

3. Ботвинников А. Д. Пути совершенствования методики обучения черчению. М.: Просвещение, 1983. 128 с.
4. Кузьменко В. И., Косолапов М. А. Методика преподавания черчения. М.: Просвещение, 1981. 272 с.

**Л. К. Хохлов, В. Ф. Мельников,
А. А. Шипов, А. П. Хохлов**

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В современный период наркологическая ситуация в стране предстаёт как никогда напряжённой, угрожающей для здоровья, интеллектуального потенциала нации. Продолжает беспокоить уже давно проявляющееся неблагополучие с алкоголизацией населения. Но теперь небывалый для нас размах приобретает распространённость наркоманий, токсикоманий. Это зло, которое уже много лет иначе не именуется, как «белая смерть», «путёвка в ад», «апокалипсический кошмар и смерть за иллюзорный рай», «преступление против человечества».

Первые признаки неблагополучия с наркотизмом в СССР [6] замечаются с конца 60-х годов, когда вместе с движениями «хиппи» и «панки» к нашей молодёжи пришла и «мода» на наркотики. Новый всплеск приходится на 80-е годы — с началом войны в Афганистане. Кстати, такие же последствия, как для нас афганские события, для США имело военное участие во Вьетнаме. Правда, 95% американских военнослужащих, начавших злоупотребление наркотиками на войне, вернувшись домой, отказались от этого пристрастия, лишь 5% проявили себя явными наркоманами, но в дальнейшем ещё 16% возвратились к приёму наркотиков [2]. Однако наркомания и токсикомании стали превращаться в нашей стране в глобальную проблему в 90-е годы, когда «в условиях так называемой «перестройки» наркотический джин был выпущен из бутылки, в результате чего потребление наркотиков стало повседневной и повсеместной реальностью России» [6. С. 2]. По оценкам [6], в

1990 году по потреблению наркотиков, распространению наркотизма СССР отставал от США на 20 лет, в 1991 году — на 15. В 1993 году прогнозировалось [6], что Россия в ближайшие годы догонит Америку, если не будут приняты достаточно эффективные меры. Соответствующие (федеральные, региональные) программы на 1995-97 годы принимались, но они остались, из-за отсутствия финансов, во многом нереализованными.

К настоящему времени напряжённость в наркологической ситуации в России возросла [5]. В ходе социологических исследований установлено, что около 2 млн. наших граждан регулярно потребляют наркотики, почти 4 млн. попробовали их; за 10 лет число потребителей наркотиков возросло более чем в 20 раз. Расчётная численность только больных наркоманиями (без токсикоманий) — 220 тыс. человек. «Сложился обширный внутренний рынок наркотиков, который соединился с международным наркорынком» [5. С. 10]. В России широко развивается производство наркотических средств. В 1996 г. впервые на территории страны обнаружены подпольные лаборатории по производству чрезвычайно сильных наркотиков — фениклидина и метаквалона [5].

Показатели распространённости наркомании и токсикоманий по данным наркологических учреждений страны (и в том числе по нашей области) выглядят не столь драматическими. Дело в том, что в связи с особенностями культуры, отношением к этой проблеме населения, неразработанностью правовых норм, наркоманы и токсикоманы предпочитают избегать контактов с официальными службами, диссимилируют страдание. Тем не менее, в наркологических подразделениях РФ в 1995 г. наблюдалось уже 149 тыс. человек — на 63, 8 % больше, чем в предшествующем году [5].

И наша область является частью этого негативного процесса [3]. В 1995 г. органами милиции по области зарегистрировано 1086 человек, замеченных в употреблении наркотиков в немедицинских целях, в 1997 году — уже 1352. В 1995 г. под наблюдением наркослужбы состояли 167 больных наркоманиями и токсикоманиями (из них 45 детей и подростков), в 1997 г. — 291 (в том числе детей и подростков 116). В 1995 г. милицией изъято 117 кг наркотиков, в 1997 г. — 175 кг. Расширяется «ассортимент» подпольно распространяемых в области психоактивных веществ. В 1996-97 гг. к нам стали активно проникать героин, кокаин, сильные психостимуляторы «экстези», «спид», «винт». Возрастает число больных, вводящих наркотики внутривенно.

