Федеральное агентство по образованию ГОУ ВПО «Хакасский государственный университет имени Н.Ф.Катанова»

Медико–психолого – социальный институт.

Кафедра социальной работы

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

По дисциплине: Особенности и основные направления социальной работы в учреждениях здравоохранения

На тему: « Технологии медико-социальной работы с лицами страдающими алкоголизмом»

Содержание

Введение………………………………………………………………………...3

Глава 1. Теоретические основы изучения алкоголизма как социально психического явления………………………………………………………….6

1.1 Анализ литературных источников по исследуемой проблеме…………..6

1.2 Медико-психические особенности алкоголизма…………………………8

Глава 2. Технология медико - социальной работы с лицами, злоупотребляющими алкоголем……………………………………………..13 2.1 Современные технологии социальной работы с алкоголиками……….13

2.2 Место и роль специалиста по социальной работе в реализации технологических процедур реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом………………………………………………………………….16

Заключение……………………………………………………………………27

Список использованной литературы………………………………………...29

Введение

Актуальность темы.В наше время алкоголизм возрос до масштабов эпидемии. По последним данным Института Гэллапа: каждый третий опрашиваемый ответил, что алкоголь является причиной неприятностей и бед в его семье. Тяжелое пьянство отмечено в 60% насильственных преступлений, в 30% самоубийств, в 80 % пожаров и дорожных происшествий. Каждые 22 минуты кто-то лишается жизни по вине пьяного водителя. За пределами этой ошеломляющей статистики находятся потерянные бесценные жизни миллионов мужчин, женщин и детей.

Алкоголизм называют семейной болезнью, больной алкоголизмом превращает жизнь близких ему людей в настоящий кошмар. При этом главной жертвой становятся дети, которых терроризируют, бьют и убивают их пьяные родители

Алкоголизм - это болезнь всей личности и поэтому если при реабилитации не воздействовать на все сферы человека, то шансы на выздоровление не велики.

Алкоголизм - это хроническое, прогрессирующее заболевание. Если его не лечить оно ведет к расстройству психики, к физической несостоятельности и преждевременной смерти. Но специалисты утверждают, что алкоголизм излечить невозможно, в том смысле, что больной никогда ни в каком количестве не сможет употреблять спиртные напитки без последствий для себя. (Лисицин Ю.Б.,1999)

Ошибочно думать, что больной алкоголизмом может контролировать себя усилием собственной воли, никто не делает столько попыток контролировать себя, как он.

Проводя работы по исследованию вопросов, связанных с хроническим алкоголизмом, Американская ассоциация более 25 лет назад классифицировала алкоголизм еще и как духовную болезнь.

Алкогольная культура, а именно алкогольные привычки и традиции общества оказывают существенное влияние на стереотипы употребления алкогольных напитков отдельного человека.

Традиции и социальные нормы - это неписаные законы, которые особенно трудно изменить. Следовательно, алкогольные проблемы передаются следующим поколениям.

Статистика, данная Институтом имени Ванербильта, показывает, что только один из десяти зависимых от алкоголя обращается за помощью, остальные 9 будут пить до самой смерти, если кто-то не вмешается в их жизнь. (Фирсов М.В., 1996).

Но, к сожалению, больной алкоголизмом чаще всего на работе и дома окружен теми людьми, которые усугубляют болезнь пособническим поведени­ем. Еще одной проблемой на пути к исцелению является неподготовленные медицинские специалисты, которые не могут распознавать болезнь на ранних стадиях и лечат не алкоголизм, а его симптомы.

Цель исследования– изучение медико – социальной работы с лицами, страдающими алкоголизмом.

Объект исследования: лица, страдающие алкоголизмом.

Предмет исследования: технологии медико-социальной работы с лицами, страдающими алкоголизмом.

Задачи работы:

1. Провести теоретический анализ литературы по проблеме алкоголизма и выявить основные понятия, симптомы и факторы развития алкоголизма.

2. Раскрыть сущность и понятие медико - социальной работы;

3. Рассмотреть технологии социальной работы с лицами, злоупотребляющими алкоголем и выявить основные направления первичной профилактики алкоголизма.

Методы исследования, использованные в процессе выполнения работы и послужившие инструментом в добывании необходимого фактического материала:

- изучение и анализ научной литературы.

Теоретическая и практическая значимость исследованиязаключается в возможности использования его результатов в качестве базы для дальнейших теоретических и прикладных изысканий в области оказания медико-социальных технологий лицам, страдающим алкоголизмом.

Структура работы соответствует поставленным целям и задачам. Работа состоит из введения, двух глав, логически разделенных на параграфы, заключения, списка использованной литературы.

