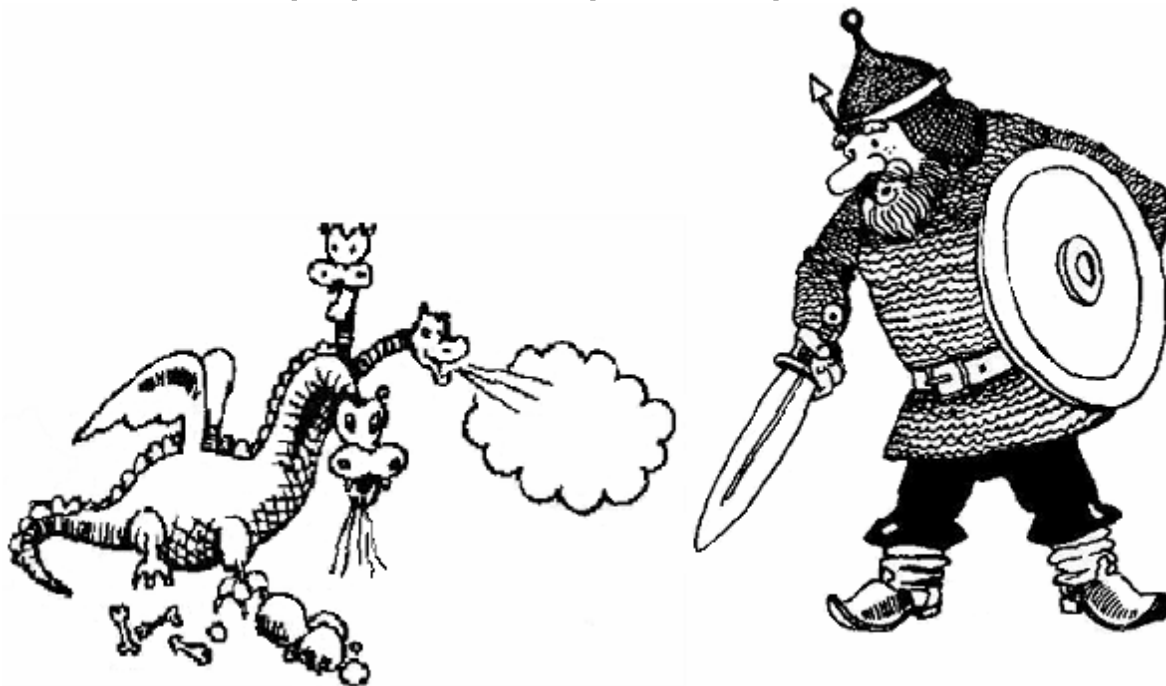


Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Арзамасский государственный педагогический институт  
имени А.П.Гайдара»

*кафедра мед.подготовки и БЖД*

# КАК ОСТАТЬСЯ В ЖИВЫХ?

*Учебно-методическое пособие  
по профилактике вредных привычек*



*г.Арзамас 2007*

УДК 614 (075,8)

ББК 51,283 я73

К 23

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Арзамасского государственного педагогического  
института им.А.П.Гайдара

Рецензент

***Ю.И.ГОРШКОВ,***

доктор медицинских наук

профессор-консультант городской больницы им.Владимирского  
заслуженный врач РФ

почетный житель города Арзамаса

Ниретин Н.И., Троицкая И.Ю., Пищаева М.В.,  
Маслова В.Ю., Денисова С.В., Коннов М.А., Рыбаков А.И.

**К23 Как остаться в живых?:**

Учебно-методическое пособие по профилактике вредных привычек. —  
Арзамас: АГПИ, 2007 – 64 с.

В предлагаемом учебно-методическом пособии описываются негативные воздействия различных ПАВ на организм человека, а также методы самозащиты и способы преодоления алкоголизма, наркомании, токсикомании и никотиномании.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

*Самое страшное: пьянство молодеет.*

*И курить начинают все раньше.*

*А наркомания — это вообще «спорт» юных.*

В.Добровольский, нарколог.

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

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

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

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

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

# 1. ПЬЯНСТВО И АЛКОГОЛИЗМ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

## 1.1. Алкоголь — наркотический яд

Слово «алкоголь» происходит от арабского его названия «алькегель», означающего «дурман». Его химическая формула известна каждому школьнику:  $C_2H_5OH$  — этиловый спирт (этанол) — продукт перегонки сброженных материалов с последующим концентрированием и обработкой отгона (спиртосодержащей жидкости).

При употреблении спиртных «напитков» наблюдается склеивание эритроцитов, которые затем закупоривают просвет капилляров мозга. Это приводит к отмиранию клеток коры, уменьшению объема мозга («сморщиванию мозга»). Такие изменения касаются больше всего тех отделов мозга, где происходит мыслительная деятельность, осуществляются функции памяти и другие сложные психические процессы. Способность к свежему и оригинальному мышлению ослабляется и затухает. Доза этанола в 7,8 г на килограмм массы тела, соответствующая 1-1,25 л водки, вызывает смерть взрослого человека. Для детей смертельная доза в 4-5 раз меньше.

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

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

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

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

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

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

3. Злоупотребляющие алкоголем.

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

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

**В.** С выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности «абстинентный синдром»,

характерный для II стадии алкоголизма. На этой стадии болезни происходит так называемое алкогольное изменение личности больного. Типичными чертами характера становятся лживость, эгоизм, черствость, грубость, жестокость. Появляются апатия и безразличие. Оживление наступает лишь при мысли о предстоящей выпивке.

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

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

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

Существует и III стадия алкоголизма, называемая конечной или энцефалопатической, отличительным признаком которой является, прежде всего, снижение переносимости спиртного (толерантности). Форма потребления алкоголя может быть как систематическая, так и запойная (запой — это многодневное пьянство), суточная доза алкоголя постепенно уменьшается. Предзапойный период характеризуется сновидениями с запойной тематикой. В течение запоя нарастает отвращение к алкоголю. Возникают судорожные припадки по типу эпилептических, а также алкогольные психозы. Запой обрывается из-за непереносимости спиртного. По времени запои сокращаются, но период восстановления в межзапойный период возрастает.

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

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

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

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

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

Не менее важно разграничение понятий «пьянство» и «алкоголизм». И хотя почвой для алкоголизма является пьянство, *алкоголизм* имеет свои особенности, обуславливающие иные средства и методы его преодоления.

В медицинском аспекте алкоголизм — это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе, физической зависимостью от алкоголя, психической и социальной деградацией, патологией внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервной системы. В социально-правовом аспекте алкоголизм — форма отклоняющегося поведения, выражающаяся в злоупотреблении спиртными изделиями.

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

Определить границу между бытовым пьянством и алкоголизмом иногда достаточно сложно. Так, согласно одной точке зрения, бытовое пьянство есть первый этап алкоголизма, а по мнению других исследователей, прямой преемственности между бытовым пьянством и алкоголизмом нет. При этом считается, что алкоголизм — одна из форм наркомании, выражающаяся в химической зависимости от этанола. Бытовое же пьянство рассматривается

как разновидность социально-психологического взаимодействия людей, для которых употребление алкогольных «напитков» есть норма общения.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

2. Индивидуально-биологические (сомато-неврологические) особенности личности: наследственная отягощенность в отношении психических заболеваний и алкоголизма; тяжелые соматические заболевания и нейроинфекции в раннем детстве.

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

4. Нравственная незрелость личности; отрицательное отношение к обучению и низкий образовательный уровень; отсутствие общественно-политической активности и социально значимых установок; узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов; неопределенность в вопросах профессиональной ориентации, отсутствие установки на трудовую деятельность; дефицит мотивации поведения, уход от ответственных ситуаций и решений; утрата «перспективы жизни» (видения путей развития своей личности).

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

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

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

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

## 1.2. Действие алкоголя на организм человека

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

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

Желудочный сок, выделившийся под действием алкоголя, отличается от нормального сока. Он содержит больше соляной кислоты и меньше пищеварительных ферментов, катализирующих расщепление белков, жиров, углеводов и других пищевых веществ. Смешивание желудочного сока, выделившегося после первого приема этанола, с новыми порциями алкогольного напитка (вторая, третья рюмка) приводит к угнетению и тех малоактивных пищеварительных ферментов, которые были выделены первоначально. Вот почему люди, длительно болеющие алкоголизмом, страдают отсутствием аппетита, «пьют, не закусывая».

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

К счастью, слизистая оболочка пищевода и желудка способна сама возрождаться. Но для этого нужна полная трезвость, так как способность слизистой ткани к регенерации небесконечна.

Если же это требование не соблюдается, то на участках стенки желудка, потерявшей своего защитника — слизистую оболочку, алкоголь вызывает денатурацию (а проще — разрушение) белка. Отсюда — язва желудка, рак.

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

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

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

Вообще процесс превращений этилового спирта в организме многостадийен и захватывает почти все виды обмена веществ. Выделяют две начальные стадии. Первая: при участии клеточного фермента алкогольдегидрогеназы спирт превращается в ацетальдегид (уксусный альдегид). Вторая: под воздействием альдегиддегидрогеназы из ацетальдегида образуется уксусная кислота. У большинства людей второй этап превращений проходит гораздо быстрее, чем первый. Поэтому известный своей токсичностью ацетальдегид не накапливается. Далее идут обычные реакции, поскольку уксусная кислота (хотя и она достаточно ядовита) постоянно участвует в нормальном обмене веществ, и в конце концов из спирта получаются углекислый газ и вода.

