**СОДЕРЖАНИЕ:**

ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………….………...3

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА В РОССИИ…………………………..……………………....5

* 1. Понятие, причины наркомании и ее профилактика…………………...5
	2. Алкогольная зависимость как социальная проблема: понятие, стадии и профилактика………………………………………………………………..….10

ГЛАВА 2. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ…….…….17

2.1. Медико-социальные меры борьбы с наркоманией среди молодежи.…17

2.2. Социально-психологическая помощь и меры борьбы с алкоголем….20

ГЛАВА 3. НАРКОСИТУАЦИЯ И АЛКОГОЛИЗАЦИЯ В РОССИИ………25

* 1. Оценка нижней границы фактического числа наркозависимых в регионах России……………………………………………………………..….25
	2. Статистика смертности населения злоупотреблявших алкоголем за последние несколько лет………………………………………………………..29

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………………34

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ……………………………37

**ВВЕДЕНИЕ**

Пьянство, алкоголизм, наркомания несовместимы с социальным образом жизни, проблема утверждения которого не носит абстрактно-отвлеченного характера. Она связана с повседневной жизнью людей и поэтому вызывает повышенный интерес вполне определенного практического свойства. Особенно такая его категория, как стиль жизни, отражающая или характеризующая поведение людей в целом. Пьющий человек живет и работает среди людей, и ущерб, наносимый злоупотреблением алкоголя, касается широкого круга медицинских, социальных, нравственных и других проблем как самого пьющего, так и его семьи, производственного коллектива, общества в целом. Наркомания и алкоголизм порождают множество социальных проблем, хотя взаимосвязь степени алкоголизации с частотой и тяжестью социальных проблем не всегда очевидна и прямолинейна.

Особую опасность представляет то, что наркобизнес относится к одному из наиболее прибыльных видов преступной деятельности. Объемы ввоза и распространения наркотиков в России составляют миллиарды американских долларов ежегодно. В деятельность по ввозу и распространению наркотических веществ вовлечены не только «наркобароны», оборот которых измеряется сотнями тысяч долларов, но и миллионы простых граждан, в том числе молодежь. Почвой, питающей это явление, становятся низкий уровень жизни значительной части населения, безработица, преступность, падение нравов и тому подобное. Вхождение в рыночную систему экономики вызвало резкое перераспределение национального богатства, увеличило степень дифференциации населения по уровню доходов, породило огромные массы людей, живущих за чертой бедности, а также группы населения, не сумевшего найти место в новой экономике. Все это создало почву для всплеска преступности и такой ее разновидности, как наркобизнес и распространение наркомании.

Можно предположить, что неуклонный рост потребления алкогольных напитков в мире является следствием, с одной стороны, слабой эффективности используемых человечеством мер со столь опасным социальным явлением, с другой – значительным усилением действия причин и условий, вызывающих приобщение широких масс населения к алкоголю.

Недостаточная теоретическая разработанность вопросов, связанных с распространением алкогольного потребления, односторонность в объяснении причин пьянства и алкоголизма до недавнего времени оказывали отрицательное влияние на содержание и направленность антиалкогольной борьбы, на ее стратегию и тактику.

Практика антиалкогольной борьбы показывает, что решение конкретных вопросов по предупреждению и вытеснению негативных явлений невозможно без глубокого изучения причин, вызывающих потребление спиртных напитков и способствующих распространению пьянства и алкоголизма.

Итак, предметом исследования являются причины, способствующие возникновению алкоголизма и наркомании.

Объектом исследования являются проблемы алкоголизма, наркомании и их профилактика в условиях современного общества.

Цель – рассмотреть меры по профилактике и социально-психологической помощи нуждающимся.

**ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА В РОССИИ**

**1.1. Понятие, причины наркомании и ее профилактика**

Наркомания – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества. Проблема наркомании существует в большей или меньшей степени практически во всех странах, и в этом отношении Россия по праву входит в мировое сообщество. Наркотики сейчас называют третьей угрозой человечеству после ядерного оружия и глобальной экологической катастрофы.

С начала 1990-х годов в России начался стремительный рост наркотизации населения. Только по данным статистической отчетности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации число официально зарегистрированных наркозависимых в России в период 1991 – 2004 годов выросло с 31,5 тысяч человек до 342,7 тысяч человек, то есть более чем в 10 раз. В то же время реальное число наркозависимых, по мнению различных специалистов, в 3 – 10 раз выше приведенных данных. Другими словами, реальное число наркозависимых в России даже по самым оптимистичным оценкам превышает 1 миллиона человек.[[[1]](#footnote-1)1]

Проблема «наркотики и наркомания» во всем мире воспринимается, прежде всего, как молодежная. Главным фактором увеличения масштабов наркомании становится возрастной вектор. Наркомания стремительно «молодеет», сегодня можно констатировать не только подростковую, но и детскую наркоманию. Это общемировая тенденция. По данным Международного комитета ООН по контролю над наркотиками, в некоторых странах число несовершеннолетних, хотя бы однократно пробовавших марихуану, превышает 37 процентов. [[[2]](#footnote-2)1]

Наркотики – это химические вещества растительного или синтетического происхождения, способные вызывать изменения психического состояния, систематическое применение которых приводит к зависимости.

Состояние психической зависимости проявляется в том, что человек с помощью наркотика желает добиться внутреннего равновесия и стремится вновь и вновь испытать действие наркотика. Наркотик, его действие, постепенно замещает собой все обычные для человека положительные эмоции. На этом этапе человек еще сохраняет способность контролировать употребление, он еще может выбирать, в каких ситуациях и в какой момент принять наркотик. При этом желание употребить наркотик сохраняется всегда, но разум может победить в борьбе мотивов.

Частичная возможность контролировать прием наркотика создает у потребителя иллюзию того, что наркотик еще не влияет на его жизнь, он свободен в своих решениях и сможет прекратить употребление в любой момент.

В настоящее время в России отмечается снижение возраста лиц - потребителей наркотиков, при этом размываются гендерные отличия и отличия социального статуса (рост наркомании среди школьников и студентов за последние 4 года составляет, по различным оценкам, от 600 до 800 процентов). [[[3]](#footnote-3)2]

По данным Министерства внутренних дел России подростки и молодежь составляют 70 процентов от всех потребителей наркотиков в стране. Социологические исследования показывают, что наркотические и психотропные вещества в России употребляли (хотя бы однократно) 56 процентов мальчиков и 20 - девочек, продолжают употреблять 45 процентов мальчиков и 18 -девочек.