Из-за анонимного характера злоупотребления дурманящими веществами (особенно на первых этапах) возникают большие трудности в определении истинного уровня распространённости наркоманий и токсикоманий. Стремительно изменяется характер употребляемых наркоманических и токсикоманических средств, при этом обнаруживается не виданная ранее изощрённость, «открываются», синтезируются в подпольных лабораториях новые психоактивные вещества, порою самые неожиданные, более сильные, чем прежние (всевозможные средства бытовой и промышленной химии, обладающие сильным ядовитым действием, химический состав которых не всегда точно известен; самодельные, «кустарные», содержащие вредные примеси дурманящие средства и т.п.).

Характерен приём не одного, а нескольких средств, причём комбинации носят трудно предсказуемый характер, сочетаются в ряде случаев, казалось бы, несовместимые, с позиций привычных представлений, вещества. Более широкие масштабы приобретает одновременное злоупотребление и наркоманическими, токсикоманическими средствами и алкоголем (миксты). Употребление наркоманических и токсикоманических веществ в глазах некоторой части населения, особенно молодёжи, становится престижным, модным. В силу этого меняется социально-психологический портрет наркомана и токсикомана в сторону большей привлекательности, что, естественно, делает наркомании и токсикомании более заразительными, увеличивает опасность их распространения — пражелитизм: каждый наркоман «заражает» в наших условиях 6-9 человек [4]. Положение осложняется тем, что больные обычно поздно обращаются за медицинской помощью, злоупотребление психоактивными веществами тесно смыкается с преступным наркобизнесом: изготовление, реализация, употребление (не по назначению врача) наркотиков, склонение к их приёму является незаконным; для покупки наркотиков требуются большие деньги, которые редко кто может заработать честным трудом.

Наркомании, токсикомании, а также алкоголизм возникают вследствие злоупотребления средствами, к которым наступает привыкание и которые обладают активным, а чем-то привлекательным для индивида действием на психику (психоактивные вещества). Одни из этих средств способны вызывать повышенное настроение (эйфорию); другие обладают стимулирующим, возбуждающим влиянием; третьи успокаивают (седативные средства); четвёртые вызывают фантастические пере-

живания, по существу кратковременный психоз (психотомиметическое действие); пятые устраняют боли; шестые усиливают сексуальные ощущения («сексуальный кайф»). Характер действия на психику одного и того же психоактивного средства может быть сочетанным. Он может зависеть не только от самого средства, но и от дозы, от состояния человека, его психологического настроя, внушения и самовнушения. Психоактивные вещества имеют различную природу. Это — и этиловый алкоголь, и вещества пищевого происхождения (кофе и чай), содержащиеся в растениях (конопля, некоторые виды кактуса, масличный и особенно опийный мак, некоторые кустарники), получаемые из определённых разновидностей грибов. Это и различные средства бытовой химии, летучие органические соединения, такие, как бензин, эфир, пасты, элексиры, клей, поливинилхлорид и даже карбофос. Это, наконец, синтетические препараты, а также целый ряд медикаментов: собственно наркотические вещества, снотворные, анальгетики, транквилизаторы, седативные, антипаркинсонические средства, димедрол и др.

Если наступает привыкание к этиловому алкоголю, если возникает болезненная зависимость от него, — говорят о хроническом алкоголизме. Злоупотребление другими перечисленными психоактивными веществами приводит либо к наркомании, либо к токсикомании. Отграничивают наркомании от токсикоманий на основе трёх критериев.

