства хотя бы один раз в жизни 56 % мальчиков и 20 % девочек. Потребляют наркотики в настоящее время 45 % мальчиков и 18 % девочек.

Каждый год на подпольные рынки страны поступает не менее трех новых, неизученных разновидностей наркопрепаратов. Даже микродозы нового вещества часто являются причиной смерти от передозировки. В нашей стране на почве наркомании совершаются десятки тысяч преступлений. Подпольные лаборатории и наркопритоны распространились по всей территории РФ.

80 % подростков, начинающих подрабатывать курьерами у наркодельцов (исключительно ради хорошего заработка), через несколько лет становятся не предпринимателями, а законченными наркоманами.

Употребление наркотиков российскими подростками имеет свою специфику: гораздо быстрее, чем в других странах, наши юные потребители интоксикантов переходят от более легких наркотиков к тяжелым. И еще одно существенное отличие: если в странах Запада и Востока имеется многолетний опыт профилактики наркомании, то в нашей стране противодействие наркобизнесу и распространению наркомании находится в зачаточном состоянии. Требуется безотлагательные меры, чтобы предотвратить дальнейшую эскалацию наркотического одурманивания детей и молодежи.

Общеизвестно, что предупреждение любых недугов, в том числе и социальных, гораздо эффективнее, нежели лечение запущенной болезни. На примере США и некоторых европейских стран уже доказана действенность антинаркотического воспитания, основанного на использовании различных форм профилактической работы с молодежью по предупреждению наркомании.

Профилактика — это система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное укрепление здоровья.

Для успешного проведения антиалкогольной и антинаркотической профилактики необходимо выделить основные компоненты характеристики образа жизни людей, страдающих алкоголизмом и наркоманией.

В качестве основных причин потребления алкоголя и наркотиков выделяют следующие группы факторов.

Социально-психологические:

неблагополучная семья (криминализованная обстановка, алкоголизм родителей, отсутствие должного внимания и ухода за детьми, а также эмоционального контакта);

неудовлетворительная социальная ситуация развития ребенка (проблемы взаимоотношений в микросоциуме, социальная дезадаптированность);

психологические особенности личности (волевые, моральные проблемы, погоня за развлечениями, авантюризм, избыточный конформизм, возбудимость, неустойчивость поведения).

Конституционально-психологические:

наследственная отягощенность психическими и/или наркологическими заболеваниями.

Эпидемиологические и культурные:

распространенность алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в обществе, соответствующие традиции в семье, местности, регионе, стране.

Возможные мотивы потребления алкоголя, наркотических и токсикоманических средств.

Социальные мотивы:

желание занять место в группе сверстников и соответствовать принятым в ней нормам;

подражание друзьям;

подчинение угрозам, давлению со стороны наркодилеров;

стремление поддержать субкультурную «традицию».

Индивидуальные мотивы:

любопытство;

стремление получить удовольствие (физическое, психологическое);

нейтрализация отрицательных эмоций;

стремление выйти из состояния скуки, бездействия или усилить эффективность своей деятельности.

Патологические (болезненные) мотивы:

мотивы ухода (назло себе, взрослым); потеря смысла жизни, протест, ощущение себя лишним в жизни;

поведение, обусловленное психическими расстройствами;

биологическая потребность на стадии физической зависимости от психоактивного вещества.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания — тяжелые психические заболевания, лечение которых малоэффективно. Однако, судя по обзору литературы, основное внимание авторы уделяют вопросам лечения всех форм наркотизма, изучению действия психологически активных веществ и последствиям их употребления, а не предупреждению наркотизации.

Излечивают от наркомании 1—2 человека из 100 наркозависимых. В жизни остальных 98—99% прошедших лечение наркоманов наркотики рано или поздно появляются вновь. Поэтому не стоит строить иллюзий о возможности эффективного лечения и реабилитации наркоманов.

Главной профилактической мерой должно стать знание правды о последствиях употребления наркотиков, в том числе алкоголя и табака.

К сожалению, профилактика любых форм наркозависимости весьма слабо представлена в плане гигиенического просвещения и воспитания детей и молодежи, несмотря на то что мировая практика пришла к следующему выводу: более эффективным и экономически выгодным является вложение средств в предотвращение этого разрушительного явления, нежели в устранение его последствий.

В зависимости от контингента, с которым проводится профилактическая работа, различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика — это комплекс превентивных мероприятий, направленных на *предотвращение* употребления психоактивных веществ. Эта форма профилактики предусматривает работу с контингентом, не знакомым с действием психологически активных веществ.

Она рассчитана на все население, но прежде всего на детей и подростков. Программы первичной профилактики включают антинаркотическую пропаганду, приобщение к посильному труду, организацию здорового досуга, вовлечение молодежи в общественно полезную творческую деятельность, занятия спортом, искусством, туризмом и т. д.

Наиболее целесообразно проводить первичную антинаркотическую профилактику в школах в соответствии с утвержденными программами. Но в силу специфичности предмета многие педагоги испытывают затруднения *в выборе тактики* проведения профилактических занятий. Основные опасения: возможность спровоцировать повышенный интерес школьников к различным аспектам наркотизации и боязнь подтолкнуть их к употреблению наркотических веществ.

Поэтому занятия по профилактике всех форм наркомании должны проводить специально подготовленные педагоги.

В США и некоторых европейских странах преподаватели, ведущие занятия по антинаркотической профилактике, предварительно проходят 4—5-месячную подготовку на специальных курсах.

Задачи первичной профилактики.

1. Создание школ, свободных от психоактивных веществ (изменение школьной политики по отношению к алкоголю, наркотикам и табачным изделиям; внедрение позитивной профилактики в школьные уроки, наличие пособий по профилактике и включение уроков в школьное расписание; создание групп самопомощи учеников; программы для подготовки школьных лидеров среди учеников и родителей).

2. Выявление группы риска (по специально разработанным методическим рекомендациям).

3. Работа с родителями (дать родителям необходимую информацию по проблеме, способствующую эффективному социально-поддерживающему и развивающему поведению; оказать помощь в осознании собственных семейных и социальных ресурсов, способствующих преодолению внутрисемейных проблем; выявить родителей, нуждающихся в профессиональной медико-психологической помощи; сформировать группы лидеров-родителей).

4. Работа с педагогическим коллективом (подготовка специалистов, способных проводить уроки по позитивной профилактике в школах и по выявлению группы риска).

Вторичная профилактика ориентирована на группу риска. *Объектом* этой формы профилактики являются молодые люди, подростки и дети, начинающие употреблять табачные изделия, алкоголь, наркотические и токсикоманические средства, а также лица с высокой степенью риска приобщения к потреблению любых ПАВ (подростки с явлениями социально-педагогической запущенности, с пограничными нервно-психическими расстройствами, с отягощающей наследственностью, дети из неблагополучных семей и т.д.). Цель вторичной профилактики — раннее выявление начавших употреблять ПАВ и помощь потенциальным алкоголикам, наркоманам и токсикоманам во избежание возникновения у них психической и физической зависимости от интоксикантов. В этих случаях требуется целенаправленная, чаще всего совместная работа квалифицированных специалистов-врачей, психологов, дефектологов, педагогов с целью активизации волевых ресурсов подростков, молодых людей, а иногда и детей, злоупотребляющих тем или иным видом ПАВ. *Главная задача вторичной профилактики* — не опоздать с принятием оздоровительных мер, т.е. предупредить формирование устойчивой зависимости от принимаемого интоксиканта.

Задачи вторичной профилактики.

1. Работа с детьми групп риска (выявление патологии, лечение и наблюдение у специалистов; создание программ для работы с ними).

2. Создание центра реабилитации, где все методы психотерапевтической работы направлены на социализацию и адаптацию (тренинги повышения самооценки, уверенности в себе, снятие напряжения, психотерапия творческим самовыражением и т.д.).

3. Работа с родителями данной группы (лекционные и практические занятия, оказывающие профессиональную медико-психологическую и психотерапевтическую помощь нуждающимся родителям; создание групп взаимопомощи, обучение навыкам социально-поддерживающего и развивающего поведения в семье и во взаимоотношениях с детьми).

Третичная профилактика — это оказание помощи людям, страдающим алкоголизмом и наркоманией. Она включает в себя диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия. *Ее цель* — предупреждение дальнейшего распада личности и поддержание дееспособности человека. В этом случае речь идет уже о трудноизлечимой болезни, требующей серьезного лечения, успех которого наиболее вероятен лишь при очень твердом намерении больного победить свой недуг.

Подросток попадает в поле зрения специалистов, как правило, с уже сформировавшимся заболеванием, когда проявились все трагические последствия потребления наркотических средств и помощь малоэффективна.

Задачи третичной профилактики.

1. Формирование реабилитационной среды (реализация реабилитационных программ, включающих психотерапевтические, психологические, социальные и духовные методики).

2. Создание групп взаимопомощи.

3. Взаимодействие с группами «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы».

Структура программы профилактики

1. Информационный раздел.

2. Когнитивное развитие.

3. Развитие личностных ресурсов.

4. Развитие стратегий высокофункционального поведения.

Методы работы

Групповая работа, тренинг поведения, личностный тренинг, дискуссии, мозговые штурмы, беседы, лекции, ролевые игры, элементы индивидуальной и групповой психотерапии, «круглые столы», совещания.

Из представленной схемы профилактики ясно, что объектом работы учителей, воспитателей, социальных работников и пропагандистов здорового образа жизни являются первичная и частично вторичная профилактика; при хорошо продуманной методике их проведения предотвращение ранней наркотизации детей и подростков вполне реально. Третичная профилактика — прерогатива медиков и близких больному людей. В большинстве случаев у сформировавшихся алкоголиков и наркоманов не хватает сил и мужества самостоятельно преодолеть зависимость, бороться со своим падением. Чтобы вернуться к жизни, от которой они хотели убежать с помощью наркотиков, им необходима помощь друзей и родных, сознающих, что силой эту болезнь не одолеть. Нужны такт, доверие, благорасположение, создание у больного ощущения безопасности и самостоятельности, а также уверенности в том, что его любят.

Поэтому наиболее эффективные программы преодоления наркозависимости включают помощь близких в качестве обязательной составляющей. Однако все труды могут оказаться напрасными, если у самого больного не будет страстного, осознанного непреодолимого желания избавиться раз и навсегда от поработившего его страшного недуга. Вот почему, по мнению психологов, наиболее надежным барьером на пути распространения наркотиков являются первичные меры — своевременное предупреждение потенциальных потребителей алкоголя, табачных изделий, наркотических и токсикоманических средств.

Многоаспектность и сложность причин и условий, способствующих наркотизации детей, подростков и молодежи, обуславливают необходимость комплексного характера мер профилактики этого социального зла. В приведенной ниже таблице (табл. 3) представлены основные направления и специфические особенности профилактической работы по каждому из этих направлений.

Таблица 3

Примерная схема профилактических мероприятий по предупреждению наркотизации подростков

Направления профилактики	Задачи и пути их реализации
Психологическое	Коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности. Индивидуальная психолого-педагогическая работа с «трудными» подростками, уязвимыми в отношении отклоняющегося поведения
Педагогическое	Последовательное антиалкогольное, антитабачное и антинаркотическое воспитание в школе с I по XI класс. Формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения
Санитарно-гигиеническое	Повышение санитарной грамотности и культуры населения. Антиалкогольная, антитабачная и антинаркотическая пропаганда среди широких слоев населения. Искоренение вредных для здоровья привычек
Медико-социальное	Комплексная работа с группой риска — лицами, злоупотребляющими алкоголем, табачными изделиями, наркотическими и токсикоманическими средствами.