Промежуточные продукты распада алкоголя вмешиваются в тонко сбалансированные процессы обмена, протекающие в клетках печени — гепатоцитах, сильно нарушая их, особенно жировой обмен. При этом все структурные компоненты клетки деформируются, цитоплазма почти целиком заполняется жиром, смещая ядро клетки к периферии. Такие ожиревшие гепатоциты не способны полноценно выполнять свои функции, что часто приводит к развитию алкогольного гепатита. При частом и обильном потреблении спиртных напитков клетки печени не выдерживают алкогольной интоксикации и погибают, развивается **цирроз печени**. Пораженный орган увеличен, бугрист, сильно уплотнен и болезнен при ощупывании.

Увеличена также селезенка. Развитию цирроза печени способствует употребление неполноценной по содержанию белков и витаминов пищи. Между тем пьющие люди, затрачивая большую часть заработка на спиртное, не могут полноценно питаться.

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

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

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

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

При каждой выпивке из-за выброса адреналина и прямого токсического действия алкоголь как бы треплет сердечную мышцу, доводя ее рано или поздно до дистрофии. У хронических алкоголиков к тому же повышается

чувствительность сердца к адреналину, и тогда становится опасно применять подобные ему лекарства — эфедрин, нафтизин, галазолин и т.п. То же обстоятельство, но на фоне дефицита калия, ослабляет переносимость сердечных гликозидов, препаратов наперстянки (дитоксин, нериолин, строфантин, кардиовален). При стенокардии, как известно, наиболее эффективное средство — нитроглицерин. Но если приступ начался после выпивки, то алкоголь сам по себе будет способствовать расширению сосудов. А прием нитроглицерина на его фоне может снизить артериальное давление. Спазм коронарных сосудов удастся устранить, но сердечная мышца будет по-прежнему страдать от недостаточности кровоснабжения.

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

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

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

Самыми первыми от алкогольной интоксикации страдают структуры коры больших полушарий головного мозга; активность центров, управляющих поведением, подавляется, и человек утрачивает контроль над своими поступками. По мере того как концентрация алкоголя в крови нарастает, центры коры приходят в хаотическое возбуждение, из-под их влияния высвобождаются нижележащие подкорковые отделы: раскрепощаются низшие инстинкты. При содержании в крови примерно 0,3% алкоголя угнетаются структуры среднего мозга и мозжечка: человек полностью теряет ориентацию, способность двигаться. В последнюю очередь парализуются центры продолговатого мозга, в ведении которых находятся жизненно важные функции: кровообращение, дыхание. Алкоголь, принятый в еще больших дозах, вызывает нарушение функций всей центральной нервной системы с вовлечением спинного мозга. Развивается **наркоз и коматозное состояние**.

Алкоголь поражает также эндокринную систему, в частности — **органы размножения**. «Крино» по-гречески означает «выделять» (отсюда, кстати, славянское «криница» — источник, колодец). Эндокринные железы — это своего рода внутренние колодцы, из которых организм черпает вещества, необходимые для регулирования биохимических процессов. На эти источники алкоголь оказывает прямое токсическое действие. Однократный прием алкоголя в 4 раза снижает концентрацию в крови мужского полового гормона — тестостерона. При хроническом алкоголизме в коре надпочечников вырабатываются вещества, близкие по строению к тестостерону, но без андрогенного действия (андростерон и андростендион). Их появление в крови обманывает гипофиз, контролирующий синтез гормонов в половых железах, синтез тестостерона уменьшается. А печень при этом ускоренно превращает андрогены в эстрон — женский половой гормон. Многие из пьющих мужчин и более половины больных алкоголизмом страдают импотенцией. Патологически измененные половые железы либо полностью утрачивают способность продуцировать половые клетки — сперматозоиды, что ведет к мужскому бесплодию, либо выдают «бракованную» продукцию. А это обуславливает какую-либо аномалию будущего ребенка. Попытки гормонального лечения импотенции тестостероном приводят к обратному результату: активизированный алкоголем обмен в печени превращает мужской гормон в женский. И чем активнее лечение, тем хуже результат.

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

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

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

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

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

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

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

Не может не возмущать тот факт, что в барах, молодежных кафе, которые нередко посещают и подростки, основной ассортимент — коктейли, т.е.

смесь различных спиртных изделий. В зависимости от исходного сырья, используемого для приготовления последних, они содержат различные спирты и другие ядовитые примеси, специфичные для каждого изделия. В коктейлях же все это объединяется и создается невообразимый по разнообразию и силе отравляющего действия набор ядов — от метилового спирта, накапливающегося в изделиях из сырья, богатого пектином, до фурфурола — в изделиях из хлебного сырья, содержащего пентозаны. В связи с этим существует настоятельная необходимость исключить алкогольные коктейли из перечня реализуемой алкогольной продукции.

### **1.3. Алкоголизм в детском, подростковом и юношеском возрасте**

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

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

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

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



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

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

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

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

Родителям необходимо помнить об ответственности за антиалкогольное воспитание детей начиная с первых лет их жизни (а в соответствии с современными рекомендациями — даже с эмбрионального периода), не ограничиваясь высказываниями о вреде алкоголя, а демонстрируя преимущества трезвого образа жизни собственным примером.

Мировая статистика свидетельствует о прямой зависимости между уровнем потребления алкоголя родителями и злоупотреблениями спиртными изделиями их детей. А ключевым периодом в антиалкогольном воспитании являются младший школьный и особенно подростковый возрасты.

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

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

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

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

Исследованиями установлено, что подростка влечет не вкус спиртного, а его действие — состояние опьянения. Ведь поначалу степень опьянения у 90% знакомящихся с алкоголем подростков легкая, с ощущением прилива сил, возникновением чувства довольства, комфорта, повышением настроения.

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

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

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

Привлекательность для подростков спиртного усугубляется **популяризацией алкоголениия в кино и телевизионных передачах**. Социологи США считают, что для подростков, проводящих до 5 ч у телевизора, примеры пьющих кино- и телегероев — наиболее действенная форма вовлечения в пьянство. Подсчитано, что в самых популярных программах, идущих в США с 20 до 23 ч, за каждый час показывают в среднем 7,02 случая употребления алкогольных напитков (безалкогольных только 3,33 случая). При этом положительные герои прикладываются к рюмке в 5 раз чаще отрицательных.

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

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

В последние годы выявлена еще одна причина влечения подростков к алкоголю. Наблюдается она у детей, о благополучии которых чрезмерно заботятся близкие. Попытки оградить свое чадо от неизбежных забот и обязанностей приводят к формированию у подростка комплекса таких черт характера, как *безволие, зависимость, безответственность, неподготовленность к жизни*. Внешне это благополучные, тихие, смирные, легко подчиняющиеся дети и подростки. У них как бы «соглашательский» тип характера, аморфный, без яркой индивидуальности. Нежелание преодолевать возникающие в жизни трудности приводит к поиску легких путей решения проблем, к подчинению дурным влияниям. Потребление спиртного для молодых людей такого склада является наиболее простым и доступным (благодаря материальной обеспеченности родителей), хотя и иллюзорным выходом из трудных ситуаций. Они — продукт среды. В хорошем коллективе они могут стать хорошими людьми, учениками и работниками, а в компании антисоциальных подростков легко спиваются. Их будущее зависит от окружения, в котором им придется жить и работать.

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

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

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

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

Употребление спиртного подростками, независимо от дозы, рассматривается как патология, так как в любом случае приводит к алкогольному отравлению. Особенность алкоголизации несовершеннолетних состоит в том, что у них отсутствует этап умеренного употребления. Любая принятая доза алкоголя является для подростка чрезмерной, поэтому сам факт ее приема должен рассматриваться как злоупотребление. Основанием для такого утверждения является очень часто встречающаяся у подростков тяжелая алкогольная интоксикация с рвотой и потерей сознания.

Чтобы не выглядеть в кругу пьющих ребят «белой вороной», многие подростки «тренируют» себя спиртным, убегая при позывах к рвоте подальше от компании (иногда вызывая рвоту искусственно), и, освободившись таким образом от части принятого алкоголя, возвращаются и продолжают пить, надеясь приобрести устойчивость к этому интоксиканту, т.е. «пить как все». При этом степень опьянения несовершеннолетних может достичь такого уровня, когда без медицинской помощи возможен смертельный исход. Но даже если этого не произошло, передозировка алкоголя приводит к амнезии, т.е. потере памяти вследствие повреждения клеток головного мозга. Подросток, придя затем в сознание, в лучшем случае может вспомнить только начало выпивки. Если опьянения такого уровня у подростков неоднократны, а амнезии длительны, то это отрицательно сказывается на психическом состоянии, и прежде всего на уровне интеллекта.

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

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

При злокачественном варианте подросткового алкоголизма родители вынуждены прибегать к помощи нарколога. Но и на этом этапе подростки с такой формой алкоголизма даже в условиях типового наркологического отделения ведут себя неадекватно: отказываются от лечения или имитируют прием назначаемых лекарств (кладут таблетки за щеку, а затем потихоньку их выплевывают; а иногда, проглотив лекарство, при первой возможности избавляются от него, искусственно вызывая рвоту), не соблюдают режим

лечебного учреждения. А главное, при содействии друзей или пьющих родителей подростки продолжают пить, что приводит к алкогольным галлюцинациям, сопровождаемым судорожными припадками.

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

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

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

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

**Нулевой уровень** характеризует школьников, не знакомых с опьянением и эйфоризирующим действием спиртного. Алкоголь не употребляется ими либо в соответствии с традициями семьи, либо благодаря личной установке на полную трезвость. Отношение к спиртным изделиям активно (реже — пассивно) отрицательное. У школьников данной группы выработана личная стратегия поведения, направленная на отказ от употребления алкоголя в любых ситуациях.

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

**II уровень** — эпизодическое употребление алкоголя, характеризуется знакомством старшеклассников с различными изделиями, содержащими алкоголь.