Глава 1. Теоретические основы изучения алкоголизма как социально психического явления

1.1 Анализ литературных источников по исследуемой проблеме

Проводя работы по исследованию вопросов, связанных с хроническим алкоголизмом, Американская медицинская ассоциация более 25 лет назад  
классифицировала алкоголизм как серьезное заболевание с ярко выраженными и прогрессирующими симптомами. Болезнь эта поражает тело, мозг, воздействует на эмоции и душу человека, разрушает социальные связи. Алкоголизм - это еще и духовное заболевание.

Специалисты Копыт Н.Я., Ананьев В.А., Андерсон Спиккард, Барбара  
Томпсон и др. (1992) утверждают, что если это заболевание не лечить, оно ведет к расстройству психики, к физической несостоятельности и преждевременной смерти. Это заболевание может быть приостановлено, но излечить алкоголизм невозможно в том смысле, что алкоголик никогда, ни в каком количестве не сможет употреблять спиртные напитки без последствий для себя[[1]](#footnote-1).

Алкоголизм – это хроническая болезнь, прогрессирующая независимо от того, пьет алкоголик или нет.

Алкоголь есть иррегулярный нисходящий депрессант центральной нервной системы. Он предсказуемым образом и с течением времени все сильнее нарушает нормальные управляющие функции мозга.

В небольших количествах - один стакан или меньше - алкоголь действует на ту часть мозга, которая ведает запретами и торможением. Он ослабляет или снимает сдерживающие силы, которые управляют поведением, и дает пьющему ощущение эйфории и благополучия. Это освобождение эмоций от их обычных регуляторов, или  
эффект изменения настроения, часто заставляет ошибочно относить алкоголь к категории возбуждающих средств.

В больших количествах алкоголь подавляет мозжечок и нарушает механизм равновесия тела. В очень больших количествах алкоголь наркотизирует мозговой ствол, центр, управляющий дыханием и работой сердца. Около литра водки в течение часа обычно достаточно, чтобы полностью парализовать мозговой ствол и ввести пьющего в состояние алкогольной комы[[2]](#footnote-2).

Как токсическое вещество, которое не требует переваривания, алкоголь равномерно распределяется по тканям и клеткам тела. Скорость всасывания зависит от таких факторов, как количество еды в желудке и содержание алкоголя в напитке.

Алкоголь удаляется из организма, прежде всего через печень, она перерабатывает около одной порции в час. По предположению некоторых специалистов физическое привыкание к алкоголю происходит благодаря сцеплению алкоголя с особыми рецепторами на оболочке нервных клеток.

Имеются также некоторые свидетельства того, что долговременное воздействие алкоголя вызывает изменения в оболочках нервных клеток, дающие им возможность нормально функционировать даже при насыщенности алкоголем.

Если это верно, то возможно, что когда-нибудь как явления лишения или абстиненции, так и "выносливость", то есть способность пить всевозрастающее количества алкоголя, будут объяснены способностью нервных клеток адаптироваться к токсической среде.

Эмоциональная зависимость коренится в способности алкоголя изменять настроение и воздействует на все стороны человеческой личности.

Пристрастие часто определяют как стремление (страстное влечение, тоску) к определенному состоянию, переживанию, которому подчиняется разум.

Пристрастие к алкоголю (наркотику) выражается в физической и психической зависимости от вещества, дозу которого зависимый все время должен повышать, чтобы допустить желаемого состояния.

Экхард Шиффер (1999) пишет, что пристрастие имеет много лиц и обоснований. Он имеет в виду под пристрастием, странным влечением, действие, в результате которого должно измениться внутреннее состояние несчастья. Чаще всего по этому пути идут дальше даже не смотря на саморазрушение.

1.2 Медико-психические особенности алкоголизма

Алкоголизм - заболевание с хроническим течением, в основе которого лежит пристрастие к этиловому спирту. В социальном плане алкоголизм означает злоупотребление спиртными напитками (пьянство), приводящих к нарушениям нравственных и социальных норм поведения. Злоупотребление алкоголизмом по данным ВОЗ, является третий после сердечно- сосудистых и онкологических заболеваний причиной смертности. (Теудер Ю.В., Сидоров П.И. 1993)

Во-первых, тяжелая форма опьянения (острое алкогольное отравление) нередко причина смерти в молодом возрасте.

Во-вторых, при злоупотреблении спиртными напитками может наступить внезапная смерть в следствии первичной остановки сердца или нарушения ритма сердечной деятельности (мерцательная аритмия и др.).

В-третьих, злоупотребляющие алкоголем в большей степени подвержены травматизму. Кроме того, риск самоубийства у людей страдающих этим заболеванием возрастает в десятки раз, по сравнению с популяцией. Около 40% убийств также совершается в состоянии алкогольного опьянении.