Направления профилактики	Задачи и пути их реализации
	Санирование биологической почвы. Работа по индивидуальным планам медико-педагогических мероприятий
Здравоохранительное	Развитие и совершенствование наркологической службы. Осуществление мер по уменьшению распространенности пьянства, алкоголизма, никотиномании, наркомании, токсикомании и их последствий. Широкая антинаркотическая работа всей общемедицинской сети
Административно-правовое	Правовое регулирование с целью преодоления пьянства и алкоголизма, минимизации курения, повышения ответственности за потребление наркотиков; строгое соблюдение законодательства об уголовной ответственности за приобщение к потреблению наркотиков (особенно детей и подростков)
Экономическое	Государственные мероприятия по уменьшению экономической зависимости бюджета от продажи любых алкогольных изделий (включая пиво), а также табачных изделий, что позволит реализовать наступательные меры против пьянства, алкоголизма; отравления табачным дымом (не только курящих, но и пассивных курильщиков). Финансирование программ борьбы с любыми формами наркотизма и с наркобизнесом

Реализация комплекса изложенных в таблице мероприятий — это минимум, необходимый для борьбы с наркотизмом — реальной угрозой интеллектуальному, нравственному потенциалу и физическому здоровью нации. Из такого видения проблемы следует исходить при организации профилактики всех форм наркотической зависимости.

Результаты профилактической работы среди детей и подростков в значительной степени зависят от политики учебного заведения, прежде всего от того, насколько опасной и злободневной представляется проблема наркотизации учащихся руководству школы, техникума, вуза, училища и конкретно каждого воспитателя и педагога. Ведь для детей младшего возраста поведение взрослых, особенно родителей, является руководством к действию.

Организацию широкой профилактики употребления наркотических средств и психотропных веществ необходимо начинать с разработки целевых программ, направленных на снижение спроса на наркотики и на подготовку специалистов, способных реализовать эти программы.

Основные задачи программы состоят в проведении просветительской работы с детьми, родителями и преподавателями; определении групп риска, профилактической работе с такими подростками совместно с родителями, правоохранительными органами и представителями социальной сферы. Цель профилактической работы — создание в молодежной среде ситуации, препятствующей росту спроса и злоупотреблению какими бы то ни было интоксикантами.

Более подробные сведения об основных направлениях профилактики изложены в приведенной таблице (табл. 3).

Из числа учреждений, имеющих возможность участвовать в антинаркотической профилактике, образовательное учреждение как социальный институт располагает уникальными возможностями для успешной реализации ее задач, поскольку просветительскую деятельность оно может вести на протяжении всего периода обучения детей и подростков.

Именно учебные заведения располагают возможностью привить детям навыки здорового образа жизни, оказать влияние на уровень притязаний и самооценку учащегося. У педагога имеется свободный доступ к семье подростка при необходимости анализа и контроля беспокоящей его ситуации.

В ходе выполнения профилактических программ учащимся должна предоставляться точная и достаточная информация о наркотиках и их влиянии на психическое, психологическое, социальное и экономическое благополучие человека. Информация должна быть уместной, достоверной, особенно в части последствий злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами, не только для самого наркомана, но и для общества. Необходима пропаганда здорового образа жизни, позволяющего на основе формирования оптимальной жизненной установки противостоять желанию попробовать наркотик даже в стрессовой ситуации. Информация должна быть направленной, т.е. учитывающей пол, возраст, убеждения, присущие аудитории. Стратегия антинаркотического просвещения предусматривает участие в нем родите-

лей и других взрослых людей, мнение которых для ребенка очень важно.

Содержание мероприятий профилактической программы для детей разного возраста должно строиться с учетом накопленных ими знаний о наркотиках и формирования отрицательного отношения к ним.

Дети 10—12 лет. Их интересует все, что связано с наркотиками: их действие, способы употребления; о последствиях злоупотребления ими дети уже слышали, но всерьез не воспринимают. Сами не употребляют наркотики (возможна токсикомания), с употребляющими знакомы единицы. Знания о наркотиках и их действии отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

Подростки 12—14 лет. О наркотиках знают немало, в основном из опыта знакомых; многие сведения недостоверны; пробовали наркотики немногие — в основном из любопытства; многие знакомы с потребителями зелья. Опасность злоупотребления недооценивается. Основной интерес — к возможности употребления «легких» наркотиков; говорят о проблеме между собой, о ее глобальности задумываются немногие.

Подростки 14—16 лет. В этой возрастной группе по отношению к наркотикам выделяются три подгруппы:

А. Употребляющие и сочувствующие — их интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении, с возможностью и продолжительностью употребления без формирования зависимости. Употребление считается признаком независимости. Среди членов группы много лидеров.

Б. Радикальные противники — «сам никогда не буду и другу не дам погибнуть», большинство членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности.

В. Группа, не определившая своего отношения к наркотикам. Значительная ее часть может приобщиться к их употреблению под влиянием друзей.

Подростки 16—18 лет. Группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно изменяются знания о наркотиках, они детализируются, становятся более объективными. В группе употребляющих и сочувствующих пожинают первые горькие плоды, в связи с этим наибольший интерес вызывают криминальные последствия употребления наркотиков и скорость процессов, отрицательно влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие. Среди радикальных противников растет число людей, осознающих необходимость активных действий по преодолению детской, подростковой и молодежной наркомании.

Советы наркологов. Работая в области антинаркотического просвещения, следует избегать тактики запугивания, поскольку она неэффективна. При освещении последствий наркотизации надо при-

держиваться абсолютной истины во избежание потери доверия к просветительской деятельности энтузиастов антинаркотического движения. Нецелесообразны разовые антинаркотические мероприятия, поскольку такой подход не дает возможности подросткам развивать навыки противостояния наркотикам. Ни в коем случае нельзя оправдывать употребление наркотиков какими-либо причинами, за исключением использования их в медицинских целях (для обезболивания при хирургических операциях, для снятия боли на последних стадиях запущенных онкологических заболеваний). Каждому специалисту, занимающемуся профилактикой, необходимо занимать стойкую антинаркотическую позицию, позволяющую *пресекать любые попытки аудитории оправдывать немедицинское употребление наркотических средств.*

Действия педагога при подозрении детей и подростков в употреблении наркотиков

1. Ваша первая задача — помочь учащемуся проявить искренность по отношению к самому себе, понять пагубность привыкания, а иногда зависимости от интоксиканта, дать себе сознательную самооценку, не позволять деструктивного отношения к себе.

2. Ваша помощь начинающим потребителям наркотиков должна быть предложена, но не форсирована во избежание отказа от нее. Помощь может быть принята подростком лишь при полном доверии к педагогу.

3. Не следует рассказывать случайным людям о приобщении подростка к потреблению ПАВ, поскольку подобная информация может быть использована против него, а это разрушит его доверительное отношение к педагогу.

4. Прежде чем предлагать свою помощь, вы должны иметь ясное представление о собственных возможностях ее оказания, ориентироваться в компетенции правоохранительных органов в этом вопросе; знать, какую помощь может получить подросток в наркологическом диспансере. Вы должны быть осведомлены о том, какие еще учреждения могут оказать помощь наркоману и где они расположены.

5. Необходимо иметь полное представление о ситуации в семье подростка, знать, каково окружение по месту его жительства.

Если у вас возникли подозрения, что подросток употребляет наркотики, то наиболее оправданны следующие действия.

1. Предельно тактично сообщить об этом родителям или опекунам подростка.

2. При подозрении в групповом употреблении наркотиков необходимо провести работу с родителями всех членов «наркоманической» группы. Можно это сделать в виде собрания с приглашением врача-нарколога, работника правоохранительных органов.

3. Организовать индивидуальные встречи подростков и/или их родителей со специалистом-наркологом.

4. Дать подросткам и их родителям информацию о возможности анонимного обследования и лечения, указать адреса и телефоны организаций, работающих в таком режиме.

5. Дать информацию о том, что специалисты Московского телефона доверия для детей и подростков ответят на возможные вопросы или помогут разобраться в проблеме анонимно по телефону 160-03-63, работающему круглосуточно.

Если у вас возникли подозрения, что подросток находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, необходимо сделать следующее.

1. Вывести учащегося из класса, отделить его от других учащихся.

2. Поставить в известность руководителей школы.

3. Пригласить медицинского работника школы.

4. В случае, когда состояние подростка может быть расценено как алкогольное или наркотическое опьянение, необходимо немедленно поставить в известность о случившемся родителей или опекунов подростка.

5. Возбранається проведение немедленного разбирательства причин и обстоятельств употребления подростком алкоголя или наркотиков.

6. При совершении подростком хулиганских действий необходимо обратиться в отделение милиции с вызовом наряда. При этом надо добиться составления соответствующего протокола.

7. Состояние наркотического или алкогольного опьянения устанавливается только специальной наркологической экспертизой, на которую подросток может быть направлен сотрудниками милиции.

Помощь при «передозировке» ПАВ

Самой грозной опасностью при употреблении наркотиков и токсических веществ является их передозировка. В этом случае может наступить смерть от остановки дыхания или аспирации рвотными массами. Важно вовремя оказать первую помощь и вызвать врачей. Признаки передозировки: потеря сознания, резкая бледность, неглубокое дыхание, плохо прощупывающийся пульс, отсутствие реакции на внешние раздражители, рвота.

Этапы оказания первой помощи при передозировке наркотиков.

1. Повернуть подростка на бок.

2. Очистить дыхательные пути от слизи и рвотных масс.

3. Вызвать «скорую помощь».

4. Следить за характером дыхания до прибытия врачей.

5. При частоте дыхательных движений меньше 8—10 в минуту сделать искусственное дыхание «изо рта в рот».

Смертность от передозировки наркотика — наиболее распространенная причина ухода из жизни юных наркоманов.

Превентивные меры в борьбе с наркоманией за рубежом и в России. Роль семьи и школы в профилактике подростковой наркомании

Преодоление накопившихся социальных проблем исключает простой и легкий путь их решения.

И. П. Маров

Учитывая, что в настоящее время приобщение детей, подростков и молодежи к алкоголю, наркотикам и токсикоманическим средствам продолжается ускоренными темпами, необходимо проанализировать уже имеющийся зарубежный и отечественный опыт организации антинаркотической профилактики этой возрастной категории и определить наиболее перспективные ее направления.

В большинстве зарубежных стран борьба с наркотизацией подрастающего поколения имеет именно профилактическую направленность. Это прежде всего проведение антиалкогольных и антинаркотических консультаций и семинаров для несовершеннолетних. Как правило, на «социальных» семинарах детям демонстрируют фильмы антинаркотического содержания с последующим их обсуждением. Для дошкольников издаются красочные книги и брошюры, к которым прилагаются специальные руководства для родителей. Организуются выставки, проводятся беседы о трагических последствиях наркотизации детей и подростков. Доступно рассказывается о преимуществах здорового образа жизни.

В большинстве стран просветительные антиалкогольные, анти табачные и антинаркотические программы материально поддерживаются государством.

