

Ответственность родителей

Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ

Статья 63. Права и обязанности родителей по воспитанию и образованию детей

1. Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей.

Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

Родители имеют преимущественное право на воспитание своих детей перед всеми другими лицами.

Статья 69. Лишение родительских прав

Родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они: уклоняются от выполнения обязанностей родителей, в том числе при злом уклонении от уплаты алиментов;

отказываются без уважительных причин взять своего ребенка из родильного дома (отделения) либо из иного лечебного учреждения, воспитательного учреждения, учреждения социальной защиты населения или из аналогичных организаций;

злоупотребляют своими родительскими правами;

жестоко обращаются с детьми, в том числе осуществляют физическое или психическое насилие над ними, покушаются на их половую неприкосновенность;

являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией;

совершили умышленное преступление против жизни или здоровья своих детей либо против жизни или здоровья супруга.

Статья 73. Ограничение родительских прав

1. Суд может с учетом интересов ребенка принять решение об отобрании ребенка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав (ограничении родительских прав).

2. Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и другие).

Ограничение родительских прав допускается также в случаях, если оставление ребенка с родителями (одним из них) вследствие их поведения является опасным для ребенка, но не установлены достаточные основания

для лишения родителей (одного из них) родительских прав. Если родители (один из них) не изменят своего поведения, орган опеки и попечительства по истечении шести месяцев после вынесения судом решения об ограничении родительских прав обязан предъявить иск о лишении родительских прав. В интересах ребенка орган опеки и попечительства вправе предъявить иск о лишении родителей (одного из них) родительских прав до истечения этого срока.

Статья 77. Отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью

1. При непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится. Немедленное отобрание ребенка производится органом опеки и попечительства на основании соответствующего акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.
2. При отобрании ребенка орган опеки и попечительства обязан незамедлительно уведомить прокурора, обеспечить временное устройство ребенка и в течение семи дней после вынесения органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации акта об отобрании ребенка обратиться в суд с иском о лишении родителей родительских прав или об ограничении их родительских прав.

Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. N 195-ФЗ

Статья 5.35. Неисполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних

1. Неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних - влечет предупреждение или наложение административного штрафа в размере от ста до пятисот рублей.

Статья 6.10. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе, спиртных напитков или одурманивающих веществ

1. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 6.18 настоящего Кодекса, -

влечет наложение административного штрафа в размере от ста до трехсот рублей.

2. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление спиртных напитков или одурманивающих веществ, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 6.18 настоящего Кодекса, -

влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей.

3. Те же действия, совершенные родителями или иными законными представителями несовершеннолетних, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 6.18 настоящего Кодекса, а также лицами, на которых возложены обязанности по обучению и воспитанию несовершеннолетних, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 6.18 настоящего Кодекса, -

влекут наложение административного штрафа в размере от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей.

Примечание. Под пивом и напитками, изготавливаемыми на его основе, в части 1 настоящей статьи, части 1 статьи 20.20 и статье 20.22 настоящего Кодекса следует понимать пиво с содержанием этилового спирта более 0,5 процента объема готовой продукции и изготавливаемые на основе пива напитки с указанным содержанием этилового спирта.

Статья 20.22. Появление в состоянии опьянения несовершеннолетних, а равно распитие ими пива и напитков, изготавливаемых на его основе, алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление ими наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах

Появление в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до шестнадцати лет, а равно распитие ими пива и напитков, изготавливаемых на его основе, алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление ими наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, иных одурманивающих веществ на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах - влечет наложение административного штрафа на родителей или иных законных представителей несовершеннолетних в размере от трехсот до пятисот рублей.

Уголовный кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. N 195-ФЗ

Статья 156. Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего

Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию

несовершеннолетнего родителем или иным лицом, на которое возложены эти обязанности, а равно педагогом или другим работником образовательного, воспитательного, лечебного либо иного учреждения, обязанного осуществлять надзор за несовершеннолетним, если это деяние соединено с жестоким обращением с несовершеннолетним, - наказывается штрафом в размере до ста тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до четырехсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового, либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

Для информирования студентов

Развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа и проблема внутривенного употребления наркотиков.

Выделяют 3 этапа развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в РФ

1987 – 1995 г.г. – заболевание распространялось преимущественно половым путем, с преобладанием гомосексуального пути передачи. Ежегодно регистрировалось не более 100 – 150 новых случаев заражения.

1996 – 2001 г.г. – росло число наркозависимых лиц молодого сексуально-активного возраста, что привело к росту числа ВИЧ-инфицированных в этой среде. 90% заражений ВИЧ было связано с употреблением инъекционных наркотиков. Пик заболеваемости отмечен в 2001 году, когда было выявлено 87 000 инфицированных ВИЧ.

С 2002 г. отмечается рост заражений при гетеросексуальных контактах.

Показатель пораженности вырос с 121 на 100 тысяч населения в 2001 году до 258 к концу 2006 года. Увеличивается доля инфицированных женщин фертильного возраста, что ведет к росту числа детей, рожденных с перинатальным контактом по ВИЧ.

Наркомания и ВИЧ-инфекция в России
(1995-2004 годы)

Результаты регрессионного анализа подтвердили наличие значимой связи между числом больных наркоманией и ВИЧ-инфицирования .

Получена количественная оценка связи для изучаемого 9-ти летнего периода по стране в целом.

При увеличении числа больных наркоманией на 10%, через 1 год увеличивается число ВИЧ-инфицированных на 30%, а число первые выявленных ВИЧ-инфицированных – на 31,6%.

При увеличении числа впервые выявленных больных наркоманией на 10% число ВИЧ-инфицированных увеличивалось через 2 года на 20 %, а число первичных ВИЧ-инфицированных – на 20,2%.

Следовательно, рост числа ВИЧ-инфицированных отстает от роста числа больных наркоманией на 1-2 года.

Зависимое поведение

стремление к уходу от реальности путем изменения психического состояния искусственным образом: при помощи приема каких-либо веществ (алкоголь, наркотики, транквилизаторы ...) либо осуществляя какой-либо вид деятельности, активности (азартные игры, коллекционирование, трудоголизм ...).

Виды зависимости:

Химическая

- Алкоголизм
- Наркомания
- Токсикомания
- Табакокурение

Нехимическая

- Игровая зависимость
- Пищевая зависимость (булимия, анорексия)
- Трудоголизм
- Зависимость от отношений
-

Факторы риска развития зависимости:

биологические,
психологические,
социальные

1. Биологические факторы:

отягощенная наследственность, особенно психическими и наркологическими заболеваниями;
поражения ЦНС, черепно-мозговые травмы;
нарушения психического развития, в т.ч. интеллектуальная недостаточность, задержки психического развития;
соматические заболевания, особенно хронические, или перенесённые в раннем детстве, нарушения детоксицирующей функции печени;
степень изначальной толерантности (например, индивидуальная

непереносимость, низкая или высокая устойчивость);
природа того вещества, которым злоупотребляют и его потенциал формирования зависимости (наркогенность).