Для ранних стадий алкоголизма более характерны такие заболевания как язвенная болезнь, травмы, сердечно- сосудистые расстройства, для более поздних цирроз печени, полиневриты, мозговые нарушения.

Причины употребления алкоголя различны. Одной из них является психотропное действие этилового спирта: эйфоризирующее, релаксирующие и седативное. Потребность в достижении такого эффекта существует у многих категорий людей: у лиц с патологическим характером, страдающих неврозами, плохо адаптированных в обществе, а так же работающих с эмоциональными и физическими перегрузками. В формировании пристрастия к алкоголю большую роль играют социальное окружение, микроклимат в семье, воспитание, традиции, наличие психотравмирующих ситуаций, стрессов. Бесспорно влияние наследственных факторов.

Алкогольное опьянение. Степень выраженности опьянения зависит от количества и качества выпитых спиртных напитков, индивидуальной чувствительности к алкоголю и психофизического состояния человека.

Выделяют 3 степени опьянения: легкую, среднею и тяжелую. В типичных случаях в начале опьянения повышаться настроение, облегчается общение, появляется ощущение мышечного расслабления и физического комфорта. Мимика становиться более выразительной, движения менее точными.

При переходе к средней степени опьянения, вместо благодушного настроения может возникнуть раздражительность, обидчивость иногда злостность и агрессия. Критика к себе и окружающим снижается. Нарушаться координация движения и походка. Речь становиться невнятной. Снижается болевая и температурная чувствительность. После опьянения обычно отмечаться симптомы интоксикации: головная боль, слабость, жажда, сниженное настроение с апатией или раздражительностью. Память на период опьянения обычно не нарушается.

При тяжелой стадии опьянения отмечается симптомы выключения сознания от оглушения до комы. Иногда возникают эпилептические припадки. Возможно непроизвольное мочеиспускание и дефекации. Подобное состояние, как правило, полностью отсутствует в памяти человека.

Диагностика алкогольного опьянения проводиться на основании клинических данных и специальных проб.

Лечение. При средней степени опьянения необходимо промыть желудок слабым раствором перманганата калия (1,5 - 2 л.) и вызвать рвоту.

При очень тяжелом алкогольном опьянении больной впадает в глубокую кому.

Распознавание: алкогольную кому следует различить с инсультом, уремической комой, отравлением морфином и его дериватами. Запах алкоголя из рта ничего не доказывает, так как возможны сочетанные поражения.

Ведущим признаком для диагноза в затруднительном случаи является определение количества алкоголя в крови. Алкогольная кома обычно не долга продолжается лишь несколько часов. Длительность ее более суток, в сочетании с нарушениями дыхания являются не благоприятным признаком.

При остром алкогольном отравлении помощь должна быть энергичной, особенно при нарушении дыхания. При падении артериального давления назначают сердечные средства (кордиамин, эфедрин, строфантин), внутривенно вводят полиглюкин, и преднизалон[[3]](#footnote-3).

Главное при интоксикации обильно промывать желудок через зонд, внутривенно вводить раствора глюкозы с инсулином, при глубокой коме целесообразно использовать метод форсированного диуреза, витаминотерапию. Аналептики и в частности бемегрид в стадии тяжелой комы противопоказаны. Из рвотных средств лишь апоморфин подкожно, но и он противопоказан при отсутствии сознания. Для восстановление сознания применяют раствор аммиака внутрь. Так как у больных развиваться ацидоз (“закисление крови”), то обязательно надо вводить раствор натрия гидрокарбоната внутривенно. При возбуждении не следует давать барбитуратов или препаратов группы морфина из-за опасности гипоксии. В таком случае следует ввести аминазин или хлорагидрат в клизме с крахмальной смесью. Больному следует давать крепкий чай или напитки, содержащие кофеин.

Механизмы развития алкоголизма. Механизмы развития алкогольной зависимости до настоящего времени полностью не расшифрованы. Ранее предполагалось, что формирование зависимости связано с изменением соотношений химических веществ в мозге. В снижении уровня серотонина и морфиноподобных веществ виделась основная причина возникновения абстинентного синдрома, который является пусковым стимулом для "самостимуляции" спиртным. (Баркер Р., 1994)

Однако в сопоставлении с клиническим опытом данная теория не полностью подтвердилась: казалось бы, с внедрением в практику фармакологических препаратов, нормализующих содержание в тканях мозга серотонина, дофамина, эндорфинов, энкефалинов и рецепторов к ним проблема лечения алкоголизма должна была бы быть решена, но как и прежде частота рецидивов заболевания остаётся высокой. Как выяснилось недавно, кроме изменения химизма мозга, происходят перестройки его электрической активности и морфологии в образованиях, относящихся к лимбической системе. И именно совокупность химических, морфологических и электорофизических перестроек приводит к установлению стойкой алкогольной зависимости.

