**Содержание**

**Введение**

**1. Теоретические основы наркомании как медико-социально-психологической проблемы**

1.1. Понятие «наркомания»

1. 2. Классификация наркотиков и типы зависимости

1.3. Основные биологические механизмы наркотической зависимости

1.4. Медицинские и социальные последствия наркоманий

1.4.1. Личностные и поведенческие нарушения

1.4.2. Социальные последствия наркоманий

1.5. Специфика социальной работы с наркозависимыми

**2. Анализ медико-социальной реабилитации как технологии социальной работы с наркозависимыми**

2.1. Реабилитация как технология социальной работы с наркозависимыми

2.2. Анализ особенностей реабилитационного процесса наркозависимых на примере центра «Панацея» города Пензы

2.3. Анализ результатов исследования особенностей реабилитационных мероприятий с наркозависимыми

2.3.1. Результаты диагностического этапа

2.3.2. Особенности реабилитационных мероприятий на медико-социальном этапе

2.3.3. Результаты констатирующего этапа

**Заключение**

**Литература**

**Приложение**

**ВВЕДЕНИЕ**

Проблема наркомании уже много лет является актуальной для России. Еще в начале 90-х годов в стране насчитывалось 46 тысяч наркоманов. Сегодня, спустя чуть более 10 лет, на основе анализа результатов социальных исследований специалисты по борьбе с незаконным оборотом наркотиков делают вывод о наличии 4 миллионов россиян, употребляющих ПАВ. По данным официальной статистики на 01.01.2008 в Пензенской области на диспансерном учёте у врачей психиатров-наркологов состоит 1516 человек.

За счет стремительного роста числа употребляющих, наркотики среди молодых людей превратились в мощное субкультурное течение, способное существенно влиять на мировоззренческие позиции и ценностные ориентации уже нескольких поколений. Развитие ситуации по вышеуказанному пути сделало крайне затруднительным влияние на ситуацию традиционными мерами.

За последние 10 – 15 лет употребление наркотиков и других психоактивных веществ стало у молодежи не столько модным, сколько социально приемлемым. В то же время у большого количества людей, явно не вовлеченных в эту проблему, произошло «привыкание» к проблеме наркомании и алкоголизма. Действительно, массовое внимание СМИ и общественности, спекуляция на этой проблеме политических лидеров, - все это создало условия для снижения эффективности ранее разработанных профилактических и реабилитационных программ. Тем не менее, наркомания и алкоголизм остаются актуальной социальной проблемой.

Большое внимание к проблеме наркомании влечет за собой не только появление научных и методических разработок, связанных с профилактикой и лечением зависимости, но и к эволюции рынка наркотических средств. Если в конце 90-х годов наибольшее количество человек потребляло героин и марихуану, то в настоящее время значительно увеличилось количество лиц, потребляющих психостимуляторы. Так же, по мнению специалистов, большой процент молодежи употребляет так называемые «досуговые» наркотики, не придавая значение вероятности формирования наркозависимости, т. е. к наркомании.

А между тем, наркомания – это тяжелое психическое заболевание, выражающееся в болезненном, непреодолимом пристрастии к наркотическим средствам, лекарствам, таблеткам, препаратам бытовой химии при их систематическом употреблении. Отказаться от наркотиков, если уже возникло заболевание, самостоятельно человек не может. Организм привыкает, повышается толерантность к наркотику и начинает требовать все новых и новых доз. В конечном счете, это приводит к физической, психической и нравственной деградации личности.

Наркомания это медико-социально-психологическая проблема. И рассматривать ее необходимо в трех основных аспектах: медицинском, социальном и психологическом.

Социологическим исследованием проблемы наркозависимости занимались А. Л. Афанасьев, Г. Г. Заиграев, А. Г Золотников, Н. Р. Динеева, Б. М. Левин, Ю. П. Лисицын, А. В. Немцов, П. И. Сидоров, Е. С. Скворцова, Е.В. Сулаберидзе, А.Д. Урсул и др. Предметом изучения в работах этих авторов является взаимосвязь злоупотребления психоактивными веществами с уровнем жизни населения, социальной агрессией и преступностью, общественно-политической пассивностью населения, а также с другими отрицательными социальными явлениями.

В современных исследованиях, направленных на изучение причин наркотизации, определенное место уделяется анализу социально-психологических факторов (В. С.Битенский, Б. Г.Херсонский, А. Д.Борохов, Д. Д. Исаев, А. Е. Личко, В. В. Гульдан, А. Л. Романова). Ведется широкая дискуссия о существовании так называемой наркоманической личности (С. П. Генайло, B. C. Битенский, А. Е. Личко, Б. Г. Херсонский, И. Н. Пятницкая, В. Д. Менделевич). Предполагается, что в структуре личности будущего наркомана формируется особое новообразование, обусловливающее психологическую готовность к употреблению ПАВ (Е. Л. Милютина).

Итак, не смотря на большой срок существования проблемы наркомании в нашем обществе, вопрос ее решения остается актуальным. Необходимо создание социальных условий, в которых выздоровление человека было бы наиболее возможным и успешным. Речь идет, прежде всего, о разработке и внедрении новых технологий; взаимодействии специалистов различных ведомств и учреждений. Основной акцент в работе с наркозависимым должен ставиться на его собственных возможностях, мотивах и ожиданиях, его ориентации на здоровье и дальнейшее развитие.

Актуальность данной проблемы позволила сформулировать тему дипломной работы «Технологии работы с наркозависимыми».

Цель исследования: анализ особенности реабилитационных мер как медико-социальной технологии в работе с наркозависимыми.

Объект исследования: процесс организации реабилитации в работе с наркозависимыми.

Предмет исследования: реабилитационные мероприятий в социальной работе с наркозависимыми в центе «Панацея»

Задачи:

1. Рассмотрение наркомании как медико-социально-психологической проблемы.
2. Исследование характера социальной работы и особенностей
проводимых реабилитационных мероприятий специалистами по социальной работе с наркозависимыми.

3. Разработка рекомендаций по усовершенствованию деятельности специалистов по социальной работе с наркоманами.

Методологическую базу и теоретическую основу исследования составили научные труды по профилактике наркозависимости С. В. Березина, К. С. Лисецкого, Е. А. Назарова; медицинские и социальные исследования в области наркологии научных сотрудников Национального Научного Центра Наркологии Росздрава, труды в области возрастной, социальной и педагогической психологии и научные исследования в области социальной работы.

Методы исследования включали в себя логико-теоретический анализ проблемы, методы сбора эмпирического материала:

1. Анкетирование и интервьюирование наркоманов на базе реабилитационного центра «Панацея».
2. Интервью в виде неформальной беседы с родителями наркоманов.
3. Наблюдение
4. Повторное интервью
5. Анализ документов.

Дипломная работа состоит из введения дух глав, заключения, списка литературы и приложений.

**1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НАРКОМАНИИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ**

**1.1. Понятие «наркомания»**

Об употреблении людьми различных веществ, изменяющих поведение, известно с глубокой древности. На заре цивилизации право употребления наркотиков имели только вожди племен, волшебники, маги, шаманы, жрецы. Для простых смертных на эти средства было возложено табу, а их рецепты хранились в строгом секрете. Таким образом, привилегированным классам удавалось оградить народ от самоуничтожения. Массовое употребление наркотиков в Европе началось в девятнадцатом веке, в период, когда группа интеллектуальных авантюристов начала экспериментировать над собственным сознанием, употребляя наркотики, привезенные из Египта и Индии. В начале двадцатого века возрос интерес к средствам, способным изменять состояние психики. В настоящее время наркомания утратила свою «мистичность» и стала социальной проблемой, негативно влияющей на личную и общественную жизнь людей.

Анализ медицинской литературы позволяет вывести определение наркомании как группы заболеваний, вызываемых систематическим употреблением наркотиков и проявляющихся синдромом измененной реактивности, психической и физической зависимостью, а также некоторыми другими психотическими и социальными особенностями.

В специальной литературе отмечается, что наркотик – это вещество, удовлетворяющее 3 критериям:

* медицинский критерий: это вещество оказывает специфическое влияние на ЦНС.
* социальный критерий: немедицинское употребление вещества имеет большие масштабы и последствия этого, приобретают социальную значимость
* юридический критерий: данное вещество признано законодательством наркотическим.

В традиционной наркологии наркомания рассматривается как неизлечимая болезнь, с более или менее продолжительными ремиссиями [8, с. 26]. В структуре наркомании выделяют основные составляющие, которые проявляются в ходе развития болезни.

1. Синдром психической зависимости. Человек перестает чувствовать себя более-менее вписанным в жизнь без приема наркотиков. Наркотик становится важнейшим условием комфортного контакта человека с жизнью, собой, другими людьми.

2. Синдром физической зависимости. Постепенно наркотик встраивается в различные цепи обменных процессов в организме. Если наркоман не принимает соответствующее количество наркотика, то он испытывает различные по степени выраженности физические страдания: ломота, сухость кожи (или, наоборот, обильная потливость).

3. Синдром измененной реактивности организма к действию наркотика. Важнейшую роль в структуре данного синдрома играет толерантность. Ее возрастание к ПАВ, стабилизация на высоком уровне, снижение относят к стержневым симптомам наркомании[8, с. 32].

В психологии наркомания рассматривается как вид негативной психической зависимости, как самоценная форма активности, заключающая в себе возможности неограниченного самовоспроизводства. Переживание избыточности собственных возможностей формирует эмоциональное влечение к наркотику[5].

В общественном сознании существует неоднозначное отношение к наркомании. Наряду с негативным отношением к наркоманам как к преступникам, «опустившимся людям», сохраняется также позиция, что наркомания – это болезнь, а наркоманы нуждаются в сочувствии и лечении. Негативное отношение связано, прежде всего, с тем, что большинство преступлений совершается людьми в состоянии наркотического или алкогольного опьянения. Это способствует закреплению связи понятий «наркоман» - «преступник». С другой стороны, среди наркоманов – большое количество детей и подростков, которые у взрослых не могут не вызывать «родительских» чувств: и жалость, и сочувствие.

**1. 2. Классификация наркотиков и типы зависимости**

Все наркотики с точки зрения их происхождения разделяют на две группы – натуральные и синтетические.

Использование некоторых растений и их соков для магических, терапевтических или эйфорогенных целей «старо, как мир» и как стремление человека защититься от физической и духовной боли. Одни из этих растений оказывают успокаивающее, другие – возбуждающее действие. Отдельную группу составляют растения, изменяющие состояние сознания и вызывающие галлюцинации и видения.

Термин «синтетические наркотики» относится, прежде всего, к многочисленным веществам, появившимся после 1939 года, вызывающим разные виды зависимости. Главные препараты этой группы: петидин, метадон, продукты переработки смолы и нефти[9, с.41].

Наркотиком считается каждое вещество растительного или синтетического происхождения, которое при введении в организм может изменить одну или несколько его функций, и вследствие многократного употребления привести к возникновению психической или физической зависимости.

Наркомания – это общий термин, применяемый ко всем видам зависимости от разных наркотиков. Однако в профессиональной медицинской терминологии существует точное разделение; здесь различаются несколько типов зависимости:

1. Алкогольный тип: все алкогольные напитки.

2. Амфетаминовый тип: амфетамин, дексамфетамин, метамфетамин, метил–фенидан и фенметразин..

3. Барбитуровый тип: барбитураты преимущественно короткого действия, и некоторые успокаивающие средства, например, хлоралгидрат, диазепам, мепробамат, метаквалон.

4. Каннабиноловый тип: препараты индийской конопли, марихуана (бханг, дагга, киф, маконга) и гашиш (ганджа, чарас).

5. Кокаиновый тип: кокаин и листья коки.

6. Галлюциногенный тип: ЛСД, ДМТ, мескалин, псилоцибин, СТП.

7. Тип Кату: препараты растения.

8. Опиумный тип: опиум, морфин, героин, кодеин; синтетические наркотики, по свойствам близкие к морфину, например, метадон (гептадон) и петидин.