2. Психологические факторы

связаны с личностными качествами.

Наиболее подвержены формированию аддиктивного поведения подростки эмоционально неустойчивые, с недостаточно развитой способностью к самоконтролю, рефлексии, эгоцентричные, с неадекватной самооценкой (как завышенной, так и заниженной), инфантильные, с неустойчивостью интересов, несформированностью механизмов совладания со стрессами, низкой толерантностью к эмоциональным нагрузкам.

Это обуславливает возникновение у них коммуникативных проблем, эмоциональной депривации, состояний психического дискомфорта, и, как следствие, потребности изменить свое психическое состояние.

Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению формируется постепенно, в процессе онтогенеза. Причина её возникновения (по мнению большинства авторов) неблагоприятная социальная ситуация развития ребенка.

В немалой мере формирование и проявление аддиктивного поведения у подростков зависит и от акцентуаций характера.

акцентуация характера – усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенному роду влияниям на психику (психотравмирующим ситуациям, нервно-психическим перегрузкам) при хорошей или повышенной устойчивости к другим.

Наиболее тесно связаны с употреблением ПАВ неустойчивый, гипертимный, эпилептоидный, возбудимый, истероидный типы акцентуаций характера у подростков.

Неустойчивый тип акцентуации характера

Характерны: неустойчивость мотивационно-потребностной сферы в сочетании с импульсивностью и вedomостью.

изменить свое настроение от отрицательного к положительному такие пациенты обычно стремятся с помощью чувственных наслаждений, а психоактивные вещества как раз и дают этот эффект в «чистом виде», без каких-либо духовных усилий и продуктивной деятельности с их стороны.

Гипертимная акцентуация

Общительные, самостоятельные, почти всегда в хорошем настроении, высоком жизненном тоне, бурно реагируют на мелочную опеку, плохо переносят дисциплину и регламентированный режим, в компаниях стремятся к фактическому лидерству.

Отличаются слабой устойчивостью к влиянию компании, любят выпить и

«побалдеть» в веселой компании. Не задумываясь, охотно принимают предложение попробовать наркотики. В этом случае они опять же удовлетворяют свою потребность в новых ощущениях, меняя состояние своего сознания уже с помощью ПАВ.

Эпилептоидная акцентуация

Замедленный темп психических процессов, торпидность, эмоциональная вязкость;

Люди рутинного склада с консервативными взглядами и принципами, привержены обычаям, традициям;

Склонность к тщательности и порядку;

В речи – шаблонные обороты, сравнения, шулки, уменьшительно-ласкательные обороты, многословие из-за любви к мелочным подробностям; Эмоциональные реакции отставлены, накапливают аффективное напряжение.

Во время взрыва не знают меры;

Бывают периоды мрачного, угрюмого, злобно-тоскливого настроения;

Не забывают обид, стараются добиться своего любыми путями.

Поскольку черты пациентов с эпилептоидной акцентуацией препятствует процессу социализации, они часто испытывают негативные переживания. Не умея адаптироваться к социальной среде, испытывая к тому же периодические приступы необъяснимого, непонятного им самим мрачного, подавленного настроения, ищут способ изменить свое психическое состояние, избавиться от отрицательных эмоций.

Если же эпилептоид начинает чем-то злоупотреблять, то влечение к данному веществу, будь то алкоголь или наркотик, пробуждается быстро и отличается значительной силой.

Истероидный тип акцентуации характера

характерно желание обратить на себя внимание, казаться необычным, особенным, интересным; которое побуждает человека к фантазированию.

Им нравится пить только в компаниях, поскольку для них важен сам ритуал выпивки, атмосфера застолья, где они чувствуют себя еще более оригинальными. В алкоголизирующей компании истероид стремится «всех перепить». В рассказах об употреблении наркотиков они бывают склонны преувеличивать, расписывать свою «наркотическую карьеру», говоря о пробах веществ, о которых только слышали или читали. Нередко потребление ПАВ носит демонстративный характер, при этом человек намеренно стремится в состоянии опьянения попасть в поле зрения родственников, педагогов, таким образом, добиваясь каких-либо своих целей.

Существует другая концепция влияния личностных факторов на формирование зависимости.

Она опирается на психодинамические теории развития личности.

Согласно ей предрасположение к зависимости кроется не в конкретном спектре акцентуаций характера и расстройств личности, а в отдельных «слабых звеньях» личностной структуры.

Психологические истоки патологического влечения к психоактивным веществам нередко берут начало в психических травмах детского возраста.

По мнению большинства представителей этого направления, основа аддиктивных расстройств – это прежде всего страдание.

Травматические переживания в младенчестве могут быть вызваны объективно тяжелыми, безусловно патогенными внешними ситуациями (ранним отделением от родителей, жестоким обращением, сексуальным насилием).

Однако, в большинстве случаев, психотравмирующее воздействие носит скрытый, неявный, «условно патогенный» характер.

Речь идет о неспособности ближайшего окружения, прежде всего матери, обеспечить ребенку атмосферу доверия, защищенности, положительного эмоционального резонанса. Ситуация эмоциональной депривации может скрываться за внешне вполне благополучной домашней обстановкой, в частности, за ситуацией гиперопеки и гиперпротекции.

В результате формируются психологические нарушения, прежде всего в области самосознания, эмоций и межличностного взаимодействия.

Расстройства самосознания представлены проблемами самооценки, самоуважения, низкой способностью к рефлексии и заботе о себе.

Самооценка крайне неустойчивая, отсутствует базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности. Постоянные метания от позиции малоценности к идеям «всемогущества». Самооценка слабо аргументируется реальными фактами, зависит от сиюминутного положения «здесь и сейчас».

Ретроспективная самооценка не соответствует перспективной. Например, человек преподносит свое прошлое в самоуничижительных красках, дает неопределенную оценку себе в настоящем, превозносит себя в будущем, рисуя необоснованную радужную картинку предстоящей метаморфозы: высокая репутация, уважение окружающих и т.п.

В сфере эмоций

у больных с зависимостью от алкоголя выделяют феномен алекситимии.

Алекситимия – неспособность идентифицировать, дифференцировать и вербализировать свои чувства, связанная с дефицитом опыта переживания и выражения аффекта.