Эффекты воздействия на репродуктивную систему. Алкоголь оказывает, несомненно, вредное влияние на яички и яичники. При этом одинаково вредно как частое опьянение, так и систематический приём значительных количеств алкоголя. Под влиянием злоупотребления алкоголем наблюдается жировое перерождение семенных канальцев и разрастание соединительной ткани в паренхиме яичек у лиц, страдающих алкоголизмом. Особой выраженностью токсического действия на железистую ткань яика обладает пиво, которое намного легче других алкогольных напитков проникает через гематотестикулярный барьер, вызывая жировое перерождение железистого эпителия семенных канальцев.

Наряду с непосредственным токсическим действием алкоголя на яички, известное значение имеет развивающееся у страдающих алкогольной зависимостью нарушение функции печени и способности её разрушать эстроген. Известно, что при циррозе печени значительно повышается количество эстрогена, как у мужчин, так и у женщин, что приводит к торможению гонадотропной функции гипофиза и последующей атрофией половых желёз.

Следует указать, что при злоупотреблении алкоголем раньше или позже, в зависимости от индивидуальных особенностей и выносливости организма, нарушается также и половая потенция, что связано со снижением условных и безусловных рефлексов, вследствии тормозного действия на подкорковые центры.

Глава 2. Технология медико - социальной работы с лицами, злоупотребляющими алкоголем

2.1 Современные технологии социальной работы с алкоголиками

В бытовом значении под лечением алкоголизма подразумевают методы и действия для прекращения тяги к алкоголю, для устранения влечения. В медицинском значении лечение алкоголизма включает в себя гораздо более широкий круг мероприятий и методов[[4]](#footnote-4).

Лечение алкоголизма - это не там, где используют малопонятные термины и наукообразные названия методов. Это не там, где вам называют высокие цифры процентов эффективности. Это не там, где врач себя хвалит, а других ругает. Это не там, где стены какого-то лечебного учреждения, где наркологический диспансер, наркологическая больница.

Лечение алкоголизма - это помощь специалиста. Специалист - это тот, кто предъявил сертификаты и лицензию на соответствующий вид деятельности. Лечат алкоголизм врачи психиатры-наркологи. Но если у такого врача нет достаточной подготовки в области психотерапии, он будет использовать те же самые психотерапевтические методы, но не на том профессиональном уровне. То есть кому-то поможет, а кому-то не поможет. Еще лечением алкоголизма занимаются врачи психотерапевты. Но если у врача нет подготовки в области наркологии, то, возможно, он не знает нюансов алкогольной болезни, а значит - тоже поможет не каждому. Если больной или его родственники хотят получить результат наверняка, значит, лечение алкоголизма следует проводить одновременно у двух врачей - и у нарколога и у психотерапевта. Или у одного, имеющего двойную подготовку. Дело не в том, какие методы лечения, а в том, в чьих руках эти методы. Эффективность непрофессионального лечения будет значительно ниже.

Для решения проблемы со стороны жены и родителей (родных и близких) пациента требуется два действия. Первое - обратиться к специалисту (к какому, сказано выше). Второе действие - выполнить все рекомендации такого специалиста. Как только эти два действия вами выполнены – отец, муж, сын и т.д. живет трезво и счастливо. Если до сих пор не так, значит, или заинтересованные лица не обращались к специалисту, или не выполняли рекомендаций такого специалиста. Рекомендации у специалистов всегда одинаковы. Значит, надо их выполнить[[5]](#footnote-5).

В московской клинике доктора Зайцева используется современная медицинская технология «лечение алкоголизма без желания пациента». Под лечением алкоголизма врач подразумевает мероприятия для формирования мотивации к трезвой жизни, желания лечиться и жить трезво. Если пациент захочет всем сердцем, всей душой жить трезво, то ему поможет любое противоалкогольное лечение. (Тимофеев В.Ф., 2006)

Для формирования желания лечиться и жить трезво существуют два способа. Способ первый - врач сформирует такое желание в процессе консультации в кабинете. Как привести больного на консультацию, если он ничего не хочет слышать даже об этом, подскажет врач. После такого занятия соглашаются на лечение практически все, если родные и близкие пациента выполняют рекомендации врача. Причем пациент уже не соглашается идти в трезвость на короткое время - он сам говорит, что "подольше, на всю жизнь". Вот тогда и снимается влечение к алкоголю.