Для «трудной» молодежи создаются диагностико-селективные центры. В переводе на отечественную терминологию такой центр объединяет в себе элементы медицинского вытрезвителя и наркологического диспансера. Наряду с ориентацией на раннюю психосоциальную реабилитацию «трудных» подростков необходимым звеном в системе предупреждения правонарушений, алкоголизма и наркомании несовершеннолетних являются учреждения закрытого типа, изолирующие правонарушителей-подростков с психологическими дефектами, алкоголизмом и наркоманиями от общества и проводящие лечебные мероприятия в условиях психиатрического стационара. Примерами подобных учреждений служат ме-

дицинская школа для несовершеннолетних правонарушителей с психическими заболеваниями в Японии и экспериментальные юношеские психиатрические и наркологические клиники в США.

Мы назвали наиболее распространенные в мире варианты первичной и вторичной профилактики. Но наряду с этим в каждой стране в зависимости от темпов наркотизации молодого поколения разрабатываются и апробируются самые разнообразные антинаркотические программы, из которых выбираются и широко используются только наиболее эффективные в преодолении интереса несовершеннолетних к одурманивающим средствам.

Особенности первичной профилактики наркоманий и токсикоманий рассмотрим на примере программ, действующих в США, Англии и России.

В Соединенных Штатах Америки начиная с принятия Закона о подростках в 1899 г. проблеме отклоняющегося поведения молодежи, в частности предупреждению наркомании, было посвящено множество дискуссий и разработано огромное количество программ профилактики.

Ученые всего мира считают наркоманию одним из частных случаев девиантного поведения, поэтому предупреждение наркомании и как следствие — делинквентности, признано одной из самых сложных проблем в науках об обществе.

После всплеска наркотизации молодежи в 60-е гг. XX в. большинство школ США активизировало борьбу с наркоманией. Единого мнения о методах предотвращения этого бедствия не было. Поначалу использовали традиционные антинаркотические программы, проводимые сотрудниками местной полиции. Подросткам рассказывали ужасные истории о бедах, которые обрушиваются на любого, кто хоть раз попробует наркотик, иногда показывали сильнодействующие наркотические и психотропные вещества, демонстрировали запах горящей марихуаны, чтобы дети знали, чего бояться. В больших городах к школьникам приходили иногда и бывшие наркоманы, рассказывали им, как просто «сесть на иглу» и сколь ужасна жизнь наркомана.

Надежды на то, что полученные знания уменьшат интерес тинэйджеров к алкоголю и наркотическому зелью, не оправдались. Проблема приобрела характер эпидемии. Широкомасштабные исследования показали, что «не существует какого-либо определенного типа подростка-наркомана: тут и обитатели беднейших гетто, и жители уважаемых районов, крупных городов и небольших поселков, цветные и белые, подростки, имеющие психологические проблемы и просто следующие «новой моде». Не существует и однотипных причин вовлечения школьников в употребление наркотиков.

Исследуя эти вопросы, ученые пришли к выводу, что эффективность превентивных программ зависит от выбранной цели, по-

этому следующей ступенью антинаркотического образования стали программы, где целью ставилось не получение информации о наркомании, а выработка у подростков способности принимать решение, основанное на этой информации»¹.

Одновременно с программой выбора ценностей были разработаны и программы альтернативы наркотикам. Например, для ослабления взамен наркотиков предлагались физические упражнения, а для повышения жизненной энергии — легкая атлетика, танцы. Для стимуляции чувств — прыжки с парашютом, для повышения уровня общительности — знания о психологических особенностях групп людей. А сторонникам развития спиритических взглядов вместо приема наркотиков-галлюциногенов рекомендовалось изучать религию.

Одним из примеров действия таких программ явились школьные магазинчики, обслуживаемые самими учащимися, а также шефство старших школьников над младшими. И та, и другая программы основаны на групповых усилиях подростков, их частых встречах и общении, что требует активизации умственных и физических сил. В 1978 — 1983 гг. эксперимент, проводившийся в городе Напа (Калифорния), совместил этот подход с антинаркотическим обучением. Поначалу результаты были весьма положительными: снизилось потребление алкоголя, марихуаны, сигарет, особенно среди девушек, но спустя год после окончания эксперимента все вернулось на круги своя.

Поэтому в 1984 г. апробированные программы были подвергнуты серьезной критике, которая сводилась к следующим выводам:

- большинство превентивных программ не содержат адекватных оценочных компонентов;
- возрастающие знания о наркотиках не всегда формируют ожидаемое отрицательное отношение подростков к наркотикам;
- сугубо экспериментальный характер апробированных программ не позволил уделить внимание формированию у подростков методов сопротивления тем, кто склоняет их к употреблению наркотиков.

Лучшие программы по предотвращению наркомании среди молодежи отличаются широким диапазоном направлений работы, обеспечивающих решение проблемы девиантности в молодежной среде в целом. Для успешной реализации таких программ нужны объединенные усилия многих людей и организаций. Так, американские ученые выдвигают 7 основных категорий предупреждения: через семью, религию, школу, организацию досуга, полицию, судебные и законодательные органы.

¹ *Коровина А. А.* Предупреждение наркомании молодежи (на материалах США) // Основы социальной педагогики / Под ред. В. А. Попова. — Владимир, 1995. — С. 269 — 278.

Большую роль играют программы, ориентированные на ровесников, родителей, общины, в которых живут молодые люди. Поскольку мнение молодежного окружения имеет большое влияние на поведение несовершеннолетних, разработаны программы, ориентированные на «уличную молодежь». Обычно в такую программу включается взрослый координатор, организующий обсуждение различных вопросов и проблем, возникающих у подростков, например, при выборе альтернатив одурманивающим веществам, создании здорового климата в группе, развитии навыков общения и т. д.

Широкое распространение в США получил такой методический прием, как шефство. Его суть в следующем: старшие учащиеся дают младшим информацию о наркотиках, проблемах сохранения здоровья, а также по другим вопросам, более общим, но интересующим и тех и других. Опыт применения этого приема показал, что основное воспитательное воздействие он оказывает на молодых людей, выступающих в роли шефов. Гораздо меньшее влияние этот прием оказывает на подшефных.

Существуют также программы, ориентированные на соучастие в них ровесников. Основная цель создания таких групп — в принятии совместных решений и в серьезной работе молодых людей под руководством взрослых и без них. Такие группы поддерживаются молодежными службами информации. Их труд (уборка территории, другие виды физической работы) иногда оплачивается. Смысл создания таких групп — выработка необходимых трудовых навыков, достижение успехов в учебе, формирование положительного мнения о молодом человеке, его сверстниках и друзьях, школе.

Превентивные программы с участием родителей многоаспектны.

1. Информационные программы. С их помощью родители получают необходимую информацию о наркотиках, рекомендации о том, как себя вести, если выяснится, что их ребенок употребляет наркотические средства или психотропные вещества, узнают, как их обнаружить и к чему это может привести. Кроме того, программы информируют родителей о дозах различных наркотиков, применяемых подростками и молодежью. Основной же задачей программы является информирование родителей, с тем чтобы они могли влиять на отношение их детей к наркотикам с ранних лет, своевременно распознавать и устранять факторы, подталкивающие детей к потреблению алкоголя или наркотиков.

2. Программы практического обучения родителей методам профилактики наркомании помогают выработать навыки общения с детьми, умение принимать решение, определять уровень ограничений, вовремя сказать «нет» ребенку. Такой уровень подготовки может сформироваться в результате хорошо организованных теоретических и практических занятий (в форме деловых игр). Стаби-

лизация и укрепление доверительных отношений в семье — одно из важнейших условий в решении наркопроблемы ребенка.

3. Существующие в США группы поддержки родителей могут оказать последним существенную помощь. Группы поддержки создаются из таких же, но более опытных родителей; они часто собираются вместе для обсуждения различных взглядов на причины и пути решения проблем, связанных с детьми, а также для определения предпочтительных действий в той или иной ситуации.

4. Программа «Семейное взаимодействие» призывает семьи к работе в союзе по выявлению причин распространения наркомании и алкоголизма и борьбе с ними. В сферу их деятельности входит также помощь в решении других семейных проблем, совместное противостояние опасностям. Эта программа спонсирует лекторов, снабжает родителей информацией, налаживает связи между подобными группами.

В крупных американских городах действуют сети анонимных пунктов доверия, оказывающих доврачебную консультационную помощь больным и их родственникам.

Помимо анонимных пунктов доверия антинаркотическую профилактику осуществляют различные реабилитационные центры.

Типичная реабилитационная система за рубежом — специализированные клиники, в которых больные наркоманиями живут от одного до трех лет, приобретают новую профессию, восстанавливают утраченные трудовые навыки. При реабилитационных центрах создаются предприятия, подсобные хозяйства, художественные промыслы. Все это позволяет больному рационально изменить ранее сложившиеся категории ценностей, порвать с бывшим криминальным окружением, сформировать установку на здоровый образ жизни в будущем. К моменту завершения пребывания больного в центре реабилитации ему подыскивают место работы и жилье.

Наркологи США в процессе исследования причин наркотизации школьников выявили неожиданную особенность, касающуюся контингента юных наркоманов. Оказалось, что в последние десятилетия XX в. число наркоманов среди подростков возрастало не за счет хулиганов с дурной наследственностью (как наблюдалось в 60-е гг.), а в результате наркотизации способных учеников. Одновременно была установлена и причина этого явления: способные дети постигают учебный материал без психического напряжения, а на фоне этой легкости не формируется способность к преодолению значительных психических нагрузок. Если же такой ребенок попадает в стрессовую ситуацию, требующую психических, а не интеллектуальных нагрузок, он оказывается беспомощным.

В каждом штате США, а в его пределах в каждой общине, разрабатываются свои программы профилактики наркомании у детей, подростков, молодежи. В программу входят интенсивные за-

нения: проведение бесед о пагубном влиянии алкоголя и наркотиков на организм, участие в дискуссиях под руководством специалиста, прошедшего спецподготовку по технике общения с подростками. В его обязанности также входит консультирование учителей, получение статистики и достоверных материалов по проблеме, обсуждаемой со школьниками.

Чаще всего занятия ведут в группах по 16 человек (не менее 12 занятий по 45 мин каждое). Большое внимание уделяется чувствам детей, их индивидуальности, нравственным ценностям, умению принять правильное решение в ходе обсуждения проблемы, касающейся наркомании. Одновременно организуются специальные семинары для родителей.

В **Англии** профилактическая работа ведется с учащимися начальной, средней школы и колледжей. В программе антинаркотического образования большое внимание уделяется педагогам и родителям, которым легче вовремя обнаружить интерес ребенка к наркотикам, а тем более их употребление. Английские наркологи не рекомендуют родителям в случае изменений в поведении ребенка сразу обращаться к врачам, а тем более возлагать большие надежды на их помощь. Гораздо целесообразнее создать доверительную, дружескую обстановку в общении с ребенком, позволяющую откровенно обсуждать любые интересующие его проблемы, в том числе и связанные с потреблением наркотиков. Это поможет выяснить, есть ли повод для беспокойства. В случае если опасения подтвердились, обращение к специалистам неизбежно.

Наряду с советами в области профилактики родителей и педагогов обучают приемам первой медицинской помощи в критических ситуациях.

Основная же профилактическая работа ведется с самими учащимися. В 1991 г. в Великобритании началась массовая образовательная кампания с целью определить уровень знаний у подростков о наркотиках и прежде всего о последствиях их употребления, включая и правовой аспект.