Так, отвечая на вопрос о своем состоянии, они либо не могут признать наличие актуальных переживаний вообще (сказать, как себя чувствуют, что

их беспокоит), либо не могут отличить, например, тревогу от тоски, печаль от гнева и т.д.

Весьма типична склонность к соматизации аффекта.

В области межличностных взаимодействий

аддиктов отличает тенденция к формированию сверхценных отношений со значимыми близкими, получившая в наркологической литературе определение «созависимость».

3. Социальные факторы.

Макросоциальные

- особенности функционирования общества

Микросоциальные

- условия жизни человека в различных социальных общностях

Макросоциальные факторы.

А) Традиции общества, связанные с потреблением ПАВ.

В отношении употребления алкоголя выделяют 4 формы культур:

- абстинентные культуры – запрет на любые формы употребления;
- амбивалентные культуры – конфликт между существующими ценностями и алкоголем;
- перmissive культуры – употребление алкоголя разрешается, но пьянство и патологические явления, связанные с потреблением алкоголя, отклоняются;
- перmissive культуры, допускающие нарушение функции; приемлемы не только «нормальное» употребление алкоголя, но также и алкогольные эксцессы (некоторые скандинавские и восточно-европейские страны, в том числе Россия).

Б) Кризис системы ценностей и культурных норм.

В) Доступность некоторых психоактивных веществ.

Г) «Мода» на потребление ПАВ.

Микросоциальные факторы.

А) Наличие в ближайшем окружении ребенка лиц, потребляющих алкоголь (родители, сверстники и др.).

Б) Нарушение школьной адаптации. Девиация поведения (пропуски занятий, плохая дисциплина в школе). Юношеская делинквентность.

В) Микроклимат в семье, условия воспитания ребенка:

- отсутствие эмоциональной сплоченности и привязанности между членами семьи, постоянная конфликтность взаимоотношений;
- нарушение уклада жизни семьи, несоблюдение традиций и ритуалов (например, время сбора семьи за обеденным столом, способы проведения досуга, совместное посещение родственников в дни праздников и др.);

- терпимое отношение родителей к употреблению алкоголя (и других ПАВ) детьми и к девиантному поведению.

Аддиктивное поведение:

Addiction – в переводе с английского – пагубная привычка, пристрастие к чему-либо, порочная склонность.

Аддиктивным поведением называют злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние (алкоголем, наркотиками), до момента, когда от них сформировалась физическая и индивидуальная психическая зависимость.

Описано два пути развития аддиктивного поведения

Первый путь – полисубстантное аддиктивное поведение. Подростки пробуют на себе действие различных токсических веществ, среди которых постепенно может быть выбрано наиболее привлекательное. Но злоупотребление может оборваться и до такого выбора.

Второй путь – моносубстантное аддиктивное поведение. Подростки злоупотребляют только одним веществом.

Этапы развития аддиктивного поведения.

Этап первых проб

Этап поискового «полинаркотизма»

Этап выбора предпочитаемого вещества

Этап групповой психической зависимости

Разделение отдельных этапов развития аддиктивного поведения является схематичным. Далеко не все этапы четко вырисовываются в каждом отдельном случае.

Этап первых проб служит началом аддиктивного поведения.

Впервые пробуете какое-либо средство, чаще всего в компании или под влиянием приятеля. Затем может последовать отказ от злоупотребления или повторение, нередко со все большей частотой или в определенном ритме.

Причиной отказа могут быть неприятные ощущения, вызванные интоксикацией или страх пристраститься к данному веществу, или угроза суровых наказаний.

Этап поискового «полинаркотизма» наступает именно тогда, когда за первыми пробами следуют повторные. Попеременно употребляются то алкоголь, то различные токсические вещества, включая доступные наркотики. Обычно это происходит в компаниях.

Психоактивные вещества употребляются «для веселья». Предпочитается то средство, которое облегчает бездумную коммуникацию.

За пределами своей компании ни алкоголь, ни иные токсические вещества не употребляются.

Этап выбора предпочитаемого вещества завершает поиски. Подросток

останавливается на одном из нескольких веществ и предпочитает его. Но зависимости от предпочитаемого вещества нет.

На данном этапе выявляется гедонистическая установка – желание получить определенные приятные ощущения.

Этап групповой психической зависимости. Потребность в употреблении алкоголя (или иного токсического вещества) возникает немедленно, как только собирается «своя» компания, за пределами этой компании влечения еще не возникает.

Индивидуальная психическая зависимость как первый признак хронического заболевания еще отсутствует.

Второй путь – моносубтактное аддиктивное поведение.

С самого начала до формирования зависимости подросток злоупотребляет только одним веществом. Чаще всего это относится к алкоголю. От первых случайных проб переходят к эпизодическому злоупотреблению.

В дальнейшем другие вещества используются изредка как заменители избранного для злоупотребления средства или для усиления его действия. Большое значение, которое придается выявлению, лечению и профилактике наркоманий, определяется следующими причинами:

1. Высокая смертность больных наркоманиями.
2. Выраженные медицинские последствия злоупотребления наркотическими средствами или другими ПАВ.
3. Социальная "заразность" наркоманий.
4. Высокая криминогенность больных наркоманиями

Наркотики – это вещества, которые

во-первых, оказывают специфическое действие на центральную нервную систему (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и др;

во-вторых, немедицинское применение этих веществ приобретает масштабы, имеющие социальную значимость;

в-третьих, они включены в специальный законодательно регламентированный список наркотиков, т.е. законом признаны наркотическими.

Эйфория

субъективный положительный эффект от действия употребляемого вещества.

позитивная эйфория – состояние, возникающее на начальных этапах развития наркомании и характеризующееся подъемом настроения, ощущением комфорта, блаженства;

негативная эйфория – она наблюдается у наркоманов с длительным стажем употребления наркотиков, положительно окрашенных эмоций не возникает, наркотики лишь снимают субъективно тягостные ощущения и устраняют явления дискомфорта.

Клиника наркоманий представлена тремя основными синдромами:

Психическая зависимость.

Физическая зависимость.

Толерантность.

Психическая зависимость

это болезненное стремление непрерывно или периодически принимать наркотический препарат с тем, чтобы испытать определенные желаемые ощущения либо снять явления психического дискомфорта.

Физическая зависимость

это состояние перестройки всей функциональной деятельности организма в ответ на хроническое употребление. Проявляется выраженными физическими и психическими нарушениями, когда прием наркотика прекращается.