Но есть другой способ решения проблемы. Пациент вообще не нужен. Врач может влиять на пациента через семью. Это социотерапия - лечение средой. Для этого нужно, чтобы родные и близкие сами, без него пришли к врачу. Это массивное, трехчасовое психотерапевтическое вмешательство. После такого занятия они исправят свое поведение в соответствии с новыми взглядами на проблему, вновь полученной информацией и рекомендациями врача, таким образом, что у близкого человека закончится алкогольная болезнь. Химически зависимый сам обратится к врачу, примет помощь и будет жить трезво.

В специализированном лечебно-диагностическом центре «СовМед» (Санкт-Петербург) применяется целый ряд современных технологий лечения алкоголизма, подбираемый с учетом индивидуальных особенностей организма, стадии болезни, возраста и сопутствующих заболеваний. (Тимофеев В.Ф., 2006).

Основное инновационное преимущество применяемых в центре технологий "Наркоблокада" и "Двойной блок" - это комплексное воздействие на основные патологические звенья развития заболевания:

1. Звено психической зависимости (тяга к алкоголю, ощущение желания выпить) - после проведения лечения тяга уменьшается, формируется отвращение к алкоголю.

2. Звено физической зависимости (основное звено развития алкоголизма, способствующее проявлению рецидивов (запоев) и усугублению тяжести заболевания)- после проведения лечения создается стойкая непереносимость алкоголя, нарушение режима трезвости вызывает резкую негативную психосоматическую реакцию, вплоть до тяжелых последствий, что крайне тяжело переносится пациентом и делает невозможным прием алкоголя на срок действия методики.

В структуру действия инновационных технологий включено:

1. Коррекция нарушений психики (депрессия, раздражительность, нарушение сна) - после проведения лечения назначается курс поддерживающей лекарственной терапии, нормализующий эти проявления.

2. Нормализация деятельности всех систем организма страдающих от воздействия алкоголя.

3. Улучшение адаптации и восстановления организма.

Таким образом. только комплексное лечение заболевания и индивидуальный подбор методики позволяют, даже в сложных случаях, достичь по-настоящему успешных и стойких результатов.

2.2 Место и роль специалиста по социальной работе в реализации технологических процедур реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом

Особенность социальной работы 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 недостаточна эффективна[[6]](#footnote-6).

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 в роли врачевателей[[7]](#footnote-7).

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. Основной целью медико-социальной работы в наркологии является комплексная социальная помощь, включающая медико-психологические, социально-психологические и педагогические аспекты лицам, страдающим зависимостью, и членам их семей. Социальная работа алкоголизма - 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[[8]](#footnote-8).

Модель организации социальной работы, в том числе в сфере наркологической помощи, наиболее прогрессивна и эффективна; ее нужно учитывать и осваивать в процессе подготовки кадров социальных работников в России. Направления деятельности специалиста по социальной работе в любой сфере социальной помощи вытекают из его основных функций:

Диагностическая - изучение особенностей личности, семьи, группы, степень и направленность влияния на них микросреды, постановка «социального диагноза»;

Прогностическая - прогноз развития событий, процессов, происходящих в семье, группе, обществе; разработка определенных моделей социального поведения;

Правозащитная - использование законов и правовых актов, направленных на оказание социальной помощи и поддержки клиенту, на защиту его интересов;

Организационная - посредническая помощь в направлении деятельности социальных служб на оказание различных видов социальных услуг населению;

Предупредительно-профилактическая - задействование различных механизмов (юридических, психологических, медицинских, педагогических) предупреждения и преодоления негативных явлений;

Социально-медицинская - своевременная организация работы по профилактике болезней, по преодолению болезненных состояний, по реадаптации после излечения.

Этапы профессиональной деятельности специалиста по социальной работе в сфере наркологии сводятся к следующим:

* Профилактика алкоголизма (выявление, консультации и т.д.);
* Лечебный (координация деятельности специалиста и медицинские тренинги, семейная терапия организация и участие);
* Реабилитация[[9]](#footnote-9).

Совместно с врачами психиатром, наркологом и психологом специалист по социальной работе участвует в проведении психокоррекционных воздействий, усиливая эффект лечебных мероприятий, оказывая больному социальную помощь. В рамках оказания социальной помощи больным наркологического профиля специалист по социальной работе оказывает помощь в трудоустройстве; решении социально-бытовых проблем; восстановлении нарушенных семейных и социальных связей; содействует включению пациента во внебольничные группы самопомощи и терапевтические сообщества; консультирует пациента по социально-правовым вопросам или организует консультации у соответствующих специалистов, оказывает помощь в оформлении необходимых документов; участвует в разработке и реализации альтернативных программ в системе терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Специалисты по социальной работе в наркологии имеют широкое поле деятельности на условном домедицинском этапе они участвуют в программах первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ, 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.