Возраст приобщения к наркотическим и психотропным веществам, согласно данным ВНИИ МВД России, снизился до 14,2 года среди мальчиков и 14,6 года среди девочек. Регистрируются случаи наркомании у детей 11 - 13 лет. Анализ медицинской статистики показывает, что с конца девяностых годов наблюдается следующая тенденция: уровень заболеваемости наркоманией среди подростков примерно в 2 раза выше, токсикоманией примерно в 8 раз выше, чем среди населения в целом. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раза, а ненаркотическими психоактивными веществами - в 11,4 раза чаще, чем взрослые.[[[4]](#footnote-4)1]

Издавна предпринимались попытки понять, почему люди приводят себя в состояние одурманивания и опьянения, что заставляет их добровольно отдаваться неконтролируемой стихии безумия. Это безумие, ставшее искушением, занимает людей с тех пор, как, в отличие от санкцио­нированного обществом сакрального, ритуального, коллективного и лечебного употребления, отдельные индивиды начали принимать наркотики по собственному разумению. Наркотики давали возможность погрузиться в совершенно иной опыт, освободиться от привычных связей, от повседневной упорядоченности форм, открывали неисчерпаемость значений и образов. Побуждения к побегу, стремление превзойти монотонность своей жизни всегда являлись основными потребностями души. Даже опасность редко останавливала человека на этом пути. Как справедливо заметил Хаксли, «твердое убеждение в материальной реальности Ада никогда не мешало средневековым христианам делать то, что подсказывало им честолюбие, похоть или алчность». Свобода грез, пусть даже пугающих, влечет человека цивилизованного так же властно, как влекла участника древних мистерий. Не случайно, что эффекты употребления наркотиков стали сначала объектом внимания художников, а потом уже — медиков. Первые описания наркомании принадлежат литераторам — Де Квинси, Эдгару По, Готье, Бодлеру.

Современные ученые достаточно подробно разрабатывают объяснения возникновения наркотической зависимости и выделяют 3 основных на­правления, 3 группы факторов наркотизации; социологические, включающие влияние общества и семьи, биологические, объясняющие склон­ности к злоупотреблению особенностями организма и особой предрасположенностью, и психологические (или психические), рассматривающие особенности и отклонения в психике. Мы считаем уместным добавить культурологические аспекты наркотизма, так как влияние определенной культурной традиции употребления наркотиков поз­воляет объяснить мотивы, не поддающиеся объяснению тремя перечисленными факторами. В рамках культурологического аспекта мы рассмот­рим ритуальное употребление наркотиков в традиционных культурах и современной психоделической культуре. Сюда же примыкает на редкость живучий миф о связи наркотиков и творчества, побуждающий все новые поколения художников обращаться к наркотическим препаратам. Эта мотивировка также, на наш взгляд, вытекает аз области культурного мифа.

В «Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде»[[[5]](#footnote-5)1] в качестве главной цели определяется объединение образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики.

Кроме того, была принята Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005 – 2009 годы».[[6]](#footnote-6)2

Главной целью Программы является сокращение к 2010 году масштабов незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в Российской Федерации на 16 – 20 % по сравнению с 2004 годом.

Профилактика наркомании представляет собой стратегии, направленные либо на снижение факторов риска болезни, либо на усиление действия факторов, которые понижают восприимчивость к болезни. Отработанные профилактические подходы выстраиваются в зависимости от уровня проблемы и наличия опыта употребления наркотических веществ.[[[7]](#footnote-7)1]

Профилактика делится на первичную, вторичную, третичную. К первичной профилактике относятся мероприятия, направленные на лиц, которые не употребляют наркотические средства. Здесь основная цель – предупредить начало употребления психоактивных веществ лицами, ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи. Первичная профилактика стремится уменьшить число лиц, у которых может возникнуть заболевание, а ее усилия направлены не только на предупреждение развития болезни, сколько на формирование способности сохранить либо укрепить здоровье.

Вторичная профилактика наркомании является избирательной. Она ориентирована на лиц, у которых уже отмечены эпизоды употребления наркотических веществ, либо на лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости в ее начальной стадии.

Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентированной на контингенты больных, зависимых от психоактивных веществ. Третичная профилактика типа «А» направлена на предупреждение дальнейшего злоупотребления психоактивными веществами больными, либо на уменьшение будущего вреда от их применения, на оказание помощи больным в преодолении зависимости. Третичная профилактика типа «В» направлена на предупреждение рецидива заболевания у больных, прекративших употреблять наркотики.

**1.2. Алкогольная зависимость как социальная проблема: понятие, стадии и профилактика.**

Алкоголизм представляет собой одну из форм токсикомании, характеризуются пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, развитием психической и физической зависимости, абстинентного синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности. Как и всякая другая болезнь, алкоголизм не возникает вдруг, а имеет свои доклинические проявления – бытовое пьянство.

Алкоголизм отличается от бытового пьянства четко очерченными и биологически обусловленными признаками, хотя бытовое пьянство всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное злоупотребление алкоголем – это всегда нарушение личностью социально-этических правил. Вследствие этого в профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера. В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

В течение 10 лет существенно выросла заболеваемость населения в России (как и в большинстве стран мира) алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. Указанные заболевания относятся к социальной патологии, то есть, обусловлены преимущественным влиянием социальных факторов на организм человека.[[[8]](#footnote-8)1]

Наверное, Вы неоднократно слышали выражение: «выпьем, согреемся». Считается в обиходе, что спирт является хорошим средством для согревания организма. Недаром спиртное часто называют «горячительными напитками». Считается, что спирт обладает лечебным действием не только при простудных, но и при целом ряде других заболеваний, в том числе желудочно-кишечного тракта, например при язве желудка. Врачи же наоборот считают, что язвенному больному категорически нельзя принимать алкоголь. Где истина? Ведь небольшие дозы спиртного действительно возбуждают аппетит.

Или другое, бытующее среди людей убеждение: алкоголь возбуждает, взбадривает, улучшает настроение, самочувствие, делает беседу более оживленной и интересной, что немаловажно для компании молодых людей. Недаром спиртное принимают «против усталости», при недомоганиях, и практически на всех празднествах.

Более того, существует мнение, что алкоголь является высококалорийным продуктом, быстро обеспечивающим энергетические потребности организма, что важно, например, в условиях похода и тому подобное. А в пиве и сухих виноградных винах к тому же есть целый набор витаминов и ароматических веществ. В медицинской практике используют бактериостатические свойства спирта, употребляя его для дезинфекции (при уколах и тому подобное), приготовления лекарств, но отнюдь не для лечения болезней.

Итак, алкоголь принимают для поднятия настроения, для согревания организма, для предупреждения и лечения болезней, в частности как дезинфицирующее средство, а также как средство повышения аппетита и энергетически ценный продукт. Где здесь правда и где заблуждение?