«Сухая» абстиненция

вне приема наркотиков через несколько недель или даже месяцев после прекращения наркотизации у больных опийной наркоманией появляется симптоматика, характерная для острого абстинентного синдрома

Изменение толерантности -

состояние адаптации к наркотическим или другим одурманивающим веществам, характеризующееся уменьшенной реакцией на введение того же самого количества наркотика. Для достижения прежнего эффекта требуется более высокая доза вещества.

рост толерантности;

плато толерантности;

снижение толерантности .

Этап эпизодического приема психоактивных веществ

Определенного ритма наркотизации в этот период нет.

Нет роста толерантности.

Психическая зависимость может формироваться по прошествии определенного промежутка времени после начала эпизодического приема наркотиков, а в ряде случаев она формируется уже после первых проб и способствует продолжению наркотизации.

Начальная (1-ая) стадия наркомании.

вырабатывается четкий ритм наркотизации;

наркотики начинают употреблять регулярно;

растет толерантность;

физическая зависимость еще не сформирована.

Развернутая (2-я) стадия наркомании

толерантность растет, достигает максимальных пределов, наблюдается плато толерантности.

формируется физическая зависимость;
Позитивная эйфория меняется на негативную.
Конечная (3-я) стадия наркомании
длительная наркотизация;
больные не переносят прежних высоких доз наркотика. Толерантность снижается;
эйфории как таковой нет. Введение наркотика только поддерживает организм в более или менее комфортном состоянии;
Изменяется характер абстинентного синдрома. В наибольшей степени выражены сомато-неврологические расстройства.
Био-психо-социо-духовная модель зависимости.
Биологический аспект зависимости.
Психический аспект зависимости.
Социальный аспект зависимости.
Духовный аспект зависимости.
Биологический аспект зависимости.
Наркотики включаются в обменные процессы в организме - формируется физическая зависимость. Длительное отравление организма наркотиками приводит к тому, что у зависимого человека не может нормально функционировать ни один орган или система.
Психический аспект зависимости.
эмоциональная опустошенность;
падение активности и энергетического потенциала;
вытеснение обычных стремлений и потребностей тягой к наркотику;
снижение интеллекта; ухудшение памяти и снижение продуктивности умственной деятельности;
тревога и депрессия, раздражительность;
вспышки злобы и агрессии;
сужается круг интересов, снижается стремление узнать что-то новое;
исчезает желание что-либо делать;
повышенная утомляемость.
Социальный аспект зависимости.
Происходит постепенное разрушение социальных связей и снижение их значимости.
Зависимый человек перестает быть частью общества.
Духовный аспект зависимости.
зависимый человек теряет нравственный стержень.
Острые интоксикации (опьянения), вызванные употреблением психоактивных веществ. Ранние признаки употребления.
Опийная группа

Признаки интоксикации

«Приход» длится до 5 мин., ощущается только новичками, возникает через 10-30 сек. после в/в введения наркотика – чувство тепла в области поясницы и живота, поднимающееся вверх. Сопровождается кожными ощущениями легкого поглаживания. Лицо краснеет, зрачки суживаются, появляется сухость во рту, голова легкая, чувство радости, прозрения.

Затем -благодушная истома, ленивое удовольствие, добродушное, покладистое, предупредительное поведение. В руках и ногах чувство приятной тяжести, тепла, медленная «растянутая речь», часто «отстает» от темы и направления разговора, человек будто находится в задумчивости, стремится к уединению в тишине, темноте, несмотря на время суток.

Координация движений не нарушена. Кожные покровы бледные, сухие, иногда кожный зуд.

Затем – сон 2-3 часа, головная боль, беспокойство, тревога, головокружение, мелкий тремор, у начинающих потребителей может быть рвота.

При употреблении самодельно приготовленных препаратов может наблюдаться психомоторное возбуждение, напоминающее алкогольное, от одежды исходит характерный «химический» запах.

Опийная группа

Признаки абстиненции

Интенсивное влечение к наркотику. Лицо бледное с землистым оттенком, темные круги вокруг глаз. Насморк, чихание, зевота, слезотечение, боли в животе, тошнота, рвота, понос. Озноб, сменяющийся жаром. Ломящие, тянущие боли в суставах, мышцах рук, ног, поясницы, спины, из-за которых больные не находят себе места. Бессонница. Нет аппетита. Зрачки расширены. Настроение тоскливо-злобное. Больные раздражительны, агрессивны.

Абстиненция без лечения длится до 10-12 дней.

Опийная группа

Признаки длительного употребления

Потребитель истощен. Кожа бледная, морщинистая. Выглядит намного старше своих лет. Могут разрушаться зубы. Ногти и волосы тусклые, ломкие. Множество проколов в области вен, «дорожки».

Угасание половой функции.

Часты нарывы на коже и во внутренних органах, сепсис, поражение печени и сердца.

Потерян интерес к окружающему миру. Ухудшается память, повышается утомляемость, сужается круг интересов.

Высокий риск заражения ВИЧ, вирусными гепатитами из-за использования общих шприцев.

Велика опасность передозировки с тяжелыми последствиями, возможно, со смертельным исходом.

Группа каннабиса Признаки интоксикации

Опьяняющий эффект марихуаны может зависеть от личностных особенностей и ситуации. Опьянение в группе характеризуется заразительностью эмоций, которые распространяются с одного члена группы на всех остальных. Наблюдаются неудержимые приступы смеха по незначительному поводу, но возможны и острые приступы страха с попыткой бежать. Если опьянена группа людей, то смех или страх охватывает мгновенно всех в одинаковой степени.

Опьяневший благодушен, легкомыслен в своих поступках. У него меняется восприятие времени, пространства, цветов, интенсивности и характера звуков, собственного тела. Движения плохо координированы. Зрачки расширены, покраснение лица, век, блеск глаз, гиперемия склер, сухость во рту. Речь «заплетающаяся».

По выходу из состояния интоксикации - повышенный аппетит - «бомбят» холодильник. В дальнейшем отмечаются усталость, повышенная сонливость.

Группа каннабиса Признаки абстиненции

Раздражительность, беспокойство, дисфория, потеря аппетита, бессонница, вялость, слабость, озноб и тремор (дрожание) во всем теле.

Нарастает мышечное напряжение, повышается АД, учащается пульс.

Появляется тяжесть и давление в груди, боль и сжатие в сердце, чувство сжатия и сдавливания головы. На коже и под кожей ощущение жжения, покалывания, подергивания.

Больной правильно оценивает причину возникающих нарушений.

Влечение к наркотику достигает максимальной интенсивности, больные подавлены, плаксивы, депрессия.

На 3-5 сутки лишения наркотика возможно развитие абстинентного психоза.

Продолжительность - до 4-5 дней.