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».

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 контингента лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, вызванные злоупотреблением и зависимостью от психоактивных веществ, 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. 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.

Исходя из перечисленных выше функций, можно сделать вывод, что деятельность специалиста по социальной работе в наркологическом учреждении приобретает все более значимую роль. Все больше число программ по реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, разрабатываются и реализуются на практике при непосредственном участии специалистов по социальной работе. В Российской Федерации система профессиональной социальной работы в целом содержательно, функционально и организационно находится на начальной стадии развития. С этим сопряжены определенные проблемы. Мы должны осознавать, что залогом эффективности, да и самой возможности проведения социальной работы в наркологии на системной основе, является поиск и подготовка кадров. Наиболее актуальной в этой связи представляется разработка пакета документов для учебно-методического обеспечения кадров. Требуется не реорганизация, а подлинное создание различных уровней медико-социальной работы в сфере наркологической помощи. Этот процесс активно развивается в последнее время в нашей стране. В частности, началась подготовка специалистов данного профиля высшими учебными учреждениями.

Еще одна первоочередная проблема развитие медико-социальной работы в наркологии с учетом особенностей организации системы здравоохранения и социальной защиты, а также с учетом специфики социально-экономической ситуации в России. В настоящее время делаются только первые шаги в этом направлении. В плане проблемной направленности различных форм медико-социальной работы в наркологии можно выделить:

1) профилактическую медико-социальную работу, нацеленную на предупреждение возникновения алкоголизма;

2) медико-социальную работу с проблемными лицами, имеющими те или иные очерченные проблемы, но у которых не выявляются клинические формы алкогольных заболеваний, а также проблемы с их микросоциальным окружением;

3) медико-социальную работу с лицами, страдающими алкоголизмом[[10]](#footnote-10).

Также немаловажное значение имеет законодательная база, обеспечивающая деятельность специалистов по социальной работе в наркологии. К сожалению, здесь мы имеем дело с незаконченностью формирования и некой неполноценностью общей системы законодательства в данной области. Появляются только первые нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность специалистов по социальной работе в здравоохранении. Однако уже заложенные законодательные основы позволяют рассчитывать на дальнейшую разработку нормативно-правовых документов, которые очертят сферы деятельности специалистов по социальной работе в данной области. Необходимо отметить, что внедрение социальной работы в наркологию является позитивной практикой, поскольку деятельность специалиста по социальной работе должна стать неотъемлемой частью в процессе полноценной реабилитации наркологических больных. Эффективность социальной работы в наркологии в дальнейшем будет только повышаться, и деятельность специалистов станет неотъемлемой частью помощи лицам, нуждающимся в поддержке.

Не менее важным направлением социальной работы с лицами, страдающими алкоголизмом является так называемая аутрич-работа или уличная социальная работа. Так называемые уличные социальные работники проводят профилактическую деятельность непосредственно в группах так называемых «активных алкоголиков». Несмотря на то, что аутрич-работа претендует на выполнение, прежде всего социальных функций, она не имеет ничего общего с профессиональной социальной работой по целому ряду причин[[11]](#footnote-11). Главная из них это то, что основополагающая роль в аутрич-работе отводится бывшим или настоящим «алкоголикам». Сразу возникает вопрос: как человек с деформированной психикой, имеющий тяжёлое хроническое заболевание, может эффективно оказывать какую-либо помощь. Скорее можно говорить о его включении в процесс оказания помощи, во взаимодействии и под жестким контролем со стороны специалиста соответствующего профиля, но никак не главного звена в этом процессе, которому всё отдано на откуп. Вторая причина так же важна - концепция программы аутрич-работы кардинальным образом расходится с концепцией практической социальной работы, основной задачей которой является включение, реинтеграция лиц, страдающих алкоголизмом в здоровый социум, а не наоборот. То есть, аутрич-работники делают акцент на объединение нуждающихся в помощи людей по принципу наличия той или иной девиации (наркомания, проституция, бродяжничество и т.д.). Таким образом, выводя социальную работу за рамки нормальных общественных отношений, проводники аутрич-работы, по большому счёту, обрекают и без того немало деформированных людей находиться, развиваться и удовлетворять свои витальные и культуральные потребности за счёт глубоко деформированной общности, группы. Подобные действия выходят далеко за рамки профессиональной социальной работы, поскольку медико-социальная помощь лицам, зависимым от наркотических веществ, и их окружению является одним из наиболее приоритетных направлений социальной работы. В профильных учреждениях наркологической направленности накоплен значительный практический опыт, требующий обобщения, осмысления, и использования с целью оказания медико-социальной помощи лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ.[[12]](#footnote-12)

Эффективная реабилитация лиц страдающих пагубным влечением к алкоголю не может быть реализована только усилиями учреждений системы здравоохранения, в том числе — ее специализированной наркологической службы. Она должна осуществляться только на основе конструктивного постоянного взаимодействия собственно медицинских структур и учреждений служб образования, профессиональной подготовки и переподготовки, занятости, социальной защиты населения, охраны правопорядка, юридической помощи — с четким разграничением сфер их компетенции.