Небольшие дозы спиртного хорошо переносятся, вызывая эйфорию, что придает привлекательность потреблению алкоголя. Но сами учащиеся редко становятся инициаторами выпивок. Мотивы употребления разнообразны: повысить коммуникабельность, поступать «как все», выглядеть более взрослым и самостоятельным. На этом уровне вовлеченности в употребление спиртных напитков хорошо скоординированные меры воспитательного характера могут приостановить процесс алкоголизации.

**III уровень** — уровень высокого риска развития алкоголизма, отличается усилением эйфоризирующего, активирующего и релаксирующего действия спиртного. Алкоголь все еще доставляет больше приятных ощущений, чем неприятных. Расширяется число поводов для выпивок, алкоголь употребляется уже более 2 раз в месяц. За алкогольными эксцессами следует утренняя сомато-психическая астения. Отношение к алкоголю активно или пассивно положительное. Формируются товарищеские отношения с выпивающими людьми. Возникают эпизодические конфликты с различными социальными институтами как результат пьянства. Мотивы употребления: улучшить настроение, повысить тонус или расслабиться, повысить уверенность в себе, весело провести время в компании, временно уйти от реальности.

**IV уровень** — уровень выраженной психической зависимости от алкоголя. Учащиеся сами становятся активными инициаторами выпивок. Отношение к алкоголю безусловно положительное. Частота его потребления — несколько раз в неделю.

Влечение к спиртному отмечается не только в вечерние часы, но и в течение всего дня. Алкогольное опьянение превращается в наиболее желанное психическое состояние, а эйфория от спиртного бывает особенно яркой. Алкоголь используется как допинг, как регулятор поведения и настроения. Теряют значение конструктивные, одобряемые обществом мотивы, связанные с обучением, повышением профессионального уровня, интересами семьи, укреплением здоровья, творческими увлечениями. Прерываются контакты с прежними друзьями, а новые знакомства, как правило, обусловлены совместным употреблением алкоголя.

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

**V уровень** — уровень физической зависимости от алкоголя. На фоне усиливающейся психической зависимости от алкоголя формируется повышенная переносимость спиртного, подавляется защитная рвотная реакция на его передозировку.



Все чаще нарушается память в периоды опьянения. Наблюдаются изменения личности алкогольной природы, происходит десоциализация.

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

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

Мотивы употребления алкоголя на V уровне алкоголизации: устранить плохое самочувствие — следствие предыдущей выпивки, добиться эйфории, устранившись от реальности, повысить свой тонус или расслабиться, весело провести время, забыть неприятности.

Мотивы отказа от спиртного обусловлены страхом перед санкциями со стороны социальных институтов, ухудшением здоровья, желанием жить, как «другие люди». Иногда на этой стадии подростки уже понимают болезненный характер своего состояния. Они то ищут помощи, чтобы избавиться от своего пристрастия к хмельному, то оказывают отчаянное сопротивление любым попыткам ограничить их пьянство. Налицо — борьба мотивов. Такие юноши нуждаются в продолжительном лечении и постоянном контроле. Длительные меры запретительного характера и перевоспитание необходимы для поддержания ремиссий, состояний воздержания от алкоголя.

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

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

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

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

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

#### **1.4. Самоизбавление от алкоголизма**

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

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

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

Система Шичко — это комплекс средств поддержания и восстановления интегрального здоровья человека. Основу данной системы составляет метод психологической самокоррекции сознания. Он ориентирован на формирование у человека побуждения и потребности вести активную деятельность по восстановлению своего здоровья.

Метод представляет собой новое направление гуманистического психоанализа, получившее свое развитие с конца 60-х гг. XX столетия и обеспечивающее сознательный переход к здоровому образу жизни.

Осуществляется этот метод педагогическими средствами в лекционно-просветительской форме и путем самоактуализации личности (т.е. анализа и саморегуляции собственного поведения).

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

Обязательным условием, обеспечивающим успех метода Шичко, является искреннее и твердое желание пьющего или курящего отказаться навсегда от потребления алкоголя или табакокурения. На этом же исходном принципе основан разработанный Г.А.Шичко метод самоизбавления от алкоголизма, описание которого приводится ниже. Но вначале авторское определение сути метода, приведенное им в справочнике «Основная трезвенная терминология»: «Метод самоизбавления от алкоголизма позволяет алкоголику самостоятельно избавиться от употребления алкогольных напитков. Метод предусматривает следующее:

- написание автобиографии пьющего (анкеты);
- ведение дневника по установленной форме и критический разбор сделанных в нем записей;
- изучение направленных научных материалов;
- критический разбор жизненных ситуаций, художественных произведений, кинофильмов, теле- и радиопередач, затрагивающих проблему пьянства и алкоголизма».

Итак, слово предоставляется Геннадию Андреевичу Шичко.



### **Метод самоизбавления от алкоголизма Г.А.Шичко**

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

Некоторые алкоголики во время первой беседы говорили мне: "Быть трезвенником — значит сгорать со стыда в компаниях и записаться в число неполноценных мужчин". Такие заявления свидетельствуют о деформации сознания их авторов. Периодический прием яда, отравление им себя, уродование души и тела собственными руками и за свои деньги, к тому же немалые, считается нормальным, достойным занятием, а отказ от него — постыдным!

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

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

Обобщим все сказанное.

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

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

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

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

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

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

Некоторые алкоголики по собственной инициативе или под воздействием со стороны подавляют установку на питье и в то же время настраиваются на временную или пожизненную трезвость. Это помогает прекратить пьянство. Питейное убеждение — уверенность человека в том, что алкоголепитие представляет собой естественное, оправданное и даже неизбежное в нашей жизни занятие. Оно как бы принуждает человека пить спиртное, угощать им других и добровольно заниматься проалкогольной пропагандой и агитацией. Суть питейного убеждения состоит в оправдании употребления алкоголя.

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

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

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

#### **Порядок действий по самоизбавлению от алкоголизма:**

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

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

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

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

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

**5.** Ведение дневника следует начать с момента принятия решения о применении метода самоизбавления. В нем отражать: свое самочувствие, отношение к спиртному, встречи с собутыльниками, свои решения, планы, изменения взглядов. Дневник надлежит периодически внимательно прочитывать.

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

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

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

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

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

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

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

**9.** Для переделки алкогольной настройки в трезвенную нужно утром и вечером вдумчиво прочитывать соответствующий текст, причем по мере надобности, совершенствовать его. Желательно при всяком удобном случае мысленно настраивать себя на трезвость. Если трудно принять решение на пожизненный отказ от спиртного, можно ограничиться каким-то сроком (месяц, полгода, год), но с приближением его устанавливать новый. Лучше брать письменное обязательство на отказ от спиртного и периодически перечитывать его.

Во время советского трезвенного движения (1928-1932 гг.) многие алкоголики публично брали на себя обязательства, некоторые сдавали их редакциям для печати. Это помогало им стойко блюсти трезвость.

**10-15** пункты предусматривают разрушение питейного и выработку трезвенного убеждений.

Для размышления можно взять такие темы:

- 1) "Что хорошее и что плохое дало мне алкоголепитие?";
- 2) "Что хорошее и что плохое принесло алкоголепитие моей семье?";
- 3) "Моя будущая жизнь без спиртного".

Обязательно следует читать противоалкогольные материалы.

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

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



**16.** Для самозащиты от пьющих, особенно бывших собутыльников, выгодно создать союз из двух или нескольких человек. Цель союза: взаимная поддержка и выручка, обмен интересными противоалкогольными сведениями, совместная борьба за трезвость. (Спаивание, как правило, происходит в неофициальных союзах и обществах любителей спиртного.) Трезвенный союз можно организовать из сослуживцев, бывших собутыльников, в том числе из членов своей семьи.

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

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

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

## 2. НАРКОТИКИ И НАРКОМАНИЯ

### 2.1. Терминология наркотизма

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

**Наркотики** (от греческого *narke* — оцепенение; *narkotikos* — приводящий в оцепенение) — это сильнодействующие природные (в основном растительные), а также синтетические вещества, парализующие деятельность центральной нервной системы, вызывающие искусственный сон, иногда —

неадекватное поведение и галлюцинации, а при передозировке — потерю сознания и смерть. Понятие «наркотик», или «наркотическое средство», определяется тремя взаимосвязанными критериями — медицинским, социальным и юридическим.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

От физической зависимости они освободились, а психическая зависимость, по-видимому, стала для них пожизненной.

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

**Фармакологическая зависимость** у наркомана формируется из-за включения употребляемого им наркотического средства в систему метаболизма (обмена веществ), что обусловлено биохимическим сродством наркотика с определенными метаболитами (промежуточными продуктами обмена веществ). Дело в том, что наркотики (или их ближайшие аналоги) содержатся не только в растениях, но и — самое главное! — вырабатываются нашим организмом. Они необходимы для тонкой нейрогормональной регуляции основных жизненных функций. Так, например, в наркотиках эйфорического действия содержатся вещества, по структуре приближающиеся к индолу. А в нашем организме индол входит во многие соединения, используемые в работе нервных клеток. Это родство навело ученых на мысль о химической мимикрии. «Подделываясь» под индольные соединения, наркотики проникают через оболочки тех нервных клеток, возбуждение которых вызывает у человека состояние блаженства. Однако за вторжение наркотиков в организм с целью получения иллюзорного удовольствия, не имеющего ничего общего с эмоциями, возникающими в обычном, нормальном состоянии, человеку приходится расплачиваться.

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

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

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

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

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

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

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

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

наркотика — это смертельная доза для человека, не потребляющего наркотика.