Группа каннабиса

Признаки длительного употребления

Потребитель легко утомляется, раздражителен.

Частые инфекции дыхательных путей. Может развиваться рак легких.

В некоторых случаях наблюдаются: нарушение настроения (депрессия, чувство тревоги), ухудшение памяти, апатия, бедность суждений, недостаток инициативы.

Возможны гашишные психозы.

Снижение либидо, импотенция.

Возникают поведенческие нарушения с антисоциальными поступками, утрачиваются морально-этические установки.

Часто - переход на более сильные наркотики

Психостимуляторы

Признаки интоксикации

Пациент ощущает озарение, возникает ощущение легкости и полета.

С поверхности кожи, от мышц, внутренних органов воспринимаются разнообразные приятные ощущения (волны тепла и блаженства).

Опьяневший суетлив, многоречив, возбужден. Состояние повышенной активности, настроение приподнятое.

Опьяневший ощущает необычайную легкость в теле, ему кажется, что мышление становится четким и ясным.

Аппетит снижен, человек может не спать несколько суток, затем утомляется и долго спит. Бледное лицо, расширение зрачков. Сухость во рту (постоянно облизывают губы). Сексуальное возбуждение.

На выходе – раздражительность, желание остаться одному, опустошенность, сонливость без перехода в сон, боль в затылке, озноб.

Психостимуляторы

Признаки абстиненции

Интенсивное влечение к наркотику. Общая резкая физическая слабость, разбитость, вялость. Головная боль (половины головы). Кожные покровы сальные. Тики на лице.

В первые часы абстиненции - раздражительность, вспыльчивость, грубость. Нарастает тревога, внутреннее напряжение. Настроение снижено. Больные злобны, беспокойны.

Через несколько часов эти проявления ослабевают. Жизнь представляется бессмысленной и ненужной.

На пике абстиненции возможны попытки самоубийства.

Зевота, озноб, потливость, сердцебиения и боли в сердце, ощущение разбитости в мышцах.

Возможно развитие психоза с обильными зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями, двигательным возбуждением, состоянием страха, ужаса, идеями преследования, физического уничтожения.

Психостимуляторы

Признаки длительного употребления

Потребитель крайне неряшлив, неопрятен, выглядит старше своих лет. Глаза - запавшие с нездоровым блеском. На коже гнойнички, по ходу вен - множественные следы инъекций, как будто напоказ (из-за циклического употребления потребитель стимуляторов меньше, чем опиоидный наркоман контролирует себя при введении наркотика).

Употребление наркотика идет циклически - чередование своеобразных «запоев» с полным прекращением. Периоды интенсивного употребления

эфедрона (2-3-5-7 суток) сопровождаются отсутствием аппетита, бессонницей, общим физическим истощением, потерей веса.

Затем следует перерыв в употреблении, во время которого - сонливость, апатия, пониженное настроение, резь в глазах, тошнота, головокружение. Снижение либидо. Могут быть нарушения в работе сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, а также характерные для внутривенных потребителей наркотиков заболевания вен, сепсис, инфекции, передающиеся через грязные шприцы и иглы (ВИЧ, сифилис, гепатиты).

Депрессия, высокий риск суицидальных попыток.

Деградация, опустошение психической сферы, больные бездеятельны, грубы, эгоистичны.

Группа седативно-снотворных препаратов. Признаки интоксикации.

Опьянение развивается при употреблении доз, превышающих лечебные.

При в/в введении мгновенное оглушение, в глазах темнеет, возникают видения светящихся точек, кругов, эти ощущения воспринимаются положительно, хочется их повторить. Резкая мышечная слабость. Внешне напоминает алкогольное опьянение: нарушение координации движений, шаткая походка, невнятная речь. Зрачки расширены, пульс редкий, АД снижено.

Настроение от веселого до безразличного, или агрессивного, причем меняется внезапно. Опьяневший расторможен, болтлив, назойлив, внимание неустойчиво, в разговоре перескакивает с одной темы на другую, берется за несколько дел сразу и не заканчивает их.

События до и в период опьянения забывает. Выход из опьянения через сон.

При пробуждении – слабость, головная боль, может быть тошнота, рвота.

Жажда, выпитый стакан горячей воды часто вызывает чувство опьянения.

Группа седативно-снотворных препаратов. Признаки абстиненции.

При отмене абстиненция развивается в тот же день и достигает своего пика через 2-3 дня.

Пациент беспокоен, не находит себе места. Настроение злобное, депрессивное, могут быть вспышки ярости.

Отмечается дрожание рук, головокружение, бессонница, головная боль, боли в мышцах, снижение аппетита, озноб, зевота, проливной пот, бледность кожи, мышечная слабость. Непереносимость шума, света. Боли в желудке, рвота, понос.

На пике абстиненции могут быть приступы панического страха, судорожные припадки (у 75% пациентов). Это состояние опасно для жизни.

Возможно развитие абстинентного психоза.

Группа седативно-снотворных препаратов. Признаки длительного употребления.

При хронической интоксикации развиваются нарушения движений, речи. Кожные покровы бледные, сальные, на языке - грязно-коричневый налет. Часто и подолгу спят днем (критерий зависимости - их невозможно разбудить). Потребитель заторможен, взгляд «тупой», внимание рассеяно, быстро снижается память и интеллект; настроение злобно-тоскливое. Они частые пациенты психиатрических больниц, т. к. зависимость от препаратов ведет к развитию судорожных припадков, депрессии и самоубийствам.

Галлюциногены

Признаки интоксикации

Поведение лиц при интоксикации зависит от содержания галлюцинаций и других расстройств. Это может быть пассивное созерцание с относительной критикой, когда имеется сознание того, что психические нарушения связаны с приемом препарата.

При более глубокой интоксикации критика отсутствует, поведение становится неправильным, могут наблюдаться ауто-агрессивные или агрессивные действия. Развиваются психозы.

Бредовая интерпретация галлюцинаторных переживаний может сохраняться и после прекращения галлюцинаций.

Сложный эмоциональный статус: хаотическая смесь эйфории и страха, ужаса, гнева, злости.

По выходу из интоксикации - тяжелое депрессивное состояние, чаще всего с двигательным возбуждением, нередко с суицидальными тенденциями.

Продолжительность депрессии — от 1 сут до 1 нед. Если депрессия затягивается или ее клиническая картина усложняется, нельзя исключить наличие спровоцированного приступа галлюциногеном шизоаффективного психоза.

Галлюциногены

Признаки абстиненции

Выраженное влечение к наркотику.

