

П. И. Сидоров

# НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНТОЛОГИЯ



**П.И.Сидоров**

# **НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНТОЛОГИЯ**

*Руководство*

*Второе издание,  
переработанное и дополненное*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2006

УДК [616.89-008.441.13+613.81](07)

ББК 56.14я73+51.1(2)5я73

С34

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

**Рецензенты:** академик РАМН, директор Томского НИИ психического здоровья  
Сибирского отделения РАМН профессор *В.Я.Семке*;  
зав. кафедрой наркологии Российской медицинской академии  
последипломного образования профессор *Ю.В.Валентик*

**Сидоров П.И.**

С34 Наркологическая превентология: Руководство. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — 720 с. : ил.

ISBN 5-98322-198-1

Руководство является фундаментальной междисциплинарной работой, в которой обобщены данные о причинах и условиях развития зависимости, диагностике и систематике, скрининге и прогнозировании алкоголизма и наркотизма, обоснованы цели и принципы политики сдерживания социальных недугов, рассмотрена методология построения и алгоритмы реализации профилактических программ. Предложена синергетическая концепция зависимого поведения.

В руководстве системно изложены педагогические аспекты профилактики зависимости от психоактивных веществ, проблемы антиалкогольного и антинаркотического воспитания в семье и школе. Особо выделен такой субъект наркологической превентологии, как медицинские работники. Обобщены новые материалы по инновационным направлениям наркологической превентологии. Впервые подробно изложены подходы социальных работников и клинических психологов к профилактике зависимости и возможности этих новых классов специалистов в современных лечебно-реабилитационных программах. Обобщены духовные и культуральные аспекты наркологической превентологии.

Для наркологов и психиатров, организаторов здравоохранения и семейных врачей, социальных работников и клинических психологов, педагогов и юристов, религиозных деятелей и работников культуры.

УДК [616.89-008.441.13+613.81](07)

ББК 56.14я73+51.1(2)5я73

ISBN 5-98322-198-1

© Сидоров П.И., 2006

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2006

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение. От декларативной профилактики к профессиональной превентологии.....</b>	<b>6</b>
<b>Раздел I. Этиопатогенетические и клиничко-динамические аспекты зависимого поведения</b>	
<b>Глава 1. Медико-социальные факторы в генезе алкоголизма и наркомании.....</b>	<b>15</b>
Причины и условия развития зависимости .....	15
Основные концепции развития алкоголизма и наркомании .....	23
Заключение .....	43
<b>Глава 2. Определения и классификация алкоголизма и наркомании.....</b>	<b>46</b>
Понятия, связанные с термином «алкоголизм».....	46
Диагностика и систематика зависимости и злоупотребления .....	48
Скрининг и прогнозирование алкоголизма .....	58
Скрининг и прогнозирование наркомании .....	106
Заключение .....	123
<b>Раздел II. Теоретико-методологические проблемы наркологической превентологии</b>	
<b>Глава 3. Организация профилактики алкоголизма и наркомании.....</b>	<b>127</b>
Цели и принципы политики сдерживания социальных недугов .....	127
Полемика самосозидания и аутоагрессии в судьбе человека.....	128
Основные направления наркологической превентологии.....	137
Системный подход к наркологической превентологии .....	141
Заключение .....	145
<b>Глава 4. Методология создания профилактических программ.....</b>	<b>146</b>
Модели формирования здорового образа жизни .....	146
Программы, активизирующие местное население .....	155
Программы многоуровневой профилактики .....	165
Программы раннего вмешательства .....	169
Заключение .....	178

## Раздел III. Основные направления

### наркологической превентологии

#### Глава 5. Педагогические аспекты

наркологической превентологии .....	181
Воспитание в семье здорового образа жизни .....	181
Антиалкогольное и антинаркотическое воспитание в школе .....	208
Пропаганда здорового образа жизни .....	232
Рекламные технологии и профилактика зависимого поведения .....	240
Профилактика раннего алкоголизма и наркомании .....	252
Заключение .....	279

#### Глава 6. Превентивные аспекты

медицинской деятельности .....	281
История и современные вопросы применения алкоголя и наркотиков в лечебной практике .....	281
Особенности алкоголизации и наркотизации студентов и врачей .....	303
Организация здорового образа жизни студентов медицинского вуза .....	318
Заключение .....	328

#### Глава 7. Превентивные аспекты деятельности

системы здравоохранения .....	329
Профилактическая направленность наркологического сервиса .....	329
Превентивный потенциал общемедицинской сети .....	344
Особенности превентивных программ на промышленных предприятиях .....	355
Превентивная деятельность в сельской местности .....	370
Этнонаркологическая превентология .....	376
Заключение .....	399

#### Глава 8. Социальные аспекты

наркологической превентологии .....	401
Методология социальной работы в наркологии .....	401
Зарубежный опыт социальной работы в наркологии .....	406
Социальная работа в отечественной наркологии .....	423
Подготовка социальных работников для наркологии .....	437
Заключение .....	446

#### Глава 9. Психологические аспекты

наркологической превентологии .....	447
-------------------------------------	-----

Методология психологической помощи в наркологии .....	447
Роль консультантов в наркологической превентологии .....	469
Психологические проявления защитных механизмов .....	472
Синдром созависимости .....	486
Стигматизация и деонтология в наркологии .....	501
Подготовка клинических психологов для наркологии .....	505
Заключение .....	507
<b>Глава 10. Духовные аспекты</b>	
наркологической превентологии .....	507
Основные религии и концепция здоровья .....	507
Трезвость как проявление аскетизма .....	529
Духовность и ответственность .....	531
Тоталитарные культы и зависимое поведение .....	534
Христианская наркология .....	550
Заключение .....	552
<b>Глава 11. Культуральные аспекты</b>	
наркологической превентологии .....	553
Содержание и функции алкогольных обычаев в России .....	554
Культура алкоголизации в США .....	571
Культура алкоголизации в Канаде .....	575
Культура алкоголизации в Центральной Америке .....	578
Особенности алкоголизации в европейской культуре .....	583
Особенности алкоголизации в азиатской культуре .....	607
Особенности алкоголизации в африканской культуре .....	612
Заключение .....	620
<b>Глава 12. Административно-правовые аспекты</b>	
наркологической превентологии .....	622
Общие принципы построения	
антиалкогольной и антинаркотической политики .....	622
Административно-правовые меры сдерживания	
алкоголизма и наркотизма в России .....	637
Заключение .....	654
Заключение. Стратегии развития	
наркологической превентологии .....	655
Список литературы .....	666
Предметный указатель .....	720

## **ОТ ДЕКЛАРАТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ**

В начале XXI века стало совершенно очевидно, что современная отечественная медицина как в процессе подготовки врачей, так и в практической деятельности специалиста более ориентирована на ликвидацию последствий возникших в организме патологических изменений, чем на их реальное предотвращение путем повышения количества и качества здоровья у отдельного индивидуума.

Устойчивые негативные тенденции в состоянии здоровья населения России говорят о необходимости срочного вмешательства в процессы управления здоровьем человека и на популяционном, и на индивидуальном уровне. Представляется важным подчеркнуть именно индивидуальный уровень, поскольку популяционный так или иначе оказался в поле зрения специалистов: мы становимся свидетелями реализации хорошо отработанных в мире технологий повышения уровня медицинской образованности населения через СМИ.

В 1997 г. в России принята новая концепция здравоохранения, в которой прописаны приоритеты профилактической медицины. В государственных документах продекларированы задачи укрепления и сохранения здоровья нации. Однако условия проведения системных преобразований в здравоохранении имеют существенные особенности.

Во-первых, за последние годы уменьшилось участие государства в управлении здравоохранением. Во-вторых, в стране практически нет опыта государственного регулирования здравоохранения экономическими методами. И в-третьих, проблемы здоровья до сих пор не выдвинуты на первый план ни на правительственном, ни на индивидуальном уровне.

Более того, постоянное сокращение государственного финансирования ведет к дальнейшему нарастанию финансового дефицита и ослаблению государственного регулирования в секторе здравоохранения.

Особую озабоченность вызывает ухудшение ситуации в сфере профилактики. В последние годы наблюдается увеличение объемов лечебной деятельности и сокращение профилактической.

В условиях, когда профилактическая работа практически не финансируется, у медицинского персонала отсутствует мотивация к проведению профилактических мероприятий. Вместе с тем система медицинской профилактики и раньше не имела экономической базы для своего развития. Профилактические мероприятия в лучшем случае заканчивались выявлением заболевания. Лечение и реабилитация не становились их логическим продолжением.

Более того, в условиях отсутствия для большинства населения доступа к «высоким технологиям» до сих пор невозможно выявить предболезнь. Поэтому объем проводимой профилактической работы не дает ощутимых результатов, дискредитируя само понятие профилактики.

Ситуация усугубляется изменением клинической картины заболеваемости населения и проявлением множества негативных тенденций. Из всего этого складывается ряд последствий для реформы сектора здравоохранения (Салтман Р.Б., Фигейрас Дж., 2000).

Первое из них заключается в необходимости признать тот факт, что службы здравоохранения могут весьма ограниченно влиять на основные причины заболеваемости в стране. Состояние здоровья населения в значительной степени определяется взаимодействием четырех основных факторов: поведения и образа жизни, генетической предрасположенности, социально-экономического статуса и состояния окружающей среды. Отсюда следует, что многие болезни, которые осложняют проблему здоровья населения в последующие десятилетия, будут обусловлены факторами, выходящими за пределы сектора здравоохранения.

Второе состоит в том, что по мере изменения картины заболеваемости службы здравоохранения должны своевременно реагировать на эти изменения, отказываясь от устаревших моделей медицинского обслуживания.

И наконец, реформированные службы здравоохранения должны содержать значительный компонент государственного здравоохранения, способный анализировать тенденции в области заболеваемости, выявлять причины, предлагать и контролировать осуществление мер по улучшению положения. Для этого потребуются скоординированные действия, включающие проведение профилактических мероприятий, развитие системы первичной медико-санитарной помощи. Потребуются подготовленные кадры, разбирающиеся в профилактике и эпидемиологии болезней, владеющие методикой оценки параметров здоровья и здравоохранения и подходами к решению проблемы меняющегося профессионального поведения. Без межсекторального и мультидисциплинарного механизмов действий, способствующих устранению факторов ухудшения здоровья населения, рост заболеваемости будет подрывать усилия правительства по достижению экономического роста.

В определенной мере именно осознание этих тенденций, а также необходимость контроля за состоянием здоровья здоровых, разработкой и реализацией путей и способов увеличения количества индивидуального здоровья послужили причиной рождения и развития валеологического направления. По замыслу основателей этого научного течения именно на стыке разных областей знаний о человеке и должен появиться действенный инструмент, способный помочь человечеству сохранить и приумножить потенциал здоровья. Было бы несправедливо не вспомнить профессора И.И.Брежмана, который одним из первых начал разрабатывать методологические проблемы здоровья практически здоровых людей. Он утверждал, что наука о здоровье должна быть интегральной, сформированной на основе знания экологии, биологии, медицины, психологии, педагогики и других наук. Однако этому течению научной мысли не суждено было легко и быстро воплотиться в реалии, несмотря на некоторые нормативные документы двух министерств — образования и здравоохранения, казалось бы, обозначивших рамки валеологии в области медицины и педагогики.

Межведомственным экспертным советом по государственным образовательным стандартам 30.11.1995 г. утверждается новая медицинская специальность «валеология», что становится предпосылкой возможности готовить врачей валеологического профиля. Приказом Госкомвуза Российской Федерации №380 от 04.03.1996 г. в Классификатор направлений и специальностей высшего профессионального образования вводится специальность «валеология» с шифром 040700. Министерством здравоохра-

нения и медицинской промышленности 14.09.1996 г. утверждается государственный стандарт подготовки врача-валеолога и врача-валеолога-преподавателя.

Но... «ребенка выплескивают с водой». Специальность «валеология» приказами тех же министерств благополучно закрывается после многочисленных и весьма жестких, порой просто некорректных дискуссий в отечественных СМИ. Возможно, мы еще были не готовы отказаться от привычного *нозоцентрического* направления медицины.

Известно, что приоритеты медицины как в области теоретических знаний, так и в области их практического применения определяются наиболее принятой в сообществе и исторически сложившейся парадигмой, которая рождается непосредственно из недр социальных запросов общества.

Последнее десятилетие истории российского общества характеризуется столь стремительными изменениями, что от почти полного пренебрежения к своему здоровью («за это отвечает врач») мы вплотную подходим к осознанию здоровья как ведущей ценности нашего бытия. Более того, мы все более приближаемся к пониманию и принятию определения здоровья, которое было предложено экспертами ВОЗ в 1998 г. в «Glossary Health Promotion». Коротко это определение заключается в следующем: «Здоровье – это ресурсы для повседневной жизни... это позитивное понятие, в котором социальные и личностные ресурсы не менее важны, чем физические возможности».

Мы все живем во времени, когда идет утверждение (уже не зарождение, а именно утверждение) новой парадигмы медицины – *здравооцентрической*.

В современном понимании *здоровье* – это не только физические возможности человека, но и его нравственно-ценностный потенциал. В таком контексте должен измениться и подход к его изучению. Несомненно, это – категория, находящаяся на стыке многих знаний из самых разнообразных областей.

Возникает закономерный вопрос, кто же должен заниматься проблемой формирования здоровья человека, вопросами его укрепления и предупреждения развития патологии? Возможно – гигиенисты. Возможно – семейные врачи.

Однако это повторение пройденного. **Профилактическая направленность здравоохранения не эффективна в том виде, в каком она существует в современной медицинской практике.** У врача нет и не будет в обозримом будущем времени заниматься вопросами здоровья здоровых, первичной профилактикой. Этого времени нет у участкового терапевта, не будет и у семейного врача. И даже педиатрическая служба оказалась здесь не слишком успешна, хотя и более других обращает внимание именно на здорового ребенка. Об этом свидетельствуют и результаты оценки здоровья студентов во время ежегодных медицинских осмотров после их поступления в вуз. Наши наблюдения показывают, что за последнее десятилетие уровень здоровья прогрессивно снижается.

Кроме того, здоровье как категория, отражающая совокупность физических и личностных качеств индивида, его социальные ресурсы, из сугубо медицинской сферы начинает плавно простираться и во многие другие: в области экологии, экономики, педагогики и психологии, социологии и права. Становится очевидным, что подконтрольное управление ресурсами здоровья отдельного человека и популяционных групп требует интегрального подхода.

В июне 2002 г. Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации приняла Концепцию охраны здоровья здоровых, ознаменовавшую развитие нового

направления деятельности — переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику болезней. Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья здоровых в этой концепции является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья и ответственности за сохранение собственного здоровья.

В дальнейшем приказом министра здравоохранения РФ были утверждены Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации (№113 от 21.03.2003) и Отраслевая программа охраны и укрепления здоровья здоровых на 2003–2010 годы (№114 от 21.03.2003). Эти принципиальные документы завершили конституирование здравоохранной парадигмы отечественной медицины и запустили практическую реализацию новых подходов к укреплению здоровья здоровых.

Естественно, и концепция и программа выдержаны в рамках медицинской методологии и опираются на ресурсную базу только системы здравоохранения. Иначе и быть не может на начальном ведомственном этапе реализации нового направления. Но, совершая первый шаг, важно увидеть стратегическую перспективу, мобилизующую интегральные межведомственные подходы. Неизбежное завтрашнее привнесение мультидисциплинарных измерений в укрепление здоровья здоровых создаст методологическую и идеологическую основу превентологии.

Общая превентология — это область знаний о путях формирования и поддержания оптимального уровня здоровья, его укрепления и профилактики заболеваний всеми возможными средствами с привлечением широкого круга специалистов.

На начальном «валеологическом» (санологическом) этапе становления этой специальности уже были описаны идеология и методология, предмет и содержание защиты здоровья здоровых и в целом профилактической деятельности (Брехман И.И., 1990; Лисицин Ю.П., 1998, 2002; Дубровский В.И., 1999; Чумаков Б.Н., 1999; Билич Г.Л., 2000; Казин Э.М., 2000; Вайнер Э.Н., 2001; и др.).

Смысл сегодняшнего акцентированного выделения неоригинального термина «превентология» в профессионализации междисциплинарной профилактической деятельности, в попытке правового конституирования нового класса *специалистов-превентологов*. Реально складывающаяся практика просто вынуждает ставить вопрос о превентологах. Так, выпускники факультета клинической психологии Северного государственного медицинского университета (СГМУ) в Архангельске проходят специализацию по превентивной психологии, а медико-профилактического — по гигиеническому воспитанию. С 2003 г. в школах г. Архангельска введены должности заместителя директора по гигиеническому воспитанию, рассчитанные на врачей-гигиенистов и педиатров. Выпускники факультета высшего сестринского образования работают медицинскими менеджерами в центрах здоровья, а социальной профилактикой и реабилитацией занимаются выпускники факультета социальной работы. Сегодня на 16 факультетах СГМУ обучаются представители всех профессиональных отрядов, вовлеченных в защиту общественного здоровья и работающих в *мультипрофессиональных бригадах*. Практика специализации в области превентологии на профильных факультетах медицинских вузов требует дальнейшего развития.

В то же время с нарастающей актуальностью осознается необходимость подготовки специалиста, имеющего в качестве ведущей мотивации деятельности задачу предупредить утрату здоровья. Носитель такой идеологии и *главный субъект превентологии* — *превентолог* должен обладать достаточной суммой знаний и умений из облас-

ти медицины, биологии, психологии и педагогики, социологии и менеджмента, права и информатики. И какой бы парадоксальной ни казалась эта идея, ее развитие и воплощение открывают новые возможности более активного формирования популяции людей, обладающих той суммой знаний о своем здоровье и той нравственно-ценностной ориентацией, которые позволяют им быть успешными в современном мире.

Уже сегодня вполне реализуема задача получения квалификации специалиста-превентолога в режиме специализации для врача, психолога, социального работника, педагога, менеджера. В перспективе возможна базовая подготовка превентологов в очной, заочной или очно-заочной форме в течение пяти лет.

Сферой профессиональной деятельности превентолога становится оценка ресурсов индивидуального и общественного здоровья, оценка влияния факторов среды (природной, социальной, производственной) на здоровье человека, организация и реализация профилактических программ и мероприятий, обучение технологиям и навыкам формирования и укрепления здоровья, профилактика конкретных заболеваний, индивидуальное консультирование по вопросам укрепления здоровья, преподавание превентологии в учебных заведениях всех форм и уровней, проведение профильных научных и маркетинговых исследований и т.д.

Профессиональное поле превентологии составляют центры, кабинеты и отделения медицинской профилактики поликлиник, центры реабилитации и оздоровления, санатории и дома отдыха, медико-социальные центры, образовательные и дошкольные учреждения, школы по профилактике конкретных заболеваний (школы диабетика, астма-школы и др.), сообщества и ассоциации больных и их родственников, общественные организации для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов), организации физической культуры и спорта и т.д.

Специалист по превентологии в соответствии с общепрофессиональной и специальной подготовкой может выполнять широкий спектр профилактической деятельности: оздоровительно-реабилитационной и рекреационно-досуговой, коррекционной и консультативной, образовательно-профессиональной и организационно-управленческой, научно-исследовательской и научно-методической.

Таким образом, на максимальном уровне обобщения *общая превентология* — это междисциплинарная наука о формировании здорового образа жизни и предупреждении саморазрушающего поведения. *Частная превентология* раскрывает ведущие аспекты предупреждения конкретных заболеваний. Одним из направлений частной превентологии является *наркологическая превентология*, занимающаяся предупреждением зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Объектом наркологической превентологии являются факторы и условия развития саморазрушающего и зависимого поведения; скрининг и прогнозирование алкоголизма и наркотизма; профилактические программы различной целевой направленности; воспитание и формирование самосохраняющего поведения в семье и школе, в образовательном заведении и трудовом коллективе; превентивные ресурсы всех заинтересованных ведомств и структур; стратегии и механизмы, технологии и маршруты избегания и преодоления зависимости; нравственно-ценностные и культуральные, духовные и религиозные аспекты превентологического сервиса; антиалкогольная и антинаркотическая политика. Субъектом наркологической превентологии могут стать группы риска и проблемные семьи, школьники и учащиеся учебных заведений всех уровней и форм, профессиональные и организованные группы, профессиональные превен-

тологи и волонтеры, популяции и субпопуляции в сфере деятельности конкретных средств массовой информации. В широком смысле к субъектам наркологической превентологии можно отнести всех людей, чья деятельность направлена на сохранение и укрепление здоровья.

Безусловно, самая эффективная превентивная стратегия состоит в воспитании здоровой и гармоничной личности, имеющей творческий потенциал для эффективной самореализации и нравственный иммунитет к любым формам отклоняющегося поведения. Все сказанное выше об общей превентологии в равной мере транслируемо на любую частную форму ее, в том числе и наркологическую превентологию. Наркологическая превентология за счет междисциплинарного формата много шире традиционной превентивной наркологии, представляющей медикоцентрическую наркологическую проекцию на профилактическое поле.

Наука по определению должна ориентироваться на корректные оценки и реалистичные прогнозы. Поэтому важно отметить: как геронтология смогла стать самостоятельной дисциплиной только при существенном повышении продолжительности жизни населения развитых стран, так и превентология (в том числе и наркологическая) в полной мере состоится только при двух принципиальных условиях: достойном социальном качестве жизни и соответствующем смысле жизни личности. Материальные и духовные измерения общества, пытающегося расставаться с социальными недугами, должны корреспондироваться. Алкоголизм и наркомания – болезни цивилизации, сопровождающие всю историю человечества. По-настоящему эффективные подходы к профилактике этих социальных недугов могут быть реализованы, только когда все человеческое сообщество воспримет их как вызов своему существованию. Но до этого еще далеко... Продолжающаяся реклама пива на российских телеканалах – яркое свидетельство неготовности политической элиты страны с актуальностью воспринимать наркологическую проблематику и ухудшающееся психическое (а следовательно, и духовное) здоровье нации.

Понимание этих тревожных тенденций привело к созданию в 2002 г. нового межведомственного ежемесячного научно-практического журнала «Наркология», выпускаемого издательством «Литера-2000» (генеральный директор Андрей Александрович Иришкин) совместно с РАМН. Двухлетний опыт редактирования этого журнала и общения с ведущими учеными страны существенно помог автору в написании данного руководства.

Основной особенностью представляемой работы является широкий социальный и междисциплинарный подход к наркологической превентологии. Он стал возможным только в последние годы, когда началась смена традиционной нозоцентрической парадигмы на здравоохранную. Эффективная превентивная деятельность в принципе осуществима только при отказе от нозоцентрического взгляда на природу зависимости, т.е. понимания зависимости как сугубо медицинской проблемы.

Руководство состоит из трех разделов, объединяющих 12 глав, в которых последовательно раскрываются этиопатогенетические и теоретико-методологические вопросы, основные направления и стратегии предупреждения зависимого поведения. Существенно новым является включение глав по педагогическим и психологическим, духовным и культуральным аспектам, социальной работе в наркологической превентологии. Системно рассмотрена методология и практика конструирования профилактических программ. Именно поэтому у руководства очень широкий читательский адрес. Оно рассчитано на врачей общей практики, наркологов и психиат-

ров, психотерапевтов и клинических психологов, социальных работников и социологов, педагогов и юристов, всех заинтересованных проблемами зависимости от психоактивных веществ. Автор стремился выдержать академический научный стандарт в подаче материала при сохранении языка и стиля, доступных широкой читательской аудитории.

Все разделы руководства построены на проблемах профилактики алкоголизма и наркотизма, в то же время предлагаемая методология конструирования превентивных программ в равной мере проецируема на предупреждение табакокурения и иных форм зависимого поведения.

Руководство обобщает 30-летний опыт работы автора в наркологической превентологии, ведь именно в 1974 г. в Архангельске был открыт первый в СССР подростковый наркологический кабинет. Так уж сложилось, что с первых шагов в науке автору выпало работать на широком междисциплинарном поле в творческом сотрудничестве с психиатрами и наркологами, психологами и педагогами, философами и специалистами по этике, социальными работниками и юристами, экологами и физиологами. В сотрудничестве с ними за последние четверть века выпущен цикл учебников, монографий и руководств по медико-социальным проблемам профилактики алкоголизма и наркотизма.

Автор искренне признателен друзьям и коллегам, дружному коллективу института психологии и психиатрии СГМУ за многолетнюю поддержку и содействие в подготовке руководства. Особая благодарность за помощь в сборе и систематизации материала доценту Елене Владимировне Згонниковой.

Автор выражает глубокую благодарность рецензентам за критический анализ представленного в книге материала, издателю, редакторам и меценатам за помощь в создании настоящего труда и надеется, что с выходом его в свет будет сделан очередной шаг в развитии наркологической превентологии, который приведет к укреплению психического здоровья нации.

Раздел I

**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ  
И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ**

Такие явления социальной патологии, как алкоголизм и наркотизм, в большинстве стран, включая и Россию, обнаруживают тенденцию роста. Беспокойство вызывают самые различные группы общества – дети, в том числе новорожденные, подростки, женщины, люди старшего и пожилого возраста. Имеющиеся концепции развития алкоголизма и наркотизма рассматривают причины зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) с точки зрения биологических, генетических, социально-психологических, культурологических факторов.

### **ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ**

Современный этап развития психиатрии характеризуется широким и продуктивным взаимодействием с психологией и социологией, педагогикой и правом, философией и этикой, этнографией и антропологией. Количественное наращивание междисциплинарных усилий привело к формированию новых качественных направлений и, в частности, наркологической превентологии, существенно расширяющей традиционные границы клинической психиатрии за счет повышения уровня обобщения в определении предмета и методологии исследований.