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

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

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

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

При сочетании наркомании или токсикомании с алкоголем диагностируются два заболевания. Частое сочетание — барбитураты и алкоголь. Это объясняется тем, что алкоголь, угнетающий кору головного мозга, обладает синергизмом с барбитуратами, угнетающими подкорковые центры с последующей иррадиацией торможения на кору. Многие алкоголики пытаются купировать приемом снотворного расстройство сна, возникающее в период запоя. Принимая каждый раз возрастающие дозы снотворных, они привыкают к ним. Морфинисты также принимают снотворные для преодоления бессонницы при вынужденном снижении доз наркотика.

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

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

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

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

Такова реакция организма на столь глубокое вмешательство в его деятельность — ежедневное введение наркотических ядов или других одурманивающих веществ в дозах, которые нередко в десятки, а то и сотни раз превышают смертельные для нормального человека. Закономерно, что смертность больных наркоманиями, по данным исследований, в 26 раз выше, чем у лиц того же возраста, не употребляющих наркотики. Высокая смертность наркоманов и токсикоманов помимо сопутствующих заболеваний, связанных с потреблением интоксикантов, обусловлена их передозировкой, а также частыми самоубийствами. Согласно имеющимся в литературе данным, частота суицидных попыток у больных наркоманией и токсикоманией значительно выше, чем у больных алкоголизмом, которые пытаются уйти из жизни в 7-40% случаев. Высока смертность наркоманов (токсикоманов) от несчастных случаев на производстве, на транспорте, в быту.

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

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

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

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

Злоупотребление интоксикантами наносит ущерб семейным отношениям, крайне отрицательно сказывается на воспитании и здоровье детей. В таких семьях снижается рождаемость, а в числе родившихся велик процент дефективных детей. Даже в случае потребления родителями так называемых «легких» наркотиков, получаемых из индийской конопли (содержащей наркотик каннабинол), дети рождаются неполноценными.

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



## 2.2. Молодежь и наркотики

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

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

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

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

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

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

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

Марек Катаньский, возглавлявший в Польше молодежное движение по борьбе с наркоманией («Движение чистых сердец»), имеющий очень большой опыт работы в этой области, утверждает, что зависимость от наркотиков

— это в сущности болезнь эгоистов. Они добровольно привили ее себе, потому что больше всего заняты собой, вглядываются только в себя, больше всего озабочены собственной персоной, удовлетворением низменных побуждений. Плата за это неотвратима и трагична: разрушение личности, а затем и смерть.

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

По своему психологическому тону он расхлябан, развинчен, не способен к длительному волевому усилию, не в состоянии более или менее долго фиксировать свое внимание, заняться всерьез каким-либо одним предметом, к которому им же раньше был проявлен интерес. В результате приема наркотиков интересы наркоманов, как правило, бедны и ограничиваются удовлетворением возникающих влечений в области низших эмоций. Ранняя наркотизация нарушает процесс гармонического развития личности, отрицательно сказывается на физическом, психическом и интеллектуальном здоровье подростков. У них значительно замедляется темп умственных операций. Падает уровень моральных норм, снижается нравственность. Характерны бедность эмоций, высокая внушаемость, отсутствие творческих способностей. Формируется потребительская психология, общая эгоцентрическая ориентация. Наркотики оказывают неблагоприятное воздействие на половую сферу подростка, понижая потенцию, плодовитость, а иногда вызывают непомерное усиление полового чувства, что чаще всего проявляется в половой распущенности.

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

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

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

Если это касается опиатов, в частности самого опасного из них — героина, в потребление которого в последние годы втягивается все больше подростков, то последствия плачевны. Пройдя начальную стадию эйфории (приятных иллюзорных ощущений), наркоман впадает в необратимое состояние почти непрекращающейся абстиненции. В связи с этим возникают психозы. Наркоман изнурен, не способен к действиям, так как воля его полностью парализована.

У опийных наркоманов нарушаются все функции мозга, может произойти его атрофия, возможна эпилепсия. Страдают и другие системы организма. Возникают неизлечимые изменения в легких, крови, печени, почках, сердце.

У молодых людей выпадают волосы, поражение нервной системы и внутренних органов накладывает отпечаток на внешний облик наркомана: лицо становится землистого цвета, напоминает маску, за которой разыгрывается трагедия — обессиленный и истощенный до предела человек как бы присутствует при своем физическом и психическом уничтожении. Именно в этом периоде «живые трупы» становятся особенно опасны для общества: чтобы достать наркотик, они идут на любое преступление — от подделки рецептов до убийства.

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

Победное шествие наркотиков в России, наглядно проявившееся в конце 80-х и особенно в 90-х гг., возникло без какой-либо революционно-молодежной подоплеки, а наоборот, в результате социально-политических преобразований сверху, приведших к изменению государственного строя и снижению уровня материального обеспечения жизни абсолютного большинства семей.

В условиях ликвидации комсомольских и пионерских организаций подрастающее поколение в свободное от учебы время оказалось совершенно не у дел. Резко возросла беспризорность. А доступность наркотиков в результате активизации наркобизнеса стала неограниченной.

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

### **2.3. Способы самозащиты от наркомании**

*(по В. П. Алферову, в сокращении)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**9.** Поскольку причиной согласия попробовать тот или иной наркотик зачастую является плохое настроение и самочувствие, подростки должны быть научены элементарным способам улучшения настроения и самочувствия. К таким способам относятся: прием водных процедур (ванна, душ, в особенности контрастный; обтирание влажным полотенцем или, как минимум, умывание горячей, а затем холодной водой); гимнастика, аутотренинг, массаж,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**15.** Первое насильственное введение наркотика не должно застать подростка врасплох. Поэтому необходимо заранее ознакомиться с порядком оказания самопомощи.

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

В случае введения наркотика шприцем самопомощь должна выполняться особенно быстро.

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



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

Если же наркотик введен не иглой, а в желудок — с напитком или едой (обманным образом), то, узнав об этом, следует до приезда «скорой помощи» начать промывание желудка. Для этого желудок переполняют жидкостью, а затем вызывают рвоту. Надо выпить побольше воды (лучше с добавлением небольшого количества марганцовокислого калия), молока, кефира или супа — лучше жирного (капельки жира супа и молока хорошо связывают яды). Объем выпиваемой жидкости зависит от степени наполнения желудка; после плотного обеда в течение часа достаточно 1 стакана, а натошак — 6-8 стаканов; детям — соответственно меньше. После наполнения желудка следует пощекотать корень языка двумя пальцами (указательным и средним) в глубине зева. При этом безотказно возникает рвотный рефлекс. После опорожнения желудка промывание повторить 2-3 раза. Причем если в первый раз применялся один стакан воды, то теперь их должно быть 6-8.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **3. КУРЕНИЕ ТАБАКА КАК НАРКОТИЧЕСКОЕ ПРИСТРАСТИЕ**

### **3.1. Чем грозит нам «пассивное курение»**

Как установлено специальными исследованиями, до 68% дыма горячей смолы и выдыхаемого курильщиком воздуха попадает в окружающую среду, загрязняя ее смолами, никотином, аммиаком, формальдегидом, окисью углерода, двуокисью азота, цианидами, анилином, пиридином, диоксинами, акролеином, нитрозоаминами и другими вредными веществами. Опасная для человека концентрация никотина ( $0,5 \text{ мг/м}^3$ ) в закрытых, плохо проветриваемых помещениях создается довольно быстро. Такого уровня концентрации никотина достигнет, если в комнате объемом  $20 \text{ м}^3$  выкурят 1 сигарету. Если же в непроветриваемой комнате будет выкурено несколько сигарет, то за один час некурящий человек вдохнет столько вредных веществ, сколько поступает в организм человека, выкурившего 4-5 сигарет. Находясь в таком помещении, человек поглощает столько же угарного газа, как и курящий, и до 80 % других веществ, содержащихся в дыме сигареты, папиросы или трубки.

Окружающий курящих табачный дым — это сильно действующая смесь вредных газов, жидкостей и мелкодисперсных твердых частичек. Различают четыре вида дыма; основной — дым накуреного помещения; дым, вдыхаемый курящим; дым, выдыхаемый им, а также боковой дым, выделяющийся

непосредственно с конца горячей сигареты. Различие между основным и боковым дымом весьма существенно: оба дыма содержат одни и те же соединения, в различных концентрациях. Например, в боковом дыме содержание никотина в два и более раза выше, чем в основном. А концентрация 4-аминобифернила, вызывающего рак мочевого пузыря, в боковом дыме почти в 31 раз больше, чем в основном. Боковой дым содержит канцерогены и токсины в максимальном количестве (независимо от марки выкуриваемых сигарет) по сравнению со всеми остальными видами дыма, т.е. основного, вдыхаемого и выдыхаемого, при курении сигарет как с фильтром, так и без фильтра.

Многие из вредных компонентов окружающего табачного дыма нельзя удалить из помещения ни вентиляцией, ни фильтрацией. Любой человек, вошедший в здание или автомобиль, в котором курили несколько дней назад, чувствует запах, определяемый как «застоявшийся табачный дым». Он обусловлен повторным выделением летучих органических соединений, которые абсорбируются на внутренних поверхностях здания: стенах, полу, коврах, портьерах и тюлевых гардинах. По сути дела, этот факт можно квалифицировать как загрязнение помещения токсичными отходами. Однако описанное явление абсорбции и повторного выделения табачной смолы полностью игнорируется при обсуждении проблемы курения в зданиях.