Один из съездов русских врачей принял резолюцию о вреде алкоголя: «...нет ни одного органа в человеческом теле, который бы не подвергался разрушительному действию алкоголя; алкоголь не обладает ни одним таким действием, которое не могло быть достигнуто другим лечебным средством, действующим полезнее, безопаснее и надежнее, нет такого болезненного состояния, при котором необходимо назначать алкоголь на сколько-нибудь продолжительное время».[[[9]](#footnote-9)1]

Так что рассуждения о пользе алкоголя – довольно распространенное заблуждение. Взять хотя бы очевидный факт – возбуждение аппетита после стопки водки или вина. Но это только на короткое время, пока спирт вызвал «запальный сок». В дальнейшем прием алкоголя, в том числе пива, только вредит пищеварению. Ведь спиртное парализует действие таких важных органов как печень и поджелудочная железа.

Потребность в алкоголе не входит в число естественных жизненных потребностей человека, как, например, потребность в кислороде или пище, и потому сам по себе алкоголь не имеет побудительной силы для человека. Потребность эта, как и некоторые другие «потребности» человека (например, курение) появляется потому, что общество, во-первых, производит данный продукт и, во-вторых, «воспроизводит» обычаи, формы, привычки и предрассудки, связанные с его потреблением. Разумеется, что эти привычки не присущи всем в одинаковой степени.

Социальная значимость алкоголизма и наркомании определяется материальным ущербом, который они наносят обществу, а также медико-биологическими последствиями для здоровья нынешних и последующих поколений.[[[10]](#footnote-10)2

]Профилактика – это система комплексных – государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психоло-педагогических и психо-гигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболевания, на всемерное укрепление здоровья населения.

Все профилактические мероприятия можно подразделить на социальные, социально-медицинские и медицинские, которые различают по частным целям, средствам и эффекту воздействия.

Реализация задач профилактики здорового образа жизни возможна лишь при участии самого населения и реализуется через диспансеризацию, широкое проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и санитарному просвещению, в которых наравне с медиками призваны принимать участие и социальные работники.[[11]](#footnote-11)1

Все профилактические мероприятия делятся на три типа: первичная, вторичная и третичная профилактика (терминология Всемирной организации здравоохранения).

Первичная, или преимущественно социальная, профилактика направлена на сохранение и развитие условий, способствующих здоровью, и на предупреждение неблагоприятного воздействия, на него факторов социальной и природной среды.

Первичная профилактика алкоголизма состоит в предупреждении негативного влияния алкогольных обычаев микросоциальной среды, формирование у населения (тем более у подрастающего поколения) таких нравственных и гигиенических убеждений, которые бы исключали и вытесняли саму возможность любых форм злоупотребления спиртными напитками.

Основой первичной профилактики алкоголизма является здоровый образ жизни. Ведущая задача первичной профилактики состоит в уменьшении частоты появления новых проблем, связанных с употреблением алкоголя, прежде всего предупреждение их возникновения.

Вторичная профилактика алкоголизма состоит в выявлении групп населения, наиболее уязвимых по отношению к алкоголизму, и больных, максимально раннем, полным и комплексном осуществлении лечебных мероприятий, оздоровлении микросоциальной почвы, применением всей системы мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

Третичная профилактика алкоголизма направлена на предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений, реализуется в противорецидивной, поддерживающей терапии, в мероприятиях по социальной реабилитации.

Все мероприятия по искоренению пьянства и алкоголизма могут быть подразделены на два ведущих направления.

1) Корригирующее направление.

Оно заключается в прямом воздействии на питейные обычаи среды и алкогольное поведение отдельных лиц, на политику в отношении цен и организации торговли спиртными напитками, на административно-правовое регулирование мер предупреждения алкоголизации. Содержанием этого направления является разрыв звеньев цепи развития алкоголизации от алкогольных обычаев до признаков алкогольной болезни, создание условий для воспитания трезвого образа жизни.

2) Компенсирующее направление.

Оно связано с изменением всей плоскости обыденных общественных отношений, на которой находятся алкогольные обычаи, вытеснением и заменой их более совершенными, здоровыми. Это направление проявляется формированием у подрастающего поколения таких нравственных качеств, которые противодействуют возникновению социальных отклонений в их сознании, деятельности и поведении.

Социальный опыт показывает, что проблема алкоголизма в целом решается не посредством лечения, а с позиций профилактики, которая должна осуществляться комплексом законодательных, административных, правовых и организационных мероприятий.

Различаются три стадии алкоголизма:

Начальная стадия характеризуется появлением влечения к алкоголю. Это результат психической зависимости, возрастания устойчивости к принимаемым дозам: для достижения опьянения требуется большая доза алкоголя. Употребление алкоголя становится систематическим.

Средняя стадия характеризуется нарастающим влечением к алкоголю, изменением характера опьянения, последующим забыванием прошедшего, потерей контроля над количеством выпитого, появлением состояния похмелья. На этой стадии отмечаются нарушения психики, изменения во внутренних органах и нервной системе.

Последняя стадия характеризуется снижением устойчивости к принимаемым дозам алкоголя, развитием запойного пьянства. Возникают тяжелые нервно-психические нарушения, глубокие изменения во внутренних органах.

Когда появляется психическая зависимость от алкоголя, человек чаще всего не считает себя больным. Вслед за психической зависимостью наступает физическая: алкоголь включается в процессы обмена веществ, лишение его приводит к тягостному заболеванию – похмелью, которое характеризуется дрожанием рук, тревожным настроением, тяжелым сном с кошмарами, неприятными ощущениями со стороны внутренних органов. На каждой из последующих стадий увеличиваются изменения в организме, психике и поведении больного. Ему становится не под силу творческая деятельность; резко ослабляется воля – человек не может руководить своими поступками, попадает под чужое влияние; эмоции огрубляются, наступает эмоциональное оскудение и деградация личности.

Многократное поглощаемое спиртное накапливается в крови и током крови разносится по всему организму, достигая каждой клетки, алкоголь нарушает проницаемость клеточных мембран, угнетает биологически активные соединения, прежде всего – ферменты, понижает усвоение тканями кислорода, тем самым резко ухудшаются условия внутренней среды организма. Влияние алкоголя на организм напоминает изменение биоценоза реки в результате стока химических отходов в реку: обитатели водной среды начинают задыхаться и гибнут, а растения на берегах чахнут. Сравнение это правомерно еще потому, что человеческое тело на 2/3 состоит из воды.

Особенно чувствительны к алкоголю нервные клетки и сосуды мозга. У выпившего краснеет лицо, белки глаз в результате расширения кровеносных сосудов кожи, глаз и мозга. При этом резко нарушаются их регулирующие возможности, кровоснабжение мозга начинает терять свой ритм.

Систематический прием алкоголя снижает активность иммунной системы, поэтому алкоголики чаще и тяжелее болеют. У них в полтора раза чаще развиваются заболевания органов дыхания; 45-70% страдающих алкоголизмом имеют нарушения желудочно-кишечного тракта. [[[12]](#footnote-12)1 Спиртное «обжигает» слизистую оболочку рта, пищевода, желудка, кишечника, затем возникает воспаление слизистой оболочки этих органов хронический гастрит, хронический колит). Печень первая принимает на себя удар алкоголя – в ней происходит его переработка. В связи с этим у алкоголиков развивается тяжелое поражение печени – алкогольный гепатит, цирроз печени.