9. Тип растворителей: ацетон, бензин, четыреххлористый углерод и некоторые средства для наркоза, например, эфир, хлороформ и закись азота (веселящий газ)[9, с.48].

# Опиомания.

Опиум и его производные вызывают, кроме психической зависимости, очень сильно выраженную физическую зависимость. Интенсивность формирования зависимости зависит от личности наркомана, индивидуальной устойчивости, разновидности наркотика и способа его употребления.

Некоторые авторы утверждают, что для возникновения физической зависимости достаточно десяти дней непрерывного употребления одного опиата в случае, если у человека присутствует выраженная предрасположенность. У опиоманов с ярко выраженной толерантностью к опиатам зависимость от наркотика формируется не ранее, чем через двадцать дней, то есть чуть позже, чем у основной массы наркоманов[9, с.51].

Барбитуромания. Клиническая картина отравления. Главными признаками отравления барбитуратами являются сонливость, помрачение сознания, галлюцинации, затрудненная речь и заикание, поверхностное дыхание и слабый пульс.

Наблюдается нарушение равновесия, и человек, находящийся под воздействием барбитуратов, производит со стороны впечатление опьяненного алкоголем. Движения его неконтролируемы и нескоординированы. Точные движения практически невозможны. Зрачки пациента сохраняют нормальную ширину. При сильной передозировке наркоман может впасть в состояние глубокого шока и даже умереть. Хроническое отравление барбитуратами всегда сопровождается психическими нарушениями или изменениями личности.

Характерно поведение и внешний вид наркоманов, принимающих барбитураты. Они демонстрируют замедленные психические реакции, затруднение мыслительного процесса и скорости принятия логического решения[9, с.56].

Кокаиномания. Клиническая картина

Кокаин для наркоманов является «деликатесом», и они его особенно ценят, прежде всего, по причине исключительно сильного эффекта flash – флэш (вспышка). Наркоманы употребляют кокаин путем вдыхания или укола. При введении в организм наркотик вызывает эйфорию и особый вид опьянения, при котором наркоман ощущает повышение интеллектуальных возможностей и физической силы. Пациент становится деятельным, чувствует уверенность в себе, находится в постоянном движении, испытывает потребность все время говорить и доказывать свою значимость для общества. Наркоман становится самоуверенным, а возросшие сексуальные потребности он хочет удовлетворить сразу же и без отлагательства.

Приятное состояние длится очень недолго. На смену ему приходят усталость, раздражительность и депрессия. Появляется непреодолимое желание повторного употребления наркотика. Так как толерантность к кокаину и физическая зависимость от него не развиваются, наркоман может в течение длительного времени употреблять наркотик в одних и тех же дозах. Но, в тоже время от кокаина возникает наиболее сильная психическая зависимость.

При длительном употреблении кокаин вызывает тяжелые нежелательные эффекты, выражающиеся в появлении мании преследования и галлюцинаций. Психические нарушения становятся все более серьезными и могут перейти в психоз и бредовое состояние, сопровождающееся галлюцинациями, в которых окружающая обстановка приобретает миниатюрные размеры.

У мужчин развивается импотенция, а у женщин усиливается половое влечение, что приводит к самым разнообразным формам половых извращений. Психологические исследования указывают на серьезные нарушения памяти и психическое истощение, ухудшение сообразительности и концентрации внимания. В этой фазе наркоманы становятся неспособны к принятию серьезных решений и к нормальной интеллектуальной деятельности.

С точки зрения социального аспекта проблемы кокаиноманы более опасны для окружающих, чем морфинисты или опиоманы. Кокаиноманы ведут себя бесцеремонно и шумно, они склонны к применению физической силы и к нарушению порядка в общественных местах. Необычное и часто шокирующее поведение кокаиноманов быстро становится заметным для окружения[9, 63].

Амфетаминовая зависимость. Клиническая картина.

Среди наркоманов, особенно в последние годы, замечена тенденция к увеличению употребления психостимулирующих средств типа амфетамина, называемых в международном жаргоне наркоманов «спид» от англ. speed – скорость, спешка. Это может быть любой препарат, который при введении в организм на короткое время улучшает интеллектуальные и физические возможности, устраняет чувство голода, ликвидирует усталость и сонливость. Наиболее известные препараты этого ряда: амфетамин, центедрин, дезоксин, метедрин, прелюдин, риталин, ромидар и т. д.

Человек под воздействием психостимулятора находится в хорошем настроении, он деятелен, разговорчив, подвижен, считает свои возможности безграничными. Он чрезмерно активен в сексуальном отношении, его чувства обострены, и все действия он выполняет в ускоренном темпе.

Но положительный эффект наркотика длится очень недолго и быстро сменяется плохим настроением, апатией, психической неуравновешенностью. Первоначальный эффект наркотика можно повторить немедленным внутривенным введением метедрина. В этом случае продленное состояние эйфории может длиться несколько дней, в течение которых наркоман и не спит, и не ест. Наконец, опустошенный физически и духовно, он погружается в глубокий сон и его очень трудно пробудить. Это состояние напоминает спячку.

Такой сон не придает сил, и наркоман просыпается разбитым, с плохим настроением, нередко с суицидальными мыслями. Единственный выход – опять принять психостимулятор и, таким образом, круг замыкается.

После нескольких таких циклов личность наркомана значительно изменяется, а его социальное функционирование нарушено. Он ошибочно оценивает действительность, его реакции на действие внешних раздражителей утрачивают элементарную логику. Наркоман становится опасным для себя и своего окружения.

Часто после долгого употребления психостимуляторы вызывают у предрасположенных пациентов психотические состояния, сопровождающиеся манией преследования, которые придают им параноидальный характер. Эти лица уверены, что за ними следят, что их преследуют, и поэтому постоянно держатся начеку. Вначале они пытаются скрыться от своих «преследователей», но когда возникает чувство, что от них не уйти, они переходят в наступление, сами становятся преследователями тех, кого подозревают, и становятся опасными для общества. Особенно они боятся полиции[9, 72].

# Марихуана.

Из всех наркотиков марихуана пользуется наибольшей популярностью как среди наркоманов, так и среди дилетантов. Массовое употребление марихуаны, особенно молодыми людьми, началось в начале шестидесятых годов. Значение этого наркотика не рассматривается только в аспекте его фармакологических свойств. Употребление марихуаны несет в себе черты социального вызова. Поведение молодого человека, который начинает употреблять данный наркотик, не отличается ничем особенным. Свои обязанности дома и в школе он продолжает выполнять почти так же, как и раньше. Можно единственно иногда заметить большую склонность к уединению и к многочасовым медитациям под музыку. Но уже через два–три месяца наркоман начинает избегать старых знакомых и прежних занятий, появляется потребность в конспирации и таинственности. Молодой наркоман все теснее связывается с другими наркоманами или с теми людьми, которым он доверяет. Наркотики он принимает самое меньшее три–четыре раза в неделю, чаще в кругу ближайших друзей, в любое время суток, но при условии отсутствия своих домашних.

Марихуана является отправной точкой употребления более сильных наркотиков, первым искусственным средством для экспериментов с собственным сознанием в поисках «второго Я» и формы удовлетворения душевных или других потребностей. Опыт употребления марихуаны и последовавший вывод, что с помощью определенных препаратов можно влиять на сознание и эмоции, вызывает у предрасположенных личностей желание продолжать эксперименты с более сильными средствами. Даже после однократного приема героина, морфина, ЛСД, мескалина или любого другого наркотика с более ярко выраженным психофармакологическим эффектом, наркоман начинает считать, что марихуана слишком слаба. После этого он переходит к более сильным и опасным наркотикам[9, 77].

# Психоделики

Наиболее известными психоделическими наркотиками являются ЛСД–25, мескалин, псилоцибин, СТП и ДМТ. Общим эффектом всех вышеназванных галлюциногенных наркотиков, является возбуждающее действие на центральную нервную систему. Быстрота и эффективность действия этих наркотиков зависит от двух факторов: от личности употребляющего препарат и от окружающих его в этот момент обстоятельств, которые многие специалисты определяют как «сет» и «сеттинг».

Сет означает желания и склонности личности в начале наркотического сеанса, а сеттинг – где, когда и с кем человек хочет быть в течение этого сеанса. Это означает, что наркотик сам по себе не является главным фактором в возникновении и содержании психоделических ощущений. Он только инициирует цепную реакцию психических ощущений, которые зависят от особенностей личности и окружающей обстановки на тот самый момент, когда начинается психофармакологическое действие наркотика на различные клетки центральной нервной системы[9, с.81].

# Растворители

До шестидесятых годов двадцатого века намеренное вдыхание паров органических растворителей не было широко распространенным явлением. Случались непреднамеренные отравления рабочих, задействованных в сфере применения этих веществ. Но, начиная с 1961 года, это явление принимает масштабы всемирной эпидемии, отношение к которой не было достаточно серьезным, так как специалисты–наркологи занимаются, прежде всего, общепризнанными наркотиками.

Ретроспективный анализ показывает, что уже в 1961 году преднамеренное вдыхание паров летучих органических растворителей, в основном среди молодежи и детей, носило массовый характер. Наиболее часто для этих целей использовались клей, предназначенный для склеивания моделей самолетов, растворители красок, жидкости для химической чистки, лак для ногтей, газ для зажигалок, бензин и другие нефтепродукты. Самым популярным был клей, содержащий ароматическую субстанцию – толуэн.

Наибольшая опасность, угрожающая любителям растворителей, заключается в их неконтролируемом поведении, являющемся результатом угнетения функций нервной системы, а также исчезновением тормозных процессов, наработанных в процессах приобретения жизненного опыта и социализации личности[9, с. 79].

**1.3. Основные биологические механизмы наркотической зависимости**

В настоящее время одной из важнейших медико-социальных проблем становится алкогольная и наркотическая зависимость. Если в России традиционно был высокий уровень злоупотребления алкоголем, то в последние годы отмечается значительное увеличение распространенности различных наркоманий, причем темп роста этих заболеваний очень высок и превышает аналогичные показатели в большинстве стран. Появляется все больше химических веществ, вызывающих формирование синдрома зависимости. В связи с этим было предложено объединить все эти препараты в одну группу и назвать их психоактивными веществами (ПАВ).

В разных кругах (биологи, клиницисты, психологи, социальные работники и т.д.) точка зрения по вопросу зависимости от ПАВ значительно различается. Национальный институт медицины США провел международную конференцию, посвященную данному вопросу, которая предложила следующее определение: зависимость от психоактивных веществ является заболеванием мозга, сходным по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды. Подобный взгляд на указанную проблему сформировался ранее и в России в результате исследований последних 25 лет[5].

Наркотическая зависимость **–** этот термин весьма точно отражает «взаимоотношения» наркомана и наркотиков: в течение короткого времени возникает привычка к наркотикам, т. е. буквальное подчинение всей жизни употреблению наркотиков, поиску денег на приобретение их нужного количества. Другие стороны жизни игнорируются либо им уделяется значительно меньше внимания. Наркоман не может отказаться от употребления наркотиков или сократить его на сколько-нибудь значительное время, даже если хочет. Это явление называется потерей контроля[10, c. 110].

Влияние наркотиков, и других ПАВ на организм человека, его жизнедеятельность и функции, проявляется в 3-х различных направлениях:

1. ПАВ специфически влияют на определенные системы и структуры мозга, вызывая, таким образом, развитие синдрома зависимости. Именно этот синдром является ведущим, стержневым в клинической картине наркологических заболеваний.
2. Наркотики обладают токсическим воздействием практически на все внутренние органы и системы организма. Академик РАМН, профессор И.П.Анохина подчеркивает, что токсическое поражение различных органов не связано напрямую с проявлениями синдрома зависимости. В то же время временная нетрудоспособность, инвалидизация и смертность больных наркоманиями (в том числе – ранняя) чаще всего обусловлены именно последствиями и осложнениями токсических эффектов психоактивных препаратов.
3. Сегодня представляется несомненным влияние наркологической патологии родителей на потомство. Многочисленными медико-генетическими исследованиями доказано, что у детей, родившихся от больных наркоманиями, существенно повышен риск развития этих заболеваний. Кроме того, у большинства из них выступают те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенная возбудимость, агрессивность, склонность к риску, развитию депрессивных состояний и т.д. Использование матерью наркотиков может стать причиной рождения ребенка с сформировавшейся наркотической зависимостью[5].