Сравнительно недавно исследователи обнаружили такую закономерность: если в помещениях, загрязненных невидимым и не имеющим запаха радоном, накапливается еще и табачный дым, то продукты распада радона конденсируются на дымовых частицах, «плавают» в воздухе и вдыхаются не только курильщиком, но и находящимися там некурящими. Это приводит к совместному, еще более смертоносному воздействию на организм по сравнению с тем, которое оказывает в отдельности каждое из этих загрязнений. Впрочем, и без радона люди, вдыхающие задымленный воздух, будут получать определенные дозы радиации, обусловленные ее наличием в табаке. Табачный дым к тому же удаляет из воздуха легкие ионы и другие аэровитамины, что не позволяет курильщикам и окружающим их людям пользоваться благотворным действием свежего воздуха.

Внешние проявления «пассивного курения» таковы: у 70% людей, находившихся в обществе курящих, бывает раздражена слизистая носа и глаз, 30 % жалуются на головную боль, 25 % — на кашель.

Врачам известно, что не только аллергией, першением в горле, головной болью и снижением работоспособности, но и сердечной недостаточностью и поражением мозговых сосудов некурящие расплачиваются за чужую страсть к табаку. Болеющие астмой взрослые испытывают существенное затруднение

дыхания вплоть до удушья при вдыхании так называемого вторичного дыма в течение одного часа.

«Пассивное курение» является также причиной сердечных заболеваний у никогда не куривших людей. Живущие с курильщиком некурящие члены семьи имеют почти на 25 % большую вероятность сердечных заболеваний. В статье, опубликованной в журнале Американской Медицинской Ассоциации, сообщалось, что нахождение некурящих в условиях загрязнения помещения табачным дымом способствует развитию атеросклероза, проявляющегося прежде всего в сужении сонных артерий, несущих кровь к мозгу.

Регулярное пребывание в роли «пассивного курильщика» в 2,5 раза повышает у него риск сердечных заболеваний со смертельным исходом по сравнению с теми людьми, которые не подверглись действию вторичного табачного дыма. У большинства некурящих, вынужденных находиться в накуренных помещениях, нередко отмечаются также заболевания органов пищеварения и нарушения обмена веществ.

Табачный дым, выдыхаемый курильщиком в жилом или служебном помещении, увеличивает шансы каждого находящегося там заболеть раком. Жены курящих мужчин болеют раком в 2-3 раза чаще по сравнению с женщинами, живущими с некурящими. Особенно опасно пассивное курение для детей, беременных женщин и кормящих матерей. На ребенка, например, губительно действует даже табачный дым, проникающий в комнату с балкона. Для детей раннего возраста в условиях «пассивного курения» риск внезапной смерти возрастает на 50%.

Наиболее чувствительны к табачному дыму дети до 5 лет. Пассивное курение способствует развитию у них гиповитаминозов, ведет к потере аппетита и расстройству пищеварения. Дети становятся беспокойными, плохо спят, у них бывает длительный плохо поддающийся лечению кашель, чаще сухой, носящий приступообразный характер. В течение года они болеют бронхитом и ОРВИ 4-8 и более раз. Гораздо чаще, чем дети некурящих родителей, они заболевают и воспалением легких.

Одна из причин этого заключается в нарушении витаминного обмена под воздействием никотина (резко снижается синтез витаминов и их усвоение). Обычно в крови курильщиков витамина С вдвое меньше, чем у некурящих. Есть данные, что одна выкуренная сигарета уменьшает количество этого витамина на 25 мг. Это очень большие потери, если учесть, что его суточное поступление в организм чаще всего не достигает физиологической нормы — 75 мг, а курящие выкуривают в день не по одной сигарете. Разрушается витамин С и при пассивном курении, особенно у детей, что приводит к снижению сопротивляемости организма инфекции. Кроме того, курение

уменьшает выработку в организме интерферона, также играющего большую роль в защитных реакциях организма.

Таковы сокращенно последствия «пассивного курения». Приведенных сведений достаточно, чтобы понять: табачный дым — раздражающий и отравляющий, загрязняющий и канцерогенный — смертельно опасен не только для курящих, но и для тех, кто живет и трудится рядом с ними. Поэтому речь должна идти не только о спасении здоровья самих курящих, добровольно избравших табачную интоксикацию в качестве постоянной спутницы жизни, но и тех, кто не курит, но вынужден дышать отравленным воздухом.

Совокупные результаты солидных научных работ, выполненных в США и Западной Европе, свидетельствуют, что ограничение контактов курильщиков (в момент курения) с некурящими, т. е. исключение возможности «пассивного курения», снижает риск смерти у некурящих, в том числе сотен тысяч детей, страдающих астмой и другими респираторными заболеваниями. Курильщикам предоставляется две возможности: либо курить в комнатах для курения, если им таковые предоставлены (эти комнаты должны иметь плотно закрывающиеся двери, поглотители дыма, вентиляцию и другое необходимое оборудование), либо курить на открытом воздухе, если комнат для курения нет. Строгое соблюдение этого требования часто приводит к тому, что курильщики расстаются со своей вредной привычкой, даже если она перешла в химическую зависимость. Бросая курить, человек познает себя: испытывает и закаляет свою волю, вырабатывает самодисциплину и совершенствует самоорганизацию.

По мнению ученых, за счет избавления от никотиновой зависимости средняя продолжительность жизни землян возросла бы на 4 года. Во многих странах для снижения числа курильщиков используют экономические рычаги, например систематическое повышение цен на табачные изделия.

Исследования американских специалистов показали, что люди, только начинающие курить, особенно подростки, больше всего реагируют на рост цен. Даже 10%-ное увеличение розничной цены на сигареты приводит к сокращению их покупки более чем на 10%, а многих вообще удерживает от приобщения к курению.

В Канаде в последние годы весьма эффективно действует закон, согласно которому человек, закуливший в недозволенном месте (например, в ресторане), платит штраф от одной до пяти тысяч долларов. Безнаказанно житель Канады может совмещать потребление пищи и курение только в специально отведенных для этого залах предприятий общественного питания, площадь которых не должна превышать 1/4 площади залов для некурящих.

Давно уже запрещено появляться с сигаретой на службе, в аэропортах,

на вокзалах. Приняты меры и против производства сигарет — табачным

компаниям запретили быть спонсорами спортивных и прочих развлечений. Везде запретительные знаки — сигарета, перечеркнутая красной полосой.

Решению антикурительной проблемы способствует и сформировавшееся в мире понимание того, что курение, так же, например, как грубость или заведомо громкая музыка, не относится к категории прав человека. С каждым годом все больше противников насильственного приобщения к вдыханию «вторичного» дыма, т.е. к «пассивному курению» в общественных местах. «Не дымите на меня!», «Ступайте курить в другое место!» — такие фразы можно найти теперь во многих разговорниках для туристов наряду с традиционными: «Как проехать к вокзалу?» и «Как называется эта улица?»

### 3.2. Мотивы, стимулирующие табакокурение детей и подростков

То, что в последние десятилетия средний возраст начинающих курить значительно понизился, а в их числе весьма заметно возросло число девочек и девушек, — неопровержимый факт, весьма беспокоящий гигиенистов, наркологов и все общество в целом.

Дети, вырастая среди курящих, не сомневаются в том, что курение — такой же естественный процесс, как потребление пищи и воды. Курение у них ассоциируется с общепринятой нормой поведения.

В самом раннем возрасте — с 5-6 до 10 лет — дети пробуют закурить *из любопытства*. По данным многочисленных опросов, в таком возрастном интервале из любопытства пробуют курить примерно 25% детей. Одновременно материалы анкет свидетельствуют: началу раннего курения способствует желание подражать взрослым, причем этот фактор воздействуют на детей не только из семей курильщиков, но и из семей некурящих. В последнем варианте дети подражают курящим товарищам или дворовым «авторитетам», а также киногероям, не выпускающим сигареты изо рта в течение всего фильма.

Характерно, что в семье курящих в раннем возрасте приобщаются к курению 50 % детей и более, а в некурящих семьях — не более 25 %.

В 11-14 лет подростки начинают курить чаще всего из-за стремления *не отстать от моды, самоутвердиться*, иногда чтобы похудеть. В этом же возрасте они могут начать курить в результате своеобразного принуждения со стороны курящих одноклассников, чтобы избежать причисления к трусам, «маменькиным сынкам», не способным принимать собственные решения.

В 15-18 лет мотивы приобщения к курению могут остаться теми же, что и в предыдущих возрастных периодах, но нередко сам процесс курения превращается *в форму защиты от личных неприятностей и переживаний*.

Об отрицательном влиянии курения на здоровье в этом возрасте не задумываются.

В приобщении к табакокурению весьма заметную роль играет посещение компаний, вечеринок, дискотек — самых распространенных форм досуга старшеклассников и студентов. К этому времени потребность вдохнуть поглубже табачный дым возникает у молодых курильщиков все чаще. В вузах на III курсе курят более 60% студентов.

В связи с небывалым ростом числа молодых курильщиц — старшеклассниц и студенток — были выявлены (путем анкетных опросов) основные мотивы их приобщения к курению.

Анализ ответов показал, что основным стимулом начала курения явилась *мода*. На вопрос, почему девочки начали курить, 60% из них ответили, что это «красиво», «это модно». Были и другие варианты ответов: «курят, потому что хотят понравиться», «хотят привлечь к себе внимание», «лучше смотрятся», «выглядят самостоятельно», «обращают на себя больше внимания мужской части компании» и т.д.

Психологию тяги девушек к курению Е.И.Руденко дополняет такими данными: девушку интересует не столько сам акт курения, сколько вся процедура курения, имеющая характер своеобразного ритуала. В нем — неторопливое распечатывание сигаретной пачки, извлечение из нее сигареты, закуривание от пламени красивой зажигалки, искусное пускание дымовых колечек — несомненное владение техникой курения.