Беспокойство, тревога, снижение настроения, неусидчивость, тремор, повышение мышечного тонуса, болезненные ощущения в мышцах и суставах, тошнота, потливость (при употреблении циклодола)

Галлюциногены

Признаки длительного употребления

выраженное снижение интеллекта и памяти (циклодол);

провоцируют развитие эндогенных психозов (ЛСД);

последствиями употребления ЛСД могут быть хромосомные нарушения, лейкопения.

В настоящее время специализированная наркологическая помощь населению оказывается на основании следующих законодательных актов:

«ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН» от 22.07.1993 г. № 5487–1,

Закон РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» от 02.07.1992 г. №3185-1,

приказ МЗ СССР от 12.09.1988 г. N 704 «О СРОКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, НАРКОМАНИЯМИ И ТОКСИКОМАНИЯМИ»,

приказ МЗ РФ «ОБ АНОНИМНОМ ЛЕЧЕНИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ)» от 23.08.1999 г. № 327.

Основные принципы оказания наркологической помощи:

добровольность;

сохранение врачебной тайны;

возможность получения помощи анонимно.

Основные принципы оказания наркологической помощи:

добровольность;

сохранение врачебной тайны;

возможность получения помощи анонимно.

Социальная аутич-работа

метод взаимодействия с закрытыми группами ПИН, контакт с которыми через существующие службы здравоохранения затруднен.

Цель аутич-работы

обеспечение как можно более широкого доступа к закрытым группам ПИН, установление доверительных отношений для эффективного проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и других заболеваний среди ПИН с их максимальным охватом.

Задачи аутич-работы:

поиск, установление и поддержание контактов с ПИН;

сбор информации о практиках опасного поведения ПИН и факторах, которые на него влияют;

информирование и обучение ПИН практикам менее опасного поведения;

привлечение ПИН к СПОШ/МПОШ, к тестированию на ВИЧ и НППП;

программе медико-социальной специализированной помощи ПИН;

обмен шприцев, распространение профилактической литературы,

презервативов и других средств защиты;

помощь врачам-специалистам в обеспечении доступа к ПИН;

проведение информационной работы по предотвращению распространения инфекционных заболеваний среди ближайшего окружения ПИН, не

употребляющего наркотики.

Дополнительные задачи аутрич-работы

(ставятся в зависимости от уровня профессиональной подготовки и стажа аутрич-работников):

организация и управление работой добровольцев;

забор крови и другого материала для тестирования (например, мокроты для исследования на туберкулез);

проведение до- и послетестового консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции;

социальное сопровождение клиентов;

поддержка приверженности клиентов к терапевтическим программам (АРВТ, химиопрофилактика/лечение туберкулеза);

анкетирование ПИН при проведении социологических исследований;

проведение тренингов для ПИН.

Место проведения аутрич-работы

это частные квартиры, улицы, подъезды домов, а также определенные отделения больниц, куда наиболее часто попадают ПИН.

Руководство аутрич-работниками:

Руководство аутрич-работниками осуществляет координатор подразделения ПСВ или менеджер аутрич.

- Координатор (менеджер аутрич) ежедневно ставит перед аутрич-работниками конкретные задачи, которые они должны выполнить в каждом месте работы, и контролирует их выполнение путем подробного ежедневного обсуждения событий.

- Периодически координатор (менеджер аутрич) посещает места аутрич-работы, осуществляя обратную связь с ПИН.

Распорядок трудового дня аутрич-работника:

- Аутрич-работник приходит в СПОШ к началу рабочего дня и повторно, после работы, но не позднее 1,5 часов до конца своего рабочего времени.

- В начале рабочего дня аутрич-работник получает необходимые для работы материалы. Совместно с координатором (менеджером аутрич) уточняется его рабочее задание на день (место работы, что необходимо сделать в течение дня).

- После выполнения задания аутрич-работник возвращается на СПОШ, сдает собранные использованные шприцы, заполняет необходимую документацию, отчитывается перед координатором (менеджером аутрич), обсуждает план работы на следующий день с координатором (менеджером аутрич).

- Перемещение аутрич-работника по городу происходит на общественном транспорте. Проездные билеты сохраняются и сдаются координатору (менеджеру аутрич).

Преимущества аутрич-работы:

- возможность охвата большого числа ПИН за счет самостоятельного выхода на скрытые группы ПИН;
- получение информации о рискованных практиках поведения и условиях жизни ПИН непосредственно в местах их сбора и проживания, что позволяет адаптировать профилактическую работу к конкретным местным условиям;
- возможность самостоятельно поддерживать контакт с наиболее закрытыми группами ПИН;
- работа с сетями ПИН и влияние на групповые нормы поведения;
- установление контактов с ближайшим окружением ПИН, не употребляющим наркотики (сексуальные партнеры, близкие), с целью вторичной профилактики инфекционных заболеваний среди них и подключения к сотрудничеству.

Ограничения аутрич-работы:

- трудность администрирования;
- нарастание числа клиентов, в связи с чем нарушается своевременное предоставления им инъекционного инструментария;
- потеря связи с клиентами при отсутствии закрепленного аутрич- работника;
- транспортные расходы.

Оснащение аутрич-работника:

- сумка;
- удостоверение сотрудника и ксерокопия паспорта;
- достаточное количество профилактических материалов; стерильные шприцы разного объема, иглы разком длины и диаметра, презервативы, спиртовые салфетки и т.д.;
- профилактическая литература и информационные карточки для клиентов, направления в медико-социальные службы;
- карточки участника ПСВ для клиентов;
- непрокалываемые контейнеры для сбора использованных шприцев;
- бланки для мониторинга;
- блокнот и ручка для записей;
- телефонная карта или мобильный телефон;
- номер телефона координатора / менеджера аутрич подразделения;
- аптечка для оказания помощи при аварийных ситуациях.

Правила аутрич-работы:

- работа сотрудников парами;
- иметь при себе удостоверение сотрудника и ксерокопию паспорта;
- иметь при себе телефонную карту либо, по возможности, - мобильный телефон;
- работать только на территории, на которой в это время аутрич- работник

должен работать по плану, принятому совместно с координатором (менеджером аутрич);

- ежедневно в условленное время являться на собрания подразделения; в исключительных случаях, при возникновении непредвиденных обстоятельств, когда аутрич-работник не может явиться на собрание, он обязан известить об этом координатора (менеджера аутрич) по телефону;
- ежедневно сдавать собранные использованные шприцы на СПОШ;
- избегать опасных ситуаций;
- в случае, когда ситуация потенциально опасна или выходит из - под контроля, — немедленно покинуть место проведения работы, известить о произошедшем координатора (менеджера аутрич);
- если ситуация требует вмешательства милиции - вызвать милицию, после чего немедленно поставить координатора (менеджера аутрич) в известность о произошедшем;
- никогда не вступать в неформальные отношения с клиентами, не связанные с целями и задачами работы (одалживание денег, покупка, продажа вещей, сексуальные контакты и др.);
- соблюдать правила сохранения конфиденциальной информации о клиентах.