Как свидетельствуют современные научные факты, нейрофизиологические механизмы развития зависимости от ПАВ базируются в тех областях мозга, где располагается так называемая система подкрепления. Эта система участвует в обеспечении регуляции эмоционального состояния, настроения, мотивационной сферы, психофизического тонуса, поведения человека в целом, его адаптации к окружающей среде. В свое время Olds было показано, что если при вживлении в данные «зоны» микроэлектродов животное получает возможность произвольно раздражать их электрическим током, то оно делает это безостановочно в течение длительного времени – вплоть до полного истощения. Несомненно, что психоактивные вещества, способные привести к развитию зависимости, также воздействуют химическим путем на указанную систему подкрепления, активируя ее.

Результаты многочисленных исследований позволяют сделать заключение, что именно влияние ПАВ на нейрохимические процессы мозга являются основой развития синдрома зависимости. При этом следует отметить, пишет профессор И. П. Анохина[5], что массивное воздействие наркотических препаратов приводит к дисфункции почти всех нейрохимических систем мозга, однако далеко не все из этих нарушений имеют связь с развитием синдрома наркотической зависимости. Изучение механизмов действия психоактивных препаратов показало, что каждый из них имеет свой фармакологический спектр действия. Однако у всех веществ, способных вызвать синдром зависимости, имеется общее звено фармакологического действия – это характерное влияние на определенные структуры мозга, в частности в «системе подкрепления», влияние на ее более сильное возбуждение, которое нередко сопровождается положительно окрашенными эмоциональными переживаниями.

Повторные приемы ПАВ приводят к истощению запасов нейромедиаторов, что проявляется недостаточно выраженным возбуждением системы подкрепления при поступлении «нормального» импульса. Психофизически у человека это выражается падением настроения, ощущением вялости, слабости, переживаниями скуки, эмоционального дискомфорта, депрессивными симптомами. Прием психоактивных веществ на этом фоне вновь вызывает дополнительное высвобождение нейромедиаторов, что сопровождается субъективным ощущением улучшения состояния, эмоциональным и психическим возбуждением и т.д. Однако свободные нейромедиаторы вновь быстро разрушаются, что приводит к дальнейшему падению уровня их содержания, ухудшению психоэмоционального состояния и, соответственно, к стремлению вновь использовать наркотик.

Этот «порочный круг» лежит в основе формирования психической зависимости от наркотических средств. Описанные механизмы являются ведущими, но они сопровождаются и многими другими расстройствами нейрохимических процессов, функций мозга и поведения[10, с.113].

Каждое химическое вещество, прием которого приводит к формированию синдрома зависимости, обладает, помимо общего для всех таких веществ действия, своими особыми, частными фармакологическими эффектами. Совокупность этих частных и общих для всех ПАВ эффектов и определяют специфику клинической картины, характерную для той или иной отдельной формы зависимости.

Пусковым механизмом для формирования наркотической зависимости является состояние наркоманического опьянения, вызывающее у человека, как правило, приятные переживания и побуждающее его повторно принимать наркотик. Чтобы вызвать во время опьянения желаемое приятное состояние, человек вынужден постепенно увеличивать дозу наркотика. Возрастает толерантность к наркотикам. Организм как бы привыкает к наркотику и становится способным переносить все более высокие дозы[22, 159].

Одним из первых признаков зависимости от наркотиков является синдром наркотического опьянения. Наркотическое опьянение — это состояние, возникающее после приема наркотического средства. Синдром состоит из психопатологических и телесных симптомов, изменяющихся во времени. Эти симптомы могут оцениваться как в субъективных ощущениях, так и объективно, т. е. быть доступными для регистрации[5].

Один из осевых симптомов наркотического опьянения — эйфория. Она выражается в повышении эмоционального фона и сопровождается рядом субъективно воспринимаемых психических и соматических изменений. Каждый наркотик вызывает особый вид эйфории. Так, эйфория, возникающая при употреблении опиатов, слагается из ощущения соматического наслаждения и эмоционального покоя, блаженства. Эйфория, возникающая при введении стимуляторов, дает ощущение эмоционального подъема. Эйфория, возникающая при введении галлюциногенов, отличается выраженными расстройствами восприятия в сочетании с нарушениями сознания. Отмечается три вида расстройств восприятия при эйфории [10, с.118]:

- обострение восприятия (при введении стимуляторов);

- избирательность восприятия (при введении опиатов);

- снижение восприятия (при введении седативных препаратов).

Кроме того, отмечаются качественные расстройства восприятия в виде иллюзий (нарушение восприятия реально существующих предметов или объектов), галлюцинаций (ложное восприятие не существующих в реальности предметов или объектов), метаморфопсий (изменение формы, цвета предметов, расстояния до них и т.д.).

Нарушения сенсорного синтеза проявляются в ощущениях дереализации (восприятии действительности как нереальной), деперсонализации (восприятии собственного тела или его частей как не соответствующих реальности), а нарушения интерорецепции — в ощущении тепла, легкости или тяжести, изменении схемы тела, восприятия его положения в пространстве и т.д.

Мышление в состоянии наркотического опьянения также изменяется. Эмоциональные расстройства определяют отбор впечатлений, их переработку и умозаключение. Дефектность восприятия сочетается с нарушением процесса осмысления.

Отмечаются нарушения сознания разного типа и глубины. Обычно для эйфории характерна «двойная ориентировка» во времени и пространстве. Это проявляется в том, что опьяневший частично ориентируется в реальной обстановке, осознавая ее выборочно, и в то же время погружен в собственные ощущения и переживания.

Выражены и соматоневрологические проявления эйфории, прежде всего вегетативные симптомы. При введении стимуляторов происходит расширение зрачков, при введении опиатов и гипнотиков — сужение. Кроме того, выражены бледность или покраснение кожи, гипертермия, пото- и слюноотделение. Изменяется частота сердечных сокращений, дыхания, показатели артериального давления[5].

В клинической картине формирующейся зависимости от наркотика выделяют:

* синдром изменения реактивности. Одним из симптомов которого является изменение толерантности к наркотику, т. е. как уже упоминалось выше, увеличение требуемой для эйфории дозы наркотика, повышение его переносимости. Так, на высоте зависимости от опиоидов толерантность превышает изначальную физиологическую в 100 — 300 раз. Другой симптом — исчезновение защитных реакций (рвоты после введения наркотика) и изменение формы опьянения.
* синдром зависимости. Ему свойственны: симптом психической зависимости и симптом физической зависимости. Эта зависимость определяется компульсивным, непреодолимым стремлением употребить наркотик и абстинентным симптомокомплексом — выраженным состоянием психосоматического неблагополучия, возникающим при отмене наркотика.

**1.4. Медицинские и социальные последствия наркоманий**

**1.4.1 Личностные и поведенческие нарушения**

В механизмах формирования личностной патологии у больных наркоманиями, как и в развитии личности вообще как интегративной характеристики психолого-поведенческих свойств индивида, немаловажную роль играют условия его воспитания и процессы социализации, система мотивов, побуждающих его к деятельности, которая складывается на основе совокупности потребностей, в том числе возникших в динамике болезни.

В самом общем виде, развитие личности по наркоманическому типу обуславливается процессом вхождения больного в новую социальную среду, в данном случае наркотическую, с существенными трансформациями в ней, происходящими в результате этого процесса, протекающего на фоне патологических изменений, вызываемых в ЦНС хронической интоксикацией.

По мнению Л. С. Выготского, вхождение больных в неблагополучную социальную нишу, приводящее к исключенному становлению и/или характерным изменениям личности, включает фазы адаптации, индивидуализации и интеграции.

Адаптация – усвоение действующих в группе норм и ценностей, овладение соответствующими (в данном случае – для наркомана) средствами и формами деятельности, определенными навыками и, тем самым, до некоторой степени уподобление индивида другим членам той же общности (наркоманической среды), т.е. наркоманы становятся похожими друг на друга в поведенческом плане[18].

Фаза индивидуализации характеризуется поиском средств и способов обозначения своей индивидуальности в новых обстоятельствах: сочетанное или комбинированное употребление различных психоактивных веществ, индивидуальное повышение доз, раскрытие перед группой своих возможностей в приобретении наркотиков, особых способов их реализации, умение красочно описать состояния «кайфа» у себя и, таким образом, привлечь повышенное внимание окружающих.

Фаза интеграции детерминируется противоречием между стремлением больного быть идеально представленным своими особенностями и отличиями в нормальной среде (семья, школа, вуз, работа, врачи), с одной стороны, и потребностью наркоманической общности принять, одобрить и культивировать лишь те аддиктивные особенности, которые на самом деле способствуют деградации больного. В связи с этим складывается достаточно устойчивая структура наркоманической личности[18].

В процессе наркотизации постепенно происходит опустошение психики, снижение интересов, обеднение эмоций. Даже на начальных этапах у больных отмечается падение активности, причем это касается главным образом социально положительной направленности деятельности. Когда речь идет о необходимости приобрести наркотик или добыть средства к его приобретению, больные становятся необычайно активны и изворотливы[12, с.78].

Постепенно в динамике заболеваний индивидуальные личностные характеристики сглаживаются, нивелируются, больные становятся все более похожими друг на друга. Их поведение в основном определяется психоподобными расстройствами, в структуре которых отмечают лживость, отсутствие чувства долга, отсутствие критики, легкомысленное отношение к наркотизации и ее последствиям. Происходит деградация личности с выраженным морально-этическим снижением. Больные крайне эгоистичны. У них на первом плане находятся собственные интересы, стремление к избеганию неудобств. Характерной чертой является лживость. Практически все наркоманы используют обман как средство для получения желаемого. При общении с окружающими больные стремятся произвести хорошее впечатление, часто предъявляют показную уверенность в себе. Приукрашивают свои материальные, а иногда физические возможности, могут вести себя вызывающе, фамильярно, без чувства дистанции. Во внешнем виде нередко обращает на себя внимание неряшливость, неопрятность, неухоженность, либо, наоборот, вычурность в одежде, прическе, поведении[18].

С родственниками, а также с медперсоналом у больных часто возникают конфликты. При этом они могут вести себя грубо, иногда даже непристойно, в резкой форме высказывать свое возмущение, не контролируя свои эмоции, используя при этом жаргонные слова, нецензурные выражения, а иногда и прибегая к рукоприкладству. В личной жизни, в семейных отношениях часто имеют место сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям. Во всех своих неудачах они склонны обвинять окружающих, хотя сами не прикладывают никаких усилий, чтобы исправить положение. Совершая общественно неприемлемые поступки, больные нередко не чувствуют угрызений совести, иногда критика к себе полностью отсутствует. Отмечаются завышенная самооценка и одновременно неумение бороться с трудностями и затруднениями в приспособлении к окружающей среде, повышенная зависимость от взрослых или родственников. При этом выступает отсутствие критики к употреблению наркотиков.

При продолжительном употреблении ПАВ у наркоманов формируются психопатологические расстройства, характерными проявлениями которых являются: бедность воображения, нарушения непосредственной и опосредованной памяти, мотивационного компонента памяти. У больных наблюдается примитивность суждений, застревание на «мелочах», неспособность анализировать, обобщать и выделять главное. В беседе они быстро утомляются, не могут сконцентрироваться, внимательно следить за содержанием разговора; иногда они не способны вспомнить определенные моменты своей жизни, забывают, о чем идет речь в настоящий момент, часто переспрашивают; нередко отвлекаются, переключаются на другие темы, проявляют плоский юмор. Сложные ситуации нередко приводят больных в тупик; при этом у них наблюдается растерянность, они стараются всячески оградить себя от вновь возникшей проблемы[18].