Сравнивая стимулы приобщения к курению у мужской и женской части подростков и молодежи, легко выявить их существенное несовпадение. Если причинами начала курения у юных мужчин являются стремление подражания взрослым, отождествление курения с представлениями о самостоятельности, силе мужественности, то у девушек начало курения связано со следованием моде, с кокетством, стремлением к оригинальности, желанием нравиться юношам.

Однако главное последствие курения — возникшая наркозависимость от никотина — не различает курильщиков ни по возрасту, ни по полу.

Этого нельзя сказать о других воздействиях никотинизации на здоровье, так как некоторые из них имеют свою специфику в зависимости как от пола, так и от возраста. Остановимся на некоторых особенностях отрицательных последствий, специфичных для детей и подростков, пристрастившихся к курению.

Установлено, что смертность людей, начавших курить до 20 лет, значительно выше, чем среди тех, кто впервые закурил после 25 лет.

Частое и систематическое курение у подростков истощает нервные клетки, вызывая преждевременное утомление и снижение активирующей способности мозга при решении задач логико-информационного типа.

При курении происходит патология зрительной коры. У подростка курильщика краски могут полинять, поблекнуть из-за изменения зрительного цветоощущения, может снизиться в целом многообразие восприятия. Первоначально наблюдается быстрая утомляемость при чтении. Затем начинается мелькание и двоение в глазах и, наконец, снижение остроты зрения, поскольку возникшие от табачного дыма слезоточивость, покраснение и отечность век приводят к хроническому воспалению зрительного нерва. Никотин вызывает изменения в сетчатке глаза, в результате — снижение чувствительности к свету. Так же, как у детей, родившихся от курящих матерей, у юных курильщиков исчезает восприимчивость сначала к зеленому, затем к красному и, наконец, к синему цвету.

В последнее время у окулистов появилось новое название слепоты — табачная амблиопатия, которая возникает как проявление подострой интоксикации при злоупотреблении курением. Особенно чувствительны к загрязнению продуктами табачного дыма слизистые оболочки глаз у детей и подростков.

Никотин повышает внутриглазное давление. Прекращение курения в молодом возрасте является одним из факторов предотвращения такого грозного заболевания, как глаукома.

Состояние клеток слуховой коры после курения в подростковом возрасте совершенно четко и бесспорно свидетельствует о мощном подавлении и угнетении их функций. Это отражается на слуховом восприятии и воссоздании слухового образа в ответ на звуковое раздражение внешней среды.

Курение в раннем возрасте активизирует у многих деятельность щитовидной железы, в результате чего у курильщиков учащается пульс, повышается температура, возникает жажда, раздражительность, нарушается сон. Из-за раннего приобщения к курению возникают поражения кожи — угри, себорея, что объясняется нарушениями деятельности не только щитовидной, но и других желез эндокринной системы.

О том, что курение ведет к преждевременному изнашиванию сердечной мышцы, известно всем. Возбуждая сосудодвигательный центр и влияя на периферический сосудодвигательный аппарат, никотин повышает тонус и вызывает спазм сосудов. Это увеличивает нагрузку на сердце, так как протолкнуть кровь по суженным сосудам гораздо труднее. Приспосабливаясь к повышенной нагрузке, сердце растет за счет увеличения объема мышечных волокон. В дальнейшем деятельность сердца обременяется еще и тем, что



сосуды у курильщиков теряют эластичность намного интенсивнее, чем у некурящих.

Известно, что с увеличением числа молодых курильщиков помолодел и рак легких. Один из ранних признаков этой болезни — сухой кашель. Заболевание может проявляться незначительными болями в легких, тогда как основные симптомы — это быстрая утомляемость, нарастающая слабость, снижение работоспособности.

Курение нарушает нормальный режим труда и отдыха, особенно у школьников, не только из-за действия никотина на центральную нервную систему, но и в силу желания закурить, появляющегося во время занятий. В этом случае внимание ученика полностью переключается на мысль о табаке. Курение снижает эффективность восприятия и заучивания учебного материала, уменьшает точность вычислительных операций, снижает объем памяти. Курящие ученики не отдыхают на перемене, как все другие, так как сразу после урока устремляются в туалет и в облаках табачного дыма и разного рода вредных испарений удовлетворяют свою потребность в никотине. Совокупное действие ядовитых компонентов поглощаемого табачного дыма вызывает головную боль, раздражительность, снижение работоспособности. В результате ученик приходит на следующий урок в нерабочем состоянии.

Установлено, что слишком раннее курение задерживает рост. При проверке оказалось, что не только рост, но и объем груди у курящих подростков гораздо меньше, чем у некурящих сверстников.

Никотин снижает физическую силу, выносливость, ухудшает координацию и скорость движений. Поэтому спорт и курение несовместимы.

Такова цена курения для молодежи. К сожалению, в силу возрастных особенностей подростки не осознают до конца степень пагубных последствий курения табака.

Чтобы преодолеть эту «неосознанность», может быть, стоит как можно раньше знакомить юных поклонников табака с трагическими последствиями многочисленных «экспериментов», устраиваемых малолетними курильщиками? Ведь в литературе описано множество случаев смерти детей в результате отравления табаком.

Так, в 1934 г. во французском курортном городе Ницце компания подростков устроила состязание — кто больше выкурит папирос. Выигравших оказалось двое, но награду «победители» получить не смогли: выкурив по 60 папирос, они скончались. Несколько других участников «состязания» в тяжелом состоянии были доставлены в больницу. Известен случай, когда юноша погиб, выкурив одну большую сигару. Трехлетний мальчик умер от отравлений никотином, играя со старой курительной трубкой, наглотавшись через нее воды. А годовалый ребенок отравился, съев папиросу.

Таким образом, у курения как процесса удовлетворения надуманных потребностей очень много существенных отрицательных сторон. А положительных сторон у курения не существует.

### **3.3. Как побороть никотиноманию**

Агитировать курильщиков со стажем за здоровый образ жизни бессмысленно, поскольку каждый из них не только наслышан, но уже на себе испытал те или иные неприятные последствия курения. Они знают также, что расставание с курением, несомненно, вызовет одобрение и восхищение их силой воли со стороны родных и близких (не только некурящих, но и курящих). Курильщики не сомневаются и в том, что, бросив курить, они обретут дополнительное время для любимых занятий и основной работы, а также улучшат финансовое положение семьи. И все же продолжают курить, так как пристрастие к никотину — одно из самых устойчивых.

Итак, вы решили бросить курить. Учтите, что далеко не так легко и просто реализовать ваше намерение, как пишут в рекламных проспектах, тем более если вы начали курить не вчера. Приготовьтесь к тому, что вам будет не хватать многих достаточно эстетичных мелочей, сопровождающих этот процесс, но прежде всего — самого никотина. А значит, потребуется немало усилий и хитростей, чтобы преодолеть психическую и физическую зависимость от табака.

Люди, обладающие сильной волей, могут справиться с психической зависимостью самостоятельно, с помощью самовнушения, самоконтроля, аутотренинга и других аналогичных упражнений, но и им не повредит несколько советов, эффективность которых проверена неоднократно.

**1.** Никому не говорите заранее о своих намерениях расстаться с сигаретой, не обещайте, не клянитесь.

**2.** Выберите день, с которого вы начнете новую жизнь. Кстати, лучше, если это будет первый день отпуска, каникул, выходных или любой день недели или число, которое вы по какой-либо причине считаете счастливым.

**3.** Никогда не говорите «никогда» — не позволяйте себе думать, что вы бросаете курить навсегда, ставьте себе задачу только на ближайшее будущее — допустим, на завтра. Дайте себе слово, что не притронетесь к сигарете, трубке, сигаре, папиросе. И каждый раз давайте себе слово не курить только один день. В конце концов, вы сами себе хозяин.

**4.** Переключайтесь на что-нибудь очень приятное и важное, обязательно что-нибудь делайте каждый раз, когда почувствуете сильное желание закурить, слушайте любимую музыку, катайтесь на роликах, делайте макияж, звоните друзьям, вспоминайте о своих успехах и других приятных вещах, мечтайте о прекрасном будущем.

5. Хвалите себя, если достигли успеха, а вы его в любом случае достигли, решив бросить курить. Не расстраивайтесь и не укоряйте себя, если вы нарушили данное себе слово: если хотите бросить курить, все равно бросите.

В отличие от других вредных привычек, акт курения происходит неосознанно, а часто просто машинально: рука сама тянется к пачке, пальцы сами вытаскивают сигарету и подносят ее ко рту и так далее до последней затяжки. А как известно, осознание любого действия — это уже половина пути к полному избавлению от него (на этом построен весь психоанализ). Поэтому известный американский психотерапевт Джаннет Рейнуотер изобрел тренинг, освобождающий от курения путем полного осознания этой привычки. Предложенный им тренинг занимает ведущее место среди всех антеникотиновых методик в США.

Тренинг состоит из двух этапов.

Этап первый — **наблюдение**. Обратите внимание на всех окружающих курильщиков. Какое у них выражение лица, когда они затягиваются? Нравится оно вам или нет? Как жестикулируют разговаривающие между собой курильщики? Чем отличаются манеры курящих женщин от манер мужчин? Какие чувства вызывает у вас вид курящих подростков? Наблюдайте, подмечая всякие мелочи. Самые интересные «открытия» записывайте. В таком режиме обостренного восприятия вам нужно провести неделю.

Этап второй — **курение с полным осознанием**. Отметьте тот момент, когда вы решили выкурить сигарету. Осознайте, что именно вы сделали этот выбор. Ответьте себе на вопрос: почему вам хочется покурить именно сейчас (устали, нервничаете, ждете кого-то, скучно, заполняете паузу)? Медленно, очень медленно возьмите сигарету, мысленно фиксируя все телесные ощущения, которые возникают, когда вы вынимаете сигарету из пачки. Закройте глаза и проделайте то же самое вслепую. Какова сигарета на ощупь (шершавая, гладкая, теплая, холодная, мягкая, твердая и т.д.)?