Примерно у трети людей, употребляющих алкоголь, снижается половая функция, наступает «алкогольная импотенция». У женщин под влиянием алкоголя также снижается способность к деторождению

В молодости алкоголизм протекает в более тяжелой форме и труднее поддается лечению. Непременное условие лечения – абсолютный отказ от употребления алкоголя, как во время лечения, так и после выздоровления.

**ГЛАВА 2. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ**

**2.1. Медико-социальные меры борьбы с наркоманией среди молодежи**

Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Залогом эффективности социальной работы в решении проблем наркозависимости является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции социального статуса больного. 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.

 Существует несколько основных направлений совместной деятельности медицинских работников и специалистов по социальной работе для достижения поставленных целей:[[[13]](#footnote-13)1]

* формирование у больного осознанной стабильной мотивации или установки на окончательный отказ от потребления наркотических средств, на активное включение и реабилитационный процесс;
* осуществление комплекса лечебно-психолого-терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию влечения к наркотикам, 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.

Важнейшее направление медико-социальной работы – работа с клиентами, страдающими наркотическими заболеваниями. Специфика конкретной социальной работы с людьми определяется многими факторами: возрастом клиента, видом его социальной деятельности, экономическим положением его семьи, состоянием его здоровья, наличием определенных факторов, оказывающих влияние на здоровье человека и другое.[[[14]](#footnote-14)1]

Для более эффективного воздействия на больного лечение и социальная реабилитация наркоманов должны проводиться в учреждениях закрытого типа и в течение длительного периода времени (до двух лет). При этом они должны строиться 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.

1. 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 имеют биологическую предрасположенность 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 должно быть комплексным, включая в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие, причем продолжительность частей реабилитационного процесса у разных наркоманов разная.

Реабилитация – процесс восстановления утраченных навыков, социальных связей, налаживания разрушенных человеческих отношений. Обязательное условие успешной реабилитации – наличие коллектива или группы, в которой под руководством специалиста происходят указанные процессы.[[15]](#footnote-15)1

1. О принципе добровольности следует сказать отдельно: по отношению к больным с наркотической зависимостью данный принцип может применяться условно, в зависимости от тяжести заболевания и социально-психологических особенностей индивида. В том случае, если пациент злостно уклоняется от самостоятельного обращения за медицинской помощью, ведет асоциальный или антисоциальный образ жизни, грубо социально дезадаптирован, то о добровольности лечения и социальной реабилитации речи идти не может. К сожалению, на сегодняшний день законодательная база, обеспечивающая принудительные меры медицинского характера, несовершенна. Принцип добровольности должен безоговорочно соблюдаться в случае активного стремления пациента к сотрудничеству с медицинскими и социальными учреждениями. В большинстве стран мира, включая промышленно развитые страны западной демократии, традиционно осуществляется та или иная степень принуждения больного к обращению за помощью в соответствующие учреждения.
	1. **Социально-психологическая помощь и меры борьбы с алкоголем**

В зависимости от проблемы, типа семьи, внешних обстоятельств разрабатывается своя социально – психологическая помощь; - это своеобразный процесс этапов, стадий деятельности, связанных с определенным содержанием:

* необходимо выявить какая главная проблема. Достичь желаемог– изменить ситуацию;
* необходимо выявить состояние семьи относительно цели психологической помощи. Оценить состояние семьи, поиск путей улучшения этого состояния или путей устранения нежелательных тенденций ;
* необходимо выяснить основные противоречия в текущем состоянии семьи относительно цели ;
* необходимо перейти к практике и организационной процедуре действия.

Стратегия и тактика работы во многом обусловлены пониманием причин алкоголизма. Усматривая причины, мы часто не затрагиваем существенный фактор – внутренние конфликты, страх перед самим собой.

Алкоголизм – болезнь, главная причина которой – алкоголь, а единственное эффективное лечение – полное воздержание.[[[16]](#footnote-16)1]

Таким образом, социально – психологическая помощь состоит из своих этапов, в которой используется и свой инструментарий, в основе которого лежат формы и методы.

Социальная значимость заболевания алкоголизмом определяется материальным ущербом, который наносится обществу, а также медико-биологическими последствиями для здоровья нынешних и последующих поколений.[[[17]](#footnote-17)1]

Лечение проводится в наркологических диспансерах и больницах, в специализированных отделениях и палатах психиатрических больниц врачами-наркологами и психиатрами. Задачами лечения являются снятие абстинентного синдрома, последствий интоксикации, подавление влечения, создание невозможности (сенсибилизация, условно-рефлекторное отвращение) употреблять спиртное, изменение отношения к пьянству (психотерапевтическая переориентация, гипноз). Отказ от лечения требует принудительного направления в ЛТП. Лечение в общемедицинской сети нерезультативно. Исключение составляют острые соматоневрологические расстройства, интеркуррентные заболевания. Больным алкоголизмом противопоказано симптоматическое назначение успокаивающих и снотворных средств ввиду опасности политоксикомании.

В общемедицинской сети возможны случаи развития острого алкогольного психоза, который должен быстро купироваться введением больного в сон; при этом необходима дегидратация и поддержание сердечно-сосудистой деятельности.

Строго говоря, алкоголизм не лечится. Все виды лечения сводятся к тому, чтобы помочь человеку полностью бросить пить. Но большинство алкоголиков не хотят бросать пить, а хотят стать умеренно пьющими, что невозможно.

Стационарное лечение в наркологических отделениях психиатрических больниц и в специализированных наркологических больницах особенно подходит тем лицам, кто пьет постоянно и не может остановиться. Можно не сомневаться, что в больнице пациента приведут в норму, и у него будет достаточно времени, чтобы спокойно поразмыслить о дальнейшей жизни.

Нужно иметь в виду, что условия пребывания в наркологических отделениях (количество больных в палате, питание, состояние туалета и так далее) обычно не очень комфортны. Кроме того, можно столкнуться с проблемой отрицательных лидеров – многоопытных пациентов, нарушающих режим и разлагающих лечебную атмосферу. Например, они могут научить новичков приемам нейтрализации того или иного лечения или поделиться опытом использования “колес”. После подобной психологической обработки усилия врачей могут быть тщетными.

Для того чтобы попасть на стационарное лечение, нужно взять направление в районном наркологическом диспансере, что означает автоматическое попадание на учет, сняться с которого в дальнейшем будет не так просто.

При выборе того или иного платного учреждения надо быть уверенным, что качество медицинских услуг соответствует расходам. Не нужно считать, что амбулаторное лечение является второсортным в сравнении со стационарным. Мотивация пациента гораздо важнее места проведения лечения.