Среди наиболее опасных последствий злоупотребления наркотиками следует выделить суицидальный риск. Данные о частоте суицидов, приводимые разными авторами, значительно различаются. Например, Е. Г. Трайнина обнаружила суицидальное поведение у 80% больных наркоманиями. Другие авторы приводят значительно более низкие цифры: по их данным у этих больных суицидальный риск повышен по сравнению со здоровыми лицами в 5–20 раз. Кроме реализации истинных суицидальных тенденций, многие больные наносят себе самопорезы – или с демонстративной целью, или для того, чтобы снять напряжение на высоте аффекта: при виде крови больные успокаиваются[22, с. 89].

**1.4.2. Социальные последствия наркоманий**

Непосредственным результатом систематической наркотизации является снижение активности, энергетического потенциала больных, проявляющееся, прежде всего в снижении и потере трудоспособности. Значительная часть наркоманов не работает. Они живут на содержании родственников или занимаются криминальной деятельностью, направленной на добывание денег.

У работающих наркоманов наблюдаются неоднократные нарушения трудовой дисциплины; они испытывают затруднения в выполнении своих профессиональных обязанностей, у них отмечается безразличие либо негативное отношение к выполняемой работе.

Характерными негативными социальными последствиями злоупотребления наркотиками являются деформация, искажение, разрушение семейных связей. Наркоманы значительно реже вступают в брак, чем здоровые лица того же возраста, и семьи их быстро распадаются, если второй супруг не является наркоманом. Нередко больные образуют так называемую «семью» наркоманов. Целью такой «семьи» является наркотизация в наиболее безопасных условиях, облегчение добычи наркотиков. «Семья» имеет свой «дом», которым может быть и пустая квартира, и подвал, и чердак, и какое-либо изолированное строение. У такой «семьи» свои пути и способы добывания наркотиков, свои способы добычи денег для этого. В «семье» возможны и сексуальные отношения, нередок гомосексуализм. Со временем употребление наркотика, а не сексуальное влечение и другие, не связанные с наркотиками общие интересы, становится основным фактором, определяющим отношения в таких «семьях»[18].

В большинстве семей тех больных, которые продолжают состоять в браке, отмечаются нарушения семейных взаимоотношений – частые конфликты, ссоры, сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям и семье, отсутствие заботы о близких, потребительское отношение к ним. Чаще всего конфликты в семьях происходят на фоне наркотизации. Дети в этих семьях в большинстве случаев воспитываются отдельно от своих родителей. У женщин-наркоманок часто наблюдается беспорядочность половой жизни; среди них очень высок процент проституток.

Антисоциальное поведение является характерным для больных наркоманиями. Им свойственны уголовно ненаказуемые, но аморальные деяния. Больные наркоманиями часто совершают агрессивные поступки, нередко с нарушением закона, проявляют неприязнь или недоброжелательность, вплоть до словесных оскорблений, или применяют грубую физическую силу, демонстрируя свое превосходство над другим человеком или группой лиц. Чаще всего аффективные вспышки у них возникают психогенно и характеризуются бурными эмоциональными и вегетативными проявлениями – гневом, радостью, тоской, страхом или тревогой.

Таким образом, наркомания – это комплексное заболевание человека, выражающееся в патологическом влечении к наркотическим веществам или ПАВ[18].

Психоактивные вещества (ПАВ) – это вещества, вызывающие многообразные функциональные состояния головного мозга, в частности, эйфоризирующие, успокаивающие, активизирующие, галлюцинаторные, опьяняющие, одурманивающие и другие действия. ПАВ либо снижает уровень бодрствования, либо повышает его. ПАВ может вызывать радостное, беспечное настроение, подавляет грусть, уныние, отрицательные эмоции

У всех пациентов, независимо от вида употреблявшегося наркотика, по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелируются, больные становятся все более похожими друг на друга, у них формируется своеобразный наркоманический дефект. Последний характеризуется нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических депрессий, психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечений, в том числе сексуальной расторможенностью. Выражены морально-этическое снижение и интеллектуально-мнестические расстройства. Все это в совокупности объединяет больных по характеру изменений личности в одну группу, которую можно квалифицировать как «наркоманическую личность»[22, 187].

Очень высокая криминогенность больных наркоманиями. Каждый потребитель рано или поздно обращается к все более криминальным способам добычи материальных средств, необходимых для приобретения наркотика. Этим обстоятельством объясняется высокий уровень преступности и других социальных аномалий среди наркоманов.

Одним из важных показателей, указывающих на тяжесть последствий злоупотребления наркотиками, является преждевременная смертность. Наиболее частыми причинами смерти наркоманов являются несчастные случаи, самоубийства, отравления в результате передозировки, насилия, травмы, а также различные болезни внутренних органов. Высока смертность вследствие СПИДа. Эти данные свидетельствуют о том, что употребление наркотиков связано с большим риском для жизни и может привести к внезапному смертельному исходу, в том числе – либо в результате суицидальной попытки в период острой депрессивной реакции, либо в результате наркотического отравления по неопытности.

Показатель смертности среди больных наркоманиями значительно превышает смертность населения в целом. По данным В. Ф.Егорова причиной смерти в 50,9% случаев являются соматические заболевания, в 38,5% – несчастные случаи, отравления и травмы. Риск преждевременной смерти для мужчин, употребляющих наркотики внутривенно, превосходит риск смерти для мужского населения в 5 раз, а для женщин – почти в 11 раз, причем смерть наркоманов наступает в основном в молодом возрасте; средний возраст умерших – 36 лет.

**1.5. Специфика социальной работы с наркозависимыми**

Социальный аспект наркомании заключается в том, чтобы понять всю сложность взаимоотношений между человеком, употребляющим ПАВ, и разными уровнями его социального окружения.

Специалисты по социальной работе в наркологии имеют широкое поле деятельности. На условном домедицинском этапе они участвуют:

* в программах первичной профилактики зависимости от ПАВ, как в организованных, так и в неорганизованных контингентах;
* выявляют лиц, входящих в группы риска, и работают с ними;
* содействуют в привлечении к лечению лиц, нуждающихся в нем, устанавливают контакт с семьями таких лиц, оказывают им консультативную помощь и иную поддержку.

На условном медицинском этапе, когда клиенты оказываются в сфере деятельности медицинских работников, специалисты по социальной работе тесно взаимодействуют с медицинским персоналом:

* принимают участие в специальных тренингах,
* способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ,
* организуют семейные группы и участвуют в семейной психотерапии,
* вместе с клиентами ищут пути решения накопившихся социальных проблем.

На условном послемедицинском этапе специалист по социальной работе участвуют в дифференцированных программах реабилитации и реинтеграции пациентов, профилактики временной нетрудоспособности и инвалидизации.

Мировая практика свидетельствует о том, что специалист по социальной работе, стремящийся оказать профессиональную помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и рабочего места он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья». [30, с.301].

Комплексная социальная помощь, включающая медико-психологические, социально - психологические и педагогические аспекты лицам, страдающим зависимостью, и членам их семей - основная цель медико-социальной работы с наркозависимыми

Социальная работа в наркологии - это не просто появление дополнительных функций у наркологической службы, это кардинальная перестройка всего лечебно-профилактического процесса и профилактической работы. В систему отношений с пациентом в качестве полноправного его партнера, наряду с медицинским персоналом, включается специалист по социальной работе, координирующий деятельность нескольких социальных работников или консультантов.

Целью медико-социальной работы является достижение оптимально возможного уровня адаптации и функционирования лиц с физической, психической и социальной патологией. Как правило, такие лица оказываются в трудной жизненной ситуации. Объектом медико-социальной работы в наркологии являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, вызванные злоупотреблением и зависимостью от ПАВ, которые взаимно потенциируют друг друга и их решение затруднительно в объеме односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку они неизбежно оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной профессиональной деятельности.

Особенность социальной работы с наркозависимыми состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей - здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что, несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. [30, с.308].

Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки и выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую (в нашем случае наркологическую) специализацию.

Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников - отечественные дипломированные специалисты по социальной работе появились лишь в последние годы и их количество незначительно. В свою очередь, социальные работники в своей деятельности очень часто работают с клиентами, которые страдают и физической патологией, т.е. выступают и в роли врачевателей.

Чтобы обозначить место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов родственных профессий - врачей, психологов, педагогов, и других специалистов.

Таким образом, направления деятельности специалиста по социальной работе в любой сфере социальной помощи вытекают из его основных функций диагностической, прогностической, правозащитная, организационная, предупредительно - профилактическая, социально-медицинская.

Все больше число программ по реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, разрабатываются и реализуются на практике при непосредственном участии специалистов по социальной работе, поэтому, деятельность специалиста по социальной работе в наркологическом учреждении приобретает все более значимую роль.

Деятельность специалиста по социальной работе на медико-социальном этапе помощи наркоманам заключается в следующем:

* решение организационных и терапевтических проблем в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;
* организация и участие в специальных психологических тренингах, способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов;
* организация семейной психотерапии и участие в ней;
* организация и участие в различных программах реабилитации и реадаптации пациентов.

Функции специалистов по социальной работе, занимающихся проблемами наркомании, и объем знаний, необходимых им для эффективной деятельности, определены должностными обязанностями социального работника.

1. Специалист по социальной работе определяет систему социально - психологических и социально - правовых отношений в сфере профилактики и лечения наркомании.

2. В области профилактики: способствует проведению широкой информационно - просветительской работы по представлению наркомании как болезни, имеющей физиологические, психологические и социальные причины, проявления и следствия.

3. В области лечения:

* устанавливает первичный контакт с наркозависимым;
* сообщает клиентам необходимую информацию о болезни, способах борьбы с ней, формирует установки на лечение;
* устанавливает связь клиента с лечебными программами Центра и группами самопомощи («Анонимные наркоманы»),
* осуществляет социально - психологическую помощь членам семьи и близким клиента, устанавливает их связь с лечебными программами для родственников и группами самопомощи.

4. В области реабилитации: координирует реабилитацию наркомана в семье, помогает в решении социальных проблем, сотрудничая с государственными, общественными и частными организациями.

5. Специалист должен знать: постановления, распоряжения, приказы вышестоящих органов, методические и нормативные руководящие материалы по социальной работе в общей и наркологической практике, современные методы помощи наркологическим больным и их близким, передовой отечественный и зарубежный опыт работы специалистов по социальной работе в сфере помощи наркоманам. [30,с. 76].

Для социальных работников, не имеющих медицинского образования в области работы с наркоманами необходимы специальные знания о био-психо-социальной модели химической зависимости, о зависимости и социуме в микро - и макропроявлениях, о моделях и принципах лечения наркотически зависимых. Социальный работник должен использовать в своей работе знания о семье и созависимости, о личностных, этнических, социальных и культурных факторах образования и развития зависимости, о СПИДе и наркомании, а также о профилактике зависимости. Социальный работник должен учитывать этические особенности профессионального консультирования при работе с окружением, обществом, СМИ, анализировать результаты работы, иметь навыки их статистической обработки и ведения документации [30, с.125].

Специалист, принимающий участие в профилактической работе, должен владеть психокоррекционными технологиям, а также уметь терпеливо завоевывать доверие клиента.

Таким образом, в обобщенной форме правила социальной работы с наркоманами можно представить так: признание, неосуждение, адресность (индивидуализация), эмпатия, партнерство, доверие. Запрещены манипулирование поведением пациентов, заведомый обман, избирательное отношение к клиентам разного характера, интеллекта, возраста, пола, обеспеченности, национальности, вероисповедания, то есть социальный работник должен быть гарантом соблюдения всех прав человека для наркоманов.