Существует 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 алкоголя, на активное включение в реабилитационный процесс;
* осуществление комплекса лечебно-психолого-терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию влечения к алкоголю, 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.

Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Поэтому имеет смысл, в контексте социальной работы, объединить медицинский и послемедицинский этап работы и обозначить его медико-социальным этапом работы с наркоманами, на котором медики и социальные работники должны действовать сплочённой командой. На этом этапе возникает проблема необходимости преодоления естественного психологического отчуждения, существующего между медицинским персоналом, традиционно исповедующим медикоцентрический подход, основанный на наборе формализованных профессиональных знаний, и специалистами по социальной работе, действующими другими методами. Сближение позиций возможно как с помощью специальных образовательных программ, обеспечивающих дополнительные профессиональные знания у социальных работников, так и через осознание медицинскими работниками всех нюансов социально-психологического состояния своих пациентов. Залогом эффективности социальной работы в решении проблем 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. Одной из основных целей специалистов по социальной работе в деле реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом 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.

В то же время, в связи с указанными выше особенностями наркологических заболеваний, специализированные наркологические учреждения должны взять на себя роль инициатора и координатора организации и осуществления единого ЛРП, определяя необходимый его объем, конкретные формы и методы его реализации, обеспечивая постоянный мониторинг наркологи­ческого и психического статуса больных, при необходимости — их терапевтическую коррекцию, а также динамическую оценку эффективности целевой работы.

Реабилитационная работа с больными может быть успешной только в случае ее проведения на основе постоянного соблюдения специалистами по социальной работе и медиками ряда принципиальных положений (требований) в их совокупности и единстве. Соблюдение этих принципов позволяет начать лечебно-реабилитационный процесс, включив пациента в конкретную целевую программу, удерживать больного в этой программе, обеспечивать его активность в ходе ее реализации и рассчитывать на положительный итоговый результат.

Суммируя вышеизложенное, можно констатировать, что деятельность специалиста по социальной работе на медико-социальном этапе помощи лицам, страдающим пагубным пристрастием к алкоголю 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.

Заключение

Алкоголизм сегодня является не только чисто медицинской, но и общесоциальной проблемой современного общества. В значительной степени от злоупотребления взрослыми спиртным страдают дети. Это происходит вследствие того, что ситуация в семье, где один или оба родителя страдают алкоголизмом, травмирующе влияет на психику ребенка. В таких семьях полноценное воспитание и обучение детей не возможно: постоянные скандалы, негативное отношение к ребенку, включая прямое насилие, негативно влияет на его умственное и психофизическое развитие. Но даже если подобных отклонений в развитии удалось избежать, проблемой может стать проецирование ребенком модели семейных отношений его детства на свою будущую семейную жизнь. В частности, около 50 % алкоголиков росли в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкоголизмом.

Алкоголизм и наркомания приобрели в обществе характер эпидемии. А главное – победить эти болезни сегодня практически невозможно. Методов, правда, много, но стопроцентного результата пока еще никто не добился. Так что же делать? Возможно, что в недалеком будущем проблема наркомании и алкоголизма будет решена с помощью генетической вакцинации. Дело в том, что ученые выдвинули гипотезу о том, что примерно у 15% людей имеются гены, отвечающие за проявление так называемого комплекса удовольствий. Именно эти гены и определяют склонность человека к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, психотропными веществами и курением. Умная природа, правда, предусмотрела средства защиты от нежелательных пороков, так называемые гены-блокаторы. Хорошо, если они работают нормально. А если нет, то беда – "наркотические" гены проявляются "во всей красе".

Единственное, что настораживает: если можно будет любого человека проверить на склонность к алкоголизму или наркомании, то может возникнуть проблема с защитой права человека на секретность генома. Ведь ни одна фирма, ни одна компания, если у нее окажутся сведения о результатах проверки "на вшивость", не возьмет на работу потенциального алкоголика или наркомана. Хотя есть такое понятие, как "врачебная тайна". Если она будет распространятся и на подобное тестирование, то тогда должно быть все в порядке. Иначе дискриминации по признаку предрасположенности человека к различным порокам избежать не удастся.