Трудности и пути их преодоления.

частая смена членов аутрич-команды. Для того чтобы этот фактор не влиял на качество аутрич-работы, необходимо проведение постоянной тренинговой подготовки ПИН, посещающих стационарный пункт доверия.

Модели аутрич-работы

Модель лидеров из среды ПИН;

Модель наставников-сверстников сети ПИН;

Модель наставников-сверстников (или модель рекрутирования);

Модель супервизоров, лидеров группы, аутрич-работников, наставников-сверстников.

Этапы внедрения 4-й модели - «Супервизоры, лидеры группы, аутрич-работники, наставники-сверстники»

Первый этап. Подбор аутрич-работников.

Второй этап. Обучение аутрич-работников.

Третий этап. Аутрич-работа.

Четвертый этап. Супервизия аутрич-работы.

Один раз в месяц проводится обсуждение по следующей схеме:

О чем аутрич-работник разговаривал с потребителями?

Какие вопросы потребители задавали аутрич-работнику?

На какие вопросы потребителей аутрич-работнику трудно было ответить?

С какими проблемами аутрич-работник столкнулся за этот период?

По каким вопросам аутрич-работнику нужна дополнительная информация?

Наблюдения/новая информация.

Успехи аутич-работы.

Что нравится и не нравится в аутич-работе?

Характерные социальные деформации ближайшего окружения ПИН.

Больной, страдающий зависимостью от ПАВ, редко живет один, в изоляции.

Болезненная зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. Члены семьи обнаруживают расстройства, обозначаемые термином «созависимость».

Сравнение функциональных и дисфункциональных семей.

Дисфункциональные семьи

1. Негибкость ролей, функции ригидны.
2. Правила негуманны, им невозможно следовать.
3. Границы отсутствуют, либо ригидны.
4. Коммуникации не прямые и скрытые.
5. Чувства не ценятся, запрет на выражение некоторых чувств
6. Поощряется либо бунтарство, либо зависимость и покорность.
7. Индивиды не способны разрешать конфликты. Воспитание в дисфункциональной семье формирует те психологические особенности, которые составляют «почву» зависимости

Функциональные семьи

1. Гибкость ролей, взаимозаменяемость функций.
2. Правила гуманны и способствуют гармонии в отношениях, поощряется честность.
3. Границы личности признаются и уважаются.
4. Коммуникации прямые.
5. Чувства открытые.
6. Свобода высказывать свое мнение. Поощряются рост и независимость.
7. Индивиды способны видеть и разрешать конфликты

Основные характеристики созависимости

1. Низкая самооценка.
2. Комппульсивное желание контролировать жизнь других.
3. Желание заботиться о других, спасать других.
4. Чувства: страх, тревога, стыд, вина, затянувшееся отчаяние, паника, гнев, ненависть, негодование, ярость.
5. Отрицание.
6. Болезни, вызванные стрессом.
7. Поражение духовной сферы.

Защита от синдрома профессионального выгорания при аутич-работе с ПИН.

Синдром сгорания — это острое кризисное состояние, характеризующееся

душевной и физической усталостью, утратой веры в себя и, как следствие, невозможностью предоставлять клиентам эффективную помощь. Это эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки.

Проявление синдрома сгорания:

проявления депрессии и тревоги - упадническое настроение, чувство безнадежности, бессмысленности своей работы, апатия, оскудение репертуара рабочих действий, желание оставить работу, нарастающие признаки цинизма;

проявления астении - эмоциональное и физическое истощение, бессонница, раздражительность, усталость, утомляемость, отсутствие аппетита;

аддиктивное поведение - злоупотребление чаем, кофе, табаком, алкоголем, наркотиками, а также переедание или голодание, азартное поведение, работоголизм и т.п.;

признаки нарушения самосознания - чувство вины, негативная я- концепция, негативное отношение к пациентам и самой работе при усиливающемся самообвинении и снижении самооценки.

Фазы эмоционального выгорания:

Первая фаза - "напряжения" включает в себя симптомы "переживания психотравмирующих обстоятельств", "неудовлетворенность собой", начальные признаки тревоги и депрессии.

Вторая фаза - "резистенции", фаза попыток более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений. Это:

«неадекватное избирательное эмоциональное реагирование»;

«эмоционально-нравственная дезориентация»;

«расширение сферы экономии эмоции» ;

симптом «редукции профессиональных обязанностей».

Третья фаза - "истощения"

характеризуется более или менее

выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы.

Эмоциональная защита в форме "выгорания" становится неотъемлемым атрибутом личности. Здесь отмечают симптомы:

- "эмоционального дефицита" ,

- "эмоциональной отстраненности",

- "личностной отстраненности",

- "психосоматических и психовегетативных нарушений».

Профилактика синдрома сгорания – основные подходы:

Участие в группах эмоционального отреагирования;

Освоение коммуникативных навыков;

Обучение вопросам самопрофилактики;

Организационный подход - представляет собой психогигиеническую и психопрофилактическую организацию труда специалистов;

Индивидуально-личностный подход;

Ролевой фактор.

Программы снижения вреда.

«Иерархия риска»:

- прекратите или никогда не начинайте потребление наркотиков;
- если Вы употребляете наркотики, потребляйте их любым способом, но только не внутривенно;
- если Вы продолжаете делать внутривенные инъекции, не делитесь своими иглами, посудой для приготовления/ложками или фильтрами с другими потребителями наркотиков; каждый раз пользуйтесь новым инъекционным материалом;
- если Вам приходится повторно использовать инъекционный материал или Вы считаете, что Вам необходимо использовать чужой инструментарий (иглу или инструменты), промойте иглы проверенным способом;
- продолжайте совместно использовать инъекционный материал, когда делаете инъекции вместе с другими, однако, старайтесь не делать это с незнакомыми людьми.

Пути снижения распространения ВИЧ среди наркоманов:

- воздержание от употребления наркотиков;
- взамен инъекций – выбор более безопасных форм употребления наркотиков (перорально, вдыхать);
- уклонение от совместного с другими пользования одной иглой;
- использование для каждой дозы стерильных инъекционных приспособлений;
- обеззараживание приспособлений для инъекций хлорамин-подобными растворами.

Пути снижения распространения ВИЧ половым путем:

- воздержание от половых сношений;
- взаимная верность (между неинфицированными партнерами);
- формы секса без «проникновения»;
- пользование презервативами при всех формах секса с «проникновением».