Социальная работа в наркологии находится на начальном этапе своего развития. Еще не закончено формирование программ социальной реабилитации больных, не до конца оформилась роль специалистов по социальной работе в общем процессе лечения и взаимодействия со специалистами смежных специальностей. При очевидной актуальности развития практики медико-социальной работы в наркологии, не менее актуальна разработка ее теоретических и организационно-методических основ [30, с.63].

**2. АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ**

**2.1. Реабилитация как технология социальной работы с наркозависимыми**

Социальная технология это оптимальная система средств воздействий и активизации освоения человеком совокупности знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества.

Социальная реабилитация как технология социальной работы – это комплекс мер, направленных на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, это программы и действия, направленные на восстановление личного и профессионального статуса человека для более полной интеграции в обществе.

Реабилитация наркозависимых, в свою очередь, направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Она основана на медицинском воздействии, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Требует индивидуального подхода и направлена на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье является обязательным условием. Проведение реабилитации, предполагает использование следующих социальных и медицинских технологий[34, с.101]:

* формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;
* формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления психоактивных веществ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;
* развитие навыков копинг-поведения, социальной компетентности, преодоления искушения наркотизации или алкоголизации;
* формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социально-поддерживающих сетях.

Медицинскиетехнологии заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве в соответствующие периоды при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия.

Важным принципом лечения является его этапность:

1. Предварительный этап, включающий детоксикацию
(дезинтоксикацию), общеукрепляющую и стимулирующую терапию в сочетании с отнятием наркотических веществ;

2. Основной этап, направленный на активное противонаркотическое
лечение;

3. Реабилитация как процесс совместной деятельности пациента и персонала[23, с.189].

Реабилитация в условиях терапевтической среды рассматривается как восстановление полноценных взаимосвязей личности зависимого от наркотиков человека и социальной среды, процесс восстановления способностей человека к нормальному функционированию в среде, его личностных ресурсов, социально-ролевой идентификационной структуры. Все это, а не только достижение физического и психического благополучия понимается под процессом реабилитации. При этом очевидно, что восстановление не имеет конечной точки, а является лишь целью, в направлении которой будет двигаться зависимый человек на протяжении всей его жизни.

Взаимодействие пациента и персонала подразумевает принятие ответственности за процесс восстановления не только персоналом, но и прежде всего пациентом. При этом развивается взаимная ответственность за позитивные изменения в совместной коммуникативной, терапевтической и прочих видах деятельности.

Процесс выздоровления строится с учетом жизненной ситуации пациента и его социального окружения.Реабилитация планируется каждым пациентом совместно с персоналом и членами терапевтической среды с учетом индивидуальных ресурсов и проблем человека, которые могут быть им использованы или должны быть преодолены в процессе восстановления. К состоянию ресурсной системы относятся знания, возможности и способности человека; его система отношений со значимыми другими; наличие или отсутствие семейных связей; характер семейных проблем и взаимоотношений внутри семьи; проблемы, связанные с законом и возможной криминальной активностью в прошлом.

Главные цели реабилитационного процесса:

1) восстановление здорового жизненного стиля, продвижение
по пути к здоровью, которое понимается как многоаспектная характеристика;

2) изменение и развитие более функционального и эффективного поведения, наличие постоянной мотивации к этому процессу, что ведет к повышению уровня психосоциальной адаптации и жизни в целом;

3) развитие эмоциональной составляющей человека, осознание им своих эмоций, принятие их, понимание их причин и умение управлять ими как на когнитивном, так и на поведенческом уровне;

4) восстановление и позитивное развитие новых межличностных связей, наполнение их позитивным человеческим смыслом, духовным содержанием, а также восстановление либо построение новой здоровой социальной сети. Важнейшей структурой в этом процессе является семья, взаимодействие с которой в этот период приобретает особое значение.

Направление процесса реабилитации должно идти по линии развития у
пациентов внутреннего личностного контроля над своим поведением и собственной активностью в процессе выздоровления.Так как именно процесс восстановления личности и ее взаимодействия с окружающей средой — главная цель реабилитации. Она может быть достигнута только тогда, когда пациент становится активным участником процесса терапии, берет на себя ответственность за собственное выздоровление, а не является пассивным объектом.

Это возможно в том случае, когда пациент усваивает убеждение в том, что его поведение, действия и поступки определяют его будущее, и он сам постоянно делает выбор своих решений.

При этом важно не только следовать за движением социальной среды и поддаваться ее давлению, но и принимать осмысленное решение.

Очень важным является формирование личностной возможности пациента противостоять негативному давлению социальной среды, определять его и отличать негативное давление от позитивного.

Без сформированного внутреннего личностного контроля активное взаимодействие пациента с окружающей средой будет невозможным, а, следовательно, и процесс выздоровления может прерваться.

В процессе реабилитации необходимо соблюдать все её фазы[24]:

I фаза — лечение. Ведется интенсивная работа, направленная на преодоление физической зависимости и стабилизацию физических проблем.

II фаза — реабилитация. Ведется интенсивная работа над собственными личностными и межличностными проблемами, обнаружением и пониманием эмоциональных проблем, неадекватных защитных механизмов, блокирующих осознание себя и процесс выздоровления в целом, деструктивных вариантов копинг-поведения.

Длительность этой фазы различна.

Она зависит, прежде всего, от того, какими личностными ресурсами обладает пациент, от его личностной «зрелости», а также от направления работы, профессионализма и мастерства персонала, терапевтического воздействия окружающей социальной среды.

III фаза — подготовка к жизни вне реабилитационного учреждения. На этой стадии наиболее интенсивно проводится работа по профилактике рецидивов.

IV фаза — возврат в общество. Эта фаза осуществляется постепенно. В ее реализации возможно несколько вариантов:

* жизнь в учреждении, но работа в обществе;
* жизнь в обществе, но работа в учреждении;
* постепенный, «шаг за шагом», выход из учреждения (дневной стационар).

V фаза — послелечебная. Это регулярные встречи с пациентом с продолжительностью не менее 1 — 2 часов, осуществляемые
в групповой или индивидуальной форме.

В связи с мультидисциплинарным характером проблем, для достижения целей выздоровленияв процессе реабилитации должна участвовать команда различных специалистов, являющихся носителями собственных знаний, умений и жизненного опыта.

Врач-нарколог, психологи, социальные работники — специалисты в области социальной реинтеграции в общество и консультанты — специалисты в области консультирования зависимых от наркотиков по вопросам преодоления симптомов болезни и совладания с проблемами адаптации на основе собственного и/или профессионального опыта — необходимый минимум специалистов в реабилитационной структуре.

И вполне объяснимо, что практическое достижение целей реабилитации строится с учетом конкретных ресурсов региона.

Очевидно, что построить единую реабилитационную модель для всех регионов России невозможно, так как в каждом из них есть свои ресурсы и проблемы. Конкретные модели реабилитации могут быть разнообразными по форме, но не по содержанию.

Важно, чтобы реабилитационный процесс был направлен на достижение единых целей и соответствовал определенным принципам.

**2.2. Анализ особенностей реабилитационного процесса наркозависимых на примере центра «Панацея» города Пензы**

Так как одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения, то в нашем исследовании мы объединили медицинский и послемедицинский этап и обозначили его медико-социальным этапом работы с наркозависимыми, на котором медики и социальные работники действуют сплочённой командой.

На этом этапе могут возникнуть проблема необходимости преодоления естественного психологического отчуждения, существующего между медицинским персоналом, традиционно исповедующим медикоцентрический подход и специалистами по социальной работе, действующими другими методами. Отсюда вытекает необходимость сближения позиций наркологов и социальных работников, прежде всего с помощью грамотной организации совместного лечебно-реабилитационного процесса, что должно быть закреплено в соответствующих нормативных документах, должностных инструкциях и положениях. Одной из основных целей специалистов по социальной работе в деле реабилитации наркоманов становится помощь наркоману в осознании особенностей его болезни – он должен помочь человеку, попавшему в зависимость и его семье научится полноценно жить несмотря на эту болезнь, не испытывая чувства вины и обреченности.

Основные исследования проводились на базе реабилитационного центра «Панацея», где существуют несколько основных направлений совместной деятельности медицинских работников и специалистов по социальной работе для достижения поставленных целей:

* формирование у больного осознанной стабильной мотивации или установки на окончательный отказ на потребление наркотиков, на активное включение в реабилитационный процесс;
* осуществление комплекса лечебно-психолого-терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию влечения к наркотику, предотвращение рецидивов болезни;
* редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуальных расстройств развившихся или усугубившихся в процессе болезни;
* укрепление здоровья больного на основе обучения навыкам здорового образа жизни;
* коррекция структуры личности больного для обеспечения позитивного личностного развития;
* повышение уровня социального функционирования больного, формирование или восстановление позитивных семейных и средовых связей;
* достижение реального материального самообеспечения пациента на основе закрепления навыков системной занятости, образовательно-профессиональной подготовки.

Специализированная наркологическая поликлиника «Панацея» по вопросам касающихся работы с наркозависимыми, активно взаимодействует с общественным фондом «Общество против наркомании», с муниципальным научно-методическим Центром образования г. Пензы, с Пензенским государственным институтом усовершенствования учителей и управлением Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по Пензенской области. И так как основной упор в данном учреждении делается на восстановление психологического состояния больного, с наркозависимым здесь предлагают следующие направления работы:

1. Индивидуальные консультации
2. Телесно-ориентированная терапия по Норбекову
3. Духовная терапия №6 (Гипнотарий)
4. Медитация, гештальт-терапия.
5. Холотропное дыхание по Станиславу Грофу
6. Телесно - ориентированная кундалини-йога

Социальная реабилитация наркоманов в центре строится на неукоснительном соблюдении следующих принципов:

1. Максимальная индивидуализация реабилитационных технологий: первая ступень – определение индивидуальных условий прохождения курса лечения и реабилитации каждого наркомана (стационарные, полустационарные или амбулаторные программы), клинических особенностей заболевания, социальных осложнений, вызванных употреблением наркотиков, определение особенностей структуры личности, микросоциального окружения зависимого. Вторая ступень – анализ собранной информации, составление индивидуального профиля каждого наркомана и включение его в подходящую по этим параметрам программу реабилитации.
2. Комплексный подход к лечению и реабилитации. Наркологические заболевания у каждого конкретного зависимого состоят из одних и тех же составляющих (биологические и социально-психологические), но удельный вес этих составляющих различен. Одни больные – с биологической предрасположенностью к наркотической зависимости, а другие втягиваются в процесс злоупотребления под влиянием среды, то есть на первом месте у них стоят социально-психологические факторы. Но, тем не менее, независимо от преобладания тех или иных факторов, на всем протяжении реабилитационного воздействия оно является комплексным, включая в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие, причем продолжительность частей реабилитационного процесса у разных наркоманов разная.
3. О принципе добровольности следует сказать отдельно: по отношению к больным с зависимостью данный принцип применятся условно, в зависимости от тяжести заболевания и социально-психологических особенностей индивида. В том случае, если пациент злостно уклоняется от самостоятельного обращения за медицинской помощью, ведёт асоциальный или антисоциальный образ жизни, грубо социально дезадаптирован, то о добровольности лечения и социальной реабилитации речи, на мой взгляд, идти не может.

Реабилитационная работа с наркоманами в центре «Панацея» осуществляется по следующей схеме:

I. Уровень воздействия

II. Основные мишени воздействия

III. Тип терапии

IV. Основные методы и средства воздействия

На биологическом уровне воздействия основными мишенями воздействия являются:

* перестройка нейромедиаторных систем, участвующих в формировании потребности в психоактивном веществе;
* перестройка метаболических процессов, которые формируют влечение;
* генетическая предрасположенность.

Тип терапии на этом уровне – биологически ориентированное воздействие, основными методом и средством которого является медикаментозное лечение, то есть использование препаратов, регулирующих нейромедиацию: нейролептики, антидепрессанты, нейропетиды, антиконвульсанты, блокаторы рецепторных систем, транквилизаторы, а также немедикаментозные методы – рефлексотерапия, электростимуляция.