Сначала предстоит сделать выбор между бесплатным лечением в наркологическом диспансере и лечением в платных медицинских учреждениях или у частнопрактикующих врачей. Не стоит недооценивать наркологический диспансер, дескать, бесплатно – значит неэффективно. Многое зависит от того, удастся ли найти контакт с участковым наркологом. В настоящее время можно лечиться в наркологическом диспансере, не попадая на учет. Помимо врачей, во многих наркологических диспансерах работают медицинские психологи. Обычно это грамотные специалисты, с которыми можно поговорить по душам и получить помощь.

Выбирая платные услуги, стоит критически воспринимать рекламные трюки. Например, если обещают, что научат выпивать в меру, то, как бы это ни выглядело внешне соблазнительно, в действительности это невозможно. Если бы это было возможно, алкоголики на земле просто исчезли бы как класс. Лечение без ведома больного невозможно. Тайное подсыпание лекарств не только бессмысленно, но и опасно. Не стоит обольщаться также по поводу гарантий 100%-го результата.

К примеру, во второй половине ХIХ века взгляды на болезнь формировались под влиянием исследователей в области патологии и микробиологии. Внимание концентрировалось на физических последствиях алкоголизма. Теории основывались на клинических наблюдениях, а лечение – на изоляции в приютах, подальше от семьи и нездоровой обстановки.[[[18]](#footnote-18)1]

Кодирование – это сеанс противоалкогольного внушения. Помогает тем, кто верит в метод и хорошо внушаем. Вопреки расхожему мнению, процедура безвредна, хотя многие опасаются “вмешательства в психику”. Когда в качестве доказательства приводят пример, как после кодирования бывший алкоголик стал нервным, то это другая история. Причина нервности не в кодировании, а, как правило, в том, что человек согласился на лечение под чьим-то давлением и психологически оказался не готовым жить трезвым, поэтому и нервничает.

Лекарственные запретительные методы, такие как “торпедо”, эспераль и тому подобное, тоже безвредны, естественно, если пациент строго соблюдает режим трезвости буквально до последнего дня действия укола или подшивки. Положительный момент противоалкогольных уколов помимо прочего заключается в том, что сразу после инъекции исчезает состояние неопределенности, пациент хорошо понимает, что отныне нельзя ни капли, мосты сожжены.

Основной недостаток любых кодирований и противоалкогольных уколов состоит в том, что после окончания срока действия лечения, к сожалению, часто происходят срывы. Чтобы застраховаться от срывов нужно пройти специальную подготовку, так называемую школу трезвости. Некоторым пациентам очень важно иметь наставника. Полный курс предусматривает 10 уроков трезвости с обязательными домашними заданиями.

**ГЛАВА 3. НАРКОСИТУАЦИЯ И АЛКОГОЛИЗАЦИЯ В РОССИИ**

* 1. **Оценка нижней границы фактического числа наркозависимых в регионах России**

С использованием модельного аппарата был проведен расчет фактического числа наркозависимых по федеральным округам и субъектам Российской Федерации в период 2000 – 2004 годы. При этом в качестве величины фактического числа наркозависимых бралась средняя величина, полученная по двум методам: дискретной математической модели и нелинейной динамической модели.

Результаты расчетов показывают, что по итогам 2004 года реальное число наркозависимых в России превысило 2 млн. человек и составило 2,19 млн. человек, то есть в 6,38 раза больше их зарегистрированного числа. Отмеченное позволяет сделать вывод, что на сегодняшний день в Российской Федерации в учреждениях Министерствах здравоохранения и социального развития обращается менее 20 % наркозависимых, остальная их часть либо проходит лечение в частных учреждениях, либо не лечится вообще. При этом следует отметить тенденцию к росту коэффициента латентности (отношения фактического числа наркозависимых к их зарегистрированному числу) во всех без исключения федеральных округах Российской Федерации в последние 2 – 3 года (таблицы 1 и 2).[[[19]](#footnote-19)1]

Что касается относительного уровня распространения наркозависимости (число наркозависимых на 100 000 человек населения), то наибольших показателей он достигает в Сибирском и Дальневосточном округах, где число наркозависимых в 2004 году составило более 2 % населения (в Сибирском федеральном округе – 2,4 %, а в Дальневосточном – 2,2 %). Если при этом учесть, что наркозависимыми в основном являются лица моложе 30 лет, то есть наиболее продуктивная часть населения, то указанный уровень распространения наркозависимости становится серьезной угрозой устойчивому социально-экономическому развитию рассматриваемых федеральных округов. Чуть ниже уровень наркотизации населения в Уральском округе, здесь он составляет чуть меньше 2 %, а именно 1,96 %.[[[20]](#footnote-20)1]

Также следует отметить, что во всех федеральных округах фактическое число наркозависимых по отношению к численности постоянного населения превысило 1 %, за исключением Центрального округа. В этом округе уровень наркотизации достиг 0,94 %. В целом по России данный показатель составил 1,5 %, что очень много. В то же время необходимо отметить, что в последние 2 – 3 года рост показателя фактического числа наркозависимых на большинстве территорий России приостановился и наметилась тенденция по стабилизации ситуации.

Среди субъектов Российской Федерации высокий уровень наркотизации населения (фактическое число наркозависимых превышало 2 % от численности населения) в 2004 году отмечался в Ленинградской (2,3 %) и Новгородской областях (2,0), Карачаево-Черкесской Республике (2,0), Астраханской (3,9), Самарской (2,5) и Ульяновской (2,4) областях, Курганской (2,1) и Тюменской (3,4) областях, Ханты - Мансийском (4,4) и Ямало-Ненецком (3,8) автономных округах, республиках Алтай (2,8), Тыва (2,9), Алтайском (2,4) и Красноярском (2,0) краях, Иркутской (3,0), Кемеровской (2,4), Новосибирской (2,2), Омской (2,7), Томской (4,4) областях, Приморском крае (3,8 %).[[21]](#footnote-21)2 Как видно из приведенного списка, большинство из указанных территорий являются либо приграничными (территориями, через которые проходят наркотрафики), либо территориями с благоприятными климатическими условиями, позволяющими выращивать на них отдельные виды наркотиков. Исключение составляют только Ханты – Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа. Здесь высокий уровень наркотизации обусловлен, прежде всего, финансовым благополучием указанных территорий.

Таблица 1.

Динамика изменения зарегистрированного и фактического числа наркозависимых в федеральных округах Российской Федерации в 2000 и 2004 годах

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Федеральный округ | Число наркозависимых, состоящих на учете в учреждениях Минздрава, тыс. чел. | Фактическое число наркозависимых, тыс. чел. (в скобках указан коэффициент латентности) |
| 2000 г. | 2004 г. | 2000 г. | 2004 г. |
| Российская Федерация | 286,6 | 342,7 | 1610,1(5,61) | 2186,9(6,38) |
| Центральный  | 42,3 | 53,9 | 252,5(5,97) | 356,5(6,61) |
| Северо-Западный | 17,0  | 21,1 | 132,1(7,76) | 185,6(8,79) |
| Южный | 44,3 | 54,3 | 245,6(5,49) | 336,8(6,20) |
| Приволжский | 58,4 | 69,1 | 337,6(5,78) | 450,0(6,51) |
| Уральский | 37,1 | 40,7 | 192,3(5,19) | 241,9(5,94) |
| Сибирский | 70,6 | 83,0 | 348,4(4,94) | 469,5(5,66) |
| Дальневосточный | 17,0 | 20,6 | 101,6(5,98) | 146,7(7,11) |

Таблица 2.