Объектом программ «снижения вреда»

являются потребители наркотиков, в первую очередь – лица, употребляющие их внутривенно и «труднодоступные» для медицинских и социальных работников.

Цель «снижения вреда»

уменьшение риска распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С и D,

передозировок наркотиков, а также других заболеваний, связанных с их употреблением (например, заболеваний вен и т.д.).

Основные элементы системы «снижения вреда»:

исследовательские проекты: оценка ситуации с потреблением наркотиков и связанными с этим рисками (так называемая “экспресс-оценка ситуации”);

программы “аутрич” (работа с наркоманами на улице) и программы по обмену шприцев;

образовательные программы (информирование о последствиях потребления наркотических средств, путях распространения ВИЧ и их профилактике, программы по профилактике потребления наркотиков среди молодежи и т.п.);

программы так называемой «заместительной» терапии.

Образовательные программы

материалы по медико-санитарному просвещению;

литература по самопомощи;

литература, ориентирующая на обращение за лечением и помощью.

Насколько возможна, с этической точки зрения, работа с наркопотребителями, допускающая то, что они продолжают употреблять наркотики?

Этические и психологические аспекты метадоновых программ и других программ замены.

Этико-психологические аспекты обучения “безопасным” методам употребления наркотиков и информирования об этих методах.

Допустимо ли участие активных наркопотребителей в программах “снижения вреда” в качестве исполнителей этих программ?

Проблема защиты прав наркоманов (в свете их социальной опасности) в рамках программ «снижения вреда».

Насколько программы обмена шприцев и игл могут быть фактором, стимулирующим употребление наркотиков?

Проблемы, связанные с сотрудничеством с правоохранительными структурами.

Этическая составляющая некоторых психологических аспектов проблемы программ “снижения вреда”.

Реабилитация ПИН

это комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне, восстановление больного как личности и члена Общества, возвращение его в семью, социум и к общественно-полезному труду.

Условия (требования) к осуществлению лечебно-реабилитационного процесса:

Отказ больного от употребления ПАВ.

Личная ответственность за успешную реализацию ЛРП.

Опора на позитивные, лично значимые для пациента социальные ценности

Обеспечение правовой и организационной регламентации ЛРП.

Создание в реабилитационном учреждении единой бригады специалистов.

Реабилитация включает в себя следующие составляющие:

организационные технологии ЛРП (создание реабилитационного учреждения, реабилитационной среды, организация реабилитационной бригады, внедрение в практику периодов и этапов реабилитации);

диагностические технологии ЛРП (психическое исследование, психологическое обследование, соматическое обследование, лабораторное обследование);

терапевтические технологии ЛРП (фармакотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, иммунотерапия, ароматерапия и фитотерапия, диетотерапия);

психотерапевтические и психокоррекционные технологии ЛРП;

терапия реабилитационной средой;

терапия занятостью;

организация досуга;

арт-терапия;

социотерапевтические технологии ЛРП (приобретение профессии, трудоустройство, юридическая помощь);

духовно-ориентированные технологии ЛРП;

система патронажа;

оценка эффективности ЛРП.

12- шаговая Миннесотская программа

1. Мы признали свое бессилие перед наркоманией, признали, что наша жизнь стала неуправляемой.

2. Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы сами может вернуть нам здравомыслие.

3. Мы приняли решение препоручить нашу волю и жизнь Богу, как мы его понимали.

4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.

5. Признали перед Богом, собой и каким- либо человеком истинную природу наших заблуждений.

6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших недостатков.

7. Смиренно просили Его исправить наши изъязвы.
8. Составили список всех тех людей, кому причинили зло и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними.
9. Лично возмещали этим людям ущерб, где только возможно кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышлений углубить соприкосновение с Богом, как мы понимали Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других наркоманов и применять эти принципы во всех наших делах.

«Жесткая любовь»

Близкие, живущие рядом с человеком, пристрастившемся к наркотикам, обычно схоже реагируют на изменение его поведения: обиды, гнев, чувство виновности, нервные срывы, ощущение беспомощности и бессилия. Когда наркотики (включая и алкоголь) становятся для употребляющего их важнее, чем благополучие его близких, чувство любви подвергается испытанию и, к сожалению, зачастую злоупотребление постепенно убивает любовь.

Родители наркоманов, уже осознавшие губительность своего пособнического поведения, нашли ему альтернативу. Это - "жесткая любовь". Любить своего ребенка жесткой или твердой любовью - значит заботиться о нем настолько, чтобы уметь сказать "нет" в ответ на злоупотребление, не вредить ему, но быть готовым противостоять обидчику.

12 ШАГОВ ЖЕСТКОЙ ЛЮБВИ

1. Я бессилён (бессильна) удержать сына (дочь) от употребления наркотиков. Я обращаюсь в этом за помощью к любящему Богу.
2. Мой сын (дочь) имеет индивидуальные потребности и чувства; я постараюсь бережно относиться к его (ее) внутреннему миру.
3. Я также осознаю, что у меня есть собственные потребности и чувства. Я ожидаю, чтобы мой ребенок также уважал и мои чувства и потребности.
4. Постараюсь сделать все, что от меня зависит, как от родителя, отвечающего за своего ребенка.
5. Я ожидаю от сына (дочери) участия в жизни семьи.
6. Я постараюсь не быть злым и карающим родителем.
7. Постараюсь быть реалистичной в своих претензиях к больному ребенку. Но я также осознаю, что должна установить рамки допустимого поведения в

доме для него.

8 Я знаю - человек не может быть совершенным, поэтому я не стану ожидать идеального поведения как от себя, так и от наркомана. Приложу усилия, чтобы честно анализировать свои недостатки и ошибки, буду стремиться стать лучше.

9 Я знаю, что большинство родителей (или другие члены семьи) склонны спасать детей из бедственных ситуаций, которые дети создали сами. Я понимаю, что попытки взять на себя ответственность за другого человека не помогают ему, а наоборот, ослабляют. Я буду стараться, чтобы мой ребенок сам нес на своих плечах последствия своего поведения, своего неверного выбора.

10 Каждый должен нести свой груз. Я приложу все силы, чтобы сопротивляться своему желанию быть с наркоманом "в паре" в одной «игре».

11 Я знаю, что единственным человеком, за которого я могу нести ответственность, являюсь я сам.

12 Я нуждаюсь в людях, и я им нужен (нужна). Приложу все силы для своего роста и роста других членов нашего сообщества "Родители наркоманов", работающих по программе самосовершенствования "12 шагов".