На психическом уровне воздействия основной мишенью является патологическое влечение к наркотическому веществу. Тип применяемой терапии – «психотерапевтически ориентированное воздействие»[2]. Основные методы и средства в целом можно подразделить на две главные группы, различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия:

* методы, использующие преимущественно манипулятивные стратегии;
* методы, использующие развивающие личность стратегии.

1.Методы манипулятивного характера адресованы главным образом к патологическим процессам; больной рассматривается как объект воздействий; цель воздействия – изменение поведения; патерналистское отношение к клиенту со стороны терапевта. К наиболее популярным методам этой группы можно отнести:

* суггестивные методы (внушение), их цель воздействия – изменение поведения больного. Что касается современных методов суггестивной терапии, то все большей популярностью пользуется подход, основанный на особой методике введения в транс с помощью специальных приемов, обеспечивающих «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.
* гипнотерапия, которая очень широко распространилась в нашей стране. Основные проблемы, которые решаются с помощью гипнотерапии – формирование установок, повышение самооценки и уверенности в собственных силах, разрушение нежелательных стереотипов поведения.
* поведенческие, такие как психодрама по Д. Морено. Будучи довольно трудоемкой техникой, она успешно применяется в лечении наркоманов в структуре комплексной психотерапевтической программы.
* игровые методы (ситуационно-психологический тренинг). Собирается группа, определяются темы, разыгрываются роли. Обычно воспроизводится ситуация, которая так или иначе связана с употреблением наркотиков. При этом происходит тренировка отдельных умений, как например умения отказаться от наркотика, при этом могут использоваться видеозаписи для тренинга социальных навыков.
* групповые дискуссионные методы – это психотерапевтическое воздействие в малых группах, функционирующих на основе клиентцентрированной терапии. Цель воздействия – выработка группового стиля мышления, улучшение коммуникаций, коррекция образа «Я» и повышение самооценки – все это реализуется за счет, безусловно, позитивного отношения к наркотически зависимому больному, искреннему его принятию и эмпатическому воздействию.

2. Методы развивающего личность характера адресованы главным образом к нормативно-компенсаторным процессам; больной рассматривается как субъект воздействия; цель воздействия – рост личности, взаимоотношения терапевта и клиента партнерские:

* гештальт-терапия (принцип «здесь и сейчас»). С помощью наркотиков больной стремится уйти от осознания самого себя и самовыражения, гештальт-терапия возвращает его к самому себе, преодолевая защиты, создающие препятствия для личностного развития и достижения зрелости. В результате у клиентов формируется более здоровое и приемлемое существование без наркотиков, то, как они более полно живут в настоящем.
* экзистенциальная терапия – апелляция к высшим ценностным регуляторам и их активизация в процессе обсуждения таких проблем, как смерть, свобода, изоляция.
* «терапия решения проблем» – методика, помогающая клиенту прояснить имеющиеся у него проблемы.
* методика системной интервенции – формирование установок на получение помощи и лечения, заключается в подготовке и осуществлении воздействия на больного, по определенному набору правил, силами наиболее значимых лиц из его окружения.

На социальном уровне воздействия основной мишенью является созависимость, тип терапии – социально-ориентированное воздействие. Основной методы и средства терапии:

* группы само- и взаимопомощи, разработанная в их рамках программа «12 шагов». Ее плюсы: простые, но эффективные приемы поддержки; хорошо учитывает особенности психологического статуса больных с зависимостью; легко интегрируется с другими видами терапии; апеллирует к высшим духовным ценностям наркозависимых и активизирует их, они получают новые силы для борьбы со своим заболеванием.

**2.3. Анализ результатов исследования особенностей реабилитационных мероприятий с наркозависимыми**

В нашем исследовании участвовало 16 человек, с разной степенью зависимости и периодом лечения от наркомании. Возрастной критерий от 18 до 26 лет. Из них 10 юношей и 6 девушек.

Изучение особенностей и эффективности реабилитационной технологии проходило в три этапа:

* 1. Диагностический этап, целью которого было определение социальных и личностных особенностей наркозависимых молодых людей; изучение стилей семейного воспитания и влияния семейной среды на формирование зависимого поведения; определение особенностей реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов
	2. Разработка мер реабилитации и рекомендаций на медико-социальном этапе, целью которого было использование ресурсов центра «Панацея», внедрение предложенной программы по реабилитации наркозависимых, непосредственное участие в реабилитационных мероприятиях.
	3. Проверка эффективности реабилитационных мероприятий. На данном этапе были проведены повторные диагностические мероприятия с применением методик, использованных на 1 этапе.

**2.3.1 Результаты диагностического этапа**

Существует множество различных теорий, объясняющих причины возникновения наркомании. Из всех теорий мы выделили три аспекта:

1) нарушения в эмоциональной сфере;

2) нарушения в личностной сфере;

2) особенности семейных отношений.

Для определения стадии болезни мы провели анкетирование молодых людей, проходящих курс лечения в реабилитационном центре «Панацея» (см. приложение 1).

Результаты проведённого анкетирования следующие:

100% - обратившихся знакомы с наркотиками

45% - начальная форма употребления (ранняя стадия)

38% - эпизодическое употребление (средняя стадия)

17% - регулярное употребление (страх, «ломки») (средняя стадия)

10% - химически обусловленная зависимость (начало заключительной стадии болезни)

На основании результатов анкетирования можно сделать вывод, что в реабилитационный центр обращаются молодые люди, когда они уже имеют представление о наркотиках. Чаще обращение по настоянию родителей, либо если есть страх стать зависимым. Юноши и девушки, которые имеют наркотическую зависимость, сами обращаются для прохождения курса реабилитации, либо для получения помощи в социальной необустроенности. В связи с этим задача специалиста по социальной работе в центре состоит в уменьшении количества причин и случаев для повторного употребления психоактивных веществ. Все 16 человек говорили о том что, в этот период очень необходима высоко квалифицированная помощь психологов и социальных работников, а так же поддержка родных людей. Возможность избавиться от зависимости, сохраняется в умах половины опрашиваемых.

Продолжая анализ поставленной проблемы, мы обратились к методике интервьюирования. Оно предполагает личное общение с опрашиваемым, при котором исследователь сам задаёт вопросы и фиксирует ответы. Каждому клиенту предлагалось в устной форме, по десятибалльной шкале, указать уровень склонности к той или иной черте характера, наиболее соответствующей его личности. Изучение молодых людей, проявивших склонность к наркотикам, показало, что все они имели определенное заострение личностных черт.

18% - асоциальное поведение

10% - замкнутость, угрюмость

13%- своеобразие суждений и непредсказуемость поступков

С другой стороны среди них:

-51% самоуверенные энтузиасты, склонные к общению, неуслужливые и беззастенчивые, с надёжными правильными установками.

Среди наркоманов также встречаются лица с физическим и психическим недоразвитием, с дефектами внешности, речи, перенёсшие травму -8%.

Застенчивые и сентиментальные люди становятся наркоманами из-за стремления победить своё чувство неудовлетворённости собой, подражательного «стадного» инстинкта и любопытства. Своё будущее они не строят, ориентируясь на прошлый опыт, и, делая из него разумные выводы, принимая решения о том, как жить дальше. Настоящее они также не соизмеряют с прошлым. В результате интервьюирования было отмечено, что личностная предрасположенность активизируется при восприятии определённых стимулов.

У человека, употребляющего наркотики и находящегося в психофизиологической зависимости от наркотика, физическое и эмоциональное состояние контоминировано. В результате наблюдений мы выделили три состояния, которые переживает и осознает больной. Их мы обозначили как «плохо» - «никак» - «хорошо».

Пример типичного диалога с больным на первичном приеме:

Т. Что ты чувствуешь при приеме наркотика?

К. Разламывает и становится хорошо.

Т. Какое состояние у тебя через 3-4 часа после приема наркотика?

К. Да... никакое.

Т. А что происходит через 12-20 часов?

К. Ломает... плохо... (нецензурное выражение).

Эти состояния прямо связаны с концентрацией наркотика в крови:

«хорошо» - высокая концентрация

«плохо» - низкая

«никак» - термин наркоманов, которым они обозначают состояние, когда содержание наркотиков в крови достаточное, чтобы «не ломало», но недостаточное для эйфории.

Если человек не различает нюансов в своих чувствах и переживаниях, то незначительные переживания - волнения, тревожность и другие могут неадекватно оцениваться и попадать в категорию «плохо».

А поскольку у наркомана существует один универсальный способ избегания решения внешних проблем и внутренних конфликтов за счет введения наркосодержащих препаратов, возникает единственно привычный способ изменять свое состояние с помощью наркотиков.

Здесь могут быть два предложения относительно причин наркотизации. Осознание и обозначение широкого спектра чувств не было сформировано в детском возрасте или же группа эмоций была вытеснена в связи с конфликтом в детском возрасте, приведшим к психотравме, из-за чего эта группа эмоций была заблокирована.

Также нами было проведено интервью в виде неформальнойбеседы с родителями наркозависимых, на базе реабилитационного центра «Панацея». И параллельно использовался другой социологический метод сбора информации – наблюдение, при котором нами фиксировались особенности поведения созависимых во время разговора, (жесты, мимика лица, выражение эмоций).

В процессе беседы мы старались определить общие отношения родителей к детям, положение, характер и условия проживания, до начала употребления наркотиков и состояние дел на сегодняшний момент. Итогом бесед стала выработка конкретных рекомендаций родителям, если их ребёнок употребляет наркотики. А так же фиксация социальной обустроенности наркомана.

Беседа проводилась в спокойной обстановке. Общение велось индивидуально. Общая схема вопросов прилагается, (см.приложение №3).

В ходе консультирования выяснилось следующие:

57% - имеют благоприятные условия проживания

7% - находились в положении ниже прожиточного уровня

36% - семей со средним достатком на каждого члена семьи

А так же было отмечено:

5 из 16 наркозависимых проживали в неполных семьях. 2-е семьи по составу являются многодетными, внимание и воспитание родителя в них было весьма ограничено, т.к. ребёнок был уже взрослый по отношению к другим детям в семье. И, по словам опрашиваемых, мог самостоятельно принимать решения. В 8-ми семьях употребление алкоголя никак не пресекалось. Принятие алкоголя в малых дозах, воспринималось ими как баловство.

12 из обследуемых нами семей имели неустойчивый характер взаимоотношений между членами семьи. 9 родителей допоздна прибывают на рабочем месте. Поэтому большую часть времени ребёнок был предоставлен сам себе. Систематические конфликты, выливающиеся в скандалы и драки, были зафиксированы у 6 семей.

Стиль семейного воспитания у 6 семей был авторитарным с ярко выраженными агрессивными проявлениями. У 4 семей – авторитарность, но с ярко выраженной гиперопекой. В 5 семьях из 9 полных по составу наблюдалось соперничество между родителями за главенствующее положение в семье, отсутствием всякого сотрудничества между членами семьи, разобщённость, изоляцией между родителями и детьми. Господствующая в семье конфликтная ситуация создавала постоянную атмосферу напряженности, которая является непереносимой для детей, подростков, и поэтому они стремятся как можно меньше находиться дома, «улизнуть» под любым предлогом на улицу, где и проводят большую часть времени. В данном случае был нарушен процесс социального контроля, приводящий к отсутствию эмоциональной связи между родителями и детьми. Оказавшись в позиции изолированности или принебрегаемых в семье, и начали искать поддержки в уличных компаниях, где и начали употреблять психоактивные вещества.

Таким образом, второй аспект, который мы выделяем, - это особенности отношений в семьях наркоманов

Все семьи можно разделить на две группы

Феминная семья - мать является авторитарным лидером в семье.

Маскулинная семья - отец, выполняющий роль диктатора в семье.

Из всех обратившихся к нам за помощью было 5 неполных семей. Но со слов родственников больного, когда семья была полной и формировалась личность больного, мать была авторитарным лидером в семье. Поэтому, мы эту семью отнесли к феминным.