Многолетняя работа в социальной психиатрии и наркологии убеждает в отсутствии прямолинейных и однозначных корреляций аддиктивного поведения с биологическими и психическими особенностями индивидуума или факторами социальной среды.

Человеческий социум взаимозависим и манипулятивен по своей природе. Успешные поведенческие стратегии в экологии судьбы возможны только при адекватной оценке всего многообразия влияний и отношений. Любое поведение чем-то предопределено и от чего-то зависимо. В буквальном смысле слова независимого поведения нет, есть лишь различные модальности и вектора, степени и уровни зависимости.

Предметом клинической психологии и психиатрии зависимое поведение как вариант отклоняющегося становится при следующих характеристиках: непреодолимой подчиненности чужим интересам; чрезмерной фиксации внимания на определенных видах деятельности или предметах; снижении способности выбирать и контролировать свое поведение; увеличении толерантности; утрате альтернативных интересов; пренебрежении осложнениями и вредными последствиями; появлении абстинентного синдрома.

*К зависимому поведению относят:* 1) «химическую» зависимость, или зависимость от психоактивных веществ – алкоголя и наркотиков, седативных и снотворных препаратов, стимуляторов и галлюциногенов, табака и летучих растворителей; 2) зависимость от приема пищи (анорексия и булимия); 3) сексуальные девиации и первер-

сии (парафилии); 4) психостимулирующие нехимические зависимости (экстремальная и спортивная деятельность, гемблинг, клептомания, пиромания, серийные убийства); 5) викарные, т.е. заполняющие психологическую пустоту, зависимости (накопительство, трудоголизм, светские развлечения, созависимость, «запойное чтение», фанатизм как зависимость от референтной группы или лидера); 6) электронные формы и версии зависимостей – кино- и телевизионная, компьютерные игры, избыточное пользование компьютером и Интернетом (Короленко У.П., Дмитриева Н.В., 2000; Менделевич В.Д., 2003; Сидоров П.И., 2005).

**Аддитивное поведение** – это стремление уйти от реальности посредством изменения своего психического состояния. Среди факторов, влияющих на выбор механизма ухода от реальности как стиля жизни, можно выделить:

- психологические – выбор ухода от реальности как доминирующей, центральной идеи сознания;
- биологические – качество индивидуального реагирования на аддитивное воздействие (наркотики, алкоголь, азартные игры и т.д.);
- социальные – семейные и несемейные взаимодействия: тип воспитания, эмоциональное состояние матери, групповая динамика семейная и внесемейная, психические травмы детства и подросткового периода (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000).

В настоящее время существует несколько классификаций аддитивного поведения (Burglass M.E., Shaffer H., 1984, 1989, 1997; Shaffer H., 1977; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000; и др.). Несмотря на кажущееся обилие материалов по алкоголизму, наиболее полно пока изучено только токсическое воздействие алкоголя на организм. Аддитивное, т.е. психологическое звено по-прежнему остается малоизвестным. Помимо недостаточной изученности следует отметить огромный социальный урон, наносимый именно химическими аддикциями.

Многочисленные исследования, нацеленные на выделение этиопатогенетических факторов алкоголизма и наркотизма, проституции и суицидов, давали, по существу, сходные характеристики причин и условий девиантного и аддитивного образа жизни вне зависимости от конкретных нозологических форм или поведенческих феноменов.

Поэтому экстранозологический подход можно рассматривать как достаточно специфическое методологическое требование к *наркологической превентологии*, предмет которой (в частности, аддитивное поведение) отличается полиэтиологичностью и междисциплинарностью, динамичностью и изменчивостью, неустойчивостью и обратимостью.

Исходя из этого, продуктивным представляется описание **механизмов формирования аддитивного образа жизни**, выделенных на модели ранней алкоголизации и наркотизации подростков и молодежи, но в равной мере применимых к любым формам аддитивного поведения и к любой половозрелой категории населения (П.И.Сидоров, 1995, 2001).

**Механизм анонимности**, или неспецифичности действия негативных причин и условий, проявляется в том, что независимо от природы (социальной или биологической, психологической или моральной) факторов, искажающих психологическое развитие и нравственное становление личности подростков в условиях деструкции социальной среды, они приводят к одному результату – быстрому развитию поли-

морфного аддиктивного поведения и социальной дезадаптации, минимально отражаясь в особенностях формирования отдельных нозологических форм.

*Механизм генерализации*, или расширенного воспроизводства негативных факторов в генезе аддиктивного поведения, заключается в том, что степень его выраженности обратно пропорциональна возрасту, в котором начинается проявление нарушающего онтогенез воздействия. Чем раньше обнаружатся отрицательные биологические или социальные факторы, тем выше риск накопления к подростково-юношескому возрасту критической их концентрации, дезадаптирующей личность. Например, в формировании раннего алкоголизма у подростков с резидуально-органической церебральной недостаточностью рано обнаруживаются признаки задержки психического развития, что предопределяет, в свою очередь, школьную дезадаптацию и асоциальное поведение и т.д.

*Механизм псевдоадаптации*. У абсолютного большинства злоупотребляющих алкоголем или токсикантами подростков выявляли патологическую отягощенность преморбида (органическая церебральная недостаточность, формирующиеся психопатии и патохарактерологические развития и др.), имеющую преимущественно астенопатический и астенодепрессивный радикал. У этой группы несовершеннолетних алкоголь на короткое время вызывал бодрость и активность, смелость и уверенность в себе. Стимулирующе-растормаживающий эффект этанола создавал иллюзию адаптации и самореализации (псевдоадаптации), приводя к накоплению алкогольных проблем и последствий. Ранняя алкоголизация как практически обязательный компонент большинства форм отклоняющегося поведения быстро приводила к астенизации личности или усугубляла уже имеющуюся астенизацию и дезадаптацию. Описанный механизм псевдоадаптации (первичный и вторичный) можно считать общим для девиантного контингента подростков.

*Механизм деформации*. Большинство «трудных» подростков не имели нормального семейного воспитания: отсутствовал контроль за их обучением, недостаточно поощрялось развитие интеллекта и формирование нравственных ценностей. У них рано утрачивался интерес к учебе. Это неизбежно приводило к отсутствию у подростков социально значимых установок, узкому кругу и неустойчивости интересов, отсутствию увлечений и духовных запросов, уходу от принятия ответственных решений. Формировалась такая направленность личности, в основе которой лежала неспособность подростков к сложной деятельности с упрощением и перестройкой иерархии мотивов поведения в плане готовности к злоупотреблению алкоголем. Происходило уплощение, деформация личности. Складывалась алкогольная личность, еще до болезни слепо и некритично воспринимающая все взгляды и нормы алкогольной группы. При более широком подходе можно говорить о формировании изначально аструктурной (Бехтель Э.Е., 1986) личности, имеющей равно высокий риск самореализации в любой форме аддиктивного поведения. Расстройства личности в подростковом возрасте Ю.В.Попов (1988) считает ведущим условием развития саморазрушающих (как в биологическом, так и в психологическом отношении) типов поведения (делинквентность, ранняя алкоголизация, токсикоманическое и суицидальное поведение).

*Механизм индукции*. На начальном этапе формирования алкоголизма позволительно говорить о психогенном (в широком смысле этого понятия) формировании симптомов зависимости, утрате контроля за формой потребления и формой опьянения (включая изначальные утренние приемы небольших доз алкоголя). Гротескные, индуцированные симптомы «клиники до болезни» имитируют и потенцируют на-

чальные биологические проявления заболевания. Этот механизм реализуется во многом за счет известных подростковых реакций группирования и имитации (Личко А.Е., 1987) и легко узнаваем в любой форме аддиктивного поведения.

Выделенные социально-психологические механизмы в определенном соотношении присутствуют в анамнезе любого подростка с аддиктивным поведением и требуют учета в построении системы превентивной работы.

В настоящее время в литературе по профилактике зависимостей появился термин «склонность к злоупотреблению ПАВ». Термин «склонность» (подверженность) впервые был введен в медицину D.S.Falconer (1965) для выражения индивидуальной врожденной тенденции к развитию или приобретению заболевания, т.е. восприимчивости в обычном понимании, с одной стороны, и целой комбинации внешних обстоятельств, которые делают более или менее возможным развитие заболевания, с другой. Таким образом, склонность к злоупотреблению ПАВ – это результат действия всех факторов, имеющих отношение к риску и тяжести заболевания. Различия в склонности к зависимости обусловлены прежде всего генетическим полиморфизмом, влиянием личностных черт характера и воздействиями окружающей среды.

Фенотипические проявления, превышающие определенную точку на латентной шкале склонности, обозначаются как диагностические критерии. Чем больше диагностических критериев соответствует ситуации, тем более человек относится к «группе риска». В отношении употребления наркотиков ситуация описывается едиными и неменяющимися критериями – да/нет. В отношении употребления алкоголя ситуация несколько усложняется, так как в нашей культуре алкоголь широко употребляется и трудно определить границу между употреблением и злоупотреблением.

В России существуют устойчивые алкогольные традиции; климатические и социально-культурные условия жизни также способствуют постоянному потреблению алкоголя.

Алкогольная и наркотическая ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Сложившаяся в стране субпопуляция людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, опережает по темпам роста популяцию формально здоровых. Так, за последнее десятилетие заболеваемость алкогольными психозами увеличилась в РФ в 6,3 раза, а число больных наркоманиями и токсикоманиями увеличилось в 5,8 раза (Михайлов В.И. и др., 2002). Достигнут беспрецедентно высокий уровень потребления чистого алкоголя на душу населения в год – 14–15 л, тогда как генетически опасным для нации ВОЗ признает потребление 8 л алкоголя. Это обстоятельство усугубляется спецификой структуры и форм его потребления населением (предпочтительно потребляются крепкие спиртные напитки и преимущественно «ударными дозами»), низким качеством вина и водки, значительным объемом фальсифицированной алкогольной продукции, а также недостаточным питанием, сопровождающим потребление алкоголя (Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф., 2002).

Особенно настораживают данные, касающиеся аддиктивного поведения молодежи: из 100 подростков в возрасте до 12 лет интенсивно употребляют алкоголь 24 мальчика и 19,6 девочки, а возраст первого приобщения к алкоголю составляет 5–6 лет. За три года потребление наркотиков молодежью выросло в 4,5 раза, токсикантов – в 14 раз (Саноцкий И.В., 1999).

Объемы и распространенность алкоголизации и наркотизации, тяжесть и масштабы последствий и осложнений делают наркологическую ситуацию существенной угрозой общественному здоровью и национальной безопасности России. В утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 17 декабря 1997 г.

№1300 Концепции национальной безопасности РФ в разделе «Угроза национальной безопасности Российской Федерации» записано: «Вызывает тревогу угроза физическому здоровью нации. Ее истоки лежат практически во всех сферах жизни и деятельности государства и наиболее явно проявляются в кризисном состоянии систем здравоохранения и социальной защиты населения, стремительном возрастании потребления алкоголя и наркотических веществ».

Происходивший в России в последнее десятилетие процесс расслоения общества и массового обеднения многих социальных групп составил основу кризиса социальной сферы страны, который может быть обозначен термином «аномия» (Пелипас В.Е. и др., 2000).

*Аномия* (от фр. *anomie* – отсутствие закона, порядка) – социально-психологическое понятие, обозначающее нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей, обусловленным кризисом общества, противоречиями между провозглашаемыми целями и невозможностью их реализации для большинства людей в стране, выражается в изоляции человека от общества и разочарованности в жизни. Проявления аномии особенно ярко заметны в трех сферах: межличностных отношений, культурной и социальной.

*В сфере межличностных отношений*, с одной стороны, усиливаются взаимное недоверие, враждебность, соперничество, агрессивность и насилие, с другой – заметны реакции изоляции и филиационные реакции (*filiation reaction*), появление различных субкультур.

*В культурной сфере* терпят крах доминировавшие культурные ценности, изменяются правила и принципы интерпретации событий, появляются конфликтные системы ценностей, состояние идентификационной пустоты при отсутствии каких-либо альтернатив.

*В социальной сфере* отмечаются сильнейшая дезинтеграция и поляризация общества: кризис доверия к существующим институтам власти и авторитетам с одновременным поиском новых общественных лидеров.

Объектом наркологической превентологии прежде всего и становятся социальные факторы и условия развития алкоголизма и наркомании, играющие ведущую роль преимущественно на донологических этапах употребления и злоупотребления ПАВ. Максимально обобщая, в социогенезе алкоголизма и наркомании можно выделить четыре уровня **причинных комплексов**: 1) *макросоциальный*, включающий особенности социально-экономического положения в стране и социальной политики государства; 2) *мезосоциальный*, включающий особенности профессиональной деятельности и психологический климат трудового или учебного коллектива, неформальной молодежной группы; 3) *миллисоциальный*, включающий особенности обычаев, традиций и стиля жизни семьи как особого по значимости института социализации личности; 4) *микросоциальный*, или личностный, включающий особенности преимущественно нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер.

Суммируя многочисленные литературные данные и материалы собственных многолетних исследований (Лисицын Ю.П., Сидоров П.И., 1990; Иванец Н.Н., 1992; Пятницкая И.Н., 1994; Заиграев Г.Г., 1997; Сидоров П.И., Парняков А.В., и др. 2002; Eide A.H., Acuda S.W., 1995; Hafeiz H.B., 1995; Jaudes P.K., Ekwo E., Van Voorhis J., 1995; Marcos A.C., Bahu S. J., 1995; Stelle R.G., Forehand R., Armistead L., Brodi G., 1995; Welte G.W., Barnes G.M., 1995; Kandel D.B., Davies M. 1996), можно представить их в следующих пакетах.

### **Макросоциальный уровень**

– Глубокий социально-экономический кризис с ростом безработицы, инфляции, неплатежей, беспризорности, волной забастовок.

– Нарушения конституции и истощение правовых механизмов государственного регулирования.

– Утрата прежней идеологии, не восполненная формированием новой мировоззренческой концепции развития большинства постсоциалистических стран.

– Утрата доверия населения к руководству, отчуждение и обнищание народа, дегуманизация общественных отношений.

– Рост национализма и сепаратизма, обострение противоречий между национальными культурами и религиями.

– «Истеродемонический ренессанс» с широким распространением тоталитарных сект и асоциальных идеологий.

– Затяжные межгосударственные конфликты и локальные региональные войны, обуславливающие посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов, беженцев и мигрантов.

– Рост преступности и коррупции, проституции и суицидов, асоциального и аморального поведения.

– Урбанизация жизни и распространенность социально-стрессовых ситуаций, развал сельского хозяйства.

– Обострение противоречий между социальными группами, растущий разрыв между богатыми и бедными (алкоголизм и наркомания «от бедности» и «от сытости»), отсутствие среднего класса.

– Девальвация традиционных национальных ценностей, разрушение материальной базы сферы культуры и досуга.

– Неэффективная антиалкогольная и антинаркотическая политика государства, развал наркологической службы, широкая доступность алкоголя, наркотиков и токсикантов, сворачивание антиалкогольной и антинаркотической пропаганды.

– Агрессивное давление и расширенное воспроизводство легальной алкогольной и нелегальной наркотической индустрии.

Яркую иллюстрацию выделенных макросоциальных условий аддиктивного и девиантного поведения мы находим в очерке Вацлава Гавела «Летние размышления»: «Возвращению свободы в мир разлагающейся морали неизбежно сопутствовало явление, вполне предсказуемое и естественное, но тем не менее оказавшееся гораздо серьезнее, нежели ожидалось. Это поразительный всплеск всех возможных низменных человеческих инстинктов. Как будто вся огромная масса темных или по крайней мере неясных стремлений, годами незаметно копившихся в обществе (и в то же время ежедневно использовавшихся тоталитарной системой), вдруг вырвалась на волю. Определенная дисциплина, если ее можно так назвать, которая поддерживалась авторитарным режимом («узаконившим» эти низменные инстинкты), рухнула, а новая, основанная на свободно осознанной коллективной ответственности, которая бы не освобождала, а, наоборот, душила их, еще не создалась.

Да она и не могла появиться, поскольку на ее вызревание уходят годы. Итак, мы оказались перед лицом странной ситуации: люди, ставшие, несомненно, во многих отношениях свободнее, ведут себя хуже, чем в дни, когда не было свободы. Резко ползла вверх кривая преступности; падакая на сенсации пресса открыла путь тошнотворному потоку, который, похоже, всегда начинает извергаться из темных уголков

коллективной памяти во времена великих исторических перемен. Но это еще не все. Начинают заявлять о себе и более тревожные тенденции: межнациональная подозрительность и ненависть, расизм, вплоть до проявлений фашизма, бесстыдная демагогия, интриги и заведомая ложь, политиканство, неприкрытое и бесконтрольное проталкивание корыстных интересов, жажда власти, фанатизм всех мастей, новые виды мошенничества, коррупция, сращение с мафиозными структурами, всеобщая нетерпимость, отсутствие взаимопонимания, утрата чувства вкуса, способности мыслить и соразмерять свои действия...» (Цит. по: Агаджанян Н.А., 1998).

### **Мезосоциальный уровень**

– Атмосфера терпимости и снисходительности к алкоголизации и наркотизации; асоциальные поведенческие стереотипы и девиантный образ жизни референтного окружения, питейные традиции и обычаи, алкогольные стереотипы повседневного общения и времяпрепровождения.

– Асоциальная среда и дефицит социального стимулирования, мода и стиль поведения в среде с алкоголизацией и наркотизацией (по данным М.Е.Поздняковой (1998), потребляют наркотики среди московских металлистов 77%, панков – 67%, хиппи – 57%, рокеров – 41%, брейкеров – 40%).

– Пренебрежение работой и учебой, делинквентность, зависимость от ситуации, конформное и пассивное поведение, конфликты с учителями и школьная дезадаптация, нарушения социализации и трудности адаптации в новой социальной среде.

– Утрата социализирующей роли воинской службы и неуставные отношения в армии.

– Тяжелый физический труд, лишенный творческого содержания, включение ятрогенных механизмов зависимости в результате безответственности врачей.

– Диспропорция свободного времени мужчин и женщин, способствующая разобщению интересов.

– Демографическая несбалансированность мужского и женского населения, особенно в удаленных сельских районах.

Видный российский историк и публицист Н.Загоскин (1893) так описывает место алкоголя в русской культуре: «Вино сопровождает русского человека от купели до могилы: оно является неизбежным спутником его жизни, оно делается необходимым фактором, необходимою стихией его и праздничной и будничной жизни. Вино заменяло русскому человеку недоступные ему виды увеселений, восполняло отсутствие идеалов, стремлений и интересов более духовного характера».

### **Миллисоциальный уровень**

– Нарушение структуры и функции семьи.

– Низкий образовательный и культурный уровень родителей.

– Неправильное воспитание, отрицательный психологический климат и отчуждение в семье.

– Уходы из дома и бродяжничество.

– Плохие жилищные условия и низкие доходы в семье.

– Слабый социальный контроль и низкая правовая культура семьи.

Именно семья является носителем *алкогольных обычаев* – исторически сложившихся и передаваемых из поколения в поколение форм употребления спиртных напитков с соответствующими духовными эквивалентами обыденного сознания и ми-

ровоззрения. Алкогольные обычаи выполняют две социальные функции: стабилизируют утвердившиеся в данной среде отношения к употреблению алкоголя, его формы и воспроизводят эти отношения и формы в жизни новых поколений, отражаясь в их алкогольных установках.

### **Микросоциальный уровень**

– Социальная депривация, низкий уровень общей культуры и социального развития личности, узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов.

– Неопределенность профессиональной ориентации, отсутствие социально значимых установок, в том числе на трудовую деятельность.

– Низкий уровень притязания и дефицит мотивации поведения, уход от принятия ответственных решений.

– Утрата перспективы жизни, видения путей развития своей личности; интровертированность и низкая переносимость отрицательных эмоций.

– Безответственность и незрелость, оппозиционность и напряженность, беспокойство и страх.

– Чрезмерное любопытство и одновременно незнание вреда алкоголя и наркотиков.

– Обидчивость и капризность, эгоистичность и эмоционально-волевая неустойчивость.

– Гедонистические устремления и потребительское отношение к жизни.

– Неспособность к организованной и последовательной деятельности.

– Незрелость нравственных чувств и неустойчивость личностных отношений.

– Преимущественная ориентация на сверстников, а не на семью.

– Эрозия субстанционных человеческих качеств — порядочности и честности.

– Склонность к непризнанию авторитетов, оппозиционность и агрессивность, в иных случаях выражены застенчивость, осознание своей неполноценности и недостаточности, неспособность бороться с трудностями, склонность к уединению и разрешению своих проблем «химическим путем».

– Неадекватная самооценка и незрелые механизмы защиты.

Многообразие факторов и условий в социогенезе аддиктивного поведения уместно оценивать в рамках *диалектики случайности и необходимости*. Место случая в судьбе человека тонко раскрывается Александром Грином в романе «Дорога никуда», очень созвучном своим названием рассматриваемой теме: «Случайностей очень много. Человек случайно знакомится, случайно находит или теряет. Каждый день полон случайностей. Они не изменяют основного направления нашей жизни. Но стоит произойти такой случайности, которая трогает основное человека — будь то инстинкт или сознательное начало, — как начинают происходить важные изменения жизни или остается глубокий след, который непременно даст о себе знать впоследствии...

Итог: все, что неожиданно изменяет нашу жизнь, — не случайность. Оно — в нас самих и ждет внешнего повода для выражения действием».

Случайность, конечно, не может изменить многогранную и многофакторную судьбу человека, но и то, что сегодня кажется случайным, завтра может оказаться судьбой.

Перечисленные неспецифические факторы и условия снижают порог психосоциальной адаптации человека, повышая его чувствительность к любым патогенным

влияниям социального и биологического порядка. Они и являются основными характеристиками «группы риска» — ведущего субъекта социогенеза алкоголизации и наркотизации.

Таким образом, алкоголизация и наркотизация — это во многом неспецифические маркеры социально-психологической несостоятельности личности, индикаторы дисгармоничности и порочности среды, это показатели невключенности человека в сферу продуктивной деятельности, показатели отчуждения и социальной депривации.

Приведенная систематика факторов риска не учитывает изменяющейся с возрастом структуры мотивационно-установочной и нравственно-ценностной сфер личности. Предложенный нами (Лисицын Ю.П., Сидоров П.И., 1990) динамический подход к оценке роли различных негативных условий позволил выделить четыре основные группы факторов, представляющих **единую цепь генеза злоупотребления алкоголем и наркотиками**: I — факторы, способствующие развитию употребления; II — факторы, поддерживающие употребление; III — факторы, способствующие развитию злоупотребления; IV — факторы, поддерживающие злоупотребление алкогольными напитками и наркотиками.

Влияние этих факторов проявляется в отдельные возрастные периоды неодинаково.

*Факторы I группы* (неблагоприятные взаимоотношения между родителями, отсутствие одного из родителей — чаще отца, частое употребление алкогольных напитков родителями или лицами ближайшего окружения, экспериментирование с наркотиками и токсикантами в молодежной группе) действуют на ребенка в возрасте 13—15 лет, когда закладывается основа злоупотребления. Факторы этой группы составляют первое звено в генезе злоупотребления; его можно условно назвать начальным.

*Факторы II группы* (обычаи ближайшего окружения, ориентированные на употребление алкоголя и наркотиков, общепринятые алкогольные традиции и др.) действуют на молодого человека в возрасте 16—18 лет, когда уже формируется систематическое и сознательное употребление алкоголя, наркотиков и токсикантов. Этому в значительной степени способствует раннее приобщение детей (подростков) к алкоголю и наркотикам. В генезе злоупотребления это звено можно условно назвать определяющим.

*Факторы III группы* (относительная экономическая самостоятельность и бесконтрольность молодых людей при ранее приобретенной установке на привычное употребление алкогольных напитков и наркотиков, а также доза и частота случаев употребления) действуют на лиц в возрасте 19—26 лет. Практически это начало самостоятельной жизни «бывалого» человека, который, как ему кажется, начинает понимать «толк» в жизни. Это звено в генезе злоупотребления мы называем пусковым.

*Факторы IV группы* (конфликты в семье, низкий культурный уровень, потребительские интересы, сравнительно высокая (или низкая) зарплата и др.) составляют завершающее звено в генезе злоупотребления. Они поддерживают употребление алкоголя и наркотиками, обуславливают высокий уровень пьянства и наркотизма, которые, в свою очередь, укрепляют обычаи ближайшего окружения, поддерживают установку на злоупотребление; особенно ярко такие явления выступают среди тех профессионально-производственных групп, чей труд относительно прост (физическая работа, не требующая квалификации) и высокооплачиваем.

Приведенная схема генеза злоупотребления алкоголем и наркотиками дает представление о последовательном действии социальных факторов, способствующих зло-

употреблению. Она не претендует на универсальность, но отражает наиболее существенные моменты, прежде всего влияние среды, низкий культурный уровень лиц, подверженных злоупотреблению, роль социально-психологических факторов.

### **ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ**

Значительная распространенность алкоголизма в большинстве стран мира заставляет настойчиво искать и пытаться обосновать причины злоупотребления алкоголем. Существует множество различных точек зрения и концепций, связанных с этиологией алкоголизма. А. Гротьян в начале XX в. писал, что алкоголизм имеет биологическую и социальную стороны. Медицина подошла только к первой стороне проблемы алкоголизма, вскрыв влияние алкоголя на организм человека, однако она оказалась совершенно несостоятельной при выяснении причин алкоголизма, поскольку эти причины коренятся в условиях общественной жизни.