Основные пункты программы:

- коллективная работа; занятия проводятся в группах, что позволяет участникам подробно обсудить все варианты ответов на поставленные вопросы;
- занятия проводятся по следующей схеме: участникам выдаются специальные опросники, цель которых — выяснить, что подростки знают о наркомании вообще, об отдельных видах наркотиков, о последствиях их применения, о юридической ответственности за это; подростки должны сами отвечать на вопросы или выбирать подходящий по их мнению ответ из предложенных руководителем вариантов ответа. Выбор происходит в процессе общего обсуждения. Затем группам раздаются листы с правильными отве-

тами и, если ответы детей с ними не совпадают или они с ними не согласны, начинается обсуждение спорных моментов;

- к некоторым занятиям учащихся просят подготовить наглядный материал по той или иной теме (вырезки из различных газет и журналов, альбомы, буклеты, плакаты, таблицы), представить сообщения на разные темы, касающиеся наркотиков, наркомагии, наркоманов;

- на занятиях подросткам предлагается охарактеризовать стереотип наркомана, принимающего то или иное наркотическое или токсикоманическое средство;

- проверяется знание законов об ответственности за хранение и распространение наркотиков; учащиеся должны уметь идентифицировать класс того или иного наркотика по его названию; учащимся предлагают различные варианты ситуаций с наркотиками, свидетельствующие о нарушении законодательства. Требуется определить, кем и в какой степени нарушен закон, какая мера наказания предусмотрена за данное нарушение.

В рамках этой программы подросткам предлагают и практическую помощь. Их знакомят с местными организациями, в которые можно обратиться за помощью, и даже со специалистами, которые могут решить конкретную проблему.

В процессе занятий ребятам представляют специальные учебные материалы в виде настольных игр, разработанных и изготовленных специально для вышеназванной антинаркотической кампании фирмой «Такаде». Содействие в организации антинаркотического движения оказывают местные комитеты по здравоохранению и образованию. Для педагогов и родителей по определенным дням проводятся специальные занятия, дающие представление о целях и задачах этой кампании, а также обеспечивается методическая помощь

Подобные программы дают надежду на то, что молодые люди, зная все аспекты данной проблемы — медицинские, правовые, социальные, — сумеют сделать для себя правильный выбор и не поддадутся искушению ступить на путь, сойти с которого очень и очень сложно. А чаще — невозможно, в силу скоротечно наступающей развязки.

* * *

В **России** в конце XIX — начале XX в. сложилась достаточно эффективная система антиалкогольного воспитания школьников, включавшая следующие направления: культурно-просветительное, учебно-воспитательное и организационно-методическое. Каждое из направлений имело конкретные принципы, свои задачи, формы, методы и содержание. Среди конкретных проявлений подростковой девиантности в этот период наибольшую остроту приобрели проблемы детской наркомании и проституции.

Но особенно остро вопрос о детях-наркоманах встал в первые годы советской власти, когда число несовершеннолетних, принимавших наркотики, достигло 10% от всего количества подростков, прежде всего беспризорных. В 1921 г. число беспризорных детей, срочно требующих помощи, определялось в 7,5 млн. Наркоматом здравоохранения в те годы были открыты специальные учреждения медико-педагогического характера — психоневрологические школы-санатории. В 1927 г. имелось 11 таких учреждений в Ленинграде, Воронеже, Саратове, Казани и некоторых других городах.

В школах-санаториях оказывалась медицинская помощь, проводилось специальное лечение и велось обучение несовершеннолетних по программам школ I ступени. Для занятий физическим трудом имелись столярные и переплетные мастерские, огороды, сады. Регулярно проводились культурно-массовые мероприятия, велась насыщенная идейно-политическая работа. Большинство детей, страдавших тяжелой формой наркомании, после лечения возвращались в массовую общеобразовательную школу, становились полноправными членами общества.

В 1925 г. было открыто детское клиническое отделение наркодиспансера для беспризорных несовершеннолетних наркоманов, работа которого носила в основном практический характер и заключалась в глубоком медицинском изучении контингента больных с целью дальнейшего их лечения и воспитания в соответствующих детских учреждениях.

Для подготовки квалифицированных специалистов в области наркологии в середине 20-х гг. были открыты курсы усовершенствования и подготовки работников этой области.

Антиалкогольная и антинаркотическая политика СССР, проводимая в 20—30-е гг., положительно сказывалась на состоянии алкогольно-наркотической проблемы в целом (в отношении несовершеннолетних — в частности) еще несколько десятилетий. Но постепенно темпы пьянства, алкоголизма и наркомании возрастали, хотя нельзя утверждать, что правительство не принимало соответствующих мер, направленных против наркотизации подростков.

В декабре 1980 г. Министерством здравоохранения СССР был издан приказ «О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению», предусматривающий организацию подростковых наркологических кабинетов в составе наркологических диспансеров. В соответствии с приказом, в стране, в основном в РСФСР, было открыто 69 таких подростковых кабинетов. Снижение темпов алкоголизации подростков предусматривал и приказ Министерства здравоохранения СССР от 25 июня 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма». Это способствовало введению должности участковых психиатров-наркологов, а также участковых медсестер и фельдшеров в штаты республикан-

ского, краевого и областного наркологических диспансеров. В их задачу входило проведение антиалкогольной пропаганды и профилактической работы среди подростков. В соответствии с этим приказом в 1986 г. общее число подростковых наркологических кабинетов в 68 административных территориях РСФСР достигло 81. Соответственно выросли показатели привлечения к амбулаторному и стационарному обследованию и лечению подростков, злоупотребляющих алкоголем и другими интоксикантами. Тогда же выяснилось, что число подразделений наркологической службы для оказания помощи подросткам крайне недостаточно.

В отличие от 20-х гг. прошлого века, когда проблему отрезвления населения страны в целом и ее беспризорной молодежи в частности решало руководство страны, в настоящее время инициаторами борьбы с пьянством и наркоманией выступают руководители и общественность регионов. Почти нет городов, в которых не были бы разработаны и утверждены местными руководителями программы антиалкогольной и антинаркотической профилактики.

В Тюменской области основное внимание уделяется первичной профилактике наркомании, особенно у детей и подростков. С этой целью создана рабочая группа, в состав которой помимо представителей областного наркологического диспансера входят сотрудники центра «СПИД» и педагоги. Это направление профилактики реализуется на протяжении многих лет в форме постоянно действующих семинаров, проводимых сотрудниками наркологических служб в школах, училищах, техникумах для учащихся и педагогов, родителей, руководителей подростковых клубов, инспекторов из комиссий по делам несовершеннолетних, социальных педагогов и психологов детских домов и школ-интернатов.

С целью антинаркотического просвещения детей и подростков издаются листовки, буклеты, памятки, материалы для которых разработаны сотрудниками областного наркологического центра клинической иммунологии. Проводятся циклы передач по телевидению и радио об угрозе вовлечения детей, подростков и молодежи в потребление наркотических и токсикоманических средств. Публикуются статьи по проблемам никотиновой, алкогольной и наркотической зависимости, систематически проводятся «круглые столы» совместно с сотрудниками правоохранительных органов, а с кафедрой валеологии ТГУ — совместные семинары по проблеме злоупотребления психоактивными веществами.

Начиная с 1998 г. в Тюмени ежегодно проводятся акции «Молодежь против наркотиков». Ее задачи: информирование всех слоев общества об угрозе формирования химической зависимости у детей, подростков, привлечение внимания административных структур и общественных организаций к проблемам молодежи, к оказанию адекватной совместной помощи детям и подросткам, созданию условий для формирования здорового образа жизни.

Сотрудники областного наркологического диспансера разработали специальную целевую обучающую программу по первичной профилактике исходя из биопсихосоциальной модели природы заболевания. Она предназна-

чена для подготовки специалистов из числа психологов, педагогов, социальных работников, воспитателей и других людей, работающих с детьми и подростками. Программа — прекрасное подспорье для просветительской работы с родителями, педагогами, инспекторами. Материал программы позволяет проводить уроки-тренинги с детьми от 7 до 17 лет, во время которых не только дается адекватная информация о различных наркотиках и последствиях их употребления, но и развиваются личностные, социальные, поведенческие навыки. Программа ориентирует детей и подростков на здоровый образ жизни, на выбор альтернатив наркотизации. Всего в Тюмени по этой программе подготовлено около 600 специалистов. Решается вопрос о создании на базе областного наркологического диспансера консультативно-го антинаркотического центра из представителей различных организаций.

В задачи центра входят следующие мероприятия:

- подготовка специалистов по первичной профилактике;
- выпуск специальной литературы, листовок, памяток и т.д.;
- проведение постоянных, а не разовых городских антинаркотических мероприятий (дискотеки, марафоны, конкурсы);
- координация работы со СМИ;
- проведение социально-эпидемиологического мониторинга среди детей и подростков для объективной оценки ситуации, прогнозов, оценки эффективности начатых форм работы.

Вторичная профилактика (лечение) требует значительного вложения финансовых средств для создания:

- детско-подросткового кабинета;
- комплексных детско-подростковых центров;
- условий для комплексного лечения больных (реабилитация как лечение) подростков с соответствующим кадровым обеспечением;
- самостоятельного отделения для детей и подростков.

Вторичная профилактика — основное направление работы областного наркологического диспансера как лечебного учреждения. На начало 2001 г. на юге Тюменской области действовали областной наркодиспансер, 17 врачебных наркологических кабинетов, 1 кабинет анонимного лечения, 1 подростковый наркологический кабинет, кабинет экспертизы алкогольного опьянения.

В результате ограниченного бюджетного финансирования прекратил работу межрайонный наркодиспансер г. Ишима. Из-за отсутствия квартир для специалистов 7 территорий юга не укомплектованы психиатрами, нет наркологических кабинетов. Поэтому оказание наркологической помощи подросткам, начавшим потреблять наркотики, осуществляют фельдшеры-наркологи. В связи с небольшим числом мест для стационарного лечения больных наркоманией лечение ограничивается детоксикацией. Срок ожидания госпитализации — до 3 недель (ранее он превышал 30 дней). Лечение подростков проводится бесплатно как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Лечение — это комплексный процесс, включающий медикаментозные и немедикаментозные (психотерапия, физиолечение, лазеротерапия и др.) методы лечения.

Третичная профилактика (реабилитация) может быть эффективнее, если к ее проведению привлечены специалисты различных про-

фессий: педагоги, психологи, социальные работники, представители религиозных обществ.

При организации оздоровительной работы среди молодежи в Тюмени исходят из следующего принципа: нельзя добиться успеха в работе с молодежью без качественного управления ею, без подбора квалифицированных, умных, порядочных наставников, без вовлечения в процесс всех возрастных групп — от ребятнишек до их бабушек и дедушек.

В Тюмени систематически проводятся комплексные спартакиады с целью массового вовлечения учащихся школ в регулярные занятия физкультурой. Спартакиады включают соревнования по теннису, перетягиванию каната, армспорту, мини-футболу, баскетболу, подтягиванию на перекладине, гиревому двоеборью.

Коллектив специалистов образовательного учреждения № 70, выполняющего функции Городского научно-методического здоровьесберегающего центра, в котором работают педагоги, психологи, медики, интегрируя свои знания о ребенке, разработал целостную долгосрочную программу «Нет наркотикам!», включающую механизм формирования модели антинаркотического поведения в рамках исследовательского проекта «Комплексная реабилитация учащихся в условиях полифункционального образовательного учреждения».