Динамика изменения зарегистрированного и фактического числа наркозависимых в федеральных округах Российской Федерации в 2000 и 2004 годах в расчете на 100 000 человек населения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Федеральный округ | Число наркозависимых, состоящих на учете в учреждениях Минздрава, чел. / 100 000 чел. | Фактическое число наркозависимых, чел. / 100 000 чел. (в скобках указан коэффициент латентности) |
| 2000 г.  | 2004 г.  | 2000 г. | 2004 г. |
| Российская Федерация | 154,75 | 240,98 | 1114,21(5,62) | 1528,84(6,38) |
| Центральный | 86,48  | 146,8 | 685,39(5,97) | 944,78(6,61) |
| Северо-Западный | 84,55 | 148,65 | 915,49(7,76) | 1341,88(8,79) |
| Южный | 183,18 | 253,17 | 1177,20(5,55) | 1549,82(6,20) |
| Приволжский | 129,54 | 218,95 | 1057,63(5,78) | 1456,04(6,51) |
| Уральский | 227,7 | 334,54 | 1528,35(5,19) | 1964,45(5,94) |
| Сибирский | 277,95 | 415,63 | 1680,85(4,94) | 2359,27(5,66) |
| Дальневосточный | 193,35 | 302,10 | 1422,76(5,98) | 2210,78(7,11) |

* 1. **Статистика смертности населения злоупотреблявших алкоголем за последние несколько лет**

Население Дальнего Востока занимает второе место среди федеральных округов России по количеству хронических алкоголиков. Проблема хронического алкоголизма особо остро стоит в Сибирском федеральном округе, за ним следует Дальневосточный федеральный округ.

На Дальнем Востоке количество хронических алкоголиков сравнительно превышает показатели средней полосы России. И эту проблему необходимо решать не только на федеральном уровне, но и администрациям регионов Дальнего Востока России. Кроме того, более 10 тысяч детей Дальнего Востока официально зарегистрированы как хронические алкоголики.

Постановление «Об усилении надзора за оборотом алкогольной продукции» подписал главный государственный санитарный врач РФ, руководитель Роспотребнадзора Геннадий Онищенко.

«Необходимость ужесточения надзора за алкоголем, наведения порядка на внутреннем рынке и во внешних торговых связях в этой сфере диктуется тем, что рост алкоголизма всерьез угрожает здоровью населения и безопасности нации», - заявил Онищенко, комментируя некоторые положения этого документа, в котором «дается анализ состояния алкоголизации общества».

На сегодня в России зарегистрировано 2 миллиона 369 тысяч лиц, которым поставлен медицинский диагноз «алкоголизм». С 2000 года заболеваемость алкоголизмом выросла более чем на 14 процентов.

Наиболее тревожным является тот факт, что алкоголизация общества «помолодела» - сегодня из 100 тысяч подростков (до 14 лет) 17 имеют диагноз «алкоголизм».

За последние четыре года прослеживается тенденция увеличения количества проб алкогольной продукции, не отвечающей проблемам безопасности населения.

Онищенко обращает внимание также на низкое качество алкоголя как производимого в России, так и ввозимого в страну. В частности, по его словам, в 2004 году количество отравлений алкоголем и суррогатами составляло более 40 тысяч человек.

По его мнению, «значительную негативную роль в пагубном влиянии алкоголя на здоровье человека играет ввозимый в РФ импортный алкоголь, объем которого составляет около 50 миллионов литров в год, в том числе импорт низкокачественной алкогольной продукции из бывших советских республик».

Проблема пьянства и алкоголизма для России была актуальной всегда. На начало 2002 года под диспансерным наблюдением находилось более 2 192 тысячи больных алкоголизмом и алкогольными психозами и показатель болезненности составил 1 529,5 человек на 100 тысяч населения. Из них 112,4 тысяч больных (78,4 на 100 тысяч населения) наблюдались с диагнозом алкогольный психоз. Кроме того, под профилактическим наблюдением находилось еще 403,2 тысяч человек, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (в расчете на 100 тысяч населения — 281,3). Таким образом, по данным официальной статистики почти 2,6 млн. населения вовлечено в болезненное пьянство, что составляет 1,8% от всего населения страны.

Ежегодно от алкогольного отравления умирает до 40 тысяч человек, и каждое пятое преступление совершается на почве пьянства. За последние 30 лет доля женского алкоголизма возросла вдвое, а возраст приобщения подростков к употреблению спиртного снизился с 16 до 14 лет.
 Потребление алкоголя в России продолжает расти очень высокими темпами. В год россияне выпивают в среднем около 15 литров абсолютного алкоголя.
 В стране насчитывается 2 млн. 207 тыс. хронических алкоголиков. На каждых 6 мужчин страдающих этой болезнью приходится 1 женщина, что особенно опасно при учете женских репродуктивных функций.

Смертность от алкогольных отравлений составляет около 15 человек на 100 тыс. населения. При этом от острых алкогольных отравлений в 2001 году в стране погибли 37 тыс. 820 человек (в 2000 году 33 тыс. 900 человек).
 Извечная российская проблема - алкоголизм - с ростом благосостояния в стране не становится менее актуальной. В конце июля в ходе опроса фонда «Общественное мнение» 41% россиян назвали алкоголизм в числе пяти наиболее актуальных проблем в их регионе. По «популярности» проблема алкоголизма устойчиво занимает второе место, обогнав рост цен, произвол бюрократии и нехватку денег на продукты и товары.

В России экономические потери, связанные с алкоголем, не оценивались. По данным ГИБДД, в прошлом году пьяные водители стали виновниками 9,3% всех ДТП (это на 10% меньше, чем за год до того). Нет в России и точных оценок смертности, связанной с алкоголизмом: медицинская статистика фиксирует лишь непосредственные причины смерти и не учитывает, была ли связана, например, «острая сердечно-сосудистая недостаточность с алкоголизмом». Пик смертности от алкоголизма пришелся на 1990-е, однако в последние годы эпидемия алкоголизма не отступила. Это фиксируется и по неуклонно растущему числу пациентов, которым впервые ставят диагноз «алкогольный психоз» (белая горячка) - так, в 2004 году таких «новичков» было 446 800 человек, на учете с этим диагнозом стояло 2,6 млн человек.