У феминных семей мы обнаружили следующие закономерности:

- Мать психологически более сильная, с твердыми взглядами на жизнь, которые не подлежат сомнению и изменению; с ее точки зрения, всем надо жить, как живет она. Обеспечивает семью и воспитывает детей также мать и, соответственно, она более всего настаивает на лечении ребенка. Отец занимает попустительскую позицию по отношению к воспитанию детей и обеспечению семьи. А в отношении больного наркоманией ребенка позиция «нечего лечить, пусть уходит из дома» и неверие в перспективу лечения.

В семьях с отцом-диктатором мать занимает позицию ведомого, полностью подчиняясь мужу. Воспитанием детей занимается мать и соответственно передает ребенку собственную модель поведения ("роль слабого") Отец обеспечивает семью и, как правило, занимает высокое должностное положение. В воспитании ребенка, занимая формальную позицию без эмоционального контакта, не дает ребенку идентифицироваться со своей ролевой позицией, предъявляя завышенные, трудно достижимые цели. В лечении ребенка более заинтересована мать, она верит в перспективы лечения. Отец оплачивает лечение ребенка, но не верит в перспективы лечения и занимает крайне негативную позицию по отношению к больному ребенку и проявляет двойственность к перспективам излечения.

Мы выявили схожесть отношений отца и ребенка в этих семьях, которые условно обозначили «никакой папа».

Папа из феминной семьи не предоставляет чувство уверенности, способов и стратегий достижения целей и борьбы (поскольку сам этим не владеет). Общение с ребенком чисто формальное, без близкого эмоционального контакта приводит к недораскрытию эмоциональной сферы и возникновению большого количества неразрешенных проблем, что может являться пусковым механизмом наркотизации.

Папа из маскулинной семьи сам владеет способами и стратегиями достижения целей и борьбы. Но при таком же формальном общении с ребенком, точно так же, не передавая свой опыт, осуществляет интервенции во внутренний мир сына или дочери, формируя эмоции страха и защитную агрессию, которые также могут вызвать дальнейшую наркотизацию.

Таким образом, мы можем предложить, что блокирование эмоциональных контактов на уровне «отец – ребенок» может являться благодатной почвой для возникновения наркотической зависимости.

Исходя из выше изложенного следует, что построение системы коррекционно-реабилитационных мероприятий надо составлять, ориентируясь, прежде всего на особенности личности наркоманов. Стабилизация эмоциональной возбудимости, нервного истощения и восстановление личностного статуса, позволит существенно ускорить процесс восстановление. Тренинги, совместные беседы, терапевтическая и консультативная помощь являются преимущественными формами работами с наркоманами.

Семья как социальный институт, её условия проживания - оказали огромное влияние на процесс наркотизации подрастающего поколения. Было зафиксировано множество провоцирующих факторов приведших к аддективному поведению. В ходе беседы было доказано, что необходимо поменять существующие противоречия в поведении членов семьи, восприятия близкого человека и условия быта. Основным мотивом родительской помощи, на данном этапе, должно стать стремление помочь ребёнку обрести себя заново посредством нормализации жизненных условий, улучшения атмосферы в кругу семьи.

Таким образом, результаты наблюдения, показали; эмоциональное состояние 10 родителей, наполнено чувством страха и безвыходности. Половина опрашиваемых плакали, отвечая на вопросы. Голос у многих был напряженным, часто отводили взгляд в сторону, торопились говорить, делали большие паузы в рассказе. Но были и такие родители, которые уверенно заходили в кабинет, жестикулируя, выражали отстранённую позицию к проблеме.

**2.3.2 Особенности реабилитационных мероприятий на медико-социальном этапе**

Учитывая результаты социально-психологической диагностики на данном этапе нами в качестве рекомендаций нами была предложена программа реабилитации наркозависимых «Шанс», которая базируется на программе «12 шагов» с элементами программы «Дейтоп». В данной программе мы предлагаем использовать эти методы, согласуя их работу между собой.

Дейтоп- современный метод лечения алкоголизма и наркомании, применяемый в ряде западных стран. Система «дейтоп» направлена на выработку у пациентов так называемой «поведенческой регуляции» и осознанной антинаркотической установки, при этом исключается назначение каких-либо медикаментозных средств. Дейтоп применяется в стационарных условиях. Длительность курса несколько месяцев.

**Наркомания в предложенной программе рассматривается нами как болезнь в 4-х аспектах:**

* биологический
* психический
* социальный
* духовный.

Этот подход совпадает с тем подходом к исследованию человека, который определяет Б. Г. Ананьев, явившийся, в свою очередь, продолжателем идей и учеником В. М. Бехтерева, И. П. Сеченова. Б. Г Ананьев утверждал необходимость комплексного подхода к исследованию человека.

 В представленной нами программе реабилитации наркозависимых применяются достижения современной психотерапии:

* В первую очередь, это малые группы как элемент недирективной психотерапии К. Роджерса, основателя гуманистической психологии.
* Используются тренинговые упражнения различной степени структурированности.
* Необходимо также упомянуть, что мы опираемся на концепцию гуманистической психологии К. Роджерса, который считал, что главной потребностью человека является самореализация в ходе развития. Что не существуют людей, у которых нет проблем, но существуют люди, которые по тем или иным причинам не признают их в результате того, что у них срабатывают разнообразные механизмы психологической защиты, отрицания. И к наркозависимым людям это относится в первую очередь.

Мы предлагали использовать и традиционные лекционные занятия, лекции-беседы, где давалась информация о том, что в действительности является причинами наркомании по всем 4 аспектам. То есть, каковы же:

1. биологические (генетически обусловленные)
2. психические (особенности протекания нервных процессов)
3. социальные (ошибки воспитания, психологические травмы)
4. духовные (нарушения в ценностной сфере) причины наркомании.

Кроме информации мы давали возможность больному исследовать себя с помощью тестирования. Это наиболее эффективно способствует изменению самооценки у наркозависимого, которая изначально практически всегда является заниженной, что, как известно, пагубно для личностного роста и развития человека.

 **Программа реабилитации имеет две составляющие:**

* базовая часть. В её основе лежит программа «12 шагов» и психотерапевтическое воздействие на пациента с целью устранения патологической тяги к наркотикам, стабилизации его психологического состояния.
* вторая часть – персонифицированная с учетом индивидуальности каждого пациента. Вторая часть программы предполагает включение элементов программы «Дейтоп». Она направлена на восстановление социальных навыков, научение пациентов самообслуживанию, выполнение отдельных заданий на благо всего коллектива, воссоздание семейных отношений.

**В процессе реализации данной реабилитационной программы мы поставили перед собой три главные цели:**

* преодоление отрицания болезни, как самого главного и тяжелого симптома наркомании
* коррекция представлений больного о сущности и течении болезни
* формирование принципиально нового мировоззрения, в основе которого лежит духовное развитие личности

 Для эффективной реабилитации наркоманов, реализации обозначенных нами целей и принципов работы с данной категорией, мы предложили создание группы взаимопомощи для наркозависимых. Данный вид реабилитационной деятельности был реализован в форме дискуссии, «круглого стола», игр, обсуждений. Нами был применен и метод тренинговой работы. (приложение №3).

Прежде чем приступить к тренинговой работе с наркоманами, мы рекомендовали начинать с основных принципов отказа от наркотиков:

1.Признайте наличие зависимости. Причина зависимости всегда находиться внутри нас. Не пытайтесь объяснить употребление сложившимися обстоятельствами, неприятностями или влиянием окружения.

2. Наркотик является Вашим личным врагом и единственным средством борьбы с ним является полный отказ. Не оставляйте допущений, не признавайте никаких условий или обстоятельств, которые могут оправдать приём наркотика.

3. Не вступайте в дискуссии с собой или окружающими по поводу возможности принять наркотик хотя бы раз. Ответ всегда должен быть категоричным — нет! Это не для меня.

4. Доказывайте твёрдость своей позиции не словами, а поступками. Каждый ваш день, прожитый без наркотика, является дополнительным аргументом для окружающих.

5. Избегайте провоцирующих ситуаций. Это особенно важно в первое время, пока не сформировался новый стереотип поведения человека, живущего без наркотиков.

1. Сформируйте и поддерживайте страх перед героином как перед скрытой, но неотделимой угрозой, с которой нельзя соревноваться или мериться силой. Уход от употребления - единственная форма победы над зависимостью.
2. Отказ от употребления, как правило, не принесёт Вам немедленной награды. Отсутствие зависимости - не равнозначно успеху в делах, семейной жизни или творчестве. Это только фундамент, на котором можно построить семью, сделать карьеру, добиться успеха, но достигнув всего этого можно только трудом.

Постепенная психологическая работа путём повышения уверенности, самооценки и эмоционального настроя наркомана, будет способствовать скорейшему избавлению от наркотиков.

Следующая большая категория, параллельно с которой должна вестись работа - это родственники и близкие наркозависимого. С ними предполагается плодотворная работа психологов и специалистов по социальной работе. Раз в две недели, по возможности, родители, друзья и близкие будут приглашаться на совместные беседы в кругу тех, кого косвенно, но коснулась проблема наркозависимости. Необходимо запланировать обучающие тренинги, встречи с врачами-наркологами, ведущими специалистами в области профилактики и лечения наркомании, психологами и.т.д.

Основной формой проведения реабилитационных мероприятий с родственниками мы предлагали лекции-беседы. Естественно, что чем меньше численность группы, тем лучше оказывается контакт и выше эффективность воздействия. Длительность лекции-беседы составляла не более одного академического часа. Обязательным являлась «обратная связь» с аудиторией. Лекционно-информационные формы работы с родителями в аспекте третичной профилактики употребления психоактивных веществ проводились по следующим темам:

* Психофизиологические особенности наркомана
* Факторы защиты от повторного употребления наркотиков
* Влияние и роль семьи в процессе реабилитации
* Основные формы и методы работы в наркологии
* Характер трудностей и барьеров на пути к выздоровлению
* Роль моральной поддержки, веры близких людей
* Роль социальной среды в восстановление организма после приёма наркотиков.

**2.3.3 Результаты констатирующего этапа**

На этом этапе нашей исследовательской работы мы провели повторное изучение молодых людей, проходящих курс реабилитации в центре «Панацея». На основе проводимого ранее интервьюирования,видно процентное соотношение эффективности коррекционно-реабилитационных мероприятий. Степень адаптации после проведения ряда реабилитационных мероприятий.

В результате работы были сопоставлены ответы до и после реабилитационной программы. Включающие, в себя, тренинговые занятия, индивидуальные беседы, консультации и лекции для родителей.

По результатам первого интервью процентное соотношение личностных черт наркоманов, представляло следующее;

- 60% отражали больше отрицательные качества характера: трусливость, ненадёжность, не умеющий владеть собой и.т.д.

- 40% составляли положительные стороны личности. Доверчивый, смелый, открытый и.т.д.

Результаты повторного интервью имели иные составляющие.

- 51 % определили в себе присутствие отрицательных черт.

- 49% отметили положительные стороны.

После освобождения от физиологической зависимости у клиента, находящегося в состоянии психической зависимости от наркотика, физическое и эмоциональное состояние начинает разделяться. Но эмоциональное состояние обозначается также тремя терминами: «плохо» - «нормально» - «хорошо».

Интересно, что состояние, обозначаемое «никак», после освобождения от физической зависимости меняется на «нормально».

Кроме тех основных состояний больные могут переживать и обозначать лишь несколько других эмоциональных состояний. У больных наркоманией после освобождения от физиологической зависимости наблюдается феномен, который наркологи и психологи называют ненюансирование переживаний.

Пример:

Больной В. - 23года, употреблял наркотики три года. Кроме основных состояний обозначал еще свое состояние как «тоска». Через месяц работы с социальным работником и психологом стал предъявлять и называть состояние «спокойное», «уверенное».