Данная модель включает в себя несколько компонентов:

- воспитание ответственного отношения к жизни;
- формирование потребности вести здоровый образ жизни при вполне обоснованном отрицательном отношении к наркотикам;
- обучение детей умению строить свое персональное пространство, гармонично организовывать свою жизнедеятельность: продуктивно, разумно, интересно, красиво, свободно;
- наполнение воспитательного процесса общественно значимым, приподобразным, преобразующим содержанием, обеспечивающим информационно-культурную связь личности с обществом на основе передачи культурных, духовно-нравственных традиций и принципов;
- формирование психологической культуры, предполагающей свободу выбора в принятии решения и чувство ответственности за его содержание и исполнение; способность решать жизненные ситуации самостоятельно, умение находить оптимальное решение, используя право на ошибку и ее исправление; опыт взаимодействия с окружающими адекватно ситуации: обращаться в случае необходимости за помощью и советом к сверстникам и взрослым; уметь просить прощение, когда виноват; отстаивать свою точку зрения, если уверен в своей правоте; находить компромиссные решения и т.д.;
- воспитание индивидуальной культуры (формирование личностной системы ценностей, исключающей праздный, безынициативный образ жизни и т.д.);
- интеграция систем социального школьного и семейного воспитания с целью создания единого воспитательного пространства, обеспечивающего комплексное воздействие на каждого из субъектов воспитательного процесса.

Для успешного функционирования этой модели, по мнению ее разработчиков, необходимо соблюдение ряда условий прежде всего повыше-

ние психолого-педагогической компетенции семьи в вопросах профилактики наркозависимости, а также организация совместной деятельности семьи и школы, направленной на гармоничное развитие личности и пропаганду здорового образа жизни.

Какими же средствами формируется активная жизненная позиция детей и подростков?

Для решения этой задачи создана общественная организация «Сибиряк», где дети учатся демократии, формируют самоуправление, активно участвуют в принятии решений по развитию и функционированию образовательного учреждения, готовят и проводят акции, направленные на выполнение программы «Нет наркотикам!» и другие коллективно-творческие мероприятия.

Кроме того, функционирует дискуссионный клуб «Мы вместе», в деятельности которого участвуют учащиеся, их родители, специалисты школы. За подготовку заседаний клуба несет ответственность детская социологическая группа по изучению общественного мнения. Основные темы дискуссий: «Конфликты в школе», «Будущее без наркотиков», «Нужна ли школьная форма?» и т.д. Заседания ведет директор школы, психолог по образованию. Он следит за тем, чтобы дискуссия была корректной, и демонстрирует образцы ее проведения.

В школе множество творческих объединений и спортивных секций, систематически проводятся предметные олимпиады. Каждому школьнику предоставляется возможность реализовать свои способности в том или ином виде творчества или спорта. Учрежден даже настоящий орден «За особые заслуги перед школой и Отечеством» с вручением денежной премии. В зависимости от степени ордена она составляет от 300 до 1000 руб. А награду могут получить не только ребята, но и сотрудники школы: педагоги, медицинские работники, технический персонал и даже родители учащихся.

Осознание острой необходимости проведения первичной профилактики наркозависимости привело к объединению усилий семьи и школы, что, в свою очередь, стимулировало создание системы работы по формированию модели антинаркотического поведения учащихся.

Связь с родителями осуществлялась по нескольким направлениям, в первую очередь — на заседаниях «Маминой школы» — так называется традиционный недельный курс теоретико-практических занятий с родителями. Их цель — подготовка к взаимодействию семьи со специалистами образовательного учреждения по реализации поставленных задач гармоничного обучения и воспитания детей.

Помимо этого общение с родителями происходит на постоянно действующем семинаре «Слагаемые здоровья»; на заседаниях дискуссионного клуба «Мы вместе»; при совместной работе в процессе формирования модели антинаркотического поведения.

Создан Совет по профилактике правонарушений, предусматривающий работу родителей с родителями и учащимися школы. Проводятся традиционные мероприятия типа «Дни пожилого человека». Все это способствует превращению школы в культурный общественно значимый центр микрорайона.

Итак, мы рассмотрели состояние антинаркотической профилактики, в основном на примере трех стран: США, Англии и России (используя данные одного из ее регионов — Тюменской области¹).

Сравнение программ первичной, и отчасти, вторичной профилактики детей и подростков, свидетельствует об идентичности многих направлений. Это прежде всего просвещение, в основе которого — достоверные сведения о видах одурманивающих веществ, о последствиях их употребления, о неизбежном и, как правило, очень быстро (по сравнению со взрослыми) формировании у подростков физической и психической зависимости, приводящей к разрушению здоровья и деградации. На занятиях по профилактике (за рубежом она начинается с дошкольного возраста) учат детей противостоянию любым предложениям «попробовать» то или иное зелье. Реализуются спортивные и досуговые программы, способствующие физическому и духовному развитию детей и подростков.

В программах каждой из сопоставляемых стран предусмотрена обязательная подготовка педагогов и родителей для проведения профилактической работы с детьми и для раннего распознавания признаков наркотизации ребенка, если это случится.

Исходя из представленных материалов, можно сделать следующие выводы.

1. Любая самая успешная программа профилактики эффективна лишь до тех пор, пока она реализуется; поскольку на смену одному поколению приходит другое, профилактические меры должны проводиться непрерывно, не упуская ни одного поколения.

2. Весьма продуктивна антинаркотическая профилактика, проводимая старшими подростками в порядке шефства над младшими школьниками. И хотя в этом случае наибольший профилактический эффект проявляется у самих шефов, есть надежда: когда «подшефные» сами станут «шефами», проводимая ими антинаркотическая работа также окажет на них положительное влияние, а сама система формирования здорового образа жизни молодого поколения станет непрерывной.

3. Вне всякого сомнения, перспективны занятия, проводимые специально подготовленными педагогами в школах, когда материалы и выводы о наиболее перспективных направлениях борьбы с алкоголизмом и наркоманией обсуждаются и принимаются совместно с учащимися.

4. Исходя из нашего опыта, подтверждаем высокую эффективность применяемой в Англии практики самостоятельной подготовки учащимися наглядного профилактического материала к за-

¹ Мы не уверены, что во всех регионах России борьба с алкоголизмом и наркоманией детей и подростков ведется на том же уровне, что и в Тюменской области. — *Прим. авт.*

нятием. Это могут быть графики уровня потребления психоактивных веществ в разные годы; стенгазеты, таблицы по теме занятий, альбомы, буклеты, вырезки из газет и журналов, сообщения о реальных последствиях потребления наркотиков детьми и молодежью, наблюдаемых самими школьниками; описание социального портрета пьяницы или наркомана; результаты анонимных опросов, проведенных самими подростками; об уровне потребления алкоголя самими учащимися, о степени вовлеченности их в курение табака и прием наркотиков; об их отношении к потребителям легких и тяжелых наркотиков и т. д.

5. Учащиеся должны знать законы их страны об ответственности за производство, хранение и потребление наркотиков, уметь определить степень нарушения законодательства и уровень наказания, предусмотренного за то или иное его нарушение.

6. Ни в одной из программ трех стран не учтена возможность школьного преподавателя любого предмета, предусмотренного учебным планом, ненавязчиво, но, тем не менее, весьма убедительно внести свой вклад в формирование отрицательного отношения школьников к психоактивным веществам.

Преподаватель любой учебной дисциплины может как бы между прочим обратить внимание своих учеников на печальные последствия алкогольно-наркотических пристрастий.

Возьмем, к примеру, такой предмет, как история. Разве можно упустить возможность поделиться с детьми сведениями об отрицательном отношении многих римских философов к винопитию. В Риме периода ранней республики «...рабам, женщинам и свободнорожденным юношам до 30-летнего возраста запрещалось пить вино; нарушения же этого со стороны женского пола наказывались наравне с тяжелейшими преступлениями». Так римляне проявляли заботу о здоровье потомства. Пифагор, Цицерон, Лукреций, Сенека — все они отмечали негативное влияние пьянства на организм человека. Их отрицательные оценки последствий винопития, высказанные в те далекие времена, по большей части совпадают с современным научным обоснованием разрушительного действия алкоголя¹.

Полезно обратиться и к историческим событиям в России, например, таким: в 1377 г. пьяное ополчение русских князей было наголову разбито татарским царевичем Арапшой на реке с характерным названием Пьяная. А в 1382 г. Тахтамыш сжег Москву — горожане и войско были сильно нетрезвы. В летописях сохранился подробный реестр выпивок и закусок на каждого дружинника — водки в нем не было. Ее просто в то время еще не существовало. Отсюда вывод: тот алкоголь, который содержался в пиве, браге и

¹ См.: *Ловчев В. М.* Римские философы I века до н. э. — II века н. э. о психоактивных веществах. — Казань, 2001.

медовухе также губителен, как и тот, что в водке, а для того, чтобы опьянеть — надо просто побольше выпить этих так называемых «слабоалкогольных напитков». Задумайтесь, пожалуйста, об этом, уважаемые родители, и не очень-то радуйтесь тому, что ваши дети вместо водки и наркотиков пьют пиво прямо из бутылок в неограниченном количестве. Не помешает также напомнить о роли алкоголя в порабощении коренных народов Америки, Африки, Азии и спаивании народов Севера.

На уроках химии, биологии, анатомии, физиологии можно не только рассказать, но и продемонстрировать губительное влияние алкоголя на живые клетки (свертывание белка, обезвоживание живых тканей, утрата всхожести у злаков), привести данные И. М. Сеченова о поражении эритроцитов даже слабыми растворами этанола. Необходимо сообщить о том, что в любом алкогольном изделии помимо этилового спирта содержатся еще более ядовитые вещества — альдегиды, высшие спирты (сивушные масла), метанол, эфиры. А также о том, что промежуточным продуктом распада этанола в организме человека является ацетальдегид (уксусный альдегид), ядовитое действие которого в сотни раз выше, чем у этилового спирта. Необходимо привести сведения об отрицательном действии потребления спиртосодержащих изделий на все ткани и органы человека и по возможности осветить сущность самых распространенных болезней, возникающих в результате алкоголизации, таких, как цирроз печени, гастрит, тканевая гипоксия, болезни сердечно-сосудистой, центральной нервной и эндокринной систем. Особо отметить отрицательное влияние этанола на потомство.

На уроках географии целесообразно обратить внимание учащихся на следующий факт: к началу XXI в. из 6 млрд населения Земли около 1 млрд людей страдало от недостатка продуктов питания. В то же время огромные площади плодородных пахотных земель были заняты посадками винных (а не столовых!) сортов винограда, а также табачными плантациями. Не мешает также привести данные о площадях, занятых индийской коноплей — сырьем для получения марихуаны и гашиша, а также под посевами опийных сортов мака и плантациях коки. Стоит также сообщить, сколько продовольственного сырья (пшеницы, ячменя и других злаков, плодов и овощей) расходуется для получения этилового спирта и пива.

А преподаватели математики и экономики могут дать каждому ученику задание из области семейной экономики, а именно: определить в процентах расходы семейного бюджета на приобретение (или изготовление) спиртных и табачных изделий в месяц и в течение года и дать оценку степени целесообразности таких затрат.