С января 1999 года разработка причин смерти в России ведется по указанной Краткой номенклатуре причин смерти 1997 года. До 2005 года включительно данная номенклатура причин смерти предусматривала статистический учет следующих случаев смерти от злоупотребления алкоголем: хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени и случайное отравление алкоголем, что явно недостаточно для того, чтобы анализировать роль алкоголизации в смертности населения[[22]](#footnote-22)1. Вместе с тем, по результатам многочисленных исследований, особенности структуры российской смертности (высокая смертность мужчин в рабочих возрастах) связаны, главным образом, с опасным уровнем потребления алкоголя.[[[23]](#footnote-23)1]

На самом деле, Международная статистическая классификация болезней, дает возможность учесть более широкий круг состояний, развивающихся как следствие злоупотребления алкоголем. К ним относятся: алкогольная пеллагра; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (алкогольная энцефалопатия); алкогольная полиневропатия; алкогольная миопатия; алкогольная кардиомиопатия; алкогольный гастрит; алкогольная болезнь печени; алкогольная жировая дистрофия печени (жирная печень); алкогольный гепатит; алкогольный фиброз и склероз печени; алкогольный цирроз печени; алкогольная печеночная недостаточность; алкогольная болезнь печени неуточненная; хронический панкреатит алкогольной этиологии; поражения плода и новорожденного, обусловленные употреблением алкоголя матерью; алкогольный синдром у плода (дисморфия).

Федеральной службой государственной статистики на основе массивов первичных неперсонифицированных данных по смертности, содержащих полный перечень причин смерти, были проанализированы данные за последние пять лет по указанным выше причинам смерти. Было принято решение о расширении перечня причин смерти алкогольной этиологии в Краткой номенклатуре причин смерти с учетом структурной значимости величин умерших от данных причин. Начиная с отчета за 2005 год, Росстатом дополнительно разрабатываются данные по смертности населения от следующих причин: алкогольная кардиомиопатия; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; хронический панкреатит алкогольной этиологии.

Таблица 1. Смертность населения от причин, связанных с употреблением алкоголя, в 2005 году

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование причины смерти | Число умерших | Число умерших на 100000 населения |
| Хронический алкоголизм | 5217 | 3,6 |
| Алкогольные психозы | 968 | 0,7 |
| Алкогольная болезнь печени | 15385 | 10,8 |
| Случайные отравления алкоголем | 40877 | 28,6 |
| Алкогольная кардиомиопатия | 38069 | 26,6 |
| Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем | 3754 | 2,6 |
| Хронический панкреатит алкогольной этиологии | 387 | 0,27 |
| Всего умерших от вышеперечисленных причин | 104657 | 73,1 |

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, число умерших от алкогольной кардиомиопатии, дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем, и хронического панкреатита алкогольной этиологии в 2005 году составило 42 210 человек, или 40,3% умерших от причин смерти, связанных с употреблением алкоголя.

В 2005 году в состоянии алкогольного опьянения умерло 64686 человек, или 2,8% всех умерших (мужчин – 49 551, женщин – 15 135). Следует отметить, что эта информация не полная. Врачи не всегда отмечают в медицинских свидетельствах алкогольное опьянение (чаще всего, по просьбе родственников).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Наркомания и торговля наркотическими веществами – явление для Российской Федерации относительно новое, но для общества оно представляет постоянно растущую угрозу. Ухудшение условий жизни и распад системы привычных морально-этических ценностей самым отрицательным образом сказались на состоянии нравственности в обществе.

Сегодня в России не осталось ни одного региона, где бы не были зафиксированы случаи употребления наркотиков или их распространения. Наркомания окончательно превратилась в общенациональную проблему, несущую прямую угрозу государству. По последним экспертным оценкам, каждый наркоман вовлекает в употребление наркотиков 13-15 человек, создавая тем самым своего рода «снежный ком» наркомании.

Значительная часть потребляемых в России наркотиков и большая часть тяжелых наркотиков поступают из-за границы. За последние годы Россия стала идеальным местом для расширения контрабанды. Наряду с ростом наркомании отмечается существенное расширение преступных деяний, связанных с наркотиками. В целом за последнее десятилетие количество преступлений, совершенных на почве наркомании, увеличилось более чем в 14 раз.

Потери от наркомании за последние два года превышают несколько миллиардов рублей. Моральный ущерб российскому обществу вообще не поддается никакому подсчету.

Деятельность специалиста по социальной работе в наркологическом учреждении играет значимую координирующую роль в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов родственных профессий - врачей, психологов, педагогов, и других специалистов. Залогом эффективности социальной работы в решении проблем наркозависимости является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции социального статуса больного, а также этические особенности оказания социальной помощи потребителям наркотиков.

Существующая система наркологической помощи ориентирована, прежде всего, на помощь лицам уже страдающим химической зависимостью и недостаточно эффективна на этапе начала заболевания. Профилактические программы, направленные на предотвращение злоупотребления наркотиками, не получили должного распространения в нашей стране.

Опасность людей, страдающих наркоманией, для общества состоит и в том, что они составляют «группу риска» по ВИЧ – инфекции, приобретшей в силу распространенности вид своеобразной эпидемии. Тяжесть течения развернутой клинической стадии заболевания (СПИД), высокий процент летальных исходов, сложное психологическое состояние больных, ощущающих свою обреченность в силу отсутствия эффективных методов лечения, требуют своеобразного подхода к проведению социальной работы с ними и их окружением.

Работники социальной службы решают такие вопросы, как получение паспорта, восстановление на работе, бытоустройство и так далее амбулаторная наркологическая служба решает вопросы, касающиеся также профилактического приема, работы психотерапевтических групп. Такое распределение сил и средств помогает осуществлять целенаправленное реабилитационное воздействие на больных алкоголизмом, облегчает управление реабилитационным процессом.

Алкоголизм, как правило, приводит к социальной изоляции больного. Нарушаются его семейные, трудовые и другие общественные отношения. Поэтому хотелось бы обратить отдельное внимание на важность комплекса психотерапевтических мероприятий. Психотерапия является основой любой программы реабилитации, и особую роль она играет в реабилитации больных алкоголизмом.

Социальный опыт показывает, что проблема алкоголизма в целом решается не посредством лечение, а с позиции профилактики, которая должна осуществляться комплексом законодательных, административных, правовых и организационных мероприятий.

Итак, алкоголизм есть хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе. Основными причинами, возникновения алкоголизма являются социальные причины и, следовательно, наиболее эффективными методами борьбы с этим заболеванием являются социальные методы, такие как профилактика, реабилитация и социально-психологические методы.