Некоторые авторы видят причину алкоголизма в самом алкоголе. «Первичная и простейшая причина тяги человека к алкоголю, — писали З.А. Гуревич и А.З. Залевский в 1930 г., — лежит в его эйфорическом действии, т.е. именно в том, что алкоголь способен создавать настроение удовольствия». Прием алкоголя делает человека более развязным, ему начинает казаться, что он может с легкостью преодолеть все трудности и житейские невзгоды. Это состояние, по мнению авторов, часто и служит наиболее сильным толчком к употреблению алкоголя. Точка зрения на алкоголь как на этиологический фактор алкоголизма существует или невольно подразумевается и в настоящее время, когда в качестве одной из мер борьбы с алкоголизмом предлагают запретить или ограничить продажу алкогольных напитков, а также организуют общества трезвости.

Однако большинство отечественных и зарубежных авторов считают, что алкогольные напитки не являются основным этиологическим фактором алкогольной болезни. Большая часть человечества употребляет алкогольные напитки, отдельные группы людей злоупотребляют ими, у некоторых развивается пристрастие к алкоголю. Эти взаимосвязанные аспекты проблемы употребления алкоголя и алкоголизма определяются не только и не столько самим алкоголем, сколько человеком и условиями его жизни.

Многие отечественные и зарубежные авторы выделяют социальные, генетические, психологические и филогенетические факторы в этиологии алкоголизма.

Рассматривая различные концепции этиологии алкоголизма, можно условно выделить две основные группы причин, способствующих развитию алкоголизма: причины, кроющиеся в аномалиях личности и особенностях организма индивида, и причины, заложенные в жизни общества.

Наиболее обширна литература по первой группе причин. Она посвящена различным аномалиям личности: наследственным, обменным, конституциональным, психическим, психологическим и др. По мнению ряда авторов, эти аномалии определяют развитие пристрастия к алкоголю. Среди сторонников этих теорий можно назвать R. Williams (1947, 1949), H. Baruch (1950), E. M. Jellinek (1960), G. Winokur (1970) и др. Из отечественных ученых этой точки зрения придерживались Ф. Е. Рыбаков (1910), П. Г. Ганнушкин (1933), С. Г. Жислин (1935), И. И. Лукомский (1960, 1965, 1970) и др. В большинстве работ предпринимаются попытки установить прямые причинно-следственные связи между преморбидными личностными особенностями и злоупотреблением алкоголем, описать «личность потенциальных алкоголиков».

Е.М.Jellinek (1960) полагает, что к злоупотреблению алкоголем предрасположены «недостаточно организованные» личности, неспособные справиться с тревогой и напряжением социально приемлемыми путями. Он считает, что чем ниже организация субъекта, тем больше у него потребность в искусственном облегчении своего состояния с помощью алкоголя. Однако для возникновения хронического алкоголизма, кроме злоупотребления алкоголем, по мнению Е.Jellinek, необходима еще и физиологическая (в том числе наследственная) предрасположенность.

С точки зрения М.М.Glatt (1967), для подавляющего большинства лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, характерны эмоциональная инфантильность, желание уйти от действительности, неустойчивость к невзгодам, неспособность переносить их и бороться с напряжением. Роль психических особенностей личности в этиологии алкоголизма признают многие исследователи.

Современные психологи объясняют пристрастие к алкоголю мотивами и потребностями. Они считают, что первоначально алкоголь не выделяется среди других второстепенных мотивов побуждения – он не играет существенной роли в иерархии мотивов и побуждает к деятельности только в определенных общепринятых ситуациях (Братусь Б.С., Сидоров П.И., 1984; Сурнов К.Г., 1986). Об этом говорят и первоначальное предметное содержание потребности в алкоголе, и способы ее удовлетворения (достаточный повод и определенные условия для употребления алкоголя). Возрастающая потребность в алкоголе все больше втягивает человека в деятельность, направленную на ее удовлетворение. Неизбежно выделяется ряд вспомогательных действий (добывание денег, нахождение предлогов для выпивки и т.п.), которые подчинены конечной цели – удовлетворению потребности в алкоголе. После того как алкоголь становится личностной ценностью, его употребление начинает все больше выходить за рамки так называемых алкогольных ситуаций. Со временем все проблемы начинают разрешаться через алкоголь и с его помощью, алкоголь становится смыслообразующим мотивом поведения.

Некоторые зарубежные исследователи особое значение в этиологии алкоголизма придают проявлениям «биологической недостаточности». Такой подход объясняется рассмотрением общественного здоровья лишь под углом зрения биологических закономерностей.

К группе биологических концепций алкоголизма относятся попытки соотнести частоту заболевания и особенности его течения с определенным морфоконституциональным типом. Безусловно, тип телосложения может определенным образом соотноситься с характеристиками заболевания, являясь совокупным выражением многих параметров биологической почвы. Еще К.Шнейдер указывал на правомерность исследований влияния конституции на экзогенную патологию.

В.Я.Губерник (1982) отмечает, что соматическая патология органов не определяет предпочтительности в связи с конституциональным типом: срывы амбулаторного лечения чаще отмечались у астено-нормостеников, малопрогредиентное течение – у лиц с пикническим телосложением, сложные формы белой горячки – при гинекоморфии.

Оказалось, что конституциональные особенности больных влияют даже на варианты алкогольного делирия. Алкогольный делирий со слуховыми галлюцинациями преобладал у больных с астенической конституцией, простой и психомоторный типы наблюдались при пикническом телосложении, а белая горячка с параноидным компонентом – при нормостеническом соматотипе (Корнетов Н.А. и др., 1985). Значительный интерес представляют клинико-морфологические характеристики женщин,

Таблица 1

Частота скорости формирования похмельного синдрома у больных алкоголизмом с разными морфо конституциональными типами в процентах (по Б.А.Гасанову)

Морфо конституциональный тип	До 3 лет	До 5 лет	5—10 лет	Не развился
Условно-идеальный	13,5	40,7	27,2	18,6
Бисексуальный	9,1	40,9	31,8	18,2
Гиперандроидный	—	54,5	9,0	35,6
Инфантильный и инфантильно-фемининный	51,0	49,0	—	—
Фемининный	43,7	56,3	—	—
Евнухоидный	42,0	58,0	—	—

больных алкоголизмом. Обследование 264 больных показало, что у них по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы отмечается меньший обхват груди и бедер, более низкое содержание мышечной и жировой ткани, более низкие силовые показатели. Эти характеристики отражают в большей степени лабильные компоненты конституции. В данной группе процент больных субатлетического типа был в 2 раза меньше, а мезопластического — более высокий (Никитин Ю.И. и др., 1980).

Исследование Б.А.Гасанова (1987) обнаружило определенную зависимость прогредиентности алкоголизма (в частности, скорости формирования абстинентного синдрома) от морфотипа (табл. 1).

Как видно из приведенных Б.А.Гасановым данных, у значительного числа лиц с первыми тремя типами телосложения похмельный синдром не развивался даже на протяжении 14—17 лет злоупотребления алкоголем. Гормональный анализ показал также, что случаи с наиболее выраженным снижением функциональной активности половых желез, надпочечников и щитовидной железы отмечались только у тех больных, у которых и до заболевания алкоголизмом по данным морфограммы можно было предполагать наличие эндокринной недостаточности. Следовательно, лица разного телосложения при одних и тех же масштабах алкоголизации по-разному подвержены риску развития алкоголизма.

Еще в 1884 г. В. Lentz высказал предположение о наличии двух основных форм «наследования» алкоголизма: гетеротипической (опосредованной различными нервно-психическими расстройствами) и гомотипической (непосредственная передача потомству влечения к алкоголю). Вторая форма алкоголизма требует тщательного генетического изучения. А. Ahte, К. Eriksson (1975) приводят данные, свидетельствующие об экспериментальной возможности передачи изначального влечения к алкоголю. С одной стороны, полученный на животных экспериментальный материал невозможно полностью переносить на мотивацию поведения человека, но, с другой — невозможно игнорировать изучаемые генетические механизмы в формировании алкоголизма.

Во многом значение генетических факторов в каждом конкретном случае зависит от выбора критериев — коэффициента наследуемости. Наиболее высоким является коэффициент наследуемости алкоголизма в системе Файнера (по сравнению с DSM-IV и системой Клонингера). Полиэтиологичность алкоголизма также затрудняет поиск генетических факторов (Гасан-заде Н.Ю., 1999).

Сочетание зависимостей с другими психическими отклонениями прослеживается у 47% больных алкоголизмом. С алкоголизмом особенно связаны мании, шизо-

френия, синдром панических расстройств, депрессия. В настоящее время существует 4 основные сферы генетических исследований проблем зависимостей с биологическими показателями: семейная передача, связь сцепления с биологическими показателями, изучение уязвимости (специфичности воздействий), характеристика метаболизирующих ферментов.

Как следует из серии 40 исследований по семейной передаче алкоголизма и наркомании, в расчет можно принять результаты лишь некоторых из них.

Данные по фенотипическим вариациям, обуславливающим склонность к зависимости от ПАВ, показывают роль как индивидуальных факторов, так и окружающих условий. Значительные различия в конкордантности между монозиготными и дизиготными близнецами в наличии заболеваний, связанных с зависимостью от ПАВ, чаще выявлялись у мужчин, чем у женщин. Генетический компонент в наркотической зависимости составил около 0,33 у мужчин и 0,22 у женщин (Jacobsen B., Schulsinger F., 1981).

C.R.Cloninger (1981), основываясь на исследованиях M.Bochman и S.Sigvardsson, описал два типа алкоголизма (табл. 2). Первый (Milieulimited) связан с воздействием факторов окружающей среды и характерен для мужчин и женщин. Второй (Male-limited) связан с признаками пола и характерен для мужчин.

R.J.Cadoreт с соавт. (1990) пересмотрели результаты 13 ранее опубликованных исследований на близнецах и утверждают, что они показали большую конкордантность поведения, связанного со злоупотреблением и алкоголизмом среди однойцовых близнецов. Эти исследования свидетельствуют о том, что генетические факторы: а) влияют на контроль различного типа поведения, связанного с частотой и количеством выпитого алкоголя; б) играют роль в развитии алкогольной зависимости. В час-

Таблица 2

## Характеристика особенностей алкоголизма (по C.R.Cloninger с соавт.)

	1 тип алкоголизма Milieulimited	2 тип алкоголизма Malelimited
1. Связь с полом	Болеют и мужчины, и женщины	Болеют мужчины
2. Возраст начала заболевания	В основном после 25 лет	Раннее начало, до 25 лет
3. Тяжесть алкоголизма	Средняя	Тяжелая
4. Криминальность	Может присутствовать, но не обязательно	Как правило, связан с асоциальным поведением
5. Наследуемость	Незначительная, риск алкоголизма у потомков низкий при отсутствии «постнатального» воздействия среды, при наличии неблагоприятной обстановки риск алкоголизма возрастает в 2 раза у сыновей и в 3 раза у дочерей	Наследуемость алкоголизма до 90% Риск алкоголизма увеличивается в 9 раз независимо от влияния среды, не увеличивается у дочерей
6. Особенности темперамента	Низкая потребность в новизне, высокое избегание причинения вреда, высокая зависимость от поощрений	Высокая потребность в новизне, в поиске новых ощущений, низкая потребность в избегании вреда, низкая зависимость от поощрений

ти исследований показано, что модель употребления алкоголя среди разделенных близнецов также подобна (Karrio J. et al., 1987; Pedersen N., 1984). Благодаря исследованиям разделенных близнецов получена дополнительная информация о причастности генетических факторов к развитию алкоголизма.

В исследованиях (Pickens R.W., Fletcher B.W., 1991; Carmelli D., 1991) сделана попытка верифицировать влияние генетического фактора и степени ограничения его действия в зависимости от пола, возраста и типа алкоголизма. Авторы обнаружили, что конкордантность для алкогольной зависимости выше, чем для простого злоупотребления алкоголем. Результаты их исследований показывают, что образец наследования алкогольных проблем является гетерогенным. Генетические факторы играют более выраженную роль в развитии зависимости от алкоголя, чем злоупотребления им. Влияние генетических факторов на развитие алкоголизма больше выражено у мужчин.

М. McGue с соавт. (1992) в дальнейшем исследовали влияние пола и возраста на врожденную склонность к появлению алкогольных проблем среди близнецов. Как показали результаты, у мужчин, имеющих однояйцового брата-близнеца, страдающего алкоголизмом, чаще проявлялись нарушения, связанные с употреблением алкоголя и зависимостью от других ПАВ, чем в группе двуяйцовых близнецов. Коэффициент поведенческих проблем, связанных с употреблением алкоголя у женщин — однояйцовых и двуяйцовых близнецов, не отличался в подобных группах. Пол является важной переменной: среди мужчин, имеющих лечащихся от алкоголизма сестер-близнецов, чаще встречаются алкогольные проблемы, чем среди женщин, имеющих братьев-близнецов — алкоголиков (78 и 26% соответственно).

Последующие исследования (Kendler K.S. et al., 1992) подтвердили, что генетические факторы обуславливают от 50 до 61% риска развития алкогольной зависимости у женщин. Были опрошены 1 030 пар близнецов женского пола в целях исследования влияния генетических факторов на развитие алкоголизма. В репрезентативной пробе 185 женщин присутствовали критерии алкогольной зависимости, соответствующие DSM-III-R, а у 357 наблюдался риск злоупотребления алкоголем. Совпадение по отношению к алкогольной зависимости было выше у однояйцовых близнецов, чем у двуяйцовых.

Дальнейшие исследования, связанные с поиском биологических маркеров алкогольной зависимости, поиском генов зависимости, показали влияние нейромедиаторов (в частности, серотонина) на электрофизиологические особенности полушарий головного мозга.

В основе поиска генетических маркеров зависимости — изучение трех механизмов:

- 1) участия маркеров в непосредственной передаче нарушения;
- 2) связи их с факторами, повышающими чувствительность к определенному заболеванию;
- 3) влияния на появление артефактов, вызывающих заболевание и накапливающихся в популяции.

Эти исследования связаны с изучением потомства отцов-алкоголиков, так как у сыновей таких отцов риск развития заболевания в 4–5 раз выше. Сравнительные исследования групп высокого и малого риска выявили различия в познавательных функциях, электрофизиологических функциях мозга, биохимических реакциях на алкоголь.

Поскольку алкоголь вызывает явные изменения в периферической нервной системе, ученые исследуют чувствительность к развитию зависимости при помощи записи потенциалов ЭЭГ (электроэнцефалографии). Оказалось, что у лиц, имеющих алкогольную зависимость, в состоянии расслабления наблюдается повышение активности  $\beta$ -волн и недостаточность активности  $\alpha$ -,  $\gamma$ -,  $\delta$ -волн (Jones F.W., Holmes D.S., 1976). Последующие исследования показали, что этот признак может быть генетическим маркером развития алкогольной зависимости.

C.L.Ehlers и M.A.Schuckit (1990) сравнили ЭЭГ молодых мужчин, имеющих отцов-алкоголиков (имеющие «позитивный семейный анамнез» — ПСА), с мужчинами из контрольной группы (имеющие «негативный семейный анамнез» — НСА). Оказалось, что высокая активность  $\beta$ -волн наблюдалась у сыновей алкоголиков после употребления алкоголя. В 1991 г. C.L.Ehlers и M.A.Schuckit обнаружили, что у мужчин из группы ПСА  $\alpha$ -волны активнее, чем у мужчин с НСА. Изменения наступают после приема алкоголя — у мужчин с НСА активность  $\alpha$ -волн уменьшилась, тогда как у членов группы ПСА осталась на прежнем уровне. Эти результаты свидетельствуют о том, что у мужчин из группы с позитивным семейным интервью наблюдается более интенсивный ответ мозговой функции на алкогольную активацию, чем у мужчин из группы НСА.

Исследованы другие мозговые электрофизиологические показатели. Оказалось, что у мужчин достаточно надежным маркером развития алкогольной зависимости является ситуационный потенциал (event-related potentials, ERP). Считается, что составная часть ERP (P-300) является волной, связанной с различными познавательными функциями, такими, как обработка информации, внимание, принятие решений, память. У большинства людей, зависимых от алкоголя, амплитуда этой волны уменьшена (Pfefferbaum A. et al., 1979; Begleiter H. et al., 1980). Исследователи заметили, что она уменьшена у сыновей отцов-алкоголиков при ответах на зрительную стимуляцию (Begleiter H. et al., 1984; O'Connor S. et al., 1987). Эта волна может быть специфическим маркером даже у маленьких детей. Последние исследования O'Connor (1991) показали связь ее с развитием возможного антисоциального поведения.

По мнению R.E.Tarter (1985), структура личности, где происходит соединение генетических и средовых факторов, — это темперамент. Темперамент, определяемый как ряд признаков, касающихся эмоциональных реакций, в большой степени зависит от наследственных факторов. Врожденные признаки, в большинстве своем стабильные, модифицируются под воздействием среды. Модель R.E.Tarter опирается на психические процессы, которые можно описать уже после рождения ребенка. Исследования предполагают нахождение таких признаков, которые можно посмотреть в раннем детстве и определить как связанные с высоким риском развития алкогольной зависимости.

Результаты исследований показывают, что гиперактивные дети чаще всего бывают потомками отцов-алкоголиков. Однако одна гиперактивность не является фактором риска алкоголизма у детей: J.Halikas (1990) заметил, что угроза развития алкоголизма возрастает у лиц с гиперактивностью в соединении с агрессивностью. R.E.Tarter (1990) доказал, что у потомства мужского пола отцов-алкоголиков нарушен поведенческий и аффективный контроль. Степень этого нарушения прямо пропорциональна выраженности психических, психосоциальных, поведенческих и соматических проблем. Сниженная способность концентрации внимания также может быть связана с чувствительностью к алкогольной зависимости.

Как фактор риска развития алкогольной зависимости предложены модели нарушения психологических функций – эмоциональная лабильность, неумение удержать эмоции и успокоиться под влиянием стресса, навязчивость в компании (Tagter R.E., 1990). Неизвестно, являются ли данные факторы маркерами риска, или же они развиваются в результате зависимости.

Таким образом, обнаруживается сложная гетерогенность генетических и социальных факторов в развитии алкоголизма.

Выявляя роль окружения в развитии зависимостей, исследователи (Vochman M., Sigvardsson S., 1991) установили, что такие факторы, как развод (дисгармония в браке) и психиатрические нарушения в приемной семье, ведут к возрастанию аноректической зависимости у приемных детей. Такие отклонения, как асоциальность, также имеют значение для развития зависимости. Дети асоциальных биологических родителей, отданные в приемные семьи, во взрослом периоде показывали высокую частоту асоциального поведения, причем мужчины из таких семей в 5 раз чаще, чем мужчины из биологических семей без асоциальности поведения, проявляли пристрастие к наркотикам. У женщин этот показатель риска был в 12 раз выше.

На основе данных многочисленных клиничко-генетических исследований В.Д.Москаленко и М.М.Ванюков (1988) убедительно показали существенный вклад генетических факторов в генез алкоголизма. Так, изучение семей обнаружило, что около 70% больных алкоголизмом имеют страдающих алкоголизмом ближайших родственников. Конкордантность монозиготных близнецов примерно в 2 раза выше конкордантности дизиготных пар (60 против 30%). У приемных сыновей и дочерей, биологические родители которых больны алкоголизмом, риск заболевания в 4 раза выше, чем в контрольной группе. У полусибсов вероятность заболевания резко повышается при наследственной предрасположенности независимо от условий воспитания.

Весомым аргументом в пользу значимости генетических факторов явились данные о накоплении генотипа A1/A1 и аллели A1 в ДНК больных с ранним возрастом начала алкоголизации. Авторы этого исследования полагают, что ген DRD2 (рецептор D2 дофамина) связан с предрасположенностью к раннему началу алкоголизации и что каждая дополнительная аллель A1 обуславливает еще более раннее начало алкоголизма. Имеются данные, что аллели A1 могут служить генетическими маркерами алкогольной болезни или факторами риска при формировании зависимости (Kono Y., Yoneda H., 1997).

Исследования по алкогольметаболизирующим ферментам (алкогольдегидрогеназе АДГ и альдегиддегидрогеназе АлДГ) выявили 3 основных класса генов АДГ, находящихся в длинном плече 4-й хромосомы. Удалось синтезировать АДГ-гены –  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  и добиться гормонального контроля этих генов. Полиморфными являются  $\beta$ - и  $\gamma$ -гены. Гены, ответственные за синтез АлДГ, полиморфны. Они обнаружены в 9-й, 12-й и 17-й хромосомах. Полиморфизм АлДг является фактором защиты от алкоголизма. У некоторых восточных народностей ацетальдегид не переводится в уксусную кислоту, что фенотипически проявляется как «симптом прилива крови к лицу». Недостаток АлДГ является защитным фактором от алкогольной зависимости. Защитным фактором от опийной зависимости является неактивная форма цитохрома P-450 ферментов, трансформирующих опиаты в их активные метаболиты. Исследования по этой группе маркеров пока не закончены (Thome J., Nara K., Foley P. et al., 1997; Van den Bree M.B., Johnson E.O., Neale M.C. et al., 1998).

Рассмотрев в обзоре литературы современные проблемы генетических основ наркотической зависимости, Н.П.Бочков с соавт. (2003) сформулировали ряд положений:

- Получены убедительные данные наследственной предрасположенности к наркомании, однако традиционные генетические методы уже исчерпали себя;
- Перспективными представляются биохимические и молекулярно-генетические исследования дискордантных пар монозиготных близнецов;
- Особенно важны гены, вызывающие нарушение баланса дофаминергической и серотонинергической систем мозга;
- Прогресс в изучении молекулярных основ наркоманий во многом будет определяться достижениями структурной и функциональной геномики генов, участвующих в функционировании центральной нервной системы.

Рассмотренные сведения, думается, не должны приводить к односторонней констатации «биологической природы» проблемы алкоголизма и наркотизма при недооценке нравственно-ценностных и социально-средовых составляющих факторов риска.

Вторая большая группа причин определяется социологическими концепциями. Алкоголизм и наркомания рассматриваются как следствие разнообразных социальных влияний: общественно-экономических условий, политики государства, культурных и религиозных традиций и ритуалов, особенностей воспитания, труда, быта, профессий.

Хотя роль различных социальных, психологических и биологических факторов в этиологии алкоголизма все еще остается спорной, многие авторы и в нашей стране, и за рубежом признают значение социальных факторов в возникновении и распространении алкоголизма.

О социальной обусловленности алкоголизма писали многие русские исследователи (В.М.Бехтерев, А.М.Коровин, Н.И.Григорьев, В.Я.Канель, Г.И.Дембо, В.К.Дмитриев и др.). Они подчеркивали роль среды, экономических и социально-политических факторов в происхождении и распространении алкоголизма. Так, А.М.Коровин (1907) пришел к выводу о том, что в природе не существует особой алкогольной наследственности, «никто не родится алкоголиком или со специальным предрасположением к алкоголизму, а лишь впоследствии становится таковым в силу условий современной жизни».

В.М.Бехтерев (1913), уделявший большое внимание проблемам борьбы с алкоголизмом, говорил: «Хотя и имеются отдельные авторы, признающие алкоголизм за порок, коренящийся в природе человека, независимо от экономических условий, но огромное большинство авторов рассматривают алкоголизм как социальное зло, коренящееся в значительной мере в социально-экономических условиях и потому требующее социальных мер борьбы».

Раньше исследователям удавалось установить непосредственную зависимость между распространенностью алкоголизма и отдельными социальными факторами (жилищные и материальные условия, питание, тяжелый физический труд). В настоящее время влияние этих факторов проявляется в более сложных формах, как результат взаимодействия многих моментов. Возрастает значение психологических побуждений, которые кумулируют различные социальные воздействия, в том числе роль жилищных условий, материальной обеспеченности.

Достоверно установлено, что распространенность алкоголизма коррелирует с характером общественного строя, его социальными особенностями и «культурно-бытовыми схемами». Считается, что алкоголизму благоприятствует материальная обез-

доленность, отсутствие постоянной работы и общая напряженность социальных отношений. Однако основную причину алкоголизма многие авторы видят в утрате общественного контроля над алкогольными эксцессами. Урбанизация культуры привела к тому, что вне дома люди стали пить больше, чем дома (в связи с концентрацией множества людей на промышленных предприятиях, сокращением домашнего производства спиртных напитков и др.).

Социальным фактором, способствующим развитию алкоголизма, является урбанизация в связи с широкими социальными контактами, передачей дурных навыков, нарушением нравственного контроля в семье и др. Многие зарубежные авторы считают, что с повышением материального благосостояния пьянство не уменьшается, а растет. Однако «алкоголизм от сытости» отличается большей контролируемостью поведения и относительной сохранностью социальной адаптации, чем «алкоголизм от бедности», характеризующийся существенной прогрессивностью и асоциальностью. D.Henkel (1987), сопоставив группы безработных и работающих больных алкоголизмом, показал, что развитие заболевания у безработных в большинстве случаев было связано с жизненными проблемами (отсутствие социальной перспективы, психические нагрузки, изоляция и др.), они чаще и в больших количествах употребляли алкоголь, чаще обнаруживали похмелье и попытки суицидов, чаще прибегали к наркотикам и не имели семьи. Развитие алкоголизма имеет как прямую, так и обратную связь с проблемой безработицы.

Существуют теории, рассматривающие алкоголизм как симптом различных форм невроза, когда лица с невротическим состоянием, принимая алкоголь, иллюзорно освобождаются от неуверенности, тревоги, неприспособленности. Например, приверженцы индустриальной социологии считают алкоголизм одной из форм «промышленных» неврозов и объясняют эту группу расстройств отсутствием смысла существования у сотен тысяч людей, прикованных большую часть времени «к социально-отчуждающей машинной системе». Чрезвычайная интенсификация труда, резкое возрастание нервно-психического переутомления, а также страх потерять работу обуславливают увеличение алкоголизма и других неврозов среди промышленных рабочих.