Проверено, что к подобным заданиям школьники и студенты относятся с интересом, а самостоятельно сделанные ими выводы

откладываются в памяти и положительно влияют на формирование трезвенных убеждений.

Как это ни странно, но во всех изученных нами материалах о профилактике наркотизма у детей и подростков практически отсутствует ориентация на «трудотерапию». Конечно, разнообразная творческая деятельность — это тоже немалый и очень нужный труд, но нельзя пренебрегать и необходимостью приобретения трудовых навыков, обеспечивающих физическое выживание. А в случае отклоняющегося поведения, например на стадии риска стать наркозависимым, труд — самое надежное средство противостояния соблазну. Напомним об отечественном опыте 20 — 30-х гг. прошлого века, когда именно лечение трудом помогло из малолетних беспризорных пьяниц воспитать достойных граждан России.

В этом плане интересен также опыт польского Молодежного движения по борьбе с наркоманией — МОНАР, возглавляемого Марекон Катаньским. Этот известный врач-нарколог, убедившись на собственном опыте в ущербности традиционной наркологии, в неспособности официальной медицины вернуть наркозависимых больных к здоровому образу жизни, считает, что труд, а тем более труд творческий, — необходимое условие преодоления тяги к наркотикам.

Приведем отрывок из его послесловия к книге «Дневник наркоманки», опубликованной после смерти ее автора Барбары Росек (М., 1990. — С. 103 — 113).

Когда я начинал работать с наркоманами, тогда методы терапии являлись собой лишь продолжение системы отношений, господствующих и за пределами больницы. При таком положении и речи быть не могло о приобщении больного к процессу лечения. <...> В жизни самого наркомана в таких случаях ничего не менялось, не считая того, что он должен был отказаться от наркотиков, но и это... тоже было весьма относительно. От него ровным счетом ничего не зависело, ему все гарантировалось, исходя из принципа «только бы лечился». И он продолжал пребывать в бездействии, апатии. Я чувствовал, что так не должно быть, что этих дурей необходимо пробудить к действию. Я пытался это сделать, но меня не переставали давить узкие рамки общепринятых схем. Тогда я решил преодолеть магические границы больничных стен. Это потребовало от меня смелости решиться на такие меры, как самостоятельность, совместное с пациентом управление и обсуждение всех вопросов, но в первую очередь — решиться на доверие к молодым.

Я знаю, как непросто отважиться на такие шаги в отношениях с нормальной молодежью, а ведь здесь речь шла о больных, не ведающих об элементарных жизненных принципах, не имеющих ни малейших организаторских и практических навыков. Многие из них — преступники. Я не мог знать заранее, чем это закончится, но все же пошел на риск, веря в то, что это единственный возможный путь.

Так появился первый Дом МОНАРа в Глоскове — небольшое помещение с хозяйственными пристройками и несколькими гектарами земли

вокруг. Начало было трудным. Мы вдруг оказались предоставлены сами себе. Стали вылезать один за другим все пороки этих ребят, главные изъяны их воспитания. Недоверие вокруг нас стучалось, все подозрительно и настороженно наблюдали за тем, что там «фанатик Катаньский» делает с молодежью.

Согласно теоретическим обоснованиям широко применявшейся и пропагандированной у нас педагогике, все наше предприятие должно было провалиться уже на следующий день. Однако не провалилось! Вопреки всему, а может быть, именно поэтому, дело пошло. В комнатах появились первые, сделанные своими руками, необходимые для быта предметы, вечерами окна освещались светом уютных домашних ламп. По дому и во дворе стали мелькать хлопочущие по хозяйству, поначалу неумело, первые его обитатели. Кропотливо, день за днем возводился фундамент монаровского сообщества людей, вставших на путь возвращения к нормальной жизни.

Приходилось организовывать и решать буквально все, начиная с того, кто должен идти доить корову, а кто мыть посуду, и заканчивая выработкой правил о лишении права пребывания в нашем доме. Тогда я обнаружил, какие огромные пласты нереализованных возможностей таятся в этих отпетых наркоманах и какие чудеса может творить свобода самостоятельной деятельности. **Мы начали с труда, и труд стал основой всей системы.** Именно труд, потому что нужно было работать — не за вознаграждение, а просто чтобы была еда, чтобы огород приносил урожай, чтобы было тепло и чисто в доме. Честный труд для всех и одновременно для себя давал человеку право быть среди нас. Включившись с первого дня в общий труд, каждый приобретал право стать членом нашего сообщества. Постепенно складывался облик нашего дома, его климат, человеческие взаимоотношения. Мы повернулись лицом ко всему здоровому и естественному в жизни, к тому, что для многих сегодня — утопия. Мы, взрослые, пошли с молодыми на полное партнерство, разделяя с ними все хорошее и плохое, выполняя и вмешиваясь только тогда, когда видели, что они совершают ошибку. И делаем мы это не с позиции более сильного, а с позиции того, кто движим желанием помочь. Они это чувствуют, ибо все, что здесь происходит, делается в атмосфере домашнего тепла и доброжелательности. Мы вернули первоначальный смысл таким словам, как дружба, любовь, смелость, честность, искренность, терпимость, альтруизм, уважение к другому человеку. Мы жестоко осудили все, что определяет личность наркомана: нечестность, лень, лживость, безделье. Разумеется, в основу созидания новой личности — не наркомана — было положено обязательное и полное наркотическое и алкогольное воздержание.

Все вопросы, связанные с нашим Домом и сообществом, обсуждались вместе, и каждый имел право свободно высказать свое мнение. Конечно, произошло естественное размежевание позиций: на осуждающие и более одобрительные. Были определены условия для успешного лечения, а также последствия в случае их невыполнения. Конечно, все это звучит очень громко, однако достижение намеченных целей было, как вы, вероятно, догадались, отнюдь не легким делом.

Сегодня действует четырнадцать Домов МОНАРа, эксперимент стал системой.

Мог ли я ожидать этого?

Несомненно одно: я никогда не ожидал, что все это примет такой размах.

Когда от нас стали выходить первые выздоровевшие пациенты, я увидел, что целые толпы новых наркоманов тоже ждут помощи. К нам стали приходить письма от многих беспомощных и отчаявшихся молодых людей, которые поверили, что здесь они обретут свой единственный шанс.

В очередной раз я оказался перед необходимостью сделать нелегкий выбор: или продолжить узкую деятельность в одном «элитарном» центре. Или же выйти за его рамки и попытаться помочь также и другим, предлагая им свой опыт.

Реальность торопила. И я решился. Мы обратились ко всем людям доброй воли. К тем, кто хотел бы помогать наркоманам. Мы отвоевывали все новые и новые помещения, на которых прибывалась вывеска «МОНАР»...

...Откровенно говоря, охваченный собственным энтузиазмом, я и не предполагал, что будет так трудно. Я не ожидал, что помимо работы с наркоманами на мою долю выпадет еще и необходимость формирования взглядов их воспитателей, которым при всем их желании работать в МОНАРЕ придется преодолевать в самих себе множество барьеров...

...Временами я чувствую себя виноватым в том, что мы слишком поспешно понаоткрывали столько центров, а я несу ответственность за них и за все, что в них происходит. Но, с другой стороны, я в то же самое время знаю о сотнях наркоманов, жаждущих попасть в МОНАР, и еще о тысячах других, кто погибает и требует немедленного лечения. Такова цена, которую мы теперь платим за многолетнее игнорирование этой проблемы. <...> Мне хочется вам сказать, что необычайно трудно помочь тем, кого дурная страсть уже превратила в рабов шприца или таблеток... Я могу лишь указать симптомы приближающейся болезни. Это безделье и праздность, скука, цинизм, позерство и недостаток доброжелательности, эгоизм, нежелание считаться ни с кем и ни с чем.

Распространенные среди молодежи потребительские и конформистские позиции приводят к тому, что в своем отношении к миру и к действительности они чрезмерно озабочены тем, чтобы обеспечить себе удобную, беспроblemную жизнь, требуя от взрослых гарантий всего того, что им, как они говорят, «причитается»... Я обращаюсь прежде всего к людям, которые хотели бы жить по-другому. Дорогие мои, я мечтаю, чтобы вы начали наконец что-то делать, чтобы в конце концов сломить эту всеобщую инертность...

Социальная программа Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом (МАБНН)

Рост потребления психоактивных веществ в мире и необходимость преодоления возникшей пагубной тенденции обусловили повышенное внимание к этой проблеме международных организаций. Еще в 1987 г. вопрос о злоупотреблениях наркотическими средствами и другими ПАВ обсуждался на международной конференции, в решениях которой не только проявилась политическая готовность к

борьбе с наркотической угрозой во всем мире и устранению этого бедствия, но и впервые заявлено: профилактике, лечению и восстановлению трудоспособности наркоманов следует уделять такое же внимание, как сокращению предложения и незаконного оборота наркотиков. Участники конференции призывали к ликвидации наркопроблемы во всех ее формах на национальном, региональном и международном уровнях, т.е. во всемирном масштабе.

VIII Конгресс ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшийся в 1990 г., подтвердил, что успех международной борьбы со злоупотреблением наркотиками определяется проведением сбалансированной и решительной политики, нацеленной на содействие превентивным мерам, лечению и возвращению наркоманов в жизнь общества.

Для активизации международного сотрудничества в борьбе против незаконного производства и распространения наркотических средств и психотропных веществ Генеральная Ассамблея ООН в 1990 г. приняла Политическую декларацию и Всемирную программу действий, а также объявила 1991 — 2000 гг. «десятилетием борьбы с незаконным оборотом наркотиков».

Большие надежды на положительные результаты в борьбе с наркотизацией молодежи общественность России и стран СНГ возлагает на социальную программу Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом.

Разработка и финансирование этой международной программы были обусловлены повышенным вниманием к России и государствам СНГ со стороны международного наркобизнеса, что во многом определяется их геополитическим положением, несовершенством действующего законодательства, ослаблением, а местами — отсутствием таможенного и пограничного контроля. Наркосиндикаты предпринимают попытки легализации своих доходов через российские государственные и частные финансовые и коммерческие структуры, поскольку в странах, имеющих давний опыт борьбы с незаконным оборотом наркотиков, против «отмывания» наркоденок принимаются жесткие меры, серьезно осложняющие преступные действия в области экономики.

В этих условиях без экстренных, крупномасштабных и эффективных мер незаконное распространение наркотиков может стать реальной угрозой безопасности стран СНГ и крайне неблагоприятно сказаться на здоровье и благополучии их населения.

Учитывая всю остроту, сложность и многогранность проблемы незаконного оборота наркотиков, Международная ассоциация по борьбе с наркоманией и наркобизнесом (со штаб-квартирой в Москве) подготовила пять программ своей деятельности, состоящих из конкретных, детально разработанных проектов. Такая структура позволяет определить потребность ассоциации в финансовых средствах как в целом, так и по каждому проекту отдельно, а спон-

сорам и благотворителям ориентироваться в выборе наиболее интересного для них варианта при оказании конкретной помощи в борьбе против незаконного оборота наркотиков.

Основная программа — социальная. Ее выполнение позволит в значительной мере оздоровить общество, внести заметный вклад в усилия мирового сообщества, направленные на избавление человечества от этой угрозы.

Рассмотрим некоторые важнейшие позиции проектов, входящих в эту программу.