Приведенные краткие данные свидетельствуют о важности социальной работы в системе здравоохранения в целях реального объединения усилий медицинской и социальных служб, направленных на укрепление общественного здоровья и сохранение цивилизации.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Валентик Ю.В. Медико – социальная работа в наркологии / Зыков О.В., Сидоров П.И., Цетлин М.Г. – Издательство Архангельской Государственной Медицинской Академии. – Архангельск, 2001 г. – 379с.
2. Власовских Р.В., Детков Д.В., Ойхер Д.Я., Забродин О.В. Особенности организации детско – подростковой наркологической службы в Екатеринбурге // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004 г. № 3. с. 129 – 130.
3. Власовских Р.В., Детков Д.В., Ойхер Д.Я., Савинова Т.Л., Ретюнский К.Ю. Ранняя диагностика злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних: Учебно – методическое пособие для врачей – педиатров. Екатеринбург: Издательство Уральского Университета. 2004 г. 39 с.
4. Горанский А.Н. Наркомания: причины, последствия, меры защиты. – Издательство Ю. Мандрики. Тюмень. 2000 г. – 275 с.
5. Журавлева Л.А. Факторы наркотизации молодежи. / «Социс». – Москва. 2000 г. № 6. – 34 с.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Руководство по наркологии. – Москва: ИД Мед-практика. 2002 г. С.6 – 24.
7. Коробкина З.В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений// Попова В.А. – Москва: Издательский центр «Академия». 2002 г.
8. Ларионов А.В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. – Екатеринбург.1997 г.
9. Левин Б.М. Социологический анализ потребления алкогольных напитков учащимися. – Москва. 1996 г.
10. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Москва: Медицина. 1991 г. с.93 – 103.
11. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: «Феникс». 2000 г. – 183 с.
12. Немцов А. Алкогольный урон регионов России. – Москва: NALEX, 2003 г.
13. Омельченко Е. Нормальная молодежь: пиво, тусовка, наркотики. – Издательство Ульяновского Государственного Университета. – Ульяновск. 2005 г. – 180 с.
14. Позднякова М.Е. Социологический анализ наркомании. – Москва. 1995г.
15. Приказ Министерства Образования РФ № 619 от 28.02.2002 г.
16. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. – Москва: Медицина. 1994 г., с.457 – 470.
17. Русский медицинский журнал / Под ред. проф. П.В.Морозова. Том 3, № 9, май, 1996 г., с.599 – 600.
18. Садыкова Р.Г. Общество против наркотиков. Информация, технологии, опыт. / А.А.Карапетян. – Казань: Агенство «Информ – клуб ЭС». 2002г.
19. Социальная работа / Под общей редакцией проф. В.И. Курбатова. Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов-на-Дону: «Феникс». 2000 г. – 576 с.
20. Сухарев А.В. Наркотическая экзотика. – Москва: «Старый сад». 2000 г.
21. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. Руководство по наркологии. – Москва: ИД Медпрактика. 2002 г., с. 308 – 325.
22. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотикам и их незаконному обороту на 2005 – 2009 годы». – Москва. 2005 г.
23. Хажилина И.И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – Москва. 2002 г.
24. Холостова Е.И. Социальная работа. – Москва. 2005 г.
25. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. – СПб. 2000 г.
1. 1 Стародубова В.И., Татаркина А.И. Влияние наркомании на социально-экономическое развитие общества.-

 Москва. 2006 г., с.10. [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 КоробкинаЗ.В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: Учебное пособие для

 студентов высших педагогических учебных заведений. / Попова. В.А..- М.: Издательский центр

 «Академия», 2002. – с.56. [↑](#footnote-ref-2)
3. 2 Садыкова Р. Г. Общество против наркотиков. Информация, технологии, опыт. / Карапетян А.А. – Казань:

 Агентство « Информ-клуб ЭС», 2002.-с234. [↑](#footnote-ref-3)
4. 1 Позднякова М. Е. Употребление наркотиков подростками как одна из форм девиантного поведения.

 Девиантное поведение подростков: причины, тенденции и формы социальной защиты. / Клейберг Ю.А. -

 Тверь, 1998. –с 217. [↑](#footnote-ref-4)
5. 1 Приказ Министерства образования РФ №619 от 28.02.2002 года [↑](#footnote-ref-5)
6. 2 Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотикам и их

 незаконному обороту на 2005 – 2009 годы»; Москва. 2005 г. [↑](#footnote-ref-6)
7. 1 Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика зависимости от наркотиков, алкоголя и других

 психоактивных веществ. Руководство по наркологии. – Москва: ИД Медпрактика, 2002 г., с.310. [↑](#footnote-ref-7)
8. 1 Холостова Е.И. Социальная работа: Учебное пособие. – Москва. 2005 г., с.411. [↑](#footnote-ref-8)
9. 1 Левин Б.М. Социологический анализ потребления алкогольных напитков учащимися. – Москва. 1996 г.,

 с. 87. [↑](#footnote-ref-9)
10. 2 Холостова Е.И. Социальная работа: Учебное пособие. – Москва. 2005 г., с.411. [↑](#footnote-ref-10)
11. 1 Социальная работа / Под общей ред. В.И.Курбатова. Серия «Учебники, учебные пособия». – г.Ростов-на-

 Дону: «Феникс», 2000 г., с.292. [↑](#footnote-ref-11)
12. 1 Левин Б.М. Социологический анализ потребления алкогольных напитков учащимися. – Москва. 1996 г.,

 с.34. [↑](#footnote-ref-12)
13. 1 Хажилина И.И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – Москва. 2002 г., с.85. [↑](#footnote-ref-13)
14. 1 Холостова Е.И. Социальная работа: Учебное пособие. – Москва. 2005 г., с.406. [↑](#footnote-ref-14)
15. 1 Шабанов ПД., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. – СПб. 2000 г.,

 с.150. [↑](#footnote-ref-15)
16. 1 Русский медицинский журнал / Под ред проф.П.В.Морозова. Том 3, №9, май, 1996 г., с.599. [↑](#footnote-ref-16)
17. 1 Холостова Е.И. Социальная работа: Учебное пособие. – Москва. 2005 г., с.406. [↑](#footnote-ref-17)
18. 1 Русский медицинский журнал / Под ред проф.П.В.Морозова. Том 3, №9, май, 1996 г., с.599. [↑](#footnote-ref-18)
19. 1 Стародубова В.И., Татаркина А.И. Влияние наркомании на социально-экономическое развитие общества.-

 Москва. 2006 г., с.188. [↑](#footnote-ref-19)
20. 1 Стародубова В.И., Татаркина А.И. Влияние наркомании на социально-экономическое развитие общества.-

 Москва. 2006 г., с.189. [↑](#footnote-ref-20)
21. 2 Сухарев А.В. Наркотическая экзотика. – Москва: «Старый сад»; 2000 г. [↑](#footnote-ref-21)
22. 1 Немцов А. Алкогольный урон регионов России. – Москва: NALEX. 2003 г. [↑](#footnote-ref-22)
23. 1 Немцов А. Алкогольный урон регионов России. – Москва: NALEX. 2003 г. [↑](#footnote-ref-23)