Одни авторы видят причины неврозов и алкоголизма в усталости рабочего и называют их «болезнями усталости» и «угрожающим износом нервов», другие видят причины «срыва» личности в конформизме массовой культуры. Так, психоаналитики считают, что все виды невротического (включая алкоголизм) поведения направлены на бегство от одиночества, но бегство это фиктивное: конформизм дает лишь ощущение «сопринадлежности», а затем еще более обостряет чувство одиночества и отчужденности. Противоположностью конформизма является так называемое отклоняющееся, несанкционированное поведение, в котором личность находит выход из противоречия между культурными целями и «конституциональными средствами» социальной системы.

Многие исследователи расценивают употребление алкогольных напитков как один из способов снять напряжение при нарушениях адаптационных механизмов, как средство подавить чувство напряжения, страха, вины. Наиболее четко и образно выразил эту мысль E.M.Jellinek (1960). Анализируя роль социальных факторов в развитии алкоголизма, он пишет, что общество подавляет желания личности (путем прямого запрета, воспитания и другими мерами), если эти желания асоциальны. Подавление желания вызывает напряжение, тревогу, чувство вины. Некоторые способы

устранения напряжения легальны и допускаются обществом, поскольку не представляют социальной опасности. Например, танцы ослабляют сексуальное напряжение, спорт удовлетворяет стремление к агрессии, посещение театра позволяет временно жить в ином мире, коллекционирование удовлетворяет потребность в обладании. Лучше всего снимает напряжение, отмечает Е.М. Jellinek, ослабление «правосудия», которым является наше сознание. В частности, алкоголь как депрессант центральной нервной системы способствует расслаблению и снижает контроль.

Желание «расслабиться», испытать новые приятные ощущения, свойственные эмоциональным и интеллектуальным натурам, по мнению D.C. Cameron (1971), составляет неотъемлемую часть нормальной человеческой психики. B. Stacey, J. Davies (1973), изучавшие поведение пьяниц в детстве и юности, считают, что употребление спиртных напитков является «интегральной частью стиля жизни» и развитие у юношей подобных привычек может рассматриваться в качестве «преждевременного процесса социализации», сопутствующего переходу от детства к зрелости.

В этиологии развития зависимости равную роль играют психологические и социальные факторы. Можно выделить: а) *личностные* факторы (эмоциональная нестабильность; невротические реакции, проявляющиеся с детства, – страх, тревожность, чувство вины; чувство угрозы, отсутствие «эталона» сильной личности – матери, отца; неумение решать проблемы; низкий уровень устойчивости на фрустрацию; нарушение в системе личностных ценностей) и б) *социальные* (неполная семья, семья в разводе; конфликты в семье, несогласие в воспитательных методах; гиперопека родителей; удаленность места работы родителей от дома, частое пребывание их в командировках; высокая терпимость родителей к выпивке, к курению, употреблению лекарств; среда алкоголиков, токсикоманов, наркоманов; легкий доступ к алкоголю в семье).

В многочисленных научных исследованиях социально-психологических аспектов проблемы алкоголизма выделяется круг социально-психологических вопросов на уровне так называемого институционального взаимодействия людей (личность – общество). Определенная группа причин, как мы отмечали выше, связывается с условиями современной жизни, процессами урбанизации, информационными перегрузками. Стрессовые воздействия оказывает не только миграция населения, но и «социальная мобильность», повышение ритмов жизни, ведущие к повышению психического напряжения, которое люди все в большей мере пытаются снизить с помощью алкоголя и наркотиков. С точки зрения социально-психологических функций алкоголь рассматривается как неадекватный посредник между личностью и обществом. В современном обществе алкоголь, с одной стороны, нередко выступает в роли универсального компенсатора, как средство снятия напряжения, обусловленного явлениями социального порядка (тяжелый физический труд, нестабильность общества, безработица), с другой – становится средством ухода от реальной действительности в форме эскапизма (индивидуального психологического бегства личности от гнетущей социальной реальности).

В результате комплексной оценки роли личностных, семейно-бытовых и производственных факторов было установлено, что «на начальных этапах заболевания алкоголизмом актуализации влечения к алкоголю больше всего способствуют семейно-бытовые и производственные факторы. По мере утяжеления заболевания при актуализации патологического влечения к алкоголю возрастает роль биологических факторов» (Морозов Г.В., 1980).

Анализируя особенности социогенеза наркомании в современной России, М.Е. Позднякова (2000) выделяет следующие тревожные тенденции:

- изменение схемы распространения наркотиков: от бедных к богатым или(и) преступным элементам, затем от более обеспеченных к менее обеспеченным;
- выход наркотизма за пределы традиционно поражаемых групп и размывание очертаний этих групп;
- наркопотребление — индикатор принадлежности к маргинальным слоям современного российского общества (большую активность проявляют дети маргиналов);
- распространенность наркомании растет по нарастающей вместо ранее наблюдавшейся волнообразности;
- эпидемиологическое (50–70%) ВИЧ-инфицирование потребителей наркотиков.

Все это грустные свидетельства неконтролируемого эпидемиологического процесса, отсутствия внятных превентивных барьеров и осмысленной антинаркотической политики.

Учитывая, что в этиологии алкоголизма и наркомании представлены и социальные, и биологические, и психологические составляющие (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973; Лисицин Ю.П., Сидоров П.И., 1990; Пятницкая И.Н., 1994; Анохина И.П. и др., 1996; Валентик Ю.В. и др., 1997; Иванец Н.Н. и др., 1998; Бочков Н.П. и др., 2003; Anderson P., 1994; Babor T. F., 1994; и др.), можно обобщенно выделить основные концепции развития алкоголизма и наркомании.

**Социально-гигиеническая концепция** объясняет природу алкоголизма и наркомании условиями жизни и взаимоотношениями людей, характером обычаев социальной микросферы, производственных и экономических отношений.

**Социально-психологическая концепция** трактует алкоголизм и наркоманию как неспецифические показатели социально-психологической несостоятельности личности, неразвитости ее нравственно-ценностной сферы, как показатель невключенности человека в социально активную жизнь.

**Генетическая концепция** на основании клиничко-генеалогических и близнецовых методов исследования достаточно убедительно показывает роль наследственной предрасположенности к алкоголизму и наркомании. Молекулярно-биологические исследования показали, что индивидуальная предрасположенность к алкоголизму и наркоманиям генетически детерминирована и определяется особенностями функций «системы подкрепления» мозга, различной организацией деятельности катехоламиновой системы и ее контроля со стороны генетического аппарата.

**Генетотрофическая концепция** пытается объяснить пристрастие к алкоголю и наркотикам наследственно обусловленными нарушениями обмена веществ, в основе которых лежит необычайно высокая потребность в некоторых необходимых для организма пищевых продуктах (витамины группы В, ненасыщенные жирные кислоты, микроэлементы и т.д.).

**Этаноловая (наркоманическая) концепция** главную причину алкоголизма и наркомании усматривает в специфическом действии на организм самого алкоголя и наркотика. Согласно этой концепции, людей разделяют на «алкоголеустойчивых» и «наркоустойчивых», «алкоголенеустойчивых» и «нарконеустойчивых».

**Адренехромная концепция** пристрастие к алкоголю и наркотикам объясняет нарушениями катехоламинового обмена, приводящими к постоянному психическому напряжению. Психическая напряженность зависит от соотношения в организме адреналина и продуктов его распада — адренехрома и адренехолитина, а также предшественников, т.е. чем больше в организме адреналина и меньше его метаболитов, тем сильнее выражено напряжение.

**Эндокринопатическая концепция** сводится к тому, что у лиц, предрасположенных к алкоголизму или наркомании, имеет место первичная слабость эндокринной системы и для адекватных эмоциональных реакций необходима ее постоянная искусственная стимуляция, особенно в экстремальных условиях. Алкоголь и наркотики, являясь такими стимуляторами и воздействуя на гипофиз, активируют эндокринную систему и таким образом облегчают выход личности из психотравмирующей ситуации.

**Психопатологическая концепция** подчеркивает роль психических, преимущественно характерологических, особенностей личности в этиологии алкоголизма и наркомании. Правда, не всегда бывает возможно однозначно оценить — первичны или вторичны эти особенности.

**Биоэнергетическая концепция** исходит из того, что алкоголь и токсиканты действуют прежде всего на водно-ионную структуру организма, нарушая ее стабильность. При хронической интоксикации возникает патологическая архитектура водно-ионных систем с резонансной спектральной памятью. Резонансная настройка биоэнергетической системы требует постоянного употребления алкоголя и наркотиков, что приводит к потере устойчивости биоэнергетических структур организма человека и физической зависимости.

**Системная концепция** механизмов зависимости от различных ПАВ исходит из того, что биологические механизмы синдрома зависимости идентичны, независимо от химической принадлежности веществ, вызывающих его развитие, и связаны со специфическими нарушениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы, нарастающими при повторных и регулярных приемах ПАВ.

Приведенные концепции на максимальном уровне обобщения показывают, что социальные факторы наиболее значимы на ранних этапах этиопатогенеза зависимости и нозологически неспецифичны, они обеспечивают predisposition и социальную толерантность.

Существующее и увеличивающееся множество гипотез развития алкоголизма и наркомании имеет серьезные методологические причины. В связи с этим И.Н.Пятницкая (2002) призывает избегать особенно грубых методологических ошибок: неточности терминологии и исходных понятий, односторонней оценки причинного комплекса, проведения исследований в границах болезни, пренебрежения критерием повторяемости факта. Она считает, что пока мы можем говорить не более чем о предпосылках к заболеванию, условиях, в которых наркомания или алкоголизм возникают с большей частотой. Предпосылки включают социальную, биологическую и психологическую составляющие, где весомость и содержание каждой неравнозначны. Отсутствует параллелизм патогенеза и патокинеза, социогенеза и психогенеза. Возникновение и невозникновение болезни в одинаковых социальных условиях при сходстве личностных черт означает существование или отсутствие неких скрытых от нас решающих этиологических факторов, запускающих болезнь. Либо в каждом нозологическом случае надо оценивать свой уникальный набор условий и факторов predisposition, оценивать весовые характеристики запускающих и критических маркеров.

Для медико-социальных недугов, какими являются алкоголизм и наркомания, только традиционная диагностика недостаточна, диагноз должен быть функционален, и помимо стадии и типа течения надо оценивать личность и социальную адаптацию.

Приведенное многообразие взглядов на концепции алкоголизма и наркомании подчеркивает необходимость мультидисциплинарных исследований зависимого поведения.

Новым методологическим инструментом изучения зависимого поведения является **синергетика** – междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации (Сидоров П.И., 2005). Основными принципами синергетики являются: нелинейность, неустойчивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур. *Диссипативные структуры* – дискретные самоорганизующиеся системы, рассеивающие энергию (от англ. dissipation – диссипация, рассеивание, потеря, исчезновение). Эти структуры отличаются спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. При равенстве разнонаправленных влияний выбор системы траектории развития может предопределяться *сверхслабыми воздействиями*, в том числе и от спонтанных флуктуаций в самой диссипативной системе, т.е. от случайностей вблизи точек бифуркации (Трубецков Д.И., 2004; Чернявский Д.С., 2001).

Диссипативные системы образуются и присутствуют и в социуме, и в биосфере, и в психике, и в геологических и космических системах. По этим же механизмам развиваются природные, экономические и популяционные катаклизмы. Организм человека является совокупностью динамически сменяющих друг друга диссипативных систем, определяющих состояние его здоровья.

Интегративность синергетического подхода можно обобщенно представить тремя основными плоскостями (векторами) биопсихосоциальной модели онтогенеза (рис. 1) (Engel G.L., 1980).

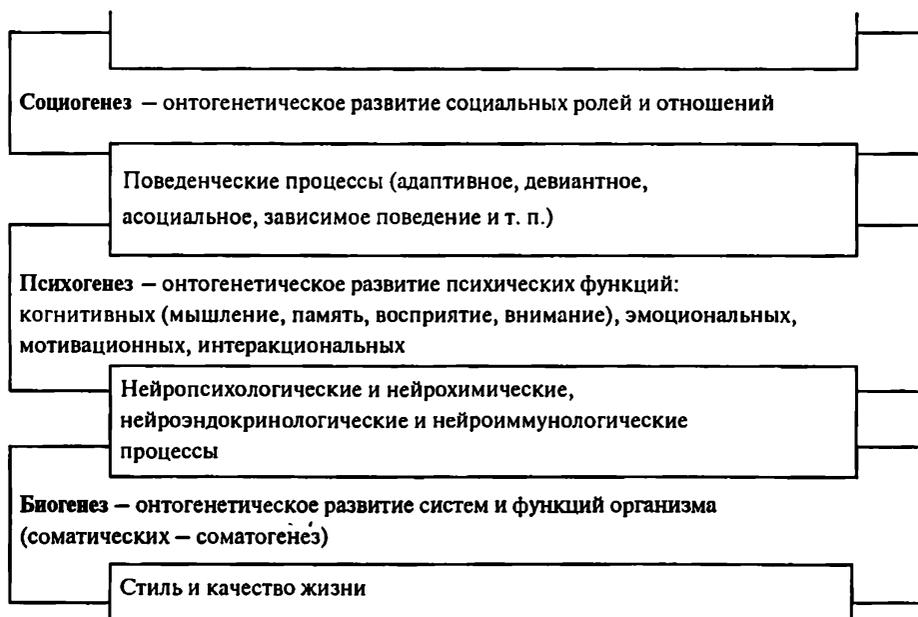


Рис. 1. Биопсихосоциальная модель онтогенеза.

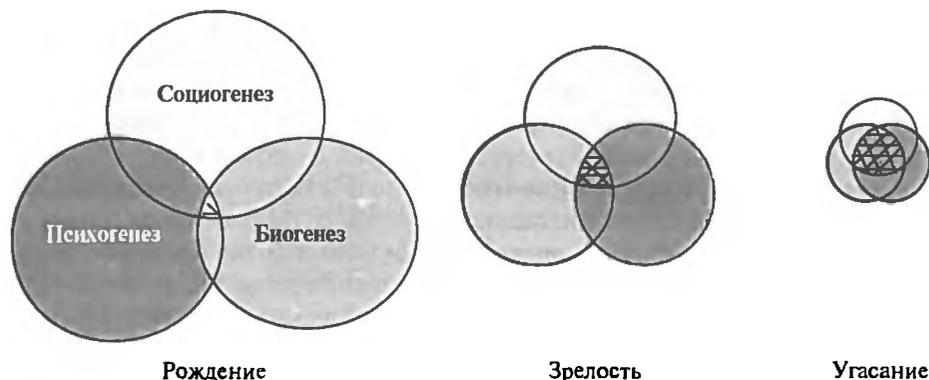


Рис. 2. Биопсихосоциальная модель онтогенеза.

*Биогенез* (соматогенез) – развитие систем и функций организма. На стыке с социогенезом и психогенезом – стиль и качество жизни, с одной стороны, и нейропсихологические и нейрохимические процессы, с другой. *Психогенез* – развитие психических функций. На стыке с социогенезом и биогенезом – поведенческие процессы. *Социогенез* – развитие социальных ролей и отношений. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям.

«Поперечная» графическая развертка представленной модели (рис. 2) позволяет увидеть варианты глубины взаимопроникновения основных плоскостей онтогенеза с выделением трех вышеописанных переходных зон и центральной зоны, смысловым содержанием которой является структурирующий экологию судьбы принцип активности и духовности субъекта, аккумулирующий нравственно-ценностный и волевой потенциал личности. В динамике онтогенеза ресурсная амплитуда и ритмика основных составляющих снижаются, и к этапу угасания ведущим субъектом жизни остается, образно говоря, дух, последним покидающий тело.

Обобщенно и несколько условно можно следующим образом представить синергетическую концепцию зависимого поведения (рис. 3).



Рис. 3. Синергетическая модель зависимого поведения.

Для удобства восприятия модель приведена в плоскостной проекции, хотя она многомерна и нелинейна, неустойчива и незамкнута; траектории развития задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. На смену линейной нозоцентрической динамике с традиционными этапами и стадиями приходят нелинейная дискретность и фрактальность (фрактал — это проекция на широкое естественно-научное поле квантовых представлений). *Фрактал* — интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. На иллюстрации приведен только прогрессивный вариант развития аддикции в трех многомерных взаимозависимых плоскостях: социогенеза, психогенеза и соматогенеза.

**Социогенез** (рис. 4) зависимого поведения в определенной мере предопределяется нарушением структуры и функции родительской семьи, *нарушением созревания и социализации личности* в дисгармоничной миллисоциальной среде. Такая личность не имеет психосоциальных ресурсов для продуктивной самореализации в учебной и трудовой деятельности, коммуникативной среде и семейных отношениях. Во многом именно поэтому по компенсаторным механизмам развивается *непатологическое зависимое поведение*, характеризующееся обсессивными фантазиями, реализуемыми в обсессивно-компульсивных действиях по отношению к животным, подчиненностью собственных интересов парафилии, длительной фиксацией внимания и снижением способности контролировать погружения в зависимость, несамостоятельностью и пассивностью в выборе стратегий поведения. *Патологическое зависимое поведение* отличается наличием эпизодов измененных состояний сознания при реализации психической и физической зависимости, непреодолимостью и компульсивностью зависимости, стереотипизацией криминального стиля жизни, синдромом отмены. В исходе — тотальная *социальная дезадаптация*.

**Психогенез** (рис. 5) в существенной мере предопределен *преморбидной психопатологической отягощенностью*, отличающейся эмоциональной и коммуникативной де-

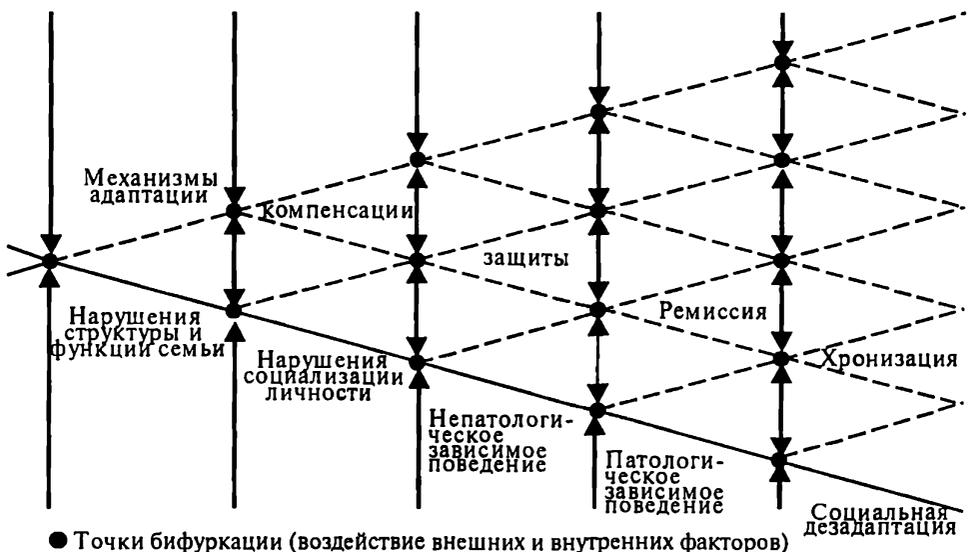


Рис. 4. Социогенез зависимого поведения.

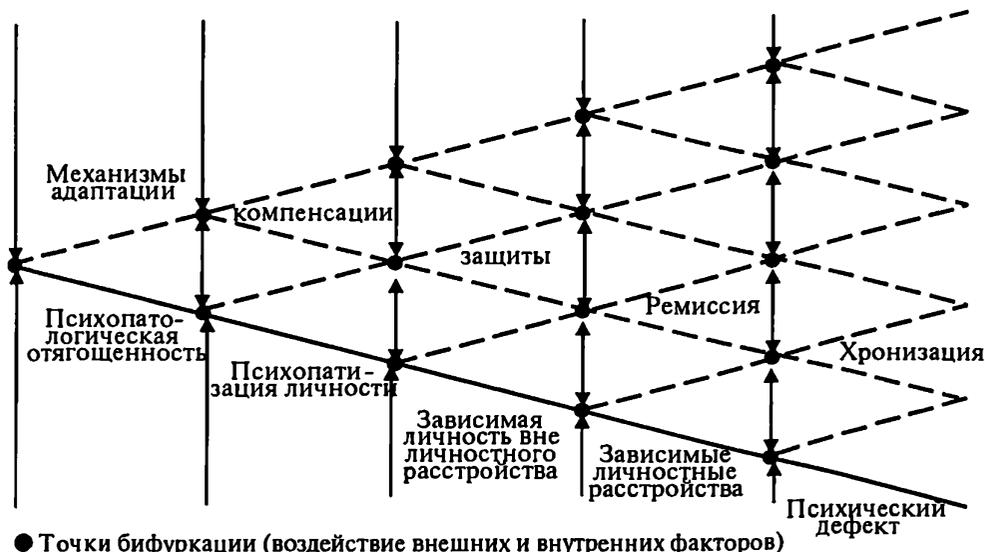


Рис. 5. Психогенез зависимого поведения.

фектностью, которые в дальнейшем проявляются шизоидным радикалом *психопатизации и деформации личности*. Такая личность, сталкиваясь даже с банальными жизненными трудностями, может давать разнообразные социально-стрессовые расстройства, которые запускают процесс формирования первичного зависимого паттерна. У *зависимой личности вне личностного расстройства* появляются яркие реалистические реминисценции и фантазии на фоне инфантильности и внушаемости, простодушия, чувственной непосредственности, любопытства или высокой половой активности, максимализма и эгоцентризма, впечатлительности и нетерпеливости, склонности к риску и вызову опасности. *Зависимые личностные расстройства* характеризуются оскудением нормативной социальности, деформированием личности и эмоциональным выгоранием, неспособностью самостоятельно принимать решения за пределами криминального стиля жизни, сочетанием шизоидных черт личности с плохой переносимостью одиночества, что поддерживает развитие тревожной депрессии и толкает к совершению деликта, дающего временную психоэмоциональную разрядку.

К зависимым личностным расстройствам в МКБ-10 относят: неспособность принимать решения без советов других людей; готовность позволять другим принимать важные для него решения; готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они неправы; затруднение начать какое-то дело самостоятельно; готовность добровольно идти на выполнение унизительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих; плохую переносимость одиночества – готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать; ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь; охваченность страхом быть отвергнутым; легкую ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны.

В исходе можно ожидать *психический дефект*, существенно различающийся при различных формах зависимости: от синдрома эмоционального выгорания при работе до психоорганического синдрома при химических зависимостях.

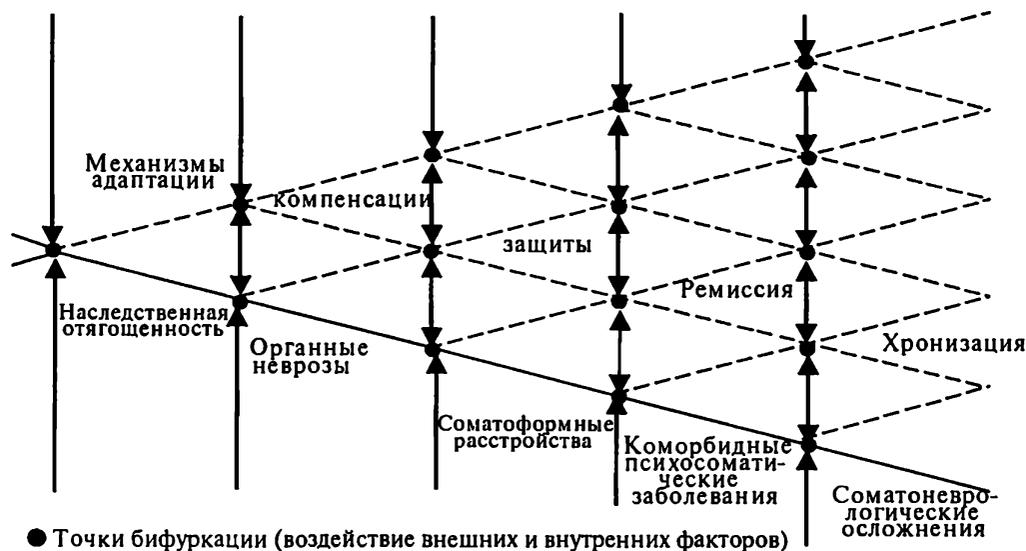


Рис. 6. Соматогенез зависимого поведения.

Соматогенез (рис. 6) зависимого поведения относится к наименее разработанным аспектам этой проблемы. Важную роль играет неспецифическая *наследственная отягощенность*, неблагоприятные интра- и перинатальные воздействия. Ответом на разнообразные вызовы и трудности могут быть различные нормативные психосоматические реакции (табл. 3), которые в дальнейшем переходят в *функциональные психосоматические расстройства* (органные неврозы) и *соматоформные расстройства*, клинически описывающие индивидуальные особенности формирующегося «синдрома отмены». Тяжесть возможных коморбидных *психосоматических заболеваний* предопределяется длительностью «синдрома отмены», неспособностью деформированной личности добиваться психической разрядки в рамках адаптивного поведения. Иллюзию снятия напряжения дают только деликт и зависимое поведение. При всех формах зависимого поведения отсутствует параллелизм в выраженности психических, неврологических и соматовегетативных расстройств. Если химические зависимости дают в соматогенезе эволюцию расстройств, прямо связанных с токсическим агентом, то нехимические зависимости (в частности парафильные) в качестве компенсаторного варианта развития имеют коморбидные психосоматические заболевания. Это можно назвать механизмом соматизации зависимости. В исходе можно ожидать *соматоневрологические осложнения*. Понятие коморбидности базируется не столько на традиционном представлении о сочетаемости патологии, сколько на этиопатогенетическом единстве большинства форм зависимого поведения (Менделевич В.Д., 2003).