Первый критерий — медицинский, учитывающий характер фармакологического действия: средства, вызывающие как наркоманию, так и токсикоманию, должны быть психоактивными, должны оказывать на психику описанное выше действие. Второй критерий — социальный: принимается во внимание широта распространения того или иного вещества, приобретаемая социальная значимость этого явления (наркомании имеют более выраженные отрицательные социальные последствия по сравнению с токсикоманиями). И третий критерий — юридический: термин «наркомания» может быть применён лишь к тем случаям, где наблюдается злоупотребление веществами, лекарственными средствами, признанными законом или подзаконным актом наркотическими. В нашей стране это определяется приказом Министерства здравоохранения РФ. В зависимости от социальной значимости то или иное средство может быть исключено или включено в число наркотиков. Если имеет место злоупотребление психоактивными веществами, официально признанными наркотическими, — это наркомания. Случаи злоупотребления

психоактивными веществами, юридически не отнесёнными к наркотикам, оцениваются как токсикомания. И наркомании, и токсикомании являются болезнями. Диагноз наркомании и токсикомании, как диагноз любой болезни, устанавливается только врачами (обычно психиатрами-наркологами).

Наркомании и токсикомании приводят к очень тяжёлым и медицинским, и социальным отрицательным последствиям, — обычно несравненно более тяжёлым, чем, скажем, алкоголизм. Значительно быстрее может наступать привыкание к средствам, вызывающим наркомании и токсикомании. Это может произойти через несколько дней, недель, нередко даже после нескольких приёмов дурманящего средства. Очень быстро первоначальные дозы перестают удовлетворять. Возникает необходимость в постоянном увеличении их, в переходе на самые сильнодействующие средства, реализации их комбинаций, в изменении способа введения (с приёма внутрь переходят на внутривенное введение и т.п.). Несравненно более тяжело и длительно протекает абстиненция — состояние, развивающееся при прекращении введения дурманящих средств. Больной превращается буквально в раба своей пагубной привычки, влечение к дурману становится неодолимым. Быстро претерпевает изменения картина опьянения; только после первых приёмов переживания в опьянении приятны для больного, при последующих введениях соответствующее средство в основном помогает лишь смягчить ненадолго тягостные, часто невыносимо мучительные абстинентные явления. Больные наркоманиями и токсикоманиями нередко крайне опасны в опьянении, могут легко пойти на различные необдуманные и даже противоправные действия. У больных наркоманиями и токсикоманиями за небольшой срок наступает деградация личности, развивается и физическая, и интеллектуальная беспомощность вплоть до слабоумия. Резко снижается работоспособность, может наступить полная потеря её. Из-за развития тяжёлых соматических заболеваний не менее чем на одну треть сокращается продолжительность жизни. Нередко смерть наступает вследствие самоубийства в состоянии абстиненции.

Злоупотребляющим стимуляторами свойственны [4] также сексуальные преступления, извращения. При употреблении снотворных и гашиша чаще совершаются преступления против личности, например, во время кровавых событий в Узбекистане гашиш использовали для организации коллективных агрессивных действий (как во время крестовых походов).

В Москве прослежена судьба 519 наркоманов, вводивших наркотики внутривенно; в течение 10 лет 10% когорты умерло; средний возраст на момент смерти 36 лет [1]. Наркоманы и токсикоманы редко состоят в браке, отношения в семье обычно сложные, конфликтные. У мужчин нередко наблюдается половая слабость.

Правда, при злоупотреблении средствами бытовой химии отчётливая абстиненция формируется не всегда. Но вся беда в том, что средства бытовой химии крайне ядовиты, и даже после однократного приёма их возможно развитие грубого дефекта психики (включая слабоумие), возможно тяжёлое отравление со смертельным исходом, тяжёлое поражение внутренних органов. Лица, употребляющие средства бытовой химии, легко переходят на приём других психоактивных веществ.

Приведём клинические иллюстрации, подтверждающие изложенное.