Есть и еще одно "но". Не все ученые разделяют точку зрения, что наркомания передается по наследству. Так, группа ученых из Орегонского университета (США) провела ряд экспериментов с мышами. Подопытные, генетически полностью идентичные мыши-близнецы, были исследованы на предмет влияния наследственности на характер их поведения. В экспериментах использовались близнецы с полностью одинаковыми условиями содержания, кормления и тестирования. Поведение мышей было абсолютно идентичным во всем, включая отношение к алкоголю, но радикально различалось в реакции на кокаин. Из этого эксперимента учеными сделано предварительное заключение: в отношении наркотиков поведение живого организма индивидуально и не определяется генетическими факторами. В отличие от алкоголя. Возможно, это связано с тем, что алкоголь является естественным метаболитом живого организма, а кокаин и другие наркотики – нет. На людях, понятное дело, подобные эксперименты не ставились. Вполне может быть, что результаты были бы иные. Однако даже если с помощью генетической вакцинации не удастся справиться с наркоманией, то можно будет победить еще один страшный порок – алкоголизм.

Список использованной литературы:

1. Антология социальной работы: В 5 т. / Сост. М.В.Фирсов. М.: Сварогъ — НВФ СПТ, 2006. – С.134.

2. Борисов, Н.И. Технологии социальной работы с лицами, злоупотребляющими алкоголем // М., 2005. – С.14-16.

3. Валентик, Ю.В., Зыков, О.В., Мартыпеико, А.В., Цетлин, М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. — М.: Центр программно-технич. управл. Федер. системы информ. обеспеч. молодежи, 2005. - С.20—22.

4. Мартиросян А.Э. Основные направления профилактики алкоголизма // М., 2007. – С.12-15.

5. Мокроносов, А.Ф. Функции и роль специалиста социальной работы // Социальная работа М.. 2008. № 8. - С.30.

6. Никитин, В. А. Социальная работа: проблемы теории и подготовки специалистов. М: МПСИ, 2007. - С.61.

7. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д.Павленок. М.: ИНФРА-М, 2008. – С.123

8. Сафронова, А.Б. Лечение алкоголизма и наркомании // Витебск, Издательство «Ореол», 2006.- С.128.

9. Социальная работа: Теория и практика / Под ред. Л.А.Арутюнян. Ереван: Изд-во Ереванского университета, 2006. – С.111.

10. Сорвина, А.С. Специфика социальной работы с различными группами населения // Российский журнал социальной работы. 2009. № 2. - С. 47–55.

11. Тимофеев, В.Ф. Современные технологии лечения алкоголизма // ИНФРА, - М., 2007. – С.11-18.

12. Теория и методика социальной работы: Учебное пособие. М.: Союз, 1999. Ч. 1–2. – С.345.

1. Антология социальной работы: В 5 т. / Сост. М.В.Фирсов. М.: Сварогъ — НВФ СПТ, 2006. – С.134. [↑](#footnote-ref-1)
2. Сафронова, А.Б. Лечение алкоголизма и наркомании // Витебск, Издательство «Ореол», 2006.- С.128. [↑](#footnote-ref-2)
3. Мартиросян А.Э. Основные направления профилактики алкоголизма // М., 2007. – С.12-15. [↑](#footnote-ref-3)
4. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д.Павленок. М.: ИНФРА-М, 2008. – С.123 [↑](#footnote-ref-4)
5. Теория и методика социальной работы: Учебное пособие. М.: Союз, 1999. Ч. 1–2. – С.345. [↑](#footnote-ref-5)
6. Социальная работа: Теория и практика / Под ред. Л.А.Арутюнян. Ереван: Изд-во Ереванского университета, 2006. – С.111. [↑](#footnote-ref-6)
7. Сорвина, А.С. Специфика социальной работы с различными группами населения // Российский журнал социальной работы. 2009. № 2. - С. 47–55. [↑](#footnote-ref-7)
8. Мокроносов, А.Ф. Функции и роль специалиста социальной работы // Социальная работа М.. 2008. № 8. - С.30. [↑](#footnote-ref-8)
9. Никитин, В. А. Социальная работа: проблемы теории и подготовки специалистов. М: МПСИ, 2007. - С.61. [↑](#footnote-ref-9)
10. Тимофеев, В.Ф. Современные технологии лечения алкоголизма // ИНФРА, - М., 2007. – С.11-18. [↑](#footnote-ref-10)
11. Борисов, Н.И. Технологии социальной работы с лицами, злоупотребляющими алкоголем // М., 2005. – С.14-16. [↑](#footnote-ref-11)
12. Валентик, Ю.В., Зыков, О.В., Мартыпеико, А.В., Цетлин, М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. — М.: Центр программно-технич. управл. Федер. системы информ. обеспеч. молодежи, 2005.- С.20—22. [↑](#footnote-ref-12)