Развитие зависимого поведения имеет нелинейную динамику, траектория которой включает фракталы: predispositions, латентный, инициальный, развернутой клинической картины, исхода (рис. 7). Зависимость возникает после импринтинга или в процессе научения (Бухановский А.О. и др., 2003). В наиболее прогрессивном варианте происходит смена фракталов: от predispositions (измененная биопсихосоциальная «почва») к латентному (воспоминания > навязчивые реминисценции), далее – к инициальному (обсессивные фантазии > обсессивно-компульсив-

Таблица 3

**Дифференциально-диагностические критерии  
различных форм психосоматических расстройств**

Формы Критерии	Психосоматическая реакция	Функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы)	Соматоформные расстройства	Коморбидные психосоматические заболевания
Основные проявления	Учащение пульса; повышение артериального давления; изменение частоты, глубины дыхания; внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.	Кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и др.	Гастроинтестинальные, кардиореспираторные, болевые, конверсионные и псевдоневрологические симптомы	Артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, ревматоидный артрит
Жалобы на соматическое состояние	На единичные симптомы	Одна или несколько со стороны одной системы	Повторяющиеся, множественные, клинически значимые жалобы	Симптомы четко соответствуют нозологической форме заболевания
Локализация расстройства	В пределах одной функции органа	В рамках одного органа/системы	Наличие жалоб как минимум в четырёх точках или функциях	Зависит от нозологической формы болезни
Характер нарушений функций	Нет	Функциональный, обратимый	Функциональный, обратимый	Органический, необратимый
Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни	Несколько минут, дней	От нескольких дней до нескольких недель	От нескольких дней до 2–3 месяцев	Несколько месяцев, лет
Длительность расстройства	Несколько минут, дней	Превышает 6 мес.	Превышает 6 мес.	Хроническое течение (всю жизнь)

ные действия как продром развернутой клинической картины), затем к развернутой клинической картине (поведение с признаками зависимости) и как исход – обратный патокинез.

Признаки зависимости могут обуславливать опасные агрессивные действия и проявляются в следующих синдромах:

– *синдром измененной реактивности* (представлен учащением деликтов, ростом толерантности, оскудением внеэпизодной нормативной социальности);

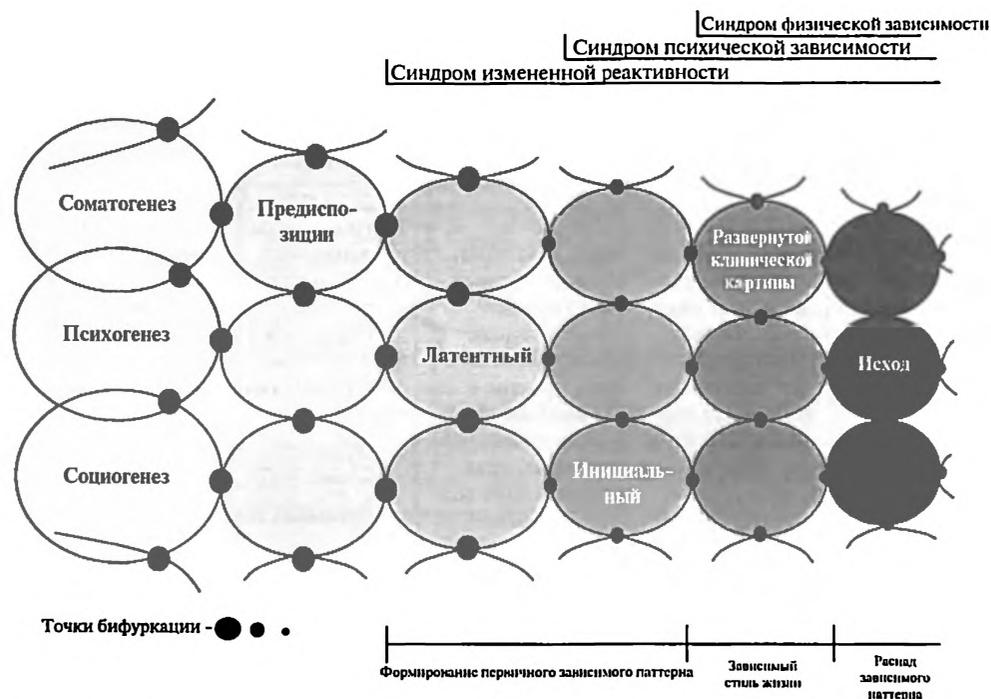


Рис. 7. Фрактальная динамика зависимого поведения.

– *синдром психической зависимости* (проявляется обсессивным влечением, состоянием психического комфорта в девиантной ситуации, изменением формы переживания деликта);

– *синдром физической зависимости* (представлен компульсивным влечением, состоянием физического комфорта в девиантной ситуации, изменением формы проявления деликта, «синдромом отмены»).

Синдромы психической и физической зависимости детерминируют многоэпизодность и принудительность зависимого поведения, произвольность его возникновения, трудность преодоления аномального влечения в начавшемся эпизоде, влияют на степень свободы при выборе поведенческого паттерна и, тем самым, выступают психопатологической основой возможных опасных действий.

Рост толерантности выступает психопатологической основой нарастания степени агрессивности и тяжести повторно совершаемых опасных действий.

Внеэпизодная динамика прогрессивных форм зависимого поведения проявляется нарастающим эмоциональным выгоранием и деформацией личности, развитием коморбидных психосоматических расстройств.

Синергетический подход предполагает существенный пересмотр профилактических и лечебно-реабилитационных стратегий помощи зависимым личностям, изменения идеологии и методологии традиционного наркологического сервиса. Зависимая личность требует непрерывной и интерактивной санации и коррекции, которые могут изменить лишь вектор и модальность зависимости (Григорьев А.И., Сидоров П.И. и др., 2005). Традиционные подходы к рассмотрению эффективности терапии

по продолжительности ремиссии нуждаются в дополнении оценкой коморбидных психосоматических заболеваний. Самосохраняющий стиль жизни и ее достойное качество становятся главным реабилитационным приоритетом.

Синергетический подход позволяет обрести единую методологию для анализа всех форм зависимого поведения: от алкоголизма и наркотизма до фанатизма и терроризма, — корреспондируясь с приоритетными направлениями развития современной психиатрии (Ястребов В.С., 2004).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сегодня можно уверенно сказать, что алкоголь и наркотики являются обязательными атрибутами цивилизации на протяжении всей ее истории. Их место и роль в социуме очень многообразны и многофункциональны. Важно выделить качественно новую роль алкоголизма и наркомании как системных и эпидемических социальных недугов, бросающих вызов современной цивилизации. Человечество вступает в принципиально новую эпоху мировой цивилизации — эпоху выживания (Агаджанян Н.А., 1998), когда под угрозой оказываются не только духовная и материальная культура, но и само существование цивилизации. На протяжении мировой истории человечество пережило множество катастроф геологического, природного и социального характера. Однако человеческая память очень недолговечна и привыкла воспринимать феномен апокалипсиса как абстрактную модель (ведь катастрофы были неоднократно, но человечество выжило). Как не вспомнить здесь Гегеля, который в свое время с грустью говорил, что единственный урок, который можно извлечь из истории народов, — это то, что сами народы никогда не извлекают уроков из своей истории.

Ирония истории состоит в том, что человечество только само может себя уничтожить. И все более значимым инструментом этой аутоагрессии становятся социальные болезни, приобретающие статус *болезней цивилизации*. Уместно вспомнить Марка Твена, который говорил, что цивилизация — это машина, фабрикующая потребности, в которых нет потребности.

Можно добавить, что эта машина сама воспроизводит механизмы самоуничтожения девиантных субпопуляций. В самом деле, только один из семи больных алкоголизмом или злоупотребляющих алкоголем и только один из пятнадцати больных наркоманией или злоупотребляющих ПАВ обращается за помощью. Остальные уничтожают себя сами и расширяют эпидемиологический аддиктивный очаг. Причины алкоголизма и наркомании прежде всего в их неконтролируемом и расширенном воспроизводстве. Поэтому ресурсная база, методология и формы наркологической превентологии должны быть радикально усилены и расширены.

Алкоголизм и наркомания рассматриваются в нескольких аспектах. В более узком понимании — это заболевание, синдромы, складывающиеся из симптомов, которые приводят к определенному исходу. В широком смысле алкоголизм и наркомания — это определенный стиль жизни, который можно назвать аддиктивным поведением (Musto D.F., 1997).

Следует отметить отсутствие прямолинейных и однозначных корреляций аддиктивного поведения с биологическими и психическими особенностями индивидуума или факторами социальной среды. Исследования, нацеленные на выделение этиопатогенетических факторов алкоголизма и наркотизма, проституции и суицидов, по-

казывают достаточно сходные характеристики причин и условий девиантного и аддиктивного образа жизни вне зависимости от конкретных нозологических форм или поведенческих феноменов. Результаты нейрохимических исследований позволяют сделать вывод о принципиальном единстве центральных механизмов зависимости от различных ПАВ и нехимических видов аддикций (аддиктивного поведения) и в связи с этим предположить, что генетические механизмы предрасположенности также могут быть общими. Поэтому экстранозологический подход можно рассматривать как достаточно специфическое методологическое требование к наркологической превентологии.

Важным методологическим инструментом изучения зависимого поведения является синергетика – междисциплинарное научное направление современного естествознания, исследующее явления развития и самоорганизации диссипативных структур, рассеивающих энергию. Биопсихосоциальная синергетическая модель зависимого поведения требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации психопрофилактики и коррекции. Субъектом профилактической деятельности должен стать новый класс специалистов – превентологов, профессионально занимающихся самосохраняющим поведением (Сидоров П.И., 2005).

# ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ • АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

При создании концепции профилактики алкоголизма и наркомании возникает необходимость выработки общих понятий и определений, классификации методов диагностики и раннего выявления зависимости от ПАВ.

Прежде чем представить парадигму наркологической превентологии, представляется уместным выработать единый методологический подход к проблеме, дать определение понятий «алкоголизм» и «наркотизм», представить историю химических форм аддикции.

Данная глава посвящена эволюции понятий, связанных с диагнозом «алкоголизм» и «наркомания», диагностике и систематике патологии, а также существующим на сегодня методам скрининга и лабораторной диагностики алкоголизма и наркотизма.

### ПОНЯТИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕРМИНОМ «АЛКОГОЛИЗМ»

Алкоголизм представляет собой сложную медико-социальную проблему. В понятие «алкоголизм» вкладывается не только медико-биологическое, но и психосоциальное содержание. До настоящего времени нет единого общепринятого определения алкоголизма. Более того, отмечается и некоторая путаница в обозначении основных понятий алкоголизма: «хронический алкоголизм», «алкоголизм», «пьянство», «хроническая алкогольная интоксикация», «алкогольная болезнь», «злоупотребление алкоголем» и другие, что затрудняет выработку четких диагностических критериев для выявления больных алкоголизмом на ранних стадиях заболевания и разработку мер профилактики.

Чтобы дать правильную трактовку терминов, обозначающих злоупотребление алкоголем («пьянство», «хронический алкоголизм», «алкоголизм» и др.), следует рассмотреть эволюцию этих понятий в историческом аспекте. Установить вид алкогольного напитка, который впервые попробовал человек, весьма сложно. Существуют три версии, согласно которым это был: 1) сферментированный сок фруктов, или прототип вина; 2) сферментированное зерно злаков, или прототип сегодняшнего пива; 3) сферментированный, или питный, мед.

Большинство историков принимают последнюю версию, так как существуют различные доказательства того, что человек времен неолита знал вино и пиво (Rouché В., 1963). Название «алкоголь» происходит из арабского al-kuhl или al-kuhul и обозначает нежную пудру наподобие современных теней для век. Роль алкогольных напитков в культуре неолита достаточно точно описана исследователями: алкоголь использовался главным образом во время групповых ритуальных обрядов. Без сомнения, древний человек одновременно выпивал очень много, доходя до сильно-

го опьянения, но время, способ и место (модель питья) были всегда строго регламентированы обычаями. Результаты современных антропологических исследований некоторых племен в Средней и Южной Америке, Африке, Азии и на островах Полинезии подтверждают это предположение (Washburne Ch., 1961).

Первобытный человек всегда пил не один, а в компании. Периодическое (сверхобрядное) и индивидуальное пьянство появилось вместе с развитием цивилизации.

Как следует из старейших исторических записей, а именно из текстов клиновидного письма, найденных на территории современного Ирака, впервые алкоголь появился около 5 000 лет тому назад в Месопотамии. В этих областях для ритуальных целей в огромных количествах варили пиво, которое затем пили. Вместе с тем в клиновидных письменах на табличках, обнаруженных в 1926 г. в районе старой Ниневии, речь идет и о корчмах. В течение 200 лет явление пьянства в культуре Месопотамии становится настолько значительным, что вавилонский царь Хаммурапи, живший в XVIII в. до н.э., считал необходимым посвятить 2 из 282 параграфов своего монументального кодекса законов решению проблемы пьянства, о чем свидетельствуют египетские папирусы времен его династии.

Иудеи, скорее всего, выполняли предписания Ветхого Завета и осуждали пьянство. К алкоголю относились как к лекарству: «Дай для питья сильный напиток (неразбавленное вино) тому, кто умирает, и вино тому, чьи сердца полны печали. Разреши им пить и забыть об их нужде и убожестве».

Древние греки и римляне пили только разбавленное водой вино. Пить вино без воды считалось варварством. Тем не менее алкоголь не пощадил римскую армию. Проигрыш в Первой Пунической войне объясняется главным образом пьянством римской армии. Упоминание о пьянстве как о болезненном явлении содержится в трудах Гиппократ и Галена.

Злоупотребление алкоголем было известно не только в странах бассейна Средиземного моря, но и в Индии, Японии и других азиатских странах. Например, нахождение в состоянии алкогольного опьянения наказывалось смертью уже во времена китайского царя Чунг-Кьянга (около 2 000 лет до н.э.). Два царских астронома были приговорены к смерти и казнены за то, что, будучи нетрезвыми, не смогли предсказать солнечного затмения (Tongue A., 1978).

Около 800 лет до н.э. арабский алхимик Джабир ибн Хайян (известный на Западе как Гебер) открыл процесс дистилляции, который давал возможность получать более крепкие, чем вино или пиво, алкогольные напитки. Однако практического применения ему он не увидел. Настоящее открытие свойств концентрированного алкоголя под конец XIII в. принадлежит профессору медицины Arnold de Villanova, который работал в университете Монпелье (Франция) и занимался поиском философского камня, ключа к вечной жизни. Это именно он назвал трехкратный дистиллят вина «живой водой, водой бессмертия». De Villanova и Raimund Lullus — другой ученый из Монпелье, назвавший полученный дистиллят «излучением бодрости», жили свыше 70 лет, и их возраст значительно превышал среднюю продолжительность жизни в Средние века, что объяснялось приемом небольших доз алкоголя, действовавших адаптогенно. Их преемник — Hieronimus Brunnschwig (XV в.), корифей немецкой медицины, хирургии, фармакологии, рекомендовал употреблять алкоголь в минимальных количествах (5 капель), предостерегая от злоупотребления им. Мнение о ценных лечебных свойствах алкоголя сохранялось несколько веков не только в народной медицине, но и у некоторых врачей.

Научный подход к клинике алкогольной патологии возник лишь в начале XIX в. Классическое определение хронического алкоголизма как совокупности последствий хронической интоксикации было дано в середине того же века в классическом труде М.Гусса «Хронический алкоголизм, или хроническая алкогольная болезнь» (1848). Автор рассматривал это заболевание как вызванное злоупотреблением спиртными напитками и выражающееся соответствующими изменениями в нервной системе. Это определение долго господствовало на страницах учебников и руководств по психиатрии и на протяжении более чем полувека не подвергалось каким-либо существенным изменениям.

Многие исследователи при рассмотрении хронического алкоголизма обращают внимание на его социальный аспект. Так, М. Bleuler (1955) относил к хроническим алкоголикам тех людей, которые, употребляя спиртные напитки, причиняют себе вред в соматическом, психическом и социальном отношении; Н.В. Канторович (1954) считал хроническими алкоголиками тех, у кого в результате систематического или спорадического злоупотребления спиртными напитками развилось влечение к алкоголю, произошло нарушение трудоспособности, семейных отношений, физического или психического здоровья. W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth (1954) пишут, что хронический алкоголизм — это привычка к поглощению алкогольных напитков в таких количествах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе, конфликтам в семейной и общественной жизни или к расстройству физического и психического здоровья.

Однако социологическая трактовка хронического алкоголизма не получила большого распространения. Термин «хронический алкоголизм» используется в основном клиницистами для обозначения своеобразных изменений психического и физического состояния индивида, нарушений здоровья, возникающих на основе длительного злоупотребления алкогольными напитками. Несовершенство этого термина побуждает клиницистов искать другие определения, точнее отражающие сущность явления.

В предыдущих монографиях и руководствах (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986; Лисицын Ю.П., Сидоров П.И., 1990) мы уже подробно анализировали эволюцию «алкогольной терминологии» и определений алкоголизма, поэтому здесь ограничимся кратким обобщением.

Учитывая изложенное, можно попытаться дать определение алкоголизма, которое в самом общем виде отражало бы современное состояние проблемы, было правильным с логической точки зрения и внесло свою лепту в стандартизацию терминов и понятий. Последнее крайне необходимо, поскольку углубленное изучение алкоголизма порождает множество самых разнообразных его определений, что находит отражение и в подходах авторов к терминологии алкоголизма, включая и такие, в которых говорится «о возможности перевода со временем термина «алкоголизм» в ряд устаревших».

Предлагается следующее определение: «Алкоголизм есть хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе». Поскольку при алкоголизме поражаются практически все органы и системы организма, то можно исключить из ближайшего рода понятие «психическое», так как предпочтение психических нарушений в ущерб остальным поражениям органов, тканей и систем было бы принципиально неверным. В видовое отличие введено понятие «потребность», поскольку именно она (в силу своих особенностей) вынуждает боль-

ного употреблять алкоголь и в этом смысле выступает синонимом физической зависимости от алкоголя. Разумеется, клиническая картина заболевания шире, однако физическая зависимость от алкоголя является, по П.К.Анохину (1970), стержнем, системообразующим фактором, который определяет сущность алкоголизма.

Некоторые авторы (Пауков В.С., Угрюмов А.И., 1998; и др.) предлагают ввести термин «алкогольная болезнь»: «Алкогольная болезнь – комплекс психических и/или соматоневрологических расстройств здоровья, связанных с регулярным употреблением алкоголя в опасных для здоровья дозах (с хронической алкогольной интоксикацией)» (Моисеев В.С., Огурцов П.П., 1997). Данное определение слишком расплывчато, не содержит главного критерия алкоголизма – физической зависимости от алкоголя и не дает возможности диагностировать ранние стадии алкоголизма.

### **ДИАГНОСТИКА И СИСТЕМАТИКА ЗАВИСИМОСТИ И ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ**

Противоречивость в толковании зависимости от ПАВ (в том числе алкоголя), злоупотребления ими, сложность и многосторонность проблемы зависимого поведения затрудняют выработку критериев для разграничения, заставляют отечественных и зарубежных исследователей продолжать поиски диагностических критериев зависимости и предлагать новые классификации этой группы заболеваний.

В настоящее время в мире приняты две главные классификационные системы болезней, дающие возможность диагностировать не только алкоголизм, но и любую зависимость от ПАВ. Это Международная классификация болезней, травм и причин смерти, десятая версия (МКБ-10), опубликованная в 1992 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), а также Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая версия (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV), опубликованная Американской психиатрической ассоциацией (АРА).

В отличие от МКБ-10, DSM-IV является классификацией, объединяющей только психические болезни, и используется в основном в США. В этой классификации были приняты во внимание физиологические, социальные, психические синдромы алкоголизма, а также в некоторой степени поведение, связанное с употреблением алкоголя.

Обе классификационные системы не являются установленными раз и навсегда. Периодически они поправляются и дополняются с точки зрения надежности и точности диагностики.

### **Диагностические критерии зависимости от ПАВ согласно МКБ-10**

Основой введения термина «синдром зависимости» (dependence) как в МКБ, так и в DSM была концепция алкоголизма G.Edwards и M.M.Gross (1976). Синдром зависимости определяется рядом когнитивных, поведенческих и физиологических изменений. Зависимость здесь рассматривается как размерностная величина, причем авторы не сделали каких-либо предположений в отношении причин развития. Понятие синдрома алкогольной зависимости было раскритиковано как в США – за то что не соответствует биомедицинской, основанной на понятии болезни модели, так и в Англии – за его чрезмерное соответствие этой модели. По существу, речь идет об описательной концепции, избегающей формулировать предположения относительно причинности. Тем не менее, эта модель получила широкое признание в мире. В опи-

сании синдрома алкогольной зависимости, которое дали Edwards и Gross, физическим, психологическим и поведенческим факторам придается одинаковое значение.

В настоящее время по МКБ-10 *синдром зависимости* (рубрика F1x.2), в том числе и от алкоголя, определяется как «пагубное употребление, или употребление вещества с вредными последствиями». Этот диагноз выставляется в тех случаях, когда диагностируется повторный прием ПАВ, сопровождающийся отчетливыми медицинскими последствиями для лица, злоупотребляющего ПАВ при отсутствии признаков физической зависимости.

Для этого должны присутствовать четкие доказательства того, что физические, психологические изменения, дисфункциональное поведение или нарушение суждений было вызвано приемом данного вещества. При этом необходимо описать природу этих изменений. По новой классификации приняты следующие виды шифровки ПАВ:

- (F1) 0 – алкоголь;
- (F1) 1 – опиоиды (препараты опия и синтетические опиаты);
- (F1) 2 – препараты конополи (каннабиноиды);
- (F1) 3 – снотворные и седативные препараты;
- (F1) 4 – кокаин;
- (F1) 5 – психостимуляторы;
- (F1) 6 – галлюциногены;
- (F1) 7 – табак;
- (F1) 8 – летучие растворители;
- (F1) 9 – сочетанное употребление ПАВ и использование других ПАВ.

Значительные изменения во взглядах на зависимость, произошедшие во второй половине XX в., связаны прежде всего с тем, что алкоголизм и наркомания перестали рассматриваться только с медико-биологической точки зрения. Во внимание принимается многоаспектность зависимости – социальные, юридические, психологические, педагогические, этнокультуральные причины и последствия приема ПАВ. Особенно это выражено при диагностике и систематике наркомании. Несмотря на то, что современные наркологи и психиатры России ориентируются на международную классификацию болезней, национальные особенности систематики наркомании связаны с «нозологическим принципом классификации болезней» (Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 2000).

Это проявляется в том, что в классификации МКБ не разделяются термины «наркомания» и «токсикомания», тогда как на практике принято их разделять. Различие основано на трех критериях: медицинском, социальном и юридическом.

Медицинский критерий связан со специфическим действием на центральную нервную систему, что ведет к немедицинскому применению данного вещества. Социальный подразумевает, что немедицинское применение приобретает социально значимые масштабы. Юридический исходит из обеих указанных предпосылок и требует, чтобы данное вещество было включено в список наркотических средств соответствующей инстанцией. Поэтому в России список наркотических средств несколько шире, чем это предусмотрено международными конвенциями 1961 и 1971-го гг. Токсикоманическими называются вещества и средства, не включенные в список наркотических и психотропных веществ в соответствии с конвенциями 1961 и 1971 гг., но являющиеся предметом злоупотребления, вызывающие болезненные состояния, изменяющие психику и поведение.

В России существует официальный Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Вещества, которые входят в данный список, относятся к наркотикам, а заболевания, вызываемые ими, называются наркоманиями. Вещества, не включенные в этот перечень, но вызывающие психические расстройства и расстройства поведения, которые в диагнозе обозначаются как «токсикомании», называются ненаркотическими ПАВ (Валентик Ю., Кошкина Е., Шамота А., 1999).

Согласно МКБ-10 синдром зависимости может быть диагностирован при наличии трех или более из нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года:

1. Сильная потребность или чувство непреодолимой тяги к веществу (влечение к алкоголю).

2. Трудности в способности контролировать употребление вещества: трудность отказа от начального приема, отказа от начатого приема и контроля уровня приема, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении большего периода времени, чем предполагалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.

3. Появление абстинентного синдрома после отказа или снижения приема вещества, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для данного вещества, или употребление того же вещества для облегчения или устранения абстинентного синдрома.

4. Повышение толерантности к эффектам вещества, увеличение или изменение дозы вещества до такой, которая у лиц, не привыкших к веществу, может вызвать смерть или потерю сознания, а также для достижения интоксикации или желаемых эффектов в том, что хроническое применение одной и той же дозы не дает желаемых эффектов.

5. Прогрессирующее пренебрежение другими интересами и действиями, реализация которых также доставляет удовольствие, в пользу употребления вещества (сужение круга интересов, их преимущественная концентрация на приобретении и приеме вещества, восстановлении после приема вещества).

6. Настойчивость в стремлении продолжить употреблять вещество, несмотря на явные признаки психологических и физических отрицательных последствий для организма (например, таких, как повреждение печени из-за интенсивного употребления алкоголя, снижение настроения после выпитого большого количества алкоголя); сужение репертуара потребления вещества, несмотря на социальные факторы.

Диагноз синдрома зависимости (F1x.2) должен быть уточнен следующими пятизначными кодами:

F1x.20 – в настоящее время воздержание (ремиссия);

F1x.21 – в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях);

F1x.22 – в настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость);

F1x.23 – в настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие наркотических и других веществ;

F1x.24 – употребление вещества в настоящее время (активная зависимость);

F1x.25 – систематическое (постоянное) употребление;

F1x.26 – периодическое употребление;

F1x.29 – периодическое употребление без других уточнений.