Больной Б., 16 лет, житель г. Ярославля. Единственный ребёнок в семье. Отец грубый, взрывчатый человек (особенно в состоянии опьянения), злоупотребляет алкоголем, последние 4 года в семье не живёт. Мать пыталась предъявлять высокие требования к воспитанию сына, но реализовать их не смогла (сочетала работу с учёбой). Мальчик развивался правильно, ничем тяжёлым не болел. В начальной школе учился хорошо. Поведение было спокойным. С 5-го класса (в 12 лет) стал поздно возвращаться домой (мать тоже возвращалась поздно, а отца боялся, так как в это время отец стал чаще пить). Проводил время в компании сверстников. Ухудшились успеваемость, дисциплина в школе, случались прогулы. С 7-го класса стал курить. С удовлетворительными оценками окончил 8 классов. Поступил в ПТУ, но учиться не смог: стал плохо соображать. Начал работать на заводе, где характеризуется как безынициативный, безответственный; совершает прогулы, легко даёт обещания и нарушает их. Недавно судим за воровство. В течение последних 5 месяцев в компании сверстников (4-5 человек) в подъезде стал прибегать к вдыханию бензина (до 2 раз в неделю и чаще). При первом вдыхании испытывал тошноту, головную боль, головокружение, упадок сил, снизилось настроение, язык заплетался. На следующий день беспокоила общая слабость, тяжесть, боли в мышцах, голове, плохое настроение. При последующих вдыханиях бензина оставалось всё то же, но вместе с тем через 3-4 минуты после начала вдыхания появлялись фантастические грёзоподобные переживания («мультики»): чувствовал, что он летит, находится в лесу, в пустыне, на другой планете.

После «сеанса» спал 12-15 часов, но и после столь длительного сна чувствовал себя плохо, не мог работать, в связи с чем и совершал прогулы. Не раз давал себе, матери и врачам обещание прекратить вдыхание бензина, но уступал давлению сверстников. Да и у самого появлялась какая-то необъяснимая потребность снова и снова прибегать к этой процедуре. Находился на лечении в психиатрическом стационаре (амбулаторное лечение провести не удалось из-за недисциплинированности больного). В больнице со стороны центральной нервной системы отмечены изменения, характерные для токсической энцефалопатии. При экспериментально-психологическом исследовании определяется снижение активности и темпа психической деятельности. Эти нарушения тоже свидетельствуют о наличии токсической энцефалопатии, то есть органического дефекта мозговых функций, обусловленного интоксикацией.

Больная С., 18 лет, жительница г. Ярославля. Из благополучной семьи. Единственная дочь. Проживает с родителями. Ничем тяжёлым в прошлом не болела. Образование 10 классов, медицинский техникум. Училась хорошо. По характеру была серьёзной, выдержанной, спокойной, послушной, в то же время мягкой, чувствительной, имела подруг. Любила музыку. Трудностей своим поведением никому в прошлом не доставляла. На работе заметили, что походка у девушки не всегда твёрдая, речь бывает нечёткой, зрачки расширены. Удалось установить, что последние полтора года (то есть с 16 лет) С. прибегает к употреблению психоактивных веществ. Началось это вследствие психической травмы: на глазах девушки молодой человек, с которым дружила, попал при переходе улицы под машину. Плохо чувствовала себя после этого: пониженное настроение, слабость. Дома были таблетки кофеина (мать принимала их эпизодически по поводу сосудистой гипотонии), стала принимать кофеин сначала в лечебных, а потом (когда лечебные дозы перестали помогать) во всё возрастающих дозах. Когда через 2 месяца была на практике, один молодой человек, который тоже проходил практику, заметил, что она принимает таблетки. Посоветовал перейти на внутривенное введение кофеина, показал, как это надо делать (молодой человек тоже злоупотреблял лекарствами). Кофеин вводила и перед занятиями, и после них, так как иначе чувствовала себя разбитой, вялой. Через полгода с начала приобщения к лекарствам по совету молодого человека (он и снабжал препаратами — обычно за деньги) стала всё более расширять круг применяемых средств (барбитура-