1. Проект «Российский центр адаптации человека»

Это крупный международный проект, являющийся ключевым звеном в современной социальной программе МАБНН. Его основная цель состоит в осуществлении комплексного подхода к борьбе с наркозависимостями, включающего в себя меры медицинского, правового, социального и организационного характера. Вся деятельность центра должна опираться на прочную базу современной науки.

Проект предусматривает наряду с государственной альтернативной медицинской и реабилитационной службой создание центров для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных наркоманией с применением новейших методов и методик, разработки и внедрения уникальных медицинских программ, проведения научных программ исследований по этой проблеме, подготовки кадров для работы в центрах по лечению наркомании. Центр — это ведущее учреждение, готовящее кадры для высокопрофессиональной работы по преодолению наркозависимостей и формированию общественного сознания, ориентированного на здоровый образ жизни.

В соответствии с этими задачами Центр включает:

- российскую наркологическую линию;
- медико-реабилитационную клинику;
- детский православный приют «Отрада»;
- научно-исследовательский институт;
- высшие курсы по подготовке и переподготовке специалистов в области борьбы с наркозависимостями.

Российская нарколиния

Основная задача российской нарколинии — создание в России сети «телефонов доверия» и консультативных анонимных медицинских пунктов по проблеме наркомании и ее последствий.

Главным направлением деятельности российской нарколинии являются:

- консультативная и первая медицинская помощь наркоманам;
- консультативная помощь их родителям и родственникам;
- создание банка информации об эффективных методах, методиках, разновидностях программ и других материалах, необходимых

для проведения реабилитации и профессиональной реинтеграции бывших наркоманов.

Медико-реабилитационная клиника

Важнейшими направлениями деятельности создаваемой в Подмосковье медико-реабилитационной клиники являются:

осуществление лечения больных наркологического профиля на условиях добровольности и анонимности;

поэтапная реабилитационная помощь, трудовая и социальная реабилитация;

создание поддерживающих групп бывших наркоманов;

помощь различным группам населения как на хозрасчетной основе, так и в порядке благотворительности — для представительниц наименее защищенных слоев общества;

решение других задач, связанных с лечением и реабилитацией наркоманов.

Детский православный приют «Отрада»

В решение проблемы подростковой наркомании может внести вклад создание по благословию Патриарха Московского и всея Руси Алексия II первого в России детского православного приюта «Отрада» при Свято-Николаевском Черноостровском женском монастыре в г. Малоярославце. Этот приют является благотворительным негосударственным воспитательно-образовательным учреждением для девочек и девушек-сирот, как правило, содержащихся в нем до окончания средней школы, оставшихся без попечения родителей и места жительства, отказавшихся жить в семье или в соответствующих учреждениях системы органов народного образования и, чаще всего, в той или иной мере приобщившихся к наркотикам и алкоголю. В 1996 г. приют принял первых воспитанниц.

Научно-исследовательский институт при Российском центре адаптации человека

Цель создания НИИ — разработка и апробация уникальных терапевтических и психиатрических методик при лечении наркологических заболеваний, связанных с нарушением адаптационных возможностей человека, принципиально новых подходов к проблеме охраны психического здоровья и адаптации социальных групп, функционирующих в экстремальных психологических условиях.

Создание научно-исследовательского института при Российском центре адаптации позволит дать новый импульс научным исследованиям, образованию и воспитанию в области наркологии и пограничных зависимостей

2. Проект «Мы и наркотики»

Анализ, проведенный экспертами Ассоциации, показал, что сегодня наиболее опасной с точки зрения расширения рынка потребления и производства наркотических средств является тер-

ритория бывшего СССР, и прежде всего Россия. Благоприятная почва для этого складывается в силу воздействия конкретных факторов экономического, политического и социального характера, среди которых принципиальными являются отсутствие комплексной государственной программы борьбы с этим социальным злом и четкой законодательной базы, слабая правовая и техническая оснащенность, а также недостаточная обеспеченность кадрами правоохранительных органов, прозрачность границ между бывшими союзными республиками, ликвидация без какой-либо их замены прежних детских и молодежных организаций, навязываемые массовой культурой стереотипы поведения и др.

Статистика утверждает, что число наркоманов в России в последнее время увеличивается ежегодно на 5% и уже в 1996 г. превысило 1,5 млн человек. Еще выше рост наркомании среди молодежи — 15% ежегодно. Все это свидетельствует о появлении на развалинах СССР мощной наркодержавы, и недооценка этой опасности может оказаться роковой для будущего всего мира.

Антинаркотическое образование и воспитание детей и юношества

Учитывая, что особенно тяжело последствия наркомании отражаются на детях, юношах и девушках, т.е. на новых, еще только входящих в жизнь поколениях, МАБНН разработала специальный проект антинаркотического образования и воспитания учащихся всех уровней. Он предусматривает ее широкое сотрудничество в решении этой задачи с Министерством образования РФ и построен в тесной увязке с соответствующими программами ЮНЕСКО.

Основными целями проекта являются:

- разработка принципов превентивного образования, методик, программ и учебных пособий по курсу «Профилактика наркомании»;
- проведение социологических и иных исследований;
- информирование работников воспитательных и образовательных учреждений об итогах на семинарах как в России, так и за рубежом;
- проведение ежегодных международных конкурсов «Дети мира — против наркотиков!» среди учащихся России и других стран СНГ на лучшую творческую работу по проблемам наркомании, алкоголизма и курения (одна первая премия, две вторых, три третьих премии) и среди работников образования — на лучшую организацию просветительской деятельности.

Женщины мира — против наркотиков

Организованное в феврале 1992 г. под эгидой ООН по инициативе МАБНН международное движение «Женщины мира — против наркотиков» направлено на активизацию и консолидацию антинаркотических структур, религиозных и общественных органи-

заций. Определены пути вовлечения в это движение дополнительных сил и средств, приняты обращение к женщинам мира и соответствующая декларация.

Основные цели и задачи движения состоят в сокращении спроса на наркотические средства и психотропные вещества через активизацию информационно-пропагандистской работы и вовлечение в антинаркотическую деятельность женщин всех стран мира; привлечении внимания правительственных органов и общественности к необходимости резкого усиления борьбы с наркоманией и наркобизнесом; помощи, в том числе финансовой, учреждениям и общественным организациям, занятым лечением наркоманов и их социальной реабилитацией; организационной, материальной и моральной поддержке групп и общин бывших наркоманов; содействии больным наркоманией в проведении их лечения.

Информация о наркотиках

Первый опыт Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом по расширению масштабов информационной деятельности, в частности, выпуск журнала «Мир без наркотиков», газеты с тем же названием, серии теле- и радиопередач по каналам Российской телерадиокомпания, а также проведение ежегодных акций «Один день без наркотиков» подтвердили чрезвычайную остроту задач информационного обеспечения борьбы с наркоманией.

В настоящее время объем информации о незаконном обороте наркотиков в прессе России и ряда других стран СНГ заметно возрос. Однако основной акцент в этом потоке ежедневных сообщений имеет криминальный характер, в значительно меньшей мере освещаются другие стороны этой широкой проблемы. Поэтому одна из основных задач проекта состоит в более четкой организации всей информации, в определении ее адресности, повышении доходчивости и действенности, в создании на территории России и СНГ единого антинаркотического информационного поля, которое было бы направлено на формирование в обществе резко отрицательного отношения к потреблению наркотиков, оказывало бы соответствующее воздействие на сознание людей всех возрастных категорий.

В этих целях в качестве базовых элементов информационной сети проектом предусматривается создание:

издательского центра;

объединенной газетно-журнальной редакции;

телерадиостудии;

центра обучения информационным технологиям и методикам.

Создание такой информационной сети позволит консолидировать усилия государства и общественности в борьбе против незаконного оборота наркотиков и резко повысить ее эффективность.

МАБНН — неправительственная, общественная, некоммерческая организация. Она создана в интересах консолидации усилий различных международных и национальных общественных объединений, взаимодействует с государственными структурами в области организации широкого антинаркотического движения, прежде всего на территории России и стран СНГ, хотя и не упускает из виду и международный спектр этой проблемы. В числе ее приоритетов — разработка и реализация программ и проектов, направленных против наркомании, незаконного оборота наркотиков, а также на создание сети наркотических лечебных центров, организацию медицинской и психологической помощи лицам, попавшим в наркозависимость, и их социальная реабилитация.

Учредителями МАБНН стали: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, Русская православная церковь, МВД РФ, Духовное управление мусульман Центрально-Европейского региона России, Международный фонд милосердия и здравоохранения, Международные федерации мира и согласия, художников ЮНЕСКО, Народная академия культуры и общечеловеческих ценностей и др.

В состав Ассоциации в качестве действительных или ассоциированных членов входят общественные организации, учреждения и частные лица из 50 стран мира.

В связи с этим МАБНН на начальной стадии определила пропагандистско-профилактическое направление и приняли участие в создании художественных фильмов: «Убийство в ночном поезде» и двухсерийной ленты «Стингер» о борьбе правоохранительных органов с наркоманией. Организовали съемки ряда документальных фильмов и теле-, радиорепортажей. Издали несколько книг и брошюр на эту тему. Большой интерес в молодежной среде вызвал конкурс на лучший доклад Генерального Секретаря ООН о роли этой организации в борьбе с незаконным оборотом наркотиков и распространением наркомании. Победители конкурса совершили поездку в США, побывали в ООН.

Позже вместе с радиостанцией «Маяк» был организован 12-часовой марафон «Нет наркотикам». Стали издавать раз в год обзор наркоситуации в России и республиках СНГ, приняли решение об издании журнала и газетного приложения к нему «Мир без наркотиков», пробные номера которых получили высокую оценку читателей.

За истекшие 5 лет Ассоциацией осуществлен ряд крупных акций международного значения. В частности, проведен симпозиум: «Женщины мира — против наркотиков» с участием представительниц ООН, совместно с Минобразованием РФ среди учащихся старших классов средних школ и ПТУ организовали конкурс рисунков на тему «Дети — против наркотиков». Лучшие из них были выставлены на специальной выставке для общественности в Москве. Не-

сколько дней выставка работала в здании Государственной Думы предыдущего созыва.

Идет процесс создания в Москве Российского наркологического центра адаптации человека. МАБНН приняла участие в Международном конкурсе премий Марки и получила несколько дипломов. Осуществляется ряд проектов по созданию центров реабилитации наркоманов и пунктов доверия.