В международной практике не существует традиции деления алкоголизма на стадии. Однако специалисты Министерства здравоохранения РФ не сочли возможным отказаться от традиционного подхода к определению стадии хронического алкоголизма, поэтому в национальном варианте МКБ-10 оставлена специальная шифровка стадий алкоголизма.

Для кодирования стадии зависимости от алкоголя, через которые проходит болезненный процесс, введен шестой знак. Первая стадия алкоголизма имеет теперь код F102x.1; вторая – F102x.2; третья – F102x.3, однако диагноз у многих больных третьей стадией может иметь другой (F106 или F107) шифр в зависимости от проявлений патологии. В тех случаях, когда стадия зависимости неизвестна, шестой знак обозначается цифрой 9 – F102x.9.

**Абстинентное состояние (синдром отмены)** (рубрика F1x.3) – это группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема вещества или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнен судорогами.

Состояние (синдром) отмены является одним из проявлений синдрома зависимости, и этот последний диагноз тоже надо устанавливать.

Диагноз синдрома отмены следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу-специалисту.

Физические нарушения могут варьировать в зависимости от употребляемого вещества. Также характерны для синдрома отмены психические расстройства (например, беспокойство, депрессия, расстройства сна). Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением вещества.

Необходимо помнить, что синдром (состояние) отмены может вызываться условно-рефлекторным стимулом при отсутствии непосредственно предшествующего употребления. В подобных случаях диагноз синдрома отмены ставится, только если он оправдан достаточной тяжестью проявлений.

Абстинентное состояние входит в структуру средней и конечной стадий зависимости от ПАВ.

Выделяются следующие диагностические критерии:

- наличие четких данных о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после употребления этого вещества обычно в течение длительного времени и/или в высоких дозах;
- соответствие симптомов и признаков известным характеристикам состояния отмены конкретного вещества или веществ;
- симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, имеющим отношение к употреблению данного вещества, и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством.

Диагноз состояния отмены должен быть уточнен соответствующими пятизначными кодами:

F1x.30 – неосложненное;

F1x.31 – с судорожными припадками.

Для некоторых групп ПАВ, обладающих противосудорожной активностью, например таких, как барбитураты, судорожные припадки являются одним из типичных проявлений состояния отмены;

F1x.39x – без других уточнений.

Абстинентное состояние является одним из проявлений уже сформировавшегося синдрома зависимости (F1x.2). Этот шифр выставляется в тех случаях, когда данный синдром является непосредственной причиной обращения к врачу.

**Абстинентное состояние с делирием** (рубрика F1x.4) включает случаи острого психотического состояния, возникшего на фоне полного или частичного прекращения приема препарата у лиц со сформировавшейся зависимостью от него.

Предмет особой дискуссии – значение начального роста толерантности при алкоголизме как одного из предполагаемых диагностических критериев синдрома зависимости. Сравнивая в целом две классификации, следует отдать предпочтение DSM-IV, в которой диагностические критерии зависимости от алкоголя описаны четко, последовательно, в отличие от расплывчатого, а иногда многословного описания в МКБ-10.

**Психотическое расстройство** (рубрика F1x.5) также включает случаи острого психотического состояния, но, в отличие от предыдущей рубрики, возникающее во время или непосредственно после приема психоактивного вещества. Пятый знак уточняет характер ведущего психотического синдрома:

F1x.50 – шизофреноподобное (острый алкогольный параноид);

F1x.51 – преимущественно бредовое (острая стадия алкогольного бреда ревности);

F1x.52 – преимущественно галлюцинаторное;

F1x.53 – полиморфное;

F1x.54 – преимущественно депрессивное;

F1x.55 – преимущественно маниакальное.

**Амнестический синдром** (рубрика F1x.6) включает состояния, относящиеся чаще всего к конечной стадии зависимости от ПАВ, как исход острых энцефалопатий.

**Резидуальные и отсроченные психотические расстройства** (рубрика F1x.7) включают состояния, характеризующиеся изменениями познавательных функций личности или поведения, которые продолжаются уже за пределами непосредственного действия ПАВ. Сюда относятся: алкогольная деменция, хронические формы алкогольных энцефалопатий (за исключением Корсаковского психоза), энцефалопатия Гайе–Вернике, хронический алкогольный галлюциноз, хронические формы алкогольного бреда ревности, алкогольного параноида, а также аналогичные состояния, вызванные длительным употреблением наркотиков или других ПАВ.

Эта рубрика также уточняется пятым знаком в соответствии с ведущими психическими расстройствами:

0 – флэшбэк; 1 – расстройства личности или поведения; 2 – остаточные аффективные расстройства; 3 – деменция; 4 – другие стойкие когнитивные нарушения и 5 – психотические расстройства с поздним дебютом.

Часть подрубрик этой рубрики относится к психотическим расстройствам – F1x.73 и F1x.75.

Две последние рубрики **Другие психические поведенческие расстройства** и **Неуточненные психические и поведенческие расстройства** кодируются пятым знаком: психотические или непсихотические расстройства.

А.Г.Гофман (2002) отмечает в МКБ-10 ряд несоответствий опыту отечественной наркологии: неудачно обозначение «психические и поведенческие расстройства»;

сомнительным выглядит термин «употребление» ПАВ; не используются понятия «наркотик», «наркомания», «токсикомания»; спорным представляется отнесение табакокурения и потребления кофеина к психическим и поведенческим расстройствам; вызывает сомнение необходимость диагностировать острую интоксикацию ПАВ с травмой и телесными повреждениями; определение патологического опьянения не пригодно для судебно-психиатрической практики; неопределенно выглядит диагностика употребления ПАВ с вредными последствиями и определение синдрома зависимости; ошибочно включены в синдром зависимости дипсомании; неопределенна диагностика синдрома отмены и неточен термин «состояние отмены с делирием»; неудачно обозначение «психотическое расстройство» и спорно наполнение раздела «органические психические расстройства» (расстройства личности и поведения, аффективные расстройства, слабоумие, стойкие когнитивные расстройства). Автор находит МКБ-9 намного последовательнее и надеется на будущий возврат к клиническим реальностям, понятным отечественному психиатрическому сообществу.

### **Диагностические критерии зависимости от ПАВ согласно DSM-IV**

По меньшей мере три из следующих симптомов должны присутствовать в течение месяца или периодически возникать в течение более длительных периодов времени при синдроме зависимости от ПАВ:

#### **I. Толерантность.**

Значительная толерантность: потребность в больших дозах вещества (так называемое увеличение по меньшей мере на 50%) для достижения состояния опьянения или значительное снижение эффекта при приеме того же количества вещества;

#### **II. Абстинентный синдром.**

Характерный абстинентный синдром. Частое употребление вещества для ослабления или избежания абстинентного синдрома;

#### **III. Потеря контроля.**

Постоянное желание употреблять вещество или безуспешные одна или более попытки прекратить прием вещества (например, контролировать прием алкоголя). Вещество употребляется часто, в больших количествах или более длительный период, чем намеревался больной;

Прекращается или снижается социальная, профессиональная активность или активность в отношении отдыха в связи с употреблением вещества;

#### **IV. Неспособность выполнять социальные роли.**

Частое появление интоксикации или абстинентного синдрома в период, когда требуется выполнять обязанности на работе, в школе, дома;

#### **V. Время, посвященное приему вещества.**

Большое количество времени тратится на добывание вещества, его употребление и восстановление сил после его употребления;

#### **VI. Употребление вещества, несмотря на появившиеся проблемы.**

Постоянное потребление вещества, несмотря на осознание появления постоянных или повторяющихся социальных, психологических, соматических проблем, появление или обострение которых связано с употреблением алкоголя. Постоянные конфликты с законом, дорожно-транспортные происшествия, межличностные конфликты;

VII. Употребление алкоголя продолжается, несмотря на то что известно о неблагоприятных физических или физиологических последствиях приема вещества.

## Диагностические критерии злоупотребления ПАВ согласно DSM-IV

### А. Признаки.

Патологическая форма употребления вещества характеризуется одним из нижеприведенных признаков:

1. Употребление вещества, несмотря на осознание постоянных или повторяющихся социальных, психологических или соматических проблем, появление или обострение которых связано с употреблением вещества.
2. Периодическое употребление вещества в ситуациях, когда это опасно для физического здоровья.
3. Постоянные проблемы с правоохранительными органами.
4. Употребление вещества, несмотря на постоянные или повторяющиеся социальные и межличностные проблемы, вызванные приемом вещества.

### Б. Продолжительность.

Некоторые признаки зависимости длятся по меньшей мере 1 месяц или повторяются в течение длительного периода.

### В. Несоответствие нарушений критериям алкогольной зависимости.

Особую проблему составляет дифференциальная диагностика *злоупотребления* (abuse, harmful use) алкоголем и алкогольной *зависимости* (dependence), так как употребление алкоголя не только зависит от медицинских критериев, но связано с культуральными, социальными нормами, обычаями и традициями региона. Еще труднее дифференцировать пьянство как неумеренное употребление алкогольных напитков от «умеренного». Где кончается так называемое умеренное, или традиционное, употребление алкоголя и начинается злоупотребление, или пьянство, приводящее к пристрастию (алкоголизм) с последующей развернутой картиной хронического алкоголизма? Этот вопрос имеет не только важное медико-социальное, но и юридическое значение (принудительное лечение и др.) Иными словами, кого относить к категории злоупотребляющих алкоголем в широком смысле этого слова и на основании каких критериев? Существующие определения и классификации алкоголизма не дают исчерпывающего ответа на этот вопрос.

Несовершенство классификационных систем, по мнению А.Г.Гофмана (1985), объяснимо в известной мере тем, что о течении алкоголизма судили главным образом на основании обследования больных, находящихся на лечении в стационарах или под наблюдением диспансеров. Между тем, на учете состоит только часть имеющих среди населения больных, у которых алкоголизм протекает неблагоприятно, с нарушениями социальной адаптации. Как правило, это лица с выраженными нарушениями психики или те, кто и до начала злоупотребления алкоголем обнаруживал признаки психического нездоровья (больные психопатией, органическими поражениями мозга, олигофренией). По этой причине первая стадия алкоголизма у населения отмечается намного чаще, чем среди лиц, находящихся на учете. Возможно, что больных в начальной стадии заболевания вообще больше, чем в развернутой, так как в значительной части случаев заболевание останавливается в своем развитии на начальном этапе. Третья стадия также имеет свою динамику и достаточно богата разнообразными проявлениями.

Современные классификации отражают те или иные диагностические критерии (клинические, психологические, социальные и др.) и систематизируют формы и стадии алкоголизма, базируясь в основном на течении и качественных характеристиках алкоголизма.

Предложенная Busfield (1986) биомедицинская модель, в которой алкоголизм считается болезнью, основывается на трех принципиальных положениях: 1) существуют разнообразные по характеру болезни, каждая из которых ведет к качественно-му нарушению функционального баланса между здоровьем и патологией; 2) каждая болезнь характеризуется собственной, только ей присущей этиологией; 3) причиной патологических изменений в организме является какой-либо физический фактор (Сандерс Д., Грант М., 1999).

По частоте употребления алкогольных напитков и степени злоупотребления предлагается (Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я., 1983) 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 напитка). К ним же можно отнести лиц, вовсе не употребляющих алкогольные напитки.

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

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 спиртных напитков или более 500 г вина). В большинстве случаев повод к употреблению алкоголя необъясним в социальном плане («за компанию», «без всякого повода», «захотел и напился»), а алкогольные напитки распиваются преимущественно в случайных местах; б) с начальными признаками алкоголизма – при наличии психической зависимости и измененной реактивности организма на алкоголь (влечение к алкоголю и состоянию опьянения, утрата контроля за количеством потребляемых напитков, повышение толерантности и др.); в) с выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности абстинентный синдром.

При таком учете разнообразных проявлений алкоголизма можно выделить несколько основных (осевых) критериев для дифференциации лиц, употребляющих алкоголь: по частоте употребления алкогольных напитков, поведению в состоянии алкогольного опьянения, наличию психической и физической зависимости от алкоголя. Так, определяющим признаком, позволяющим отделить редко употребляющих алкоголь от употребляющих его часто (1-я и 2-я группы), является частота употребления алкогольных напитков. Такой важный диагностический признак, как количество употребляемых напитков, в данном случае имеет относительную ценность, так как он может значительно варьировать в зависимости от пола, принадлежности к той или иной социальной группе, биологических особенностей индивида. Этот признак следует учитывать как дополнительный.

Труднее и важнее всего в практическом отношении определить границу между несистематическим частым употреблением алкогольных напитков (2-я группа) и злоупотреблением алкоголем еще без признаков алкоголизма, т.е. пьянством (3-я группа, подгруппа «а»). Решить этот вопрос можно только на основе комплексной оценки с привлечением таких социальных критериев, как частота и количество

употребляемых напитков, наиболее частый повод к их употреблению, поведение в состоянии опьянения.

Определяющими для отнесения данного лица к 3-й группе (подгруппа «а») являются частота употребления спиртного и утрата контроля за своими поступками в состоянии опьянения или, выражаясь языком клиницистов, изменение характера опьянения с неконтролируемым поведением, следствием чего являются приводы в милицию, доставка в медицинский вытрезвитель, прогулы, конфликты в семье. Признаки психической зависимости от алкоголя на этой стадии злоупотребления отсутствуют или выражены нечетко. При наличии у злоупотребляющих алкоголем признаков психической и физической зависимости приходится решать вопрос об отнесении таких лиц к группе 3, подгруппы «б» или «в».

С учетом способности спиртных напитков в определенном диапазоне доз оказывать положительное действие на организм остро стоит вопрос об определении зон безопасного и рискованного употребления алкоголя (Моисеев В.С., Огурцов П.П., 1997). Границы безопасного употребления алкоголя, по мнению отдельных специалистов и экспертных групп, находятся в пределах 20–60 г/сут. для мужчин и 10–40 для женщин. Национальная академия медицины Франции указывает эти границы в пересчете на условный 100% этанол в пределах 38–60 г/сут. для мужчин и 16–38 для женщин. Департамент здравоохранения и образования Великобритании и Американский совет по науке и здравоохранению определяют верхнюю границу безопасного потребления алкоголя в 24 г/сут. для мужчин и 16 для женщин. По мнению экспертов ВОЗ, верхний предел зоны риска для мужчин лежит в диапазоне 140–280 г в неделю (20–40 г/сут), а у женщин – 140 г в неделю (20 г/сут.) (Моисеев В.С., Огурцов П.П., 1997).

Потребление алкоголя, превышающее в пересчете на условный чистый 100% этанол 0,8–1,0 г на 1 кг массы тела человека в сутки (или в среднем 60–80 г/сут.), увеличивает риск развития токсических поражений печени, сердца и др. Установлено, что при превышении суточных доз риска (в токсических дозах) этанол начинает окисляться не только при участии алкогольдегидрогеназы (так окисляются такие «эндогенные» спирты, как ретинол, эстрадиол и т.д.), но и каталазным и микросомальным путем, что влечет за собой активацию перекисного окисления липидов, изменение свойств биологических мембран, образование психоактивных соединений, гиперпродукцию ацетальдегида и других токсичных метаболитов.

Основываясь на определении особенностей обмена веществ, П.И.Сидоров с соавт. (1996) предложили способ определения индивидуально допустимой дозы алкоголя, не вызывающей отрицательной реакции организма человека. Для этого регистрируют функциональные показатели после физической нагрузки до и после принятия алкоголя (любая нагрузочная проба – ВЭМ, тредмил, степ-тест и т.д.). Сравнивают функциональные показатели после физических нагрузок, и при ухудшении функциональных показателей алкогольную дозу считают предельно допустимой. В случае улучшения функциональных показателей повторяют пробы с алкоголем с идентичной физической нагрузкой до ухудшения функциональных показателей. При этом дозы, принятые перед каждой нагрузкой, суммируют и получают индивидуальную предельно допустимую дозу алкоголя, не вызывающую отрицательной реакции в организме человека.

На основании частотно-количественных критериев Э.Е.Бехтель (1986) предложил следующую **классификацию бытового пьянства**, включающую систематику потапов, тип течения и потребления.

*Абстиненты* – не употреблявшие спиртные напитки по крайней мере в течение года или употреблявшие их столь редко и в столь небольших количествах, что этим можно пренебречь (до 100 г вина 2–3 раза в год). *Случайно пьющие* – употребляющие обычно 50–150 мл водки (максимум 250 мл) от нескольких раз в году до нескольких раз в месяц. *Умеренно пьющие* – употребляющие по 100–250 мл (максимально 300–400 мл) спиртных напитков 1–4 раза в месяц. *Систематически пьющие* – употребляющие 200–300 мл водки (максимум 500 мл) 1–2 раза в неделю. *Привычно пьющие* – употребляющие 300–500 мл водки (максимум 500 мл и более) 2–3 раза в неделю.

По темпу течения выделены медленный (слабо прогрессивный), умеренный (прогрессивный), выраженный (быстро прогрессирующий) и галопирующий типы; по равномерности течения – равномерный, неравномерный (скачкообразный); по времени начала – ранний (ювенильный), средний (типичный) и поздний варианты.

Сформулировано понятие о динамике (стереотипе) бытового пьянства. Выделены 3 этапа:

*Начальный* – усиление алкоголизации и устойчивости к спиртным напиткам, появление и развитие алкогольной потребности, изменение характера опьянения (дифференцировка и усложнение клинической картины, углубление эйфоризирующего эффекта, незначительное последствие).

*Апогей* – толерантность к спиртным напиткам, алкогольная потребность достигают наивысшего для данного индивида уровня, происходят дальнейшая дифференцировка и усложнение клинической картины опьянения, запаздывание симптома насыщения, появляется последствие.

*Исход* – снижение алкогольной потребности и связанное с ним сокращение потребления спиртных напитков, падение их эйфоризирующего действия, снижение толерантности, преимущественно декомпенсированное опьянение.

В зависимости от **ведущего мотива** выделено 3 типа потребления спиртных напитков:

*Социально обусловленный* – употребление спиртного связано с удовлетворением потребности в общении, самоутверждении, референтной ориентации; характерен для молодежи и лиц, случайно употребляющих спиртные напитки.

*Психологически обусловленный* – алкоголь употребляется для получения эйфории, достижения психического комфорта, снятия эмоционального напряжения и разрешения конфликтов; свойственен лицам более старшего возраста и людям, умеренно и систематически употребляющим спиртные напитки.

*Биологически обусловленный* – спиртные напитки употребляются не только для психологической, но и для соматической коррекции, снятия дискомфортных состояний; характерен для лиц старшего возраста, привычно пьющих и больных алкоголизмом.

Приведенные классификации позволяют наиболее полно систематизировать группы населения по уровню употребления спиртных напитков.

Свою задачу их авторы видели в том, чтобы максимально отразить возможные систематики форм злоупотребления спиртными напитками, так как без этого трудно разработать дифференцированные подходы к профилактике пьянства. Опыт развития клинической и социальной наркологии убеждает, что не следует бояться многообразия возможных подходов к классификациям. Повседневная клиническая практика на деле проверяет наркологические модели и отбирает из них рациональные

зерна. Это многообразие — свидетельство демократической и демонополистической политики в области наркологии, широты научных поисков и гарантия грядущих открытий.

## **СКРИНИНГ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АЛКОГОЛИЗМА**

Относительность официально регистрируемых показателей заболеваемости алкоголизмом подчеркивают многие специалисты, указывая и главную причину этого — несвоевременность диагностики, особенно ранних этапов злоупотребления алкоголем, и значительный процент нераскрытого алкоголизма, не попадающего в поле зрения наркологов. По мнению М.Лукомской (1997), причины последнего обстоятельства, в свою очередь, связаны с поздней обращаемостью за помощью и большой концентрацией лиц с недиагностированным алкоголизмом в общесоматических клиниках; с недостаточной подготовкой врачей-терапевтов в вопросах наркологии, неправильно трактующих последствия алкоголизации, и с несовершенной организацией наркологической помощи населению.

Индивидуальный риск вредного воздействия алкоголя определяется, по мнению комитета экспертов ВОЗ (1982), двумя элементами: интенсивностью воздействия и степенью восприимчивости (уязвимости). Выделяют два главных аспекта воздействия алкоголя — физиологический и социальный. Физиологический аспект касается индивидуального употребления алкоголя и его медицинских последствий, а социальный связан с доступностью спиртных напитков и последствиями алкоголизации для общества. Восприимчивость к этанолу имеет физиологический, психологический и социальный аспекты.

**Физиологическая восприимчивость** отчетливо зависит от пола и возраста: например, вероятность развития алкогольного цирроза печени у женщин гораздо выше, чем у мужчин, а у подростков признаки физической зависимости формируются в несколько раз быстрее, чем у взрослых. Существенную роль играет и генетический компонент восприимчивости к алкоголю.

**Психологическая восприимчивость** обуславливается личностными особенностями, некритичной самооценкой и терпимым отношением к алкоголю, проявляется предрасположением к пьянству.

**Социальная уязвимость** связана с влиянием житейских трудностей, образом жизни и поведением человека в целом, что находит отражение в восприимчивости к алкоголю.

С учетом выделенных аспектов индивидуального риска и с целью раннего выявления патологического пристрастия к алкоголю строятся различные скрининговые тесты на алкоголизм. Поиск и эмпирический отбор операциональных критериев заболевания является актуальной потребностью практической наркологии.

Нам представляется уместным рассматривать вопросы прогнозирования и диагностики в одном разделе, так как почти все предложенные маркеры заболевания оказываются эффективными уже на этапе злоупотребления этанолом в плане выявления групп риска с повышенной вероятностью развития алкоголизма.

Скрининг (от англ. screen — сито) определяется как «предполагаемая идентификация нераспознанных болезней и пороков с помощью тестов, исследований и других процедур, обеспечивающих быстрое получение результатов». Тесты, применяемые в ходе скрининга, позволяют выявить лиц с вероятным наличием того или иного заболевания среди тех, кто такой вероятностью не отличается.

Критерии требований к проведению массовых скрининговых исследований впервые были описаны в 1968 г. J. Wilson и G. Junger (Цит. по: Андерсон П., 1995):

- 1) скрининг должен использоваться по отношению к состояниям, представляющим серьезную проблему здоровья населения;
- 2) скрининг должен обеспечивать выявление нарушений на ранних или скрыто протекающих (доклинических) стадиях болезни;
- 3) лечение больных на доклинических или ранних клинических стадиях должно благоприятно влиять на течение и прогноз данного заболевания или состояния, в связи с чем подобное лечение должно быть выгоднее для общества, чем отсутствие терапии;
- 4) после скрининга должно быть четко определено, кто подлежит лечению;
- 5) лечение должно быть принципиально доступным;
- 6) для скрининга должны быть разработаны надежные диагностические тесты выявления заболевания на ранних клинических стадиях;
- 7) стоимость выявления, диагностики и лечения конкретных случаев должна обеспечиваться общим бюджетом здравоохранения.

Основной целью скрининга является выявление лиц, имеющих повышенный риск развития алкоголизма (т.е. профилактика развития заболевания путем раннего вмешательства) или страдающих хроническим алкоголизмом.

Из этого определения следует, что, во-первых, скринирующие программы должны охватывать максимально широкие контингенты населения, включая сплошные осмотры, и, во-вторых, что они не являются окончательными диагностическими процедурами, а лишь выделяют угрожаемые контингенты, которые в дальнейшем должны подвергаться необходимым исследованиям.

Наиболее ответственной и сложной частью организации скринирующих программ является, как правило, выбор методики исследования. К скринирующим методикам предъявляются особые требования (Murray R.M., 1977): несложная техника и быстрота проведения исследований, простота обработки результатов, возможность как индивидуальной, так и групповой оценки, возможность сопоставления данных, полученных разными исследователями, и, конечно, максимальная надежность. Под надежностью в данном случае понимается высокий (приближающийся к 100) процент выявлений скринируемого заболевания, т.е. количество ложноотрицательных ответов должно быть минимальным. В то же время некоторое количество ложноположительных результатов не является грубым недостатком скрининг-методики, так как лица, не имеющие клинических симптомов искомого заболевания, будут исключены из группы последующими, более достоверными исследованиями.

Группа лиц, отобранных из популяции с помощью скрининг-методик, направленных на выявление алкоголизма, должна быть разделена последующим врачебным осмотром и наблюдением как минимум на три подгруппы, каждая из которых требует в дальнейшем совершенно различных организационных и лечебных мероприятий.

**1. Лица, употребляющие алкоголь умеренно, но не имеющие признаков заболевания и давшие положительный результат при скрининге в силу случайных причин, в частности, из-за несовершенства самой методики.** В отношении этого контингента врач должен проявить максимальную тактичность, исключив любую возможность создания психотравмирующей ситуации, связанной с процедурой обследования.

**2. Лица, злоупотребляющие алкоголем, но не имеющие признаков заболевания.** Эта подгруппа должна стать объектом усиленной профилактической работы. В неко-

торых случаях целесообразно включать злоупотребляющих алкоголем, особенно лиц молодого возраста, в группу динамического наблюдения.

Например, скрининг-обследование пациентов одной из больниц, проведенное A. Umbricht-Schneider, P. Santora, R. D. Moore (1991), показало, что уровень злоупотребляющих алкоголем среди них достигает 22,4%. По историям болезни эта цифра составила лишь 7,4%. В результате исследования стало очевидно, что рутинный опрос по алкогольным проблемам может существенным образом изменить подход к ранней профилактике алкоголизма.

**3. Лица, страдающие алкоголизмом,** в отношении которых терапевтические и организационные мероприятия определяются выраженностью симптомов заболевания, степенью социальной дезадаптации. Во всех случаях необходимо помнить об основных деонтологических принципах скринирующих программ, предполагающих, в частности, добровольность обследования и последующего лечения и необходимость строгого соблюдения врачебной тайны.