ты, транквилизаторы, димедрол). Ещё через 2 месяца приёмы внутрь перестали удовлетворять, перешла на внутривенное введение сильнодействующих барбитуратов (снотворных), доза превысила лечебную в 10 раз. Как-то пыталась оставить лекарства, но дольше 5 дней не смогла: резчайшая слабость, бессилие, ничем не могла заниматься, отмечала тоску, заторможенность, бессонницу (абстиненция). В это время были госэкзамены. И на экзамены брала с собой шприц, лекарства, в туалете в антисанитарных условиях перед экзаменом вводила себе внутривенно снотворное. Лекарства не вызывали подъёма настроения, а лишь помогали преодолеть явления абстиненции. Последние полгода стала вводить себе лекарства прямо в подъезде, как только получала их от молодого человека. К введению снотворных вынуждена была добавить приём транквилизаторов, димедрола, нейролептика. Пробовала вводить сильнодействующее наркотическое вещество, но удалось добыть только 7 ампул. Заметила, что стала ухудшаться память, появилась рассеянность. Ничто, кроме лекарственных средств, не интересовало. По привычке училась, ходила на работу, но делала всё через силу, без желания. Перестали интересоваться музыка, любимые ранее развлечения, наряды. В таком состоянии поступила на лечение в психиатрическую больницу. При обследовании диагностировано пониженное питание. Неврологически: дрожание пальцев рук, век, вегетативно-вазомоторная неустойчивость. В течение первых 10 дней, несмотря на лечение, — тяжёлая абстиненция: не спит, тревожна, тосклива, мрачна, раздражительна, крайне вялая, слаба, испытывает тошноту, рвоту, резкие головные боли, боли в спине, руках, ногах, неустойчивый стул. Последующий месяц чувствует себя лучше, но сон остаётся неглубоким, неполным, настроение понижено, вяловата, неискренна. Лечение в больнице продолжалось 2 месяца.

Больной Д., 39 лет. Житель г. Ярославля. Наследственность психическими заболеваниями, алкоголизмом неотягощена. Единственный ребёнок в семье служащих (отец — инженер, заведовал лабораторией крупного завода, мать — преподаватель химии), семья благополучная, с положительными социальными установками. Успешно окончил 11 классов средней школы. Поступил в политехнический институт, окончил 3 курса, далее из-за злоупотребления алкоголем учёбу пришлось оставить. Вначале работал регулярно: лаборантом-химиком в лаборатории большого завода, комендантом техникума. В 27 лет был уволен с работы в связи со злоупотреблением алкоголем, наркотика-

ми. К этому времени умерли родители, которые по мере сил пытались поддержать больного. Далее бесчисленное число раз менял места работы, увольнялся за прогулы. При переходе с одного места работы на другое были длительные периоды (по несколько месяцев и дольше), когда вообще не работал. Осуждался за мелкие правонарушения. Снизился по специальности: стал работать грузчиком, рабочим в совхозе. Чтобы иметь деньги на жизнь, алкоголь, наркотики — пустил в ход сбережения, оставленные родителями, продавал вещи, мебель, несколько раз менял квартиру, в конечном итоге остался без жилья. Не женат, имел случайные связи, в 24-летнем возрасте заразился гонореей. С раннего детства после испуга страдает заиканием. В связи с этим родители воспитывали сына в «культе болезни»: баловали, поскольку считали его обиженным судьбой, ограждали от жизненных трудностей. Но до 17 лет рос «как все», хорошо учился, был дисциплинированным, имел товарищей. Склонен был к бравате, рисовке, к переоценке своих возможностей (считал себя «интеллектуалом»). Вместе с тем в душе переживал наличие заикания, жил с комплексом неполноценности.