Каково первое ощущение на губах, когда к ним прикасается сигарета? Какая она на вкус? Какой запах от нее исходит?

Теперь возьмите спички и зажигалку. Каковы ощущения в руках от них? Зажгите огонь. Посмотрите на него несколько секунд. Каковы ваши ощущения?

Медленно поднесите пламя к сигарете, также фиксируя все эти ощущения. Какой вкус у первой затяжки? Что вы чувствуете? Задерживаете ли дым во рту? Или выпускаете его? Или глубоко затягиваетесь? Какое участие в затяжке принимает ваш нос? Выдохните весь дым.

Теперь проделайте все это перед зеркалом, затем — с закрытыми глазами. Сравните свои ощущения. Если устали анализировать, затушите сигарету.

Ну как, подучили удовольствие от курения? Подавляющее большинство ответит: «Нет». Правильно, потому что вы сейчас курили *осознанно* и убедились, что ничего хорошего в самом процессе нет. Постарайтесь вот так осознанно курить три дня, не позволяя себе расслабиться.

Если вы не будете лукавить сами с собой, то на четвертый день ваша рука уже не потянется за сигаретой, а сперва спросит разрешения у вашего мозга, который теперь властвует над всеми желаниями подчиненных ему частей тела.

Как было сказано ранее, привычку к курению (но не сформировавшуюся химическую зависимость) можно преодолеть без особых трудностей, тем более если стаж курения небольшой. Но и в этом случае для получения положительных результатов целесообразно следовать некоторым рекомендациям, соблюдая тактику «малых шагов». Например:

- взяв сигарету, спрятать пачку подальше, чтобы ее последующий поиск был связан с физическими движениями;
- не сочетать курение с физической нагрузкой, например, при подъеме по лестнице;
- ограничивать, ежедневно сокращая, число сигарет, выкуриваемых в день;
- не спешить с приобретением сигарет, если они уже кончились.

Замечено, что наиболее трудно дается преодоление табачной зависимости творческим личностям. По мнению психологов, курение для интеллектуалов — это приятная психосоматическая игра, сопровождаемая не только красивыми жестами и веселыми анекдотами, но и содержательным обсуждением теоретических и практических проблем. Отсюда — ложная уверенность в том, что курение стимулирует умственную работу, что в процессе творческого транса, создаваемого при курении, рождаются самые интересные и смелые идеи.

Однако отрицательное действие комплекса отравляющих веществ дыма довольно быстро приводит интеллектуалов к пониманию истинной роли курения, способствующей не столько возникновению блестящих идей, сколько формированию диагнозов, угрожающих жизни. Здесь уж, как правило, требуется квалифицированная медицинская помощь, и прежде всего наркологическая.

Существует немало тестов, позволяющих определить степень зависимости от табака и дающих возможность решить дилемму: можно ли прекратить курение самостоятельно или лучше обратиться к специалистам, добившимся наибольших успехов в преодолении никотиномании.

Ниже приводится тест «Почему я курю?», разработанный А.Леоновым.

Проверьте, сможете ли вы бросить это занятие самостоятельно:

Вы можете дать пять разных вариантов ответа на вопросы теста:  
всегда (5 баллов);  
часто (4 бала);  
при случае (3 балла);  
изредка (2 балла);  
никогда (1 балл).

Итак, ваша самооценка.

1. Курю, чтобы снять усталость.
2. Даже взять в руки сигарету — для меня удовольствие.
3. Курение приятно потому, что я расслабляюсь.
4. Курение помогает справиться с приступами злости на что-либо или кого-либо.
5. Если сигарет нет под рукой, я не могу успокоиться, пока не куплю или не стрельну хотя бы одну.
6. Курю автоматически, не задумываясь.
7. Курение придает уверенности, если ситуация непонятная.
8. Самое большое удовольствие — момент прикуривания.
9. Курение выключает из напряженного ритма, уносит в мир тишины и покоя.
10. Закуриваю, когда выбит из колеи или плохо себя чувствую.
11. Четко выделяю минуты, когда не курю.
12. Закуриваю новую сигарету, когда старая еще не погасла.
13. Курю, чтобы улучшить настроение.
14. Приятен даже вид дымка от сигареты.
15. Закурить особенно приятно, когда чувствуешь удовлетворение и раскованность.
16. Обязательно надо закурить, если хочу избавиться хотя бы на время от неприятностей и забот.
17. В минуты, когда не курю, чувствую что-то похожее на голод.
18. Иногда держу во рту сигарету, но не помню, как закурил.

Не забыли проставить свои баллы против каждого вопроса?

Теперь от вас потребуются навыки арифметики, полученные еще в начальной школе.

**Сумма ответов на вопросы 1, 7 и 13** выявляет истинные причины, заставляющие вас курить.

**Сумма ответов 2, 8 и 14** показывает, насколько для нас важны манипуляции с сигаретой.

**Ответы 3, 9 и 15** в сумме дают оценку тому раскрепощению, которое вы получаете от курения.

**4, 10 и 16** — это показатель вашего внутреннего напряжения.

**Сумма ответов на вопросы 5, 11 и 17** отражает вашу психологическую зависимость от сигареты.

И наконец, **сумма ответов на вопросы 6, 12 и 18** характеризует силу привычки, так называемого рефлекса курения.

Если каждая из сумм баллов составляет 11 и выше — это показатели сильной зависимости от курения. Причем выше тот ее компонент, сумма баллов которого наивысшая. А это означает, что без помощи специалиста вам не справиться. Если же эти суммы не превышают 7 баллов, ваша зависимость вполне преодолима самостоятельно.

Целесообразно определить степень табачного плена, не откладывая.

Если проведенное тестирование показало, что курильщик (или курильщица) зависимы от никотина, то для определения степени этой зависимости можно воспользоваться уточняющим **тестом Фагерстрема**.

1. Когда курящий тянется за сигаретой, после того как проснется?

На протяжении 5 мин — 3 балла; от 6 до 30 мин — 2 балла; от 31 до 60 мин — 1 балл; более чем через 60 мин — 0 баллов.

2. Тяжело ли ему воздержаться от курения в тех местах, где оно запрещено?

Да — 1 балл; нет — 0 баллов.

3. От какой сигареты ему было бы тяжелее всего воздержаться?

От утренней — 1 балл; от последующей — 0 баллов.

4. Сколько сигарет в день он выкуривает? 10 или менее — 0 баллов; от 11 до 20 — 1 балл; от 21 до 30 — 2 балла; более 30 — 3 балла.

5. Когда он больше курит — утром или на протяжении дня?

Утром — 1 балл; на протяжении дня — 0 баллов.

6. Курит ли он во время болезни, когда он должен придерживаться постельного режима?

Да — 1 балл;

нет — 0 баллов.

Подсчитайте баллы, чтобы определить уровень никотиновой зависимости курильщика.

**0-3 балла** — низкий уровень зависимости. При решении прекратить курение основное внимание должно быть уделено психологическим факторам. Препараты замещения никотина стоит использовать только при явном желании курильщика делать это.

**4-5 баллов** — средний уровень зависимости. Использование препаратов замещения никотина желательно, но при нежелании курильщика их использовать не надо настаивать.

**6-10 баллов** — высокий уровень зависимости. Резкий отказ от курения может вызвать неприятные ощущения в организме. Справиться с этими

ощущениями помогут препараты замещения никотина, хотя не стоит полагаться исключительно на их действие.

Что же может предложить и чем помочь современная медицина человеку, решившему всерьез порвать с курением?

В арсенале врачебных средств направленного действия в настоящее время значатся: 1% раствор гидрохлорида лобелина; изготовленный на основе лобелина отечественный таблетированный препарат лобесил; отечественный таблетированный препарат анабазин гидрохлорид; болгарский таблетированный препарат «Табекс»; цитизин и др.

Применяют для лечения и препараты, вызывающие неприятные ощущения (отвращение) при вдыхании табачного дыма: раствор азотнокислого серебра (нитрат серебра), протаргол, колларгол, серноокислую медь (сульфат меди), жевательную резинку, содержащую нитрат серебра. Заслуживает внимания широко рекламируемый в последние годы отечественный натуральный препарат «Коррида плюс», получивший признание не только в России, но и за рубежом, так как не имеет противопоказаний. Добавка «плюс» в названии препарата обусловлена комплексом положительного воздействия этих таблеток на организм. Помогая избавиться от табачной зависимости без прибавления, в весе, психологических и физиологических перегрузок, «Коррида» способствует оздоровлению микрофлоры полости рта, профилактике пародонтоза и выведению из организма шлаков, токсинов, канцерогенов. Препарат вызывает стойкое отвращение к табачному дыму и устраняет нарушения, вызванные курением. Ереванским кондитерско-макаронным комбинатом налажен выпуск антиникотиновой жевательной резинки на основе гамибазина.

Гамибазин в виде резинки, по мнению испытавших на себе его действие, намного легче воспринимается как средство лечения по сравнению с другими антиникотиновыми препаратами, так как он не только приятнее обычных лекарств в таблетках и порошках, но, вероятно, и эффективнее их, поскольку одновременно выполняет роль соски-пустышки. Дело в том, что человеку свойственна от рождения такая особенность отвлечения. Дети вначале сосут пустышку, потом пальцы, в школе — кончик карандаша или ручки, а потом, повзрослев, — сигарету, трубку, мундштук. Иногда часами держат их во рту даже незажженными. Предложите курильщику заменить это «удовольствие» простым вдыханием табачного дыма — он ни за что не согласится. А сосание жевательной резинки хоть в какой-то мере восполняет потребность в отвлечении путем сосания сигареты. В некоторых городах Китая желающим покончить с курением предлагают вдыхать аромат духов, приготовленных из нескольких десятков целебных трав. Девять из десяти посетителей лечебницы теряют вкус к курению после трех получасовых сеансов.