М. Лукомская в своей монографии «Алкоголизм в России» (1997) подчеркивает важность скрининговых исследований в лечебно-профилактических программах и особенно — в диагностике скрытого алкоголизма, к которому она относит «мягкую» форму алкоголизма и «маскированный» соматический алкоголизм. Автор указывает, что в отличие от «классического злокачественного алкоголизма» с характерными поведенческими нарушениями и социальными последствиями, высоким темпом прогрессивности и спектром соматоневрологических сопровождений алкоголизации — полиневрита, токсической энцефалопатии и заболеваний печени, сердечно-сосудистой системы, с четко прослеживаемой динамикой изменения толерантности при формах «скрытого алкоголизма» отмечались черты клинического патоморфоза, объясняемые особенностями личностного преморбидного статуса и психофизиологической адаптации, и замедленная физическая зависимость.

По описанию М. Лукомской, при «мягкой» форме алкоголизма в клинике явно преобладают соматические компоненты, очевидный релаксирующий эффект алкоголя и невысокие темпы трансформации толерантности к алкоголю. Утреннее опохмеление появлялось через 8–10 лет систематического употребления алкоголя, первичное влечение к алкоголю слабо выражено и неосознанно. Даже первоначальная диагностика соматической патологии терапевтами, хирургами не отражала алкогольную природу висцеральных расстройств (хронической пневмонии, язвенной болезни желудка, хронического панкреатита, пиелонефрита, гипертонической болезни). Неуклонное и быстрое по сравнению с динамикой психопатологии прогрессирующее висцеральной патологии нередко приводило к инвалидности по соматическому заболеванию, снижению толерантности и характерным изменениям личности по типу органического снижения. Маскированный алкоголизм мало изучен, хотя такие больные составляют до 40% больных алкоголизмом. На фоне хорошей переносимости спиртного при систематическом потреблении алкоголя абстинентный синдром формировался поздно, со сглаженной психопатологической симптоматикой. Большим этой категории свойственен высокий ситуационный контроль, слабое влечение к опохмелению, возможность «отсроченного опохмеления» (отложенного на время после важных мероприятий). Мягкие и маскированные формы алкоголизма весьма распространены в общемедицинской практике и скрыты от наркологов из-за отсутствия выраженной алкогольной деградации и серьезных социальных последствий (Лукомская М., 1997; Шорин В.В., Семке В.Я., Галактионов О.К., 1999).

Следует подчеркнуть, что любые скрининг-методики являются вспомогательным инструментом, облегчающим активное выявление больных алкоголизмом, но ни в коей мере не заменяющим тщательного клинического обследования для верификации диагноза. Сам по себе результат скрининга не может служить основанием для каких-либо организационных или лечебных мероприятий в отношении обследуемого.

Научные доказательства, поддерживающие идею скрининга в отношении алкогольных проблем, были достаточно ясно показаны в исследованиях Canadian Task Force on Periodic Health Examination (1979), Frame (1986), US Preventive Task Force (1989). В этих исследованиях проводился поиск ответов на вопросы:

1. Является ли частота встречаемости алкоголизма настолько большой, чтобы оправдать проведение скрининга?
2. Влияет ли частота проявления алкоголизма на качество и продолжительность жизни?
3. Доступно ли эффективное лечение?
4. Возможны ли надежные, эффективные и соразмерные затратам скрининговые методики?
5. Принимаются ли результаты исследования врачами и пациентами?
6. Снижает ли раннее лечение (в бессимптомном периоде) уровень заболеваемости и смертность, связанную с алкоголем?

На первые четыре вопроса были получены положительные ответы. Однозначных ответов не удалось получить лишь на вопрос об экономической эффективности проведения скрининга среди лиц «без симптомов алкоголизма», а также о скрининге как о методе снижения смертности и заболеваемости. Раннее выявление и лечение алкоголизма может уменьшить число дорожных происшествий со смертельным исходом, травм, проблем, связанных с трудоустройством (Kristenson H. et al., 1983), но ни одно долговременное исследование не выявило, чтобы раннее лечение в бессимптомном периоде алкоголизма уменьшало смертность из-за связанных с алкоголем причин заметнее, чем лечение уже выявленных симптомов. Однако среди пациентов с алкогольной зависимостью не проводились длительные проспективные исследования, такие, как, например, среди больных с гипертензией, гиперхолестеринемией или раком молочной железы.

Для скрининга алкоголизма в настоящее время применяются три основные группы методик (Сидоров П.И., 1984; Полтавец В.И., 1985; Иванец Н.Н., Лукомская М.И., 1989; Шабанов П.Д., 2001; и др.):

**Социологические (или медико-социальные) методики**, представляющие собой различные анкеты и опросники, для которых используются стандартизованные данные о частоте положительных и отрицательных ответов, даваемых больными алкоголизмом, злоупотребляющими спиртными напитками и здоровыми. Преимуществами этих методик являются простота, возможность быстрого получения результата, его количественной оценки, а также минимальный уровень затрат средств и времени на проведение исследования.

**Социально-гигиенические методики**, связанные с анализом информации, поступающей от различных учреждений и лиц, проводящих борьбу с пьянством, алкоголизмом и их последствиями. Сюда относятся медицинские вытрезвители, органы внутренних дел, комиссии по борьбе с пьянством, представители администрации учреждений и т.д. При всей эффективности выявления алкоголизма на основе такой информации эта работа требует значительных организационных усилий и затрат вви-

ду разбросанности и разноподчиненности источников информации. Кроме того, эти методы недостаточно эффективны при выявлении больных, имеющих минимальную степень дезадаптации.

Часто больной с алкогольными проблемами может представить свои страдания как соматические, и врач без достаточного опыта может ему поверить (Driga O., Voisteanu P., 1995; Лукомская М., 1997). Применение диагностических тестов-опросников требует сотрудничества с больным (Nilssen O., Ries R., Rivara F.P. et al., 1996), что может быть сложно при активном диссимулировании со стороны больного.

**Биологические (лабораторные) методики**, направленные на обнаружение в организме изменений, вызванных употреблением спиртных напитков. Такие изменения, регистрируемые объективными методиками, принято называть биологическими маркерами алкоголизации. А.Е.Успенский (1986) следующим образом группирует известные биологические маркеры употребления этанола:

а) *маркеры, зависящие от физико-химических свойств этанола и ацетальдегида*: увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов (СКОЭ) и ухудшение показателей их фильтруемости; тромбоцитопения; обнаружение алкоголя в крови; повышение активности алкогольдегидрогеназы (АДГ) и микросомальной этанолокисляющей системы (МЭОС); снижение активности альдегиддегидрогеназы (АльдГ), определение ацетальдегида в крови и др.;

б) *маркеры, зависящие от метаболических нарушений, вызываемых этанолом*: обнаружение гиперлипидемии (общей гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии); повышение уровня холестерина в составе липопротеидов высокой плотности (ХЛВП); развитие кетоацидоза и гиперурикемии; увеличение величины соотношения IgA/трансферрин; повышение соотношения  $\alpha$ -амино-N-масляная кислота/лейцин; снижение уровня азота мочевины при нормальном содержании креатинина и повышенном уровне гаптоглобина и др.;

в) *энзимодиагностические маркеры*: повышение в крови активности г-глутамилтрансферазы (ГГТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы, изменение соотношения АСТ и АЛТ – коэффициента де Ритиса и др.

К существенным недостаткам биологических методик скрининга алкоголизма можно отнести их относительную трудоемкость, необходимость забора крови на анализ в стерильных условиях. В то же время применение этих методик обнаружило, что до 15% от числа всех случаев госпитализации в больницы общего профиля так или иначе связаны с систематическим употреблением алкоголя (Stamm D., Hansert E., Feuerlein W., 1984); при госпитализации в гастроэнтерологическое отделение этот показатель достигает у мужчин 50% (Seep M., 1984; Огурцов П., Жиров И., 2001).

Рассмотрим подробнее выделенные группы методик скрининга алкоголизма.

Исторически одной из первых попыток внедрить в наркологическую практику анкетную методику была так называемая **J-карта**, описанная Е. Jellinek (1946), которая достаточно четко характеризовала отдельные стадии развития алкоголизма и особенности поведения больного. С помощью J-карты можно было получать сведения, которые не удавалось собрать при обычном собеседовании, таким образом, ее использование способствовало преодолению больными анозогнозии (Vugte K. et al., 1985).

Э.Е.Бехтелем (1986) были систематизированы исследования по идентификации злостного пьянства с помощью **Миннесотского многопрофильного опросника (MMPI)**.

В 1950-х гг. на его основе были разработаны 3 шкалы (Hay D., Sedlacek G., 1958), в том числе и для определения личностных характеристик больных алкоголизмом, которые отличали бы их от здоровых лиц (Hay D., Sedlacek G., 1964). Однако позже было выявлено, что эти шкалы в основном определяют дезадаптацию личности, а не выделяют больных алкоголизмом.

С. McAndrew (1965), также используя MMPI, создал новую шкалу для определения тяжести алкоголизма. Многократная проверка показала, что она позволяет выявить только 60–85% больных алкоголизмом (Blaney R., Radford J., 1973). В дальнейшем были предложены новые шкалы (Rosenberg N., 1972), в том числе и сокращенные (Bailey M. et al., 1973), но их результативность не превышала 80%.

Так как злоупотребление спиртными напитками приводит к различным медико-социальным последствиям, были предложены шкалы, фиксирующие «симптомы наркомании» (Knupfer G., 1967), «симптоматическое пьянство» (Cahalan D., 1970), и шкалы «зависимости» (Edwards G., Gattoni F., Hensman C., 1972). Наиболее широко известна шкала «озабоченности алкоголем» (Milford H., Miller D., 1960). Обследуемых просили выбрать из 12 характеристик одну, наиболее точно отражающую их отношение к алкоголю. В зависимости от точности определения понятия число злостных пьяниц среди населения, выявленное этим методом, составляло от 3 до 6% (Edwards G., Gattoni F., Hensman C., 1972). Точность идентификации на контингентах больных хроническим алкоголизмом колебалась от 50 до 90%.

Широко использовали также индекс «неприятностей, связанных с пьянством» (Mulford H.A., Wilson R.W., 1966). Этот тест в свое время показал, что 4% населения имели по крайней мере одну неприятность, связанную с пьянством. Позже было установлено, что «на этот индекс сильно влияет социальное и экономическое положение обследуемого» (Blaney R., Radford J., 1973).

Из всего многообразия диагностических шкал первого поколения наиболее убедительную проверку временем выдержала шкала МАС, эмпирически созданная С. McAndrew. Шкала МАС измеряет устойчивые черты личности и позволяет прогнозировать алкоголизм у 72% начинающих злоупотреблять спиртными напитками. Наиболее высокий балл по этой шкале получают лица с чертами смелости, недисциплинированности, стремления к удовольствиям.

Шкала может диагностировать алкоголизм, злоупотребление алкоголем, наследственную отягощенность по отношению к алкоголизму; высокий балл получают также больные наркоманией, злостные курильщики, азартные игроки, лица с асоциальной ориентацией. Психиатрические больные получают низкий балл по МАС, поэтому больные алкоголизмом с сопутствующим психиатрическим диагнозом не всегда выявляются с помощью этой шкалы. По мнению одних специалистов, шкала МАС одинаково эффективна для диагностики алкоголизма среди мужчин и женщин, подростков и стариков (Sher K. J., McCrady B. S., 1984; Preng K., Clopton J., 1986). Другими авторами показано, что чувствительность метода зависит от возраста и пола обследуемых. Так, правильная диагностика достигала 90% случаев у больных алкоголизмом мужчин в возрастной группе 18–24 года и только 41% у женщин (Davis L.J., Morse R.M., 1987).

С. McAndrew (1986) разработал шкалу SAP на базе MMPI, представленную двумя типами опросников из 36 и 42 пунктов, позволяющих выявлять алкоголизм в 85% случаев.

Одной из наиболее распространенных до настоящего времени анкетных методик является Мичиганский алкогольный скрининг-тест – MAST (Selzer M.L., 1971), в це-

лом оправдавший свое назначение в качестве инструмента предварительной экспресс-диагностики алкоголизма (Тибог М., 1982; Станкушев Т., 1982). Оригинальная методика представляет собой устный опросник с жестко структурированной формой ответа (испытуемого просят ограничиться утвердительным или отрицательным ответом), состоящий из 25 вопросов, затрагивающих комплекс наиболее характерных для больных алкоголизмом проблем. Существенным условием проведения опроса является создание стандартной ситуации тестирования, придание атмосфере обследования элемента проверки.

Опытным путем было обнаружено, что ответы больных алкоголизмом на вопросы тестов достоверно отличаются от ответов здоровых лиц. В то же время, как показали исследования с применением факторного анализа материала, по характеру высказываний можно судить не только о наличии алкогольных проблем у испытуемого, но также количественно оценить их выраженность и преимущественное содержание (Skinner H., 1979). Особый интерес данная методика представляет еще и потому, что она может применяться в экспертных условиях (Lung B., Charalamprons K., 1975).

Мичиганским тестом могут быть идентифицированы как «алкоголики» (78–98%) из числа больных, госпитализированных в наркологическую клинику, так и 55% лиц, управлявших транспортом в нетрезвом виде (Favazza A.R., Pires J., 1974; Favazza A.R., Oman M., 1978).

Одновременная максимизация показателей надежности и точности теста невозможна. Вместе с увеличением чувствительности теста возрастает число ложноположительных результатов, тогда как число нераспознанных случаев возрастает вместе с увеличением специфичности (Rice J., Reich T., Andreasen N.C. et al., 1987). Отсюда, используя тест, необходимо уточнить распространение исследуемого явления в популяции (Grant B.F., Hasin D.S., Harford T.C., 1989).

Влияние распространения на валидность скринингового теста было продемонстрировано в исследованиях SMAST (укороченная версия MAST), проведенных M. Fleming и K. Barry (1989). В двух группах алкоголиков, участвующих в терапевтической программе, специфичность MAST составила от 0,94 до 0,98. Позднее (1991) авторы использовали тот же самый инструмент для обследования лиц, обращающихся за помощью в поликлиники. У обследуемых оценивали признаки злоупотребления и зависимости от алкоголя по критериям DSM-III-R (1987), и у 14% пациентов были обнаружены признаки обоих нарушений. Оказалось, что специфичность скринингового теста в этой группе составила только 0,56, тогда как для обнаружения позитивного результата использовались те же самые статистические параметры.

Тем не менее при условии повышения чувствительности скрининговых тестов они могут существенно расширять возможности всех заинтересованных служб в экспресс-диагностике хотя бы группы риска, улучшив тем самым эффективность раннего выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем. Поэтому безусловный интерес представляют попытки перевода на русский язык и внедрения в наркологическую практику диагностических шкал. А.Е.Бобровым и А.Н.Шурыгиным (1985) была проведена апробация адаптированного варианта Мичиганского алкогольного скрининг-теста (MAST) и изучена его структура. При переводе на русский язык некоторые вопросы теста были переформулированы или заменены близкими по смыслу, а два пункта совсем удалены. Применение алкогольного скрининг-теста в группах больных и здоровых лиц показало достаточную валидность теста.

В качестве примера более широкого подхода к разработке диагностической шкалы можно привести **скринирующую методику для выявления алкоголизма (СМА)**, сконструированную В.И.Полтавцом (1985) на базе Мичиганского алкогольного скрининг-теста (Skinner Н., 1979), Миннесотского многопрофильного личностного опросника (McAndrew С., 1981), теста для непрямого скрининга алкоголизма (Khavari K.A., Farber P.D., Douglass F.M., 1979), опросника для изучения тяжести алкогольной зависимости (Hilton M., Lokare V., 1978), Alcadd-теста (Manson T., 1949).

Методика включает в себя 22 утверждения, частота значимых ответов на которые различается в группах больных алкоголизмом и здоровых. Утверждения сформулированы во втором лице множественного числа. Часть из них имеет прямой, часть — косвенный характер в отношении проблем, связанных с употреблением алкоголя. Приводим список утверждений методики СМА:

1. У вас иногда бывает рвота или кашель с кровью.
2. У вас бывали периоды, когда вы не могли вспомнить, что происходило вокруг.
3. В вашей жизни бывали моменты, когда ваша активность внезапно падала, и позже вы не могли понять, что это было. \*
4. Вы постоянно кашляете.
5. Вам нравятся горячие споры, даже если они иногда приносят огорчения окружающим.
6. Дома вы меньше соблюдаете правила приличия за столом, чем в гостях.
7. Вы всегда можете достать спиртное.
8. Вы стали замечать, что когда вы что-то делаете, у вас трясутся руки.
9. Ваши друзья и родственники считают, что вы пьете умеренно.
10. Иногда вы чувствуете угрызения совести из-за своего пьянства.
11. Однажды, будучи пьяным, вы были задержаны милицией.
12. У вас была белая горячка.
13. Иногда вы пьете в первой половине дня.
14. Бывало, что вы слышали «голоса» или видели какие-то необычные предметы после того, как много выпили накануне.
15. Бывало, что вы теряли друзей или подруг из-за своего пьянства.
16. Ваша жена или родители выражали беспокойство по поводу вашего пьянства.
17. Бывало, что вы пили несколько дней подряд, забывая о своих служебных и семейных обязанностях.
18. Иногда у вас бывали неприятности на работе из-за употребления алкоголя.
19. Вы обращались к кому-то с просьбой помочь вам избавиться от злоупотребления алкоголем.
20. Ваша жена, кто-то из друзей или родственников пытались помочь вам избавиться от пьянства.
21. Вы обращались к невропатологу или психиатру с жалобами на расстройства, одной из причин которых могло быть злоупотребление алкоголем.
22. Вы лечились по поводу хронического алкоголизма.

Утверждения могут предлагаться как списком, так и на отдельных карточках. По инструкции испытуемый должен дать положительный или отрицательный ответ на каждое утверждение. Неопределенные и отказные ответы не предусмотрены. Обычно на все ответы испытуемый затрачивает 5–7 мин. Методика стандартизировалась по результатам обследования 200 практически здоровых мужчин и 200 больных алкоголизмом. Обе группы существенно не различались по среднему возрасту, уровню образования и соотношению лиц, занимающихся умственным и физическим трудом. В результате анализа частот значимых ответов были получены два распре-

Таблица 4

**Балльные оценки значимых ответов и диагностические коэффициенты  
для скринирующей методики (по В.И.Полтавцу)**

Значимые ответы и балльная оценка			Диагностические коэффициенты		Значимые ответы и балльная оценка			Диагностические коэффициенты
	Да	Нет				Нет	Да	
1	—	1	2	0	12	—	1	12,0
2	—	1	2	6	13	—	1	5,6
3	1	—	2	3	14	—	1	10,8
4	—	1	4	0	15	—	1	10,8
5	1	—	2	3	16	—	2	6,3
6	1	—	3	0	17	—	2	-8,8
7	1	—	2	9	18	—	2	8,0
8	—	1	4	5	19	—	2	12,6
9	1	—	4	8	20	—	2	9,4
10	—	1	4	2	21	—	5	—
11	—	1	7	5	22	—	5	—

ления, приближающихся к нормальным, со средними значениями и стандартными отклонениями ( $c \pm b$ )  $3,72 \pm 2,49$  для здоровых и  $18,26 \pm 4,07$  для больных. Для каждого утверждения определялась также информационная мера Кульбака (Гублер Е.В., 1978). При этом значимые ответы, имеющие величину информационной меры ( $j$ ) от 0,25 до 2,0, оценивались 1 баллом, от 2,0 до 3,0 — 2 баллами; утверждения 21, 22, имеющие нулевые частоты в группе здоровых, оценивались 5 баллами. Теоретически 97,5% здоровых испытуемых могут показать суммарный результат не выше 8,7 балла, а 97,5% больных алкоголизмом — не ниже 10–12 баллов. Дифференцирующей оценкой для обеих групп является 9 баллов.

Методика предусматривает возможность двух видов интерпретации результатов. Наиболее быстрая оценка проводится путем прямого подсчета баллов по значимым ответам, и все испытуемые, набравшие 9 и более баллов, включаются в группы высокого риска наличия заболевания. Второй вид оценки позволяет более тщательно дифференцировать группу испытуемых, набравших от 5 до 9 баллов. Он предполагает суммирование диагностических коэффициентов (ДК) для значимых ответов. И в тех случаях, когда сумма ДК превышает 30, испытуемые включаются в группу высокого риска (табл. 4.).

Хорошая валидность приведенной методики, ее структурированность, слабая связь результатов с личностными особенностями испытуемых открывают широкие перспективы для практического использования.

MAST, как и его модификации, до сих пор является одной из наиболее используемых методик для оценки признаков зависимости, проявлявшихся в течение всей жизни. Этот тест не содержит вопросов о количестве выпиваемого алкоголя и не различает проблем, вызванных приемом алкоголя в прошлом и настоящем. Оригинальный MAST имеет несколько модификаций: 10-вопросный (B-MAST) (Pocorpu A.D. et al., 1972), 13-вопросный (S-MAST) (Selzer M.L., 1975; Cleary P. et al., 1988;

Fleming M.F., Barry K.L., 1991) и 35-вопросный тест самооценки (Self-Administered Alcohol Screening Test) (Swenson W.M., Morse R. M., 1975; Davis L.J., Morse R.M., 1987; Hurt R.D., 1980; Loethen G.J., Khavari K.A., 1990).

Например, краткий Мичиганский тест для выявления алкоголизма включает следующие вопросы (Crowley Th. J., 1984):

1. Считаете ли вы, что выпиваете в пределах нормы? — Да, нет (2 очка за отрицательный ответ).
2. Считают ли ваши друзья или родственники, что вы выпиваете в пределах нормы? — Да, нет (2 очка за отрицательный ответ).
3. Посещали ли вы когда-нибудь собрания «Анонимных алкоголиков»? — Да, нет (5 очков за утвердительный ответ).
4. Не приходилось ли вам терять друзей или любимую девушку (парня) из-за пьянства? — Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).
5. Не было ли у вас неприятностей на работе из-за выпивок? — Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).
6. Не случалось ли вам пренебрегать вашими обязанностями, вашей семьей или работой в течение двух дней или более из-за пьянства? — Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).
7. Не страдали ли вы белой горячкой, приступами тяжелого озноба, не слышались ли вам несуществующие голоса и не представлялись ли несуществующие предметы после чрезмерного пьянства? — Да, нет (2 очка за утвердительный ответ),
8. Не обращались ли вы когда-нибудь к кому-либо за помощью по поводу своей приверженности к алкоголю? — Да, нет (5 очков за утвердительный ответ).
9. Были ли вы когда-нибудь госпитализированы в связи с потреблением алкоголя? — Да, нет (5 очков за утвердительный ответ).
10. Были ли у вас задержания в связи с выпивкой за рулем или перед поездкой в качестве водителя? — Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).

Испытуемый обводит кружком нужный ответ. Итоговая сумма в 6 баллов или более указывает на вероятность диагноза алкоголизма.

На выявление скрытого алкоголизма нацелена анкета CAGE (cut down, annoy, guilt, eye open):

1. Не приходит ли вам мысль о необходимости покончить с выпивками?
2. Не надоедает ли вам критика окружающих по поводу ваших выпивок?
3. Не возникает ли у вас плохого самочувствия или чувства вины в связи с вашими выпивками?
4. Не бывает ли случаев, когда вы по утрам в первую очередь принимаетесь за выпивку для успокоения нервов или устранения явлений похмелья?

Двух положительных ответов достаточно для установления вероятного диагноза алкоголизма. В процессе обследования больных, поступивших в психиатрическую клинику, с помощью CAGE был идентифицирован 81% проблемных пьяниц, у которых в дальнейшем выявили хронический алкоголизм (Mayfield D., McLeod G., Hall P., 1974). Сопоставимые данные были получены J.Masur (1986) при обследовании бразильского населения, при этом чувствительность CAGE составила 88%, а специфичность — 83%.

Оценивая эффективность последнего варианта скрининга, Л.Н.Лежелекова и соавт. (1980) пришли к выводу, что результат следует считать положительным при наличии утвердительного ответа не менее чем на три вопроса. В своем исследовании по

этому методу они идентифицировали в качестве больных 85% лиц, состоящих на наркологическом учете, в группу риска по развитию алкоголизма было отнесено 27% рабочих промышленных предприятий и 25% учащихся ПТУ.

Специфичность и надежность CAGE в среднем колеблется от 60 до 90 и от 40 до 95% соответственно (Bush B. et al., 1987; Beresford T., 1990; Liskow B. et al., 1995). Эта изменчивость может быть связана с принятием различных критериев: например, оценка употребления алкоголя зависит от всей жизни или только актуального состояния? Стоит ли как пороговую ценность принять 1, 2, 3 или 4 позитивных ответа? Главный недостаток этого теста — в неполном соответствии описания с актуальным состоянием дел, не учитывает этот тест и интенсивность употребления алкоголя в ситуации злоупотребления.

По данным исследования A. Perdrix (1995), CAGE повышает число выявляемых больных с алкогольными проблемами на 37% и представляется весьма полезным для использования среди людей молодого возраста (Цит. по: Калинин А.Г., 1998). По мнению В.С. Моисеева и П.П. Огурцова (1997), CAGE достаточно информативен, прост в применении и наиболее полно «учитывает особенности российского менталитета».

Одну из модификаций CAGE представляет собой опросник о проведении злоупотребляющими алкоголем свободного времени — STAQ. Он использовался в Англии в системе первичной медицинской помощи (Wilkins R., 1974). В этой анкете фокусирование на алкогольных проблемах пытаются скрыть путем опроса, посвященного развлечениям (просмотр телевизионных передач, занятия спортом и др.), что повышает его чувствительность до 76,5%. Большую «эффективность замаскированных скрининг-методик (типа STAQ)» отмечает также Н.Н. Иванец (1988). По его данным, такой подход позволяет выявить при кардиологическом обследовании 10% больных алкоголизмом, а при обследовании контингента травматологического пункта — до 16% нуждающихся в наркологической помощи.