Алкоголь стал употреблять с 15 лет в компании сверстников. Поначалу начал выпивать, не желая отстать от сверстников, не желая показать себя «слабее» их. В состоянии опьянения уходило переживания неполноценности, чувствовал себя свободнее, уменьшалось заикание. Выпивки становились всё более частыми, обычно находил для очередного употребления алкоголя какие-то оправдательные мотивы, тяга к алкоголю становилась всё более сильной. С 23 лет пьёт почти ежедневно, периодами до 2, 5 литров вина в день. С похмелья чувствовал себя 2-3 дня очень тяжело: резкая слабость, разбитость, тревога, тоска, страхи, дрожь во всем теле, озноб, резкая потливость, бессонница, потеря аппетита, повышение артериального давления. С целью смягчить описанные проявления, улучшить сон стал прибегать к снотворным, транквилизаторам и другим психоактивным медикаментам (ноксирон, барбамил, этаминал натрия, фенобарбитал, радедорм, реланиум, димедрол и др.). Быстро наступило привыкание к лекарствам, явления абстиненции стали более тяжёлыми и продолжительными. В абстиненции последние 12 лет наблюдаются судорожные припадки с потерей сознания, сильные головные боли, боли в суставах, рвота, понос, желтуха. Только после первых приёмов медикаментов испытывал приятное повышенное настроение, далее приём лекарств лишь смягчал абстиненцию. Уже в 27-летнем возрасте доза

употребляемых лекарственных средств в 6 раз превышает лечебную дозу, в дальнейшем доза продолжает нарастать (до 10-кратной). Предпочитает употребление медикаментов приёму алкоголя. Но когда нет достаточного количества лекарств, прибегает одновременно и к алкоголю (вино, пиво), и к медикаментам. В 30 лет в состоянии тяжёлого лекарственного отравления находился на лечении в реанимационном отделении (передозировка), с трудом был выведен из коматозного состояния, кома продолжалась двое суток. Последние годы общается лишь с лицами, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками, вся деятельность направлена в основном на приобретение лекарств и алкоголя. Со времени начала злоупотребления алкоголем диагностируется гипертоническая болезнь, далее — хронический интоксикационный гепатит. При неврологическом исследовании всё более отчётливыми становятся явления токсической энцефалопатии.

Начиная с 27-летнего возраста, многократно поступает на лечение то в психиатрическую, то в наркологическую больницу, где находится до 2-3 месяцев. Дважды определяется картина острого интоксикационного психоза. Во время психоза не спал, испытывал резкий страх, тревогу, тоску, не находил себе места, казалось, что его хотят убить, слышал галлюцинаторные голоса угрожающего и повелительного содержания, в таком состоянии предпринимал суицидальную попытку (порезал вены бритвой). При первом пребывании в лечебном учреждении пытался держаться с достоинством, представить себя в более выгодном свете. Далее всё более отчётливыми становились явления деградации личности. Поступает в тяжёлом состоянии, истощённым, запущенным; речь смазанная, походка шаткая, неуверенная. И к настоящему времени отмечается снижение памяти, сообразительности. Не тяготится пребыванием в больнице, держится приниженно, общается со слабоумными больными, не стесняясь, пытается выпрашивать лекарства. Пассивен, вял. Не проявляет должной озабоченности своей судьбой. Интересы ограничены, с удовольствием говорит лишь о наркотиках и алкоголе.

Столь печальны судьбы тех, кто встаёт на путь злоупотребления психоактивными веществами. Здесь приведены случаи не самого неблагоприятного течения токсикоманий и наркоманий. Приходится встречаться и с более тяжёлыми исходами. Причины распространения злоупотребления психоактивными веществами — те же, что и у других имеющих в нашей жизни негативных явле-

ний. Факторы, предрасполагающие к развитию наркоманий и токсикоманий, у конкретного индивида неспецифические. Имеет значение возраст начала знакомства с психоактивным веществом — подростковый период; если среди родных (особенно по женской линии) имеются алкоголики, наркоманы. Не последнюю роль играет индивидуальная реакция на наркотик при первых знакомствах с ним. Определённую роль может сыграть и природа, сила наркотика, способ введения его. Предрасполагает к быстрому привыканию наличие какой-то мозговой недостаточности (нейроинфекция, черепно-мозговые травмы), такие черты характера, как безволие, неустойчивость настроения, истеричность, возбудимость, низкий культурный уровень, отсутствие других интересов и увлечений, установка на лёгкие удовольствия в жизни. Отрицательное влияние может оказать также доступность наркотиков, мода на них, привлекательность опьянения, наличие конфликтной ситуации дома и на работе, работа в условиях нечёткой регламентации, социальная неустроенность: наличие алкоголиков и наркоманов в ближайшем окружении; у подростков также влияние подростковой группы.