Литература

- Абазов З.* Профилактика наркомании // Советская юстиция. — 1997. — № 18.
- Алферов В. Б.* Наркотики и человек. — М., 1997.
- Ананьева Г., Андреева Т., Ловчев В.* Родителям о наркотиках и наркомании. — Казань, 1999.
- Андреева Т.* Почему нынче экстаз? — Киев, 2000.
- Андреева Т., Красовский К.* Как сделать эффективными программы профилактики курения? — Киев, 2000.
- Антиалкогольное воспитание в семье / Под ред. Д. В. Колесова. — М., 1990.
- Аслаханов А.* Мафия в России без сенсаций // Мир без наркотиков. — 1996. — № 12.
- Бабаян З. А., Гогопольский М. Х.* Учебное пособие по наркологии. — М., 1991.
- Бай Е.* Объединенные нации бросают вызов наркобаронам // Известия. — 1998. — 9 июня.
- Бай Е.* Сахарную болезнь Куба лечит кокаином // Известия. — 1996. — 30 июля.
- Богданович Л. А.* Наркомания: Педагогическая профилактика // Биология в школе. — 1998. — № 2.
- Буянов М. И.* Размышления о наркомании. — М., 1990.
- Габiani А. А.* На краю пропасти: Наркомания и наркоманы. — М., 1990.
- Гайдук Ф. М.* Первый глоток беды. — Минск, 1985.
- Горкин А. В.* Борьба с наркобизнесом: Социальные и юридические аспекты // Советское государство и право. — 1991. — № 1.
- Гусейнов Э.* Таможня разоблачает «глотателей» // Известия. — 1996. — 20 апр.
- Дедух Е. Л.* «Черный ящик» белой смерти // Советская Россия. — 1997. — 8 апр.
- Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д.* Наркомании и токсикомании. — СПб., 1990.
- Еникеева Д. Д.* Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. — М., 1999.
- Заиграев Г. Г.* Общество и алкоголь. — М., 1992.
- Заридзе Д. Г.* Курение — главная угроза здоровью россиян // Сопратник. — 2001. — № 7.
- Калачев Б.* Наркобизнес: Как опустить шлагбаум перед мафией // Политическое образование. — 1988. — № 4.
- Катаньский М.* Послесловие // Росек Б. Дневник наркоманки. — М., 1990.

Колесов Д. В. Наркомания: Сущность и социальные последствия // Политическое образование. — 1998. — № 4.

Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Профилактика алкоголизма. — М., 1986.

Коробкина З. В. Бремя глобальных проблем на пути выживания / Под ред. В. А. Попова. — Владимир, 1997.

Коробкина З. В. У опасной черты: Социология и жизнь. — М., 1991.

Коробкина З. В., Попов В. А. Наркобизнес и наркомания в XX веке. — Владимир, 2000.

Красовский К. С. Общественные движения стран СНГ и Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя // Проблемы алкоголя и других наркотиков в период социально-экономических преобразований. — Киев, 1993.

Круглянский В. Ф. Наркомании и токсикомании у подростков. — Минск, 1989.

Левин Б. М., Левин М. Б. Наркомания и наркоманы. — М., 1991.

Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм: Медико-социальные аспекты. — М., 1990.

Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркомания. — М., 1991.

Ловчев В. М. Римские философы I века до н. э. — II века н. э. о психоактивных веществах. — Казань, 2000.

Маюров А. Н. Антиалкогольное воспитание школьников // Основы социальной педагогики / Под ред. В. А. Попова. — Владимир, 1995.

Мойтова В. М., Мойтова О. В. Исповедь матери бывшего наркомана: Как защитить детей от наркотиков. — М., 2000.

Нужный В. П., Тезиков Е. Б., Пирожков С. В. В табачном дыму // Химия и жизнь. — 1994. — № 5.

Попов В. А. Борьба с наркоманией и токсикоманией детей и подростков в 20—30-е годы // Советское здравоохранение. — М., 1989.

Попов В. А. Социально-педагогические основы предупреждения отклоняющегося поведения несовершеннолетних и молодежи // Основы социальной педагогики: Курс лекций. — Владимир, 1995.

Попов В. А., Завражин С. А. Правовые и педагогические вопросы профилактики наркомании и токсикомании учащейся молодежи. — М., 1987.

Попов Л. Е. Пить или жить — вот в чем вопрос: Научные основы трезвого образа жизни. — Новосибирск, 2000.

Росек Б. Дневник наркоманки: Пер. с польск. — М., 1990.

Силласте Г. Г. Новая наркоситуация в России // Социологические исследования. — 1994. — № 6.

Смирнов В. К. Как там у них с курением? // Химия и жизнь. — 1989. — № 8.

Спасти молодежь от наркотиков: Научно-практическое пособие / Под ред. И. П. Марова. — Тюмень, 2001.

Тарасов А. Пьяная Сибирь // Известия. — 1995.

Тоболин В. А., Жданова С. А., Пятницкая И. М. и др. Алкоголь и потомство. — М., 1998.

Углов Ф. Г. Алкогольный геноцид. — М., 1990.

Углов Ф. Г. Внимание — дети // Соратник. — 2001. — № 8.

Углов Ф. Г. Ломехузы. — СПб., 1991.

Углов Ф. Г. Под белой мантией. — М., 1991.

Углов Ф. Г. Правда и ложь об алкоголе. — Каменск-Уральский, 1992.

Углов Ф. Г. Самоубийцы. — СПб., 1995.

Фекьяер Х. О. Алкоголь и иные наркотики: Магические или химические вещества? — Киев, 1994.

Фортова Л. К. Социально-педагогические основы предупреждения алкоголизма и наркомании среди детей и молодежи. — Владимир, 1996.

Черносвитов Л. Ю. Люди и наркотики // Химия и жизнь. — 1995. — № 1.

Шакиров М. Наркобизнес в России. — М., 1998.

Содержание

Предисловие	3
Пьянство и алкоголизм как медико-социальная проблема	4
Предпосылки, стимулирующие рост потребления алкоголя	4
Алкоголь — наркотический яд	10
Определение, классификация и терминология алкоголизма	14
Действие алкоголя на организм человека	20
Особенности женского пьянства и алкоголизма	28
«Алкогольная фетопатия» — внутриутробное поражение плода	32
Алкоголизм в детском, подростковом и юношеском возрасте	38
Методы самоизбавления от алкоголизма	52
Наркотики и наркомания	60
Терминология наркотизма	60
Классификация наркотических средств и психотропных веществ. Особенности их действия на организм	70
Молодежь и наркотики	91
Сценарии привлечения к потреблению наркотиков. Тесты для распознавания наркотической предрасположенности	97
«Шесть аргументов против легализации наркотиков»	105
Способы самозащиты от наркомании	108
Курение табака как наркотическое пристрастие	115
Компоненты табачного дыма, формирующие наркозависимость и определяющие вредность курения	115
Чем грозит нам «пассивное курение»	124
Мотивы, стимулирующие табакокурение детей и подростков	129
«Девичий перекур» — угроза здоровью будущей матери и ее потомству	133
Опасный миф о «безопасных» сигаретах и бездымном курении ...	137
Как побороть никотиноманию	140
Профилактика наркозависимости	149
Факторы, определяющие востребованность антинаркотической профилактики. Особенности проведения первичной, вторичной и третичной профилактики	149
Превентивные меры в борьбе с наркоманией за рубежом и в России. Роль семьи и школы в профилактике подростковой наркомании	161
Социальная программа Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом (МАБНН).	178
Литература	186

Учебное издание

**Коробкина Зоя Васильевна,
Попов Виктор Алексеевич**

Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи
Учебное пособие

Редактор *Д. В. Щербаков*
Ответственный редактор *Р. К. Лопина*
Компьютерная верстка *О. С. Александрова*
Корректоры *В. И. Хомутова, Л. Б. Орловская*

Изд. № 104103117. Подписано в печать 09.04.2010. Формат 60×90/16. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная. Бумага офс. № 1. Усл. печ. л. 12,0. Тираж 1000 экз. Заказ № 29950.

Издательский центр «Академия». www.academia-moscow.ru
125252, Москва, ул. Зорге, д. 15, корп. 1, пом. 26б.

Адрес для корреспонденции: 129085, Москва, пр-т Мира, 101В, стр. 1, а/я 48.
Тел./факс: (495)648-0507, 616-0029.

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.60.953.Д.007831.07.09 от 06.07.2009.

Отпечатано в соответствии с качеством предоставленных издательством электронных носителей в ОАО «Саратовский полиграфкомбинат».
410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59. www.sarpk.ru



Издательский центр «Академия»

*Учебная литература
для профессионального
образования*

Наши книги можно приобрести (оптом и в розницу)

Москва:

129085, Москва, пр-т Мира, д. 101в, стр. 1
(м. Алексеевская)
Тел.: (495) 648-0507, факс: (495) 616-0029
E-mail: sale@academia-moscow.ru

Филиалы:

ООО ОИЦ «Академия-Северо-Запад»
190020, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала,
д. 211-213, литер «В»
Тел./факс: (812) 251-9253, 575-3229
E-mail: fspbacad@peterstar.ru

Приволжский

603101, Нижний Новгород, пр. Молодежный,
д. 31, корп. 3
Тел./факс: (831) 259-7431, 259-7432, 259-7433
E-mail: pf-academia@bk.ru

Уральский

620144, Екатеринбург, ул. Щорса, д. 92а, корп. 4
Тел.: (343) 257-1006
Факс: (343) 257-3473
E-mail: academia-ural@mail.ru

Сибирский

630108, Новосибирск, ул. Станционная, д. 30
Тел./факс: (383) 300-1005, 341-8515
E-mail: academia_sibir@mail.ru

Дальневосточный

680014, Хабаровск, Восточное шоссе, д. 2а
Тел./факс: (4212) 27-6022
E-mail: filialdv-academia@yandex.ru

Южный

344082, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская,
д. 10/65
Тел.: (863) 203-5512
Факс: (863) 269-5365
E-mail: academia-UG@mail.ru

Представительства:

в Республике Татарстан
420034, Казань, ул. Горсоветская,
д. 17/1, офис 36
Тел./факс: (843) 562-1045
E-mail: academia_kazan@mail.ru

в Республике Дагестан

Тел.: 8-928-982-9248

www.academia-moscow.ru



УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ! ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР «АКАДЕМИЯ»

ПРЕДЛАГАЕТ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ
СЛЕДУЮЩИЕ КНИГИ:

Д. Д. ЕНИКЕЕВА

КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЮ У ПОДРОСТКОВ

Объем 144 с.

В книге описаны все известные формы наркоманий и токсикоманий, а также пьянство и алкоголизм у детей и подростков. Определены группы риска, на которые в коллективе необходимо обратить внимание в первую очередь. Перечислены признаки, дающие основание предположить, что ребенок употребляет наркотические вещества или алкоголь, рассмотрены особенности поведения подростков, склонных к ранней наркотизации и алкоголизации. Даны рекомендации по профилактике распространения этих явлений у детей и подростков.

Для студентов средних и высших педагогических учебных заведений.

А. Г. ЛИДЕРС

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ С ПОДРОСТКАМИ

Объем 256 с.

В пособии излагаются теория и методика проведения различных видов психологического тренинга с подростками, даются рекомендации по их организации, анализируются особенности позиции руководителя и обратной связи в ходе тренинга; даются типология упражнений, используемых в тренинге, и рекомендации тренеру по действиям в нестандартных и кризисных ситуациях. Особое внимание уделено методике «Тренинг личностного роста с подростками».

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по психологическим специальностям. Может быть использовано практическими психологами, социальными работниками, педагогами.

Н. А. СИРОТА

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА

Объем 176 с.

В учебном пособии изложены теоретические вопросы возникновения и развития алкоголизма и наркомании, а также профилактика этих заболеваний; особое внимание при этом уделено практической работе, представлены специальные программы профилактики, способы снижения вреда от употребления психоактивных веществ, основы психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, наркотиков и т.п.

Учебное пособие может быть использовано также врачами общей лечебной сети, которые занимаются профилактикой неинфекционной патологии, врачами-наркологами и психотерапевтами в процессе лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ.

Высшее профессиональное образование

З. В. Коробкина
В. А. Попов

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

4-е издание

Учебное пособие



Педагогические
специальности

ПРОФИЛАКТИКА
НАРКОТИЧЕСКОЙ
ЗАВИСИМОСТИ
У ДЕТЕЙ
И МОЛОДЕЖИ