Предлагаются и более простые средства борьбы с курением, например неоднократное в течение дня протирание зубов ватным тампоном, смоченном в зубном эликсире, полоскание рта раствором танина или отваром дубовой коры. Многим известен простой рецепт, предложенный болгарской целительницей и прорицательницей Вангой: отвар овса, ржи и проса в одинаковой пропорции (например, по 100 г каждого злака) рекомендуется принимать после суточной его выдержки в термосе по несколько раз в день.

Следует, однако, помнить, что в любом случае все рекомендуемые средства дают эффект лишь при твердом намерении бросить курить и требуют настойчивой последовательности и терпения от бывшего курильщика. Без этого их прием приведет в лучшем случае лишь к уменьшению числа выкуренных сигарет.

Особое место в числе медицинских антикурительных средств занимают препараты никотина, применяемые в никотиновой заместительной терапии (НЗТ). Известно, что основная трудность прекращения курения обусловлена синдромом отмены никотина, проявляющимся повышенной раздражительностью, беспокойством, чувством подавленности, ухудшением концентрации внимания, повышением аппетита и навязчивой тягой к сигаретам.

Многочисленные исследования показали, что применение никотиновой заместительной терапии в значительной мере снижает тяжесть отмены, облегчая тем самым расставание с курением.

В антикурительной терапии средства замещения никотина применяют в виде жевательной резинки, на кожного пластыря, аэрозоля для носа, таблеток и ингаляторов. Ни одна из этих форм не дает тех опасных концентраций никотина в крови, которые характерны для курящего. Уровень никотина в крови в случае использования НЗТ колеблется в пределах трети или половины его концентрации при курении сигарет. Но не менее важно, что в процессе никотиновой заместительной терапии человек не подвергается действию табачных смол, канцерогенного бензпирена, радиоактивных веществ и любых других интоксикантов табачного дыма.

Применение этого способа антикурительной терапии удваивает шансы на успех по сравнению с другими приемами, если удастся добиться полного воздержания от курения в течение первых 48 ч. Применение НЗТ противопоказано при прогрессирующих сердечных заболеваниях, а также при беременности.

Многим врачи рекомендуют сочетать медикаментозное лечение с психотерапевтическими приемами, которые включают гипноз и аутогенную тренировку.

Успешно применяется экспресс-метод лечения никотиномании, разработанный невропатологом И.В.Брайко. Пациенту, который сам (а это



обязательное условие) хочет избавиться от пристрастия к табаку, врач вводит иглы в акупунктурные точки ушной раковины. Иглы затем в течение 30-60 с подкручивают, пока у пациента не начнет гореть ухо. Сеанс прекращают, как только это ощущение проходит, — примерно через полчаса. Эффект такого лечения объясняется тем, что во время сеанса в организме образуются вещества, вызывающие отвращение к запаху табака. Никакой бессонницы или раздражительности у человека, бросившего курить, не возникает.

Человеку, твердо решившему отказаться от сигареты, надо знать факторы и условия, помогающие в борьбе с никотиноманией.

Итак, **первый фактор** — это психологическая готовность человека избавиться от пристрастия к табаку. Возникшее побуждение должно быть подкреплено связью с решением какой-либо жизненно важной проблемы. Для одного человека наиболее значительным будет тот вред, который курение наносит его здоровью, для другого — то, что табачный дым неприятен близкому человеку, для третьего — то, что расходы на табачные изделия ложатся бременем на семейный бюджет. Можно, например, сказать себе: «Я бросаю курить, так как не хочу, чтобы мои дети видели меня с сигаретой» или «Моим родителям дым вреден, я не хочу им сокращать жизнь».

Если удовольствию от курения человек не может противопоставить какие-либо значимые для него личностные отношения, моральные и интеллектуальные ценности, то любая попытка бросить курить будет только самообманом.

**Второй фактор** состоит в том, что прекращать курить надо сразу. Почувствовав готовность отказаться от табака, не медлите! Некоторые курильщики пытаются бросить курить, постепенно сокращая число выкуриваемых сигарет. Это бесполезно!

Бросать курение целесообразно одновременно со сменой привычной обстановки, например в связи с отъездом в командировку или началом отдыха в санатории (доме отдыха), в туристической поездке. В любом другом случае важно заранее наметить дату прекращения курения (например, день рождения или праздник) и не отодвигать намеченный срок.

**Третий фактор** касается тех людей, у которых прекращение курения связано с ощущением неудовлетворенности и какой-то пустоты. Это состояние врачи называют «синдромом, воздержания». У многих в этот момент наблюдается раздражительность, беспокойство, вялость, сонливость, усиление утреннего кашля, с особой силой тянет выкурить хотя бы одну сигарету. Чтобы противостоять позывам к курению, психологи рекомендуют выпить воды или сока, пожевать баранку, пососать леденец. Очень эффективны дыхательные упражнения: следует быстро вдохнуть и выдохнуть, затем глубоко вдохнуть и задержать дыхание на некоторое время. С наибольшим успехом отвleчься

и успокоить нервы можно, используя такие средства: выпив один-два глотка воды, расслабив мышцы, вдохнув запах цветов, сосредоточившись на каком-нибудь звуке, мелодии или выполнив несколько физических упражнений. Необходимо больше бывать на свежем воздухе, за городом, в лесу. Появившаяся в связи с прекращением курения способность воспринимать запахи трав, цветов, свежескошенного сена дает ни с чем не сравнимое наслаждение и помогает утвердиться в мысли об абсурдности возврата к сигарете.

И наконец, **четвертый фактор:** рецидиву курения способствуют алкогольные напитки, крепкий кофе и... настоятельно предлагаемая сигарета. Следует избегать этого.

Но самый осмысленный путь профилактики — никогда не пробовать курить табак!

## ОГЛАВЛЕНИЕ:

<b>Предисловие.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Пьянство и алкоголизм как медико-социальная проблема.....</b>	<b>4</b>
1.1. Алкоголь – наркотический яд.....	4
1.2. Действие алкоголя на организм человека.....	10
1.3. Алкоголизм в детском, юношеском и подростковом возрасте.....	16
1.4. Самоизбавление от алкоголизма.....	26
<b>2. Наркотики и наркомания .....</b>	<b>33</b>
2.1. Терминология наркотизма.....	33
2.2. Молодежь и наркотики.....	41
2.3. Способы самозащиты от наркомании.....	44
<b>3. Курение табака как наркотическое пристрастие.....</b>	<b>50</b>
3.1. Чем грозит нам пассивное курение.....	50
3.2. Мотивы, стимулирующие табакокурение.....	54
3.3. Как побороть никотиоманию.....	58
<b>Оглавление.....</b>	<b>66</b>

## Литература:

1. Пищаева М.В., Денисова С.В., Маслова В.Ю., Иванченко Ю.Н. Курить – здоровью вредить. – Арзамас: АГПИ, 2006. – 60 с.
2. Пищаева М.В., Денисова С.В., Маслова В.Ю., Иванченко Ю.Н. Педагогическая профилактика алкоголизма и наркомании. – Арзамас: АГПИ, 2006. – 68 с.
3. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи. – М: Академия, 2002. – 192 с.
4. Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков. – М: ВЛАДОС, 2003. – 144 с.
5. Здоровое поколение/ Сост. Н.И.Ниретин, А.И.Рыбаков, В.Ю.Маслова, М.В.Пищаева, С.В.Денисова, Л.А.Елисеева, Ю.Н.Иванченко, М.А.Коннов. - Арзамас: АГПИ, 2005.- 80 с.
6. Образование и здоровье/ Сост. Н.И.Ниретин, А.И.Рыбаков, В.Ю.Маслова, М.В.Пищаева, С.В.Денисова, М.А.Коннов. - Арзамас: АГПИ, 2007.– 76 с.
7. Коннов М.А, Денисова С.В., Маслова В.Ю. Антиникотиновая пропаганда среди студентов.// Адаптация учащихся всех ступеней образования в условиях современного образовательного процесса./Материалы всероссийской научно-практической конференции. Арзамас: АГПИ, 2006. – С.215-216.
8. Рыбаков А.И., Елисеева Л.А., Денисова С.В., Ниретин Н.И., Коннов М.А., Маслова В.Ю., Пищаева М.В., Иванченко Ю.Н. Профилактика девиантного поведения.//Проблемы и технологии профилактической работы с детьми «группы риска» в учреждениях образования./Материалы региональной научно-практической конференции. Арзамас: АГПИ, 2006. - С.120-123.

## Учебное издание КАК ОСТАТЬСЯ В ЖИВЫХ?

Учебно-методическое пособие для студентов педагогического института  
Ниретин Н.И., Троицкая И.Ю., Пищаева М.В.,  
Маслова В.Ю., Денисова С.В., Коннов М.А., Рыбаков А.И.  
В авторской редакции.

Лицензия ИД № 04436 от 03.04.2001. Подписано в печать 10.04.07.  
Формат 60х84х16. Усл.печ.листов 4,9. Тираж 100 экз. Заказ №

Издатель:  
Арзамасский государственный педагогический институт им.А.П.Гайдара  
607220, г.Арзамас Нижегородской обл., ул.К.Маркса  
Участок оперативной печати АГПИ  
607220, г.Арзамас, Нижегородской обл., ул. К.Маркса, 36