Больные наркоманиями и токсикоманиями нуждаются в продолжительном интенсивном лечении и стационарном, и амбулаторном. Без лечения, без медицинской помощи большая часть наркоманов и токсикоманов не в состоянии освободиться от своего пристрастия к психоактивным веществам. С какими трудностями при терапии наркоманий и токсикоманий приходится встречаться, можно проиллюстрировать на примере известной французской певицы Эдит Пиаф, которая страдала морфинной наркоманией. Вот как она сама описывала свои мучения во время пребывания в специальной лечебнице, когда приём морфина начинали заменять введением индифферентных средств: «Первые дни каждый раз, когда я требовала укол, мне его давали. Потом стали уменьшать дозы. С этого момента мой совершенно отравленный организм начал причинять мне невыносимые муки. Сперва мне давали десять уколов в день, потом четыре. Один утром, второй в полдень, затем в четыре часа и — перед сном. Но постепенно наркотик стали заменять безвредными впрыскиваниями. Иногда я этого не замечала, но когда я чувствовала, что укол не приносит мне облегчения, я приходила в неистовство от того, что меня обманывают. Я всё сметала с ночного столика, вскакивала с постели и как фурия всё ломала и била в своей палате, пока сиделки не приходили меня усмирить. Это было ужасно и отвратительно! Я вела себя как дикий зверь, со-

рвавшийся с цепи, зверь, у которого отняли добычу! Каждый день мою комнату, мою одежду и меня подвергали самому тщательному обыску. Персонал клиники отлично знал, какие дьявольские ухищрения применяют наркоманы, чтоб припрятать яд, который прежде чем их убить, приводит их к нравственному и физическому падению. Наконец, наступил последний день этого третьего по счёту курса лечения. Я должна была его прожить без единого укола. Это был самый длинный и самый ужасный день в моей жизни. С одиннадцати часов утра и до пяти часов я вопила как сумасшедшая. Я кусала простыни. В слезах я каталась по кровати. Хрипела с пеной у рта. Я сходила с ума от этой жуткой необходимости, от муки всего моего существа, изнемогавшего без наркотика. Поистине чудовищная борьба происходила во мне! Но я ХОТЕЛА вылечиться во что бы то ни стало.. И я кричала об этом, корчась в судорогах, бросаясь на пол, впиваясь ногтями в паркет. Не испытывавшие этих мучений не могут понять их. Они подумают, что я преувеличиваю» [7].

Последнее время применяются методики лечения больных наркоманиями и токсикоманиями, позволяющие смягчить их страдания при отмене психоактивных веществ. С 1994 г. в Ярославле в составе областной клинической наркологической больницы функционирует по-современному оборудованный центр детоксикации, где наркоманы, токсикоманы могут получить квалифицированную помощь [3]. Но подчёркиваем: и в современный период лечение этих заболеваний — дело нелёгкое, требующее большого терпения и выдержки и самих больных, и их окружения, и медицинских работников.

Нужно всегда помнить: предупредить наркомании и токсикомании легче, чем излечить их. В 1998 г. вступает в действие закон РФ «О наркотических средствах и психоактивных веществах». Этот закон создаёт надлежащее правовое поле для контроля над распространением и потреблением наркотиков и других психоактивных веществ, для проведения социально-профилактической работы. Но закон может быть успешно реализован, в борьбе с безумием наркотизма могут быть получены ощутимые результаты только в случае, если большинство населения (особенно молодых людей) поймёт степень грозящей опасности (а это угроза вырождения); если при решении этой проблемы никто не останется в стороне, прежде всего те, кто имеет отношение к воспитанию, к формированию менталитета, кто работает с молодёжью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров В.Ф. Смертность больных наркоманиями (клинико-социальное исследование). Автореферат канд. дисс. М., 1995.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая психиатрия // Руководство для врачей, Л., 1991.
3. Мельников В.Ф., Хохлов Л.К., Никитина Н.Б. Центр детоксикации как необходимое звено наркологической службы в современных условиях // Вопросы наркологии. 1995. № 3. С. 58-61.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании // Руководство для врачей. М., 1994.
5. Целинский Б.П., Коробов А.В. Незаконный оборот наркотиков и связанная с ним преступность в РФ: обзорно-аналитическая оценка // Вопросы наркологии. 1996. № 3. С. 10-21.
6. Шершнева Л.И. Социальные последствия возможной легализации наркотиков в России (по заказу Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом) // Информационный сборник «Безопасность». 1993. № 2. С. 3-14.
7. Эдит Пиаф. Моя жизнь // Нива. 1965. № 9.