Больной А. - 21 год, употреблял наркотики три года. Изначально, кроме трех основных состояний, называл «уверенность», «любовь». После десяти дней работы с социальным работником и психологом обозначает еще «раздражение», «спокойствие».

Больная Ю. - 19 лет, употребление наркотиков с 15 лет. Изначально, кроме трех основных состояний, еще называла и предъявляла состояние «спокойно», «раздражение», «уверенность», «любовь», «жалость». За десять дней стала обозначать еще «грусть», «печаль», «гордость». Произошло изменение и расширение диапазона состояний, обозначаемых в нашей культуре понятием «любовь».

Поскольку клиент не осознает, что он чувствует на данный момент, при настойчивости терапевта может предъявлять только телесные ощущения.

Из разговора с клиентом:

Т. -Что ты сейчас чувствуешь?

К. (раздраженно) - Что Вы меня все время спрашиваете, что я чувствую?

Т. - А все же, что ты сейчас чувствуешь?

К. - Ну … руки и ноги расслаблены…

Наши наблюдения позволяют отметить, что чем больше чувств клиент осознает и называет, тем быстрее он адаптируется к жизни без наркотиков, тем длительнее ремиссия.

Результаты работы, повышение уровня положительных качеств и дифференциация чувств подтверждает эффективность и необходимость продолжения мероприятий восстановления психосоциального состояния больных. Основным принципом реабилитации наркоманов должно стать:

1) Партнёрство социального работника и больного;

2) разносторонность (разноплановость) усилий (воздействий, мероприятий);

3) единство психосоциальных и биологических методов воздействия и

4) их ступенчатость (переходность).

Реализация принципа партнёрства социального работника, психолога и зависимого, направленный на включение в лечебно-восстановительный процесс, привлечение его к участию в восстановлении тех или иных функций и социальных связей, доказывает, что ресоциализировать больного без его активного участия невозможно.

Таким образом, повышение эффективности реабилитационно-коррекционных мероприятий возможно только при наличии комплексной работы специалистов различных служб, повышения профессионализма специалистов по социальной работе занимающихся данной проблемой, изучении новых методов борьбы с заболеванием с провидением дополнительных исследований и разработкой новых рекомендаций в наркологии, учитывающих особенности наркотизации региона.

В работе с наркоманами и лицами прошедшими курс лечения от наркозависимости обязательно должны проводиться следующие виды мероприятий: выявление больных на ранних стадиях наркомании, обеспечение лечения с целью излечения, поддерживающая терапия, социальная помощь и контроль с целью предупреждения рецидивов, пресечение источников получения наркотиков, организация лечения тяжёлых форм наркомании, предупреждение рецидива и деградации личности, создание групп взаимопомощи для наркоманов и использование различных форм реабилитационной деятельности; коммуникативные тренинги, игры, обсуждения, дискуссии, работа с родителями с семьёй, трудоустройство.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

 В ходе исследования были сформулированы основные особенности построения реабилитационных мероприятий на настоящее время. Получив необходимый объем информации о работе с данной категорией, о различном воздействии и о риске в ходе реабилитационной программы, мы подведем итог исследования.

Бесспорно следующее: все наркотики воздействуют на центральную нервную систему и мозг человека. Поэтому изменяются восприятие, переживания, впечатления, чувственные переживания. Однако до сих пор нет непротиворечивого объяснения, почему человеческий мозг так жаждет наркотиков. Как и прежде, остается загадкой, почему одни люди попадают в наркотическую зависимость, а другие - нет. Именно данная информация подтолкнула нас к рассмотрению обозначенной проблемы, и выбор оптимального и наиболее эффективного направления деятельности.

Безусловно, выбор последующих шагов помощи в преодолении наркотической зависимости, будет обусловлен не только формами зависимости, но и жизненной ситуацией и присущими элементами поведения больного.

Просматривая специальную литературу, нами было отмечено, что употребление наркотиков начинается по разным причинам и в разных ситуациях. Поэтому третичная профилактика должна создавать такие жизненные условия, которые моделировали оптимальные, жизненные условия и предотвращали повторное употребление и вступление в зависимость. Реабилитационная работа должна доставлять импульсы для более активного вступления в контакт с другими и с самим собой.

Общая структура помощи такова, что она, прежде всего, должна учитывает основные потребности организма, которые вследствие пристрастия были растеряны и именно они составляют костяк человеческой жизни. Необходимость в большем количестве подобных центров очевидна, особенно для России. Большой проблемой так же являются кадры. Отсутствие квалифицированных, профессиональных социальных работников и трудности с финансированием приводят к столкновению вопросов в решении проблемы лечения.

Независимо от того, где находиться наркоман, какого экономическое положение города, любого другого населенного пункта, он в праве рассчитывать на квалифицированную помощь. Справиться с заболеванием в одиночку, без какой-либо поддержки невозможно. Примеров подобных центров, которые имеют собственную разработанную систему помощи, можно встретить не малое количество. Фактическая же помощь тем больным которым не довелось проходить курс реабилитации в специализированных организациях нет.

Изучая работу Центров социальной защиты города Пензы, мы столкнулись с тем, что специалисты по социальной работе в отделениях профилактики не ведут учет наркоманов пытающихся восстановиться. Такое направление деятельности не осуществляется. Не существует и отдельного отделения помощи наркозависимым. Вся работа сводится к тому, что при выявлении таких лиц они направляются в наркологическое отделение больницы. В рассматриваемом учреждении наркоманы проходят курс медикаментозной терапии абстинентного синдрома и механизмов болезни.

С нормализацией физического самочувствия заканчивается первый этап лечения. К сожалению, многие больные на этом и останавливаются, что приводит к быстрым срывам, а иногда возобновлению наркотизации происходит в первый же день.

По полученной информации, можно судить о том, что в городе не налажена деятельность социальных служб, в помощь наркоманам. Специалисты по социальной работы не имеют в своем активе специализированные программы, неразрывно связанные с терапевтическими, предусматривающие реабилитацию, реадаптацию, ресоциализацию наркологических больных.

В итоге при структурном анализе основной помощи наркоманам, мы выделяем.

1.Недостаток специалистов по социальной работе, которые могли бы позволить себе предлагать и воплощать в реальность услуги необходимые больным после снятия абстинентного синдрома. Социальная, юридическая, психологическая помощь семьям, самим наркоманам, помощь в последующем трудоустройстве.

2. Существующий ряд учреждений в городе, которые позволили бы продолжить лечения, невелик. Ограничение количества мест в центрах не дадут возможность направлять всех нуждающихся.

Подводя черту, исследовательской части мы отмечаем, что реабилитационная и коррекционная работа эффективно влияет на процесс восстановления организма наркозависимого. Методы реабилитации должны представлять комплекс мер осуществляемых в направлении рассматриваемой категории, проводить их обязан только квалифицированный специалист по социальной работе, знающий все особенности работы лицами, злоупотребляющими наркотическими веществами.

В итоге получается, что общая система помощи специалистов по социальной работе представлена в искаженном варианте. Существующая на данный момент сфера услуг реабилитации не останавливается на психосоциальном направлении. Обозначение основных недостатков и желаемых направлений работы с данной категорией позволяет нам разработать собственные рекомендации по решению проблемы.

**СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ**

1. О наркотических средствах и психотропных веществах. Федеральный закон РФ от 13.12.94 №60-ФЗ // Закон. – 2000. – №3.
2. Профилактика злоупотребления наркотиками. Документы и материалы // Управление Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по Пензенской области: Документы. Опыт. Практика – Пенза, 2005.
3. Сборник законодательных и нормативных актов и методических документов о работе реабилитационных учреждений социальной защиты населения / Сост. А.П. Коновалов, О.С. Андреева и др. - М.,2000.
4. Андреева А. Возвращение к жизни [О лечении наркомании] // Воспитание школьников- 2000г. №9
5. Анохина И. П. **Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости, - М.:** Национальный Научный Центр Наркологии Росздрава, 2006
6. Актуальные проблемы организации медико-психо-социальной помощи несовершеннолетним, злоупотребляющим психоактивными веществами, в условиях крупного города: Научно-медицинская монография - СПБ, 2003.
7. Альтушер В. Б., Надеждин А. В.. Наркомания: дорога в бездну, - М.: Просвещение,2007
8. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. - М.: Медицина, 1990.
9. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. СПб; М.: Невский диалект - Издательство БИНОМ, 1998..
10. Березин С.В. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании./ Лисецкий К.С.-Изд-во Института Психотерапии. – М., 2003.
11. Будущее на легальной игле? [Подборка материалов по наркомании] // Эхо планеты-1998г. №29.
12. Буркин М.М. Основы наркологии./ Горанская С.В.- Петрозаводск, 2002.
13. Валентик Ю.В. Медико-социальная работа в наркологии./Зыков О.В., Сидоров П.И., Цетлин М.Г. - Изд-во Архангельской Гос. Мед. Академии. -Архангельск, 2001.
14. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика, - М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЕК», 2002 г.
15. Горанский А.Н. Наркомания: причины, последствия, меры защиты. - Изд-во Ю. Мандрики, Тюмень , 2000.
16. Исмуков Н.Н. «Без наркотиков»: Программа предупреждения и преодоления наркотической и алкогольной зависимости. - М.: ФАИР- ПРЕСС,2001 г.
17. Как избавиться от наркотической зависимости: Скажи наркотику «прощай» /Авт. - составители М.С. Прусс, Л.Л. Кельин, Ю.Л. Мучник, В.М. Володин. - СПб.: Издательский дом «Нева»: М.: ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис. 2002г.
18. Козлов А. А. **Медицинские и социальные последствия наркоманий, М.:** Национальный Научный Центр Наркологии Росздрава, 2006
19. Лисецкий К.С. Психология и профилактика ранней зависимости. / Матынга И.А - Самара, 1996.
20. Лукачер Г. Я., Макшанцева Н. В. Особенности формирования наркоманий и токсикомании у подростков // Журнал невропатол. и психиатр.- 1988.- Выпуск 9.
21. Лукачер Г. Я., Макшанцева Н. В. Характеристика подростков, злоупотребляющих наркотическими и токсикоманическими средствами // Журн. невропатол. и психиатр.- 1989.- Выпуск 8.
22. Наркомания в России: состояние, тенденции и пути преодоления, - М.: Владос, 2003
23. Наркотики: социальные, медицинские и правовые аспекты: Справочник. /Авт. - сост. И.Н. Кузнецов. С.К. Купрейчик, - Минск, 2004г.
24. Новикова А. Наркомания: лечение и адаптация с помощью семьи // Здоровье-2000г. №11 (марта)
25. Олеш А. Свидетельство бывших наркоманов. / Трох В. – Красноярск, 2002.
26. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина, К.С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. - М.: Изд-во институту психотерапии, 2000.
27. Садыкова Р. Г. Общество против наркотиков. Информация, технологии, опыт. / Карапетян А.А. – Казань: Агентство « Информ-клуб ЭС», 2002.
28. Сердюков Н.Б. Наркотики и наркомания «Серия Панацея - Ростов н/Д. Феликс, 2000г.
29. Тазетдинов И. М., Менделевич В. Д., Фаттахов Ф. З. Психологические и психопатологические особенности больных наркоманией и меры эффективности их реабилитации // Наркология. - № 7. 2005
30. Технологии социальной работы: учебник. /Под общей ред. Проф. Е. И. Холостовой, - М.: ИНФРА-М, 2003г.
31. Ураков Г. Наркомания: мифы и действительность, - М.,Медицина,1990
32. Хажилина И. И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии, - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002г.
33. Хохлова К.А. Особенности психологической адаптации наркозависимых на этапе реабилитации// Практическая психология, №2, 2006
34. Шабанов П.Д., Штекельберг М.А. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация, - СПб.: Изд-во «Лань», 2000г.
35. Шакиров М.Ш. «Наркобизнес в России. - «Человек и закон».- М.: ЗАО Изд-во Центрполиграф, 1998г.