Г. А. Кузнецова

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ БЛИЗОРУКОСТИ

Обширный экспериментальный материал [5, 6, 7] и опыт физической культуры свидетельствуют о том, что в процессе адаптации организма человека к мышечным нагрузкам происходят полезные приспособительные изменения биохимического, морфологического, физиологического характера, совершенствуются вегетативные функции, отмечается перестройка практически всех органов и функциональных систем органов. Не составляет исключения в этом отношении и зрительный анализатор как система, во многом определяющая адекватность отражения со стороны организма изменений внешней среды.

Вместе с тем у 50% выпускников средней школы ухудшается зрение [8]. Одна из причин данного явления — миопия (близорукость). Нарушение преломляющей способности глаза — результат

длительной зрительной работы на близком расстоянии (чтение, письмо, черчение и т. д.), особенно при плохом освещении. Сегодня положение ещё более усугубляется ростом числа просматриваемых телепередач, увлечением компьютерными играми.

Таблица 1

**Динамика показателей физического развития
и функциональных проб при воздействии
мышечных нагрузок на уроках физической культуры
учащихся 10^х классов**

Показатели	Исходные		Через год	
	М	Д	М	Д
Кистевая динамометрия:	левая	21±5	19±5	24±4
	правая	23±5	22±7	27±5
Сгибание – разгибание рук в упоре лёжа	22±6	15±10	27±5	16±7
Прыгучесть	186±20	157±13	197±25	162±12
Гибкость	4±0,5	7±0,7	3±0,3	4±0,4
Выносливость	1292±185	966±65	1396±159	1072±60
Равновесие	11±5	13±5	14±5	15±5
Быстрота . 100 м	14,8±1,2	18,1±1,7	14,5±1,1	17,5±1,0
Быстрота . Кол-во прыжков	117±11	104±22	122±13	116±17
Пр. Руфье-Диксона	10,3±3,9	9,9±2,3	9,0±4,6	9,0±2,8
Пр. Штанге	47±9	35±4	51±12	47±7
Пр. Генчи	34±6	24±5	42±9	32±4

Другой причиной миопии выступает недостаточное физическое развитие [1, 8]. Этот факт позволяет по-новому оценить значение физических упражнений в профилактике близорукости [1, 3, 5, 7, 8, 9, 10].

Нами предпринята попытка специального использования дозированных физических упражнений с целью коррекции нарушений зрения и оценки эффективности их влияния.

Исследование выполнено на группе учащихся десятых классов (n=12), имеющих отклонения в работе зрительного анализатора и отнесённых по состоянию здоровья к подготовительной группе.

Школьникам были рекомендованы ежедневные самостоятельные занятия. Основными средствами при этом являлись: общеразвивающие упражнения (для повышения уровня развития основных физических качеств) и упражнения, способствующие развитию аккомодационных мышц глаза («Пальминг»), упражнения на укрепление цилиарных мышц глаза. Схема самостоятельных занятий была разработана на основании метода американского врача У. Бейтса [3], последователи которого пишут, что для восстановления зрения при миопии до двух диоптрий требуется примерно месяц, 2-4 диоптрий — 2-3 месяца, а при миопии в 4 диоптрии и выше — 6-12 месяцев.

Школьникам были также рекомендованы дыхательные упражнения и упражнения на расслабление.