На основе модификации CAGE были созданы тесты T-ACE и TWEAK, впервые использованные для скрининга беременных женщин в Детройте (Russell M. et al., 1991). В T-ACE вопрос о чувстве вины заменен вопросом о толерантности к алкоголю (Sokol R.J., Clarren S.K., 1989). В TWEAK (Russell M. et al., 1991) также исследуется толерантность к алкоголю (T — tolerance); беспокойство (W — worried); утреннее потребление алкоголя сразу после пробуждения, «опохмеление» (E — eye opener); беспомыслие (A — amnesia); попытки ограничения (контроль за количеством) выпитого (K — cut). Вопросы TWEAK имеют относительный вес, и 3 утвердительных ответа считаются позитивным диагностическим результатом. Прогностическая ценность TWEAK превышала ценность T-ACE в отношении риска употребления алкоголя среди беременных женщин при толерантности, определенной как максимальное количество принятого алкоголя, не вызывающее интоксикации.

В случаях, когда получены отрицательные результаты по всем четырем вопросам CAGE, заподозрить наличие хронической алкогольной интоксикации можно по наличию похмельного синдрома (послеинтоксикационный алкогольный синдром — ПАС) с помощью **Карты самоотчета ПАС**, составленной П.Огурцовым, А.Покровским, А.Успенским (1997) с учетом МКБ-10.

### **Карта самоотчета ПАС**

#### **Симптомы**

##### **1. Беспокойство и возбуждение**

2. Бледность (холодная, влажная кожа)
3. Боль в области сердца
4. Гиперемия (чрезмерное покраснение) лица
5. Головная боль
6. Головокружение
7. Дрожание пальцев рук
8. Желание немедленно принять алкоголь
9. Желтушность кожных покровов
10. Изменение кожной чувствительности (повышение, понижение)
11. Нарушение стула (понос, запор)
12. Недомогание и утомляемость
13. Нервное напряжение
14. Носовые кровотечения
15. Обморочные состояния
16. Одышка
17. Отеки на ногах
18. Отечность лица
19. Отсутствие аппетита
20. Ощущение сердцебиения
21. Перебои в работе сердца
22. Повышенное отделение слюны
23. Потребность закурить
24. Потребность принять лекарство
25. Провалы в памяти о происходившем накануне
26. Раздражительность и озлобление
27. Рвота и тошнота
28. Рвота кровавая
29. Снижение полового влечения
30. Сухость во рту
31. Сыпь на коже
32. Чрезмерный аппетит
33. Чрезмерная жажда
34. Чрезмерная потливость
35. Шатающаяся походка

Карта включает перечень симптомов. Рядом с каждым из них в зависимости от наличия ставится знак + или —. Симптомы изложены в алфавитном порядке, чтобы испытуемый не имел возможности судить о потенциальной значимости признаков. Чем больше положительных ответов, тем тяжелее ПАС. По отдельности каждый из симптомов может встречаться при других патологических состояниях. Однако констатация данных симптомов после употребления спиртных напитков ставит под сомнение искренность ответов на CAGE, так как отвечающему знакомы негативные последствия алкоголя. Наличие 15 и более признаков ПАС предполагает высокую вероятность длительного употребления алкоголя в опасных для здоровья дозах (утрата количественного контроля, срыв базального метаболизма печени с гиперпродукцией ацетальдегида, тяжелые похмельные или абстинентные состояния). При использовании анкеты критерием хронического ПАС служит высокая развернутость симптомов (Моисеев В.С., Огурцов П.П., 1997; Огурцов П., 2001).

Простым и одновременно объективным критерием состояния хронической алкогольной интоксикации может служить модификация теста «Сетка LeGo», состоящая из объективных признаков хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Они легко определяются при внешнем осмотре и элементарном исследовании.

**Карта физических признаков ХАИ**

Модифицированный тест «Сетка LeGo» (LeGf P.M., 1976)

1. Ожирение
2. Дефицит массы тела
3. Транзиторная артериальная гипертензия
4. Тремор
5. Полинейропатия
6. Мышечная атрофия
7. Гипергидроз
8. Гинекомастия
9. Увеличение околоушных желез
10. Обложенный язык
11. Наличие татуировки
12. Контрактура Дюпюитрена
13. Венозное полнокровие конъюнктивы
14. Гиперемия лица с расширением сетки кожных капилляров
15. Гепатомегалия
16. Телеангиоэктазии
17. Пальпаторная эритема
18. Следы травм, ожогов, костных переломов, обморожений

Смысл данной методики состоит в том, что при систематическом массивном потреблении алкоголя имеются определенные органические изменения. Физических признаков, специфичных для злоупотребления алкоголем, не выявлено. Один, реже два или три признака могут обнаруживаться и у непьющих, и у малопьющих людей и не являются патогномичными симптомами алкогольной болезни. Сочетание 7 и более признаков свидетельствует в пользу регулярного употребления алкоголя. Наибольшая специфичность маркеров ХАИ проявляется в возрастном коридоре 30–65 лет (Огурцов П., 2001).

В публикациях зарубежных исследователей сообщается об успешном использовании в общетерапевтической сети тестов MAST и CAGE в качестве скринирующего инструмента на алкоголизм и проблемное пьянство (Hotch D.F. et al., 1983; Powers J.S., Spickard A., 1984; Sanchez-Crais M., 1984; и др.). Учитывая высокую распространенность алкоголизма в популяции амбулаторных больных, M.G.Cyr, S.A.Wartman (1988) рекомендуют включать в рутинный сбор информации при составлении любой истории болезни 2 скринирующих вопроса: «Имелись ли у вас когда-нибудь проблемы из-за выпивки?» (обнаруживший чувствительность 70,2%), и «Когда вы выпивали последний раз?», в комбинации с которым обеспечивается чувствительность 91,5%.

Для ранней диагностики алкогольных проблем был разработан тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification), используемый во многих странах. В рабочую группу по разработке этой методики вошли эксперты ВОЗ, которые на основе исследований, проведенных в шести странах, составили 10 вопросов, дающих возможность идентифицировать лиц, входящих в группу риска по алкогольным проблемам. Тест состоит из двух частей. В первой представлены сами вопросы: три касаются употребления алкоголя, четыре — алкогольной зависимости и три — осложнений, связанных с употреблением алкоголя. Вопросы можно задавать в ходе интервью или дать в виде опросника. Ответы по каждому из вопросов оцениваются от 0 до 4 баллов. Максимально возможный показатель по тесту составляет 40 баллов. Во второй части теста отмечаются результаты лабораторного исследования и соматические изменения в результате употребления алкоголя. Анкета ВОЗ включает также краткое клиничес-

кое обследование, анализ крови и 2 дополнительных вопроса, касающихся травматических повреждений в анамнезе (Андерсон П., 1995).

Проведено несколько исследований надежности этой методики (Barry K.L., Flemming M.F., 1993; Saunders J.B., Aasland O.G. et al., 1993). AUDIT проявляет общую чувствительность 92 и общую специфичность в 93% случаев (Babor T.F., Kranzler H.R., Lauergerman R.J., 1989). По данным П.Андерсона (1995), чувствительность теста составляет 80%, и для мужчин она выше, чем для женщин, в то время как специфичность (в среднем 89%) выше у женщин. Предложены модификации теста AUDIT, которые в сочетании с клиническими вопросами, касающимися количественно-частотных показателей употребления алкоголя и семейных нарушений, дают неплохие результаты по выявлению различных признаков злоупотребления алкоголем (Поплевченков Н.А., 1999).

Следующие разновидности тестов, используемых для скрининга алкоголизма, разработаны для оценки стиля жизни. **Health Screening Questionnaire – HSQ** (Wallace P., Haines A., 1985; Cutler S.F., Wallace P.G., Haines A.P., 1988) и его модификация **Health Screening Survey – HSS** (Fleming M.F., Barry K.L., 1991) содержат вопросы, касающиеся курения, физических упражнений, контроля веса, употребления алкоголя. Вопросы об алкогольных проблемах за последние три месяца взяты из CAGE. Несмотря на то, что опросники этого типа не увеличивают надежности тестов, они дают дополнительную информацию о состоянии здоровья. Тесты были разработаны для двух больших программ раннего вмешательства в Великобритании (Wallace P., Haines A., 1985) и в США (Fleming M.F., Barry K.L., 1991). Другими примерами скрининговых тестов, объединяющих вопросы об алкогольных проблемах и состоянии здоровья, являются опросник **Life-Style Risk Assessment** (Skinner H., 1985), разработанный Addiction Research Foundation, и **Life Style Test**, разработанный A.Graham (1991).

Начиная с 1993 г. разрабатывался европейский вариант **Addiction Severity Index – Индекс тяжести зависимости** (McLellan A., 1992; Kokkevi A., Hendriks V., Blanken P., Hartgerts C. et al., 1994). В 1998 г. вышел его очередной переработанный вариант. Это относительно короткое, полуструктурированное интервью, содержащее информацию о жизни клиента в связи с употреблением ПАВ, вызывающих зависимость. В опроснике затрагиваются семь сфер: медицинская, работа/финансовая поддержка, алкоголь, токсикомания, юриспруденция, семья/социальная сфера, психиатрия.

Для скрининга алкогольных проблем среди молодежи предложены специальные методики. **Проблемно ориентированный опросник для подростков – POSIT (Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers)** является новым многообещающим исследовательским инструментом, разработанным R.Tarter и группой экспертов, спонсируемых National Institute on Drug Abuse (1990). Созданный как часть Adolescent Assessment Referral System (Опросник для определения подростков-пациентов), POSIT давал возможность отделить группу подростков-пациентов от случайной группы наблюдения в популяции учащихся (Klitzner M., Rahdert E., 1991). Он оценивает 10 проблемных сфер и содержит часть, составленную из 14 вопросов, касающихся употребления алкоголя и других ПАВ. Один или несколько утвердительных ответов считаются положительным результатом.

Представляет интерес **скрининговый опросник «Здоровье и образ жизни» – ЗОЖ**, предназначенный для использования в медицинских учреждениях различного типа (Лукомская М., 1997). Метод прост, полностью адаптирован к традиционному общемедицинскому опросу при одновременной направленности вопросов на начальные

проявления алкоголизма. Продуктивность теста особенно высока (90%) в терапевтическом стационаре.

Опросник представляет собой краткую анкету из 16 вопросов, работа с которой занимает 5–10 минут. Вопросы теста тематически объединены в три группы:

- 1) имеющие отвлекающий характер и касающиеся питания, курения, употребления кофе и чая, физической активности и связанных с вредными привычками неблагоприятных соматических последствий;
- 2) позволяющие оценить количественные показатели потребления обследуемым алкоголя (доза, частота, тип напитка);
- 3) отражающие ранние клинические проявления алкогольной зависимости и последствия, связанные с алкоголизацией.

Ключевые вопросы теста, касающиеся потребления алкогольных напитков и ранних клинических проявлений алкогольной зависимости, были выбраны по предложениям экспертов и на основании данных международного исследования ВОЗ (Saunders J.B., Aasland O.G., 1987). Они позволяли идентифицировать среди обследуемых две основные категории лиц, злоупотребляющих алкоголем:

I – группа риска с преклиническими формами злоупотребления алкоголем;

II – лица с признаками алкогольной зависимости.

Первые шесть вопросов теста имеют лишь косвенное отношение к теме алкоголя. Но эти, казалось бы, вспомогательные вопросы не только маскируют основную направленность опроса, они создают у обследуемого психологическую установку на точные ответы, характеризующие образ жизни и вредные привычки. Кроме того, ответы на эти вопросы могут быть использованы при анализе других факторов риска соматических заболеваний, таких, как курение, неправильное питание и т.п. В подобном сочетании значимых и дополнительных вопросов тест вполне естественно воспринимается пациентами как одно из обследований, назначенных врачом-терапевтом, хирургом или другим специалистом в медицинском учреждении ненаркологического профиля, которое проводится в рамках профилактических медицинских осмотров.

Для выявления лиц с высоким уровнем потребления алкоголя используются вопросы, в которых обследуемый вынужден дважды дать оценку своим привычкам относительно спиртного. Сначала выясняется отношение к сравнительно небольшим его дозам. Это позволяет выделить из группы обследуемых лиц, склонных к постоянному, практически ежедневному употреблению алкоголя. Ответы на эти вопросы фиксируют среднее потребление алкоголя за неделю. Следующие вопросы касаются значительных доз алкоголя. С их помощью выявляются лица, склонные эпизодически, но в критических дозах принимать спиртное.

Для четырех основных категорий напитков были использованы следующие окруженные показатели крепости, определяющие коэффициент пересчета (%): водка – 40, портвейн (крепленое вино) – 20, столовое (сухое) вино – 10, пиво – 4.

В соответствии с этим для вопросов о дозе спиртного была составлена специальная таблица, где ответы, ранжированные от I до 10, отражали эквивалентное по содержанию этанола количество различных спиртных напитков. Например, две бутылки пива, или 400 г столового вина, или 200 г портвейна по содержанию этанола приравнивались к 100 г водки.

В целом разработанная методика, в сравнении с другими способами опроса, позволяла дать более четкую количественную характеристику уровня потребления ал-

Таблица 5

**Частотно-количественные критерии степени риска, опасного для здоровья  
(по М.Лукомской)**

Основные включающие критерии	Для мужчин	Для женщин
Среднее количество алкоголя в неделю	900 г водки	550 г водки
Частота критических доз	250 г водки 2 раза в месяц	150 г водки 2 раза в месяц

коголя, что чрезвычайно актуально для исследований в области наркологии (Лисицын Ю.П., 1988; Кошкина Е.А. и др., 1990; Jasinski J., 1990; Ylafsdyttir H., 1990).

Основные показатели, в соответствии с которыми пациента следует отнести к группе риска с опасным для здоровья уровнем потребления алкоголя, представлены в табл. 5.

В ходе апробации описываемой методики в различных лечебно-профилактических медицинских учреждениях, отмечает автор, вопросы, касающиеся потребления алкоголя, не вызывают протеста и раздражения у обследуемых, что очень важно при проведении скрининга на алкоголь. Важно также, чтобы все участники обследования поддерживали способствующую контакту психологическую атмосферу, спокойное, доверительное отношение к процедуре опроса. Откровенность ответов достигается конфиденциальностью обследования, когда пациент понимает, что в его собственных интересах отвечать наиболее точным образом. Это ценно для эффективного выявления лиц с преκлиническими состояниями, у которых в сравнении с больными алкоголизмом менее выражено алкогольное отрицание, изменение личности по алкогольному типу, неискренность, перенос вины на окружающих (Лукомская М., 1997).

Не менее актуальна профилактика алкоголизма в определенных профессиональных группах. Важно, чтобы профилактика алкоголизма была избирательно направлена на определенные профессиональные группы, особенно те, для которых существует запрет на употребление спиртных напитков (моряки, летчики, водители транспорта и др.). Это выдвигает требование максимальной адаптации скрининговых методик с учетом существующих особенностей алкогольных обычаев и традиций в данной микросоциальной среде, мотивов, поводов и условий, провоцирующих алкоголизацию, социально-психологических характеристик алкогольного образа жизни.

Например, разработанный П.И.Сидоровым и А.Г.Калининым (1989) скрининговый тест для диагностики алкоголизма у плавсостава представлен как **Анкета моряка дальнего плавания** для выявления напряженности работы моряков, определения резервных возможностей в условиях дальнего плавания. Из 25 вопросов, входящих в анкету, 18 имеют высокую прогностическую значимость (вероятность прогноза 95%), а 7 являются фоновыми и не учитываются при суммировании ответов. Диагностический коэффициент (ДК) рассчитывается по формуле:  $ДК=10 \lg Pa/Pb$ , где  $Pa$  – частотное распределение признаков в группе здоровых,  $Pb$  – частотное распределение признаков в группе больных. Оценка наркологического статуса интервьюированного моряка проводится путем прямого суммирования диагностических коэффициентов. В тех случаях, когда сумма ДК превышает 20 баллов, испытуемого включают в группу риска. Апробация этого теста в условиях работы комиссии плавсостава Северной центральной бассейновой клинической больницы им. Н.А.Семашко пока-

зала достаточно высокую чувствительность (89,1%) и специфичность (91,3%) теста. Выявленный по результатам тестирования контингент подвергается детальному клиническому и инструментальному дообследованию у нарколога для сбора объективных клинических и лабораторных данных.

Разработаны и находятся в стадии исследования другие тесты – **Personal Experience Inventory** (Winters K., 1990), **Drinking and You** (Harrel A., Wirtz P., 1988), **Perceived Benefit of Drinking and Drug Use Scales** (Petchers M.K. et al., 1988). Предварительная оценка этих методик очень обнадеживает.

Данные по эффективности скрининга среди женщин, молодых людей, лиц пожилого возраста, психически больных, этнических меньшинств весьма ограничены. При создании тестов исследователи стараются увеличить их надежность, но проблемой остаются ложноположительные результаты, особенно в общей популяции. Чтобы этого избежать, необходима тщательно верифицированная диагностическая оценка.

На материале комплексного обследования женщин из профессионального контингента работниц и учащихся текстильной отрасли г. Иваново и Ивановской области с использованием социально-гигиенических, клинико-анамнестических и лабораторных методов был разработан **скринирующий метод определения характера употребления алкоголя женщинами**. Схемы поэтапного обследования женщин, дифференцированного их распределения соответственно результатам сопоставительного анализа данных и образец индивидуальной карты обследуемого представлены на рисунке 8–10.

Сочетание параметров биологического тестирования даже при высокой индивидуальной вариабельности теста толерантности ЛАП/ГГТ и теста индуцибельности ГГТ обеспечивает достоверность дифференциальной диагностики форм употребления алкоголя и групп риска, достигающую 75%.

Таким образом, раннее объективное выявление злоупотребляющих алкоголем женщин и дифференцирование их по группам риска позволяет даже на ранних стадиях развития алкогольной болезни разрабатывать и осуществлять адекватные психическому, соматическому и биохимическому статусу индивидуализированные меры лечебного и профилактического воздействия. Например, для больных алкоголизмом – выбрать правильную тактику как специфического противоалкогольного лечения, так и лечения соматических заболеваний, причинно-следственным образом связанных с алкоголизмом (при этом цеховые врачи будут ориентироваться на основное заболевание – хронический алкоголизм). Решаемая объективными методами задача раннего выявления злоупотребляющих алкоголем женщин может быть включена в программу всех видов профилактических осмотров на промышленных предприятиях.

Недостатком предлагаемого метода является его трудоемкость, необходимость четкой организации скринингового тестирования и отсутствие количественного принципа оценки тестируемых признаков (в баллах, условных единицах). В то же время для профилактических целей и в ситуациях контроля профпригодности такая технология скринирования вполне оправдана и реально осуществима с высокой степенью разрешения. На разных этапах обеспечивается дифференцированный подход к учету в профилактических кабинетах или наркодиспансерах и к лечению в амбулаторных условиях впервые выявленных злоупотребляющих алкоголем женщин по принадлежности их к группе риска развития и прогрессирования алкоголизма с объективной оценкой прогноза (Чернобровкина Т.В., Кулигин О.В., Лиопо А.В., 1990).

Приведенные скрининг-методики являются достаточно эффективными способами выявления групп с повышенным риском развития заболевания, но не способом диа-



Рис. 8. Задачи и методы этапов комплексного наркологического обследования женщин (Чернобровкина Т.В., Кулигин О.В., Лиопо А.В., 1990).

гностики алкоголизма как нозологической единицы. При использовании методик следует помнить о факторах, снижающих их адекватность и действенность. Источником погрешностей может быть сама ситуация тестирования: неверно данная инструкция, неразборчивость текста, отсутствие подходящих условий для того, чтобы испытуемый мог сосредоточиться, не пользовался ничьими подсказками и советами, не чувствовал, что его решения постоянно контролируются. Следует исключить возможность списывания или копирования ответов. Недопустимы групповые обсуждения ответов.

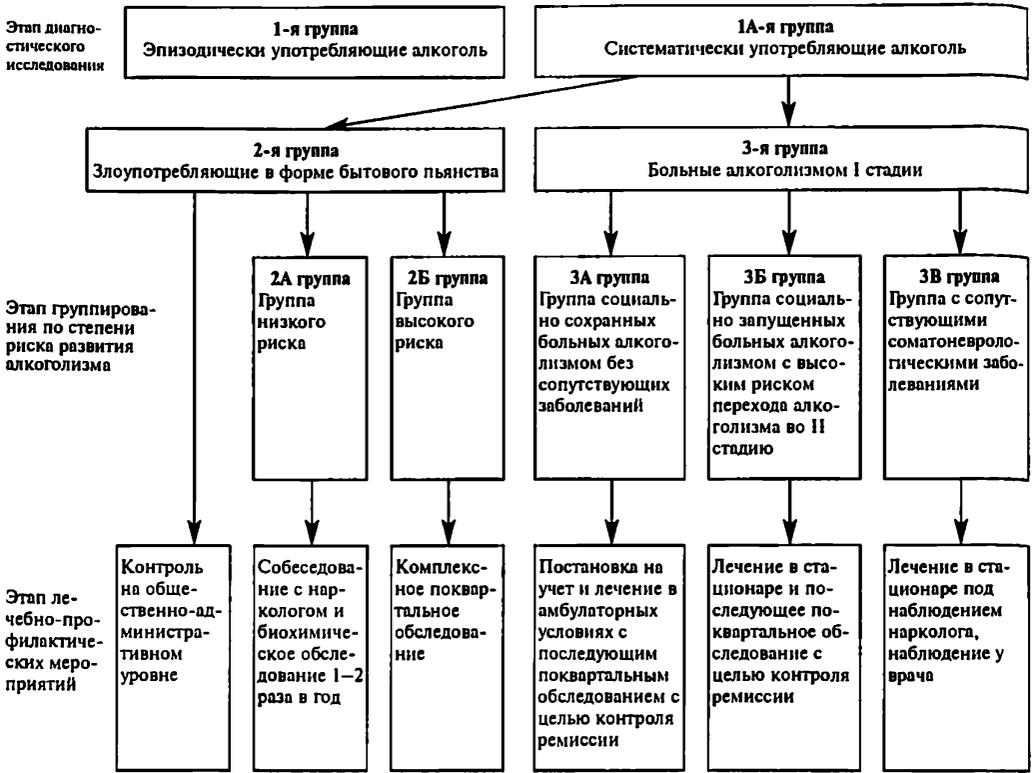


Рис. 9. Структура контингента употребляющих алкоголь женщин (Чернобровкина Т.В., Кулигин О.В., Лиопо А.В., 1990).

Карта № \_\_\_\_\_ Дата заполнения \_\_\_\_\_

ЖНО \_\_\_\_\_

Возраст (дата рождения) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Происхождение (нац) \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Специальность по образованию \_\_\_\_\_

Стаж работы: общий \_\_\_\_\_, непрерывный \_\_\_\_\_, на предприятии \_\_\_\_\_

Общественная работа \_\_\_\_\_

**Нарушения поведения**

Дата	Вид нарушения	Восстановлено

**Личностные заболевания**

Дата	Диагноз	Число эпизодов нетрудоспособности

Хронические заболевания \_\_\_\_\_

Семейное положение \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

**Алкогольный анамнез**

Есть ли злоупотребляющие алкоголем в семье?	Мать			Отец		
	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет
Контроль за количеством выпитого алкоголя	сохранен	потерян	утрачен			
Длительность алкоголизма (в годах)						
Методы употребления алкоголя						
Психическая и физическая активность	отсутствует	сохранена	высокая			
Алкогольный абстинентный синдром	отсутствует	формируется	выражен			

Результаты биохимического анализа крови в динамике

Показатели	Норма	1-я	2-я
ГГТ			
АГТ			
ИГ			
АСТ			
АЛТ			
Отношение АСТ/АЛТ			
ЛДГ сывороточная			
Щелочная фосфатаза			
Толерантность к алкоголю			

Диагностическое заключение: \_\_\_\_\_

Рис. 10. Индивидуальная карта обследования (Чернобровкина Т.В., Кулигин О.В., Лиопо А.В., 1990).

На надежность результатов влияет также состояние испытуемых в данное время: самочувствие, настроение, ощущение опасности или предположение о возможных неблагоприятных последствиях анкетирования. Поэтому во время проведения опроса следует создать спокойную обстановку, исключающую представление об экспертизе. Лучше всего проводить анкетирование вместе с другими медицинскими или психологическими методами исследования. Большое значение имеет поведение экспериментатора. Здесь недопустимы подсказки, ответы или выражение какого-либо особого (позитивного или негативного) или предвзятого отношения к испытуемому.

Использование скрининговых тестов можно проводить по одной из четырех методик:

- 1) интервью «лицом к лицу», проводимое неклиническим интервьюером;
- 2) интервью «лицом к лицу», проводимое врачом;
- 3) опросник, который предлагается заполнить самостоятельно;
- 4) анкетирование, проводимое при помощи компьютера.

Как оказалось, все четыре метода дают примерно похожие результаты со сравнительно одинаковой надежностью и точностью, так что метод самостоятельного заполнения опросника и анкетирование при помощи компьютера обходятся дешевле. Пациенты предпочитают эти методики с точки зрения их современности и возможности сиюминутного получения информации (Sackett D., 1992).

Методики скрининга путем опросов неприменимы в откровенно экспертных ситуациях, например, в медицинских вытрезвителях, при освидетельствовании лиц, задержанных в состоянии алкогольного опьянения, при стационарной экспертизе, так как наличие ярко выраженной отрицательной установки на исследование делает его результаты недостоверными. В этих случаях следует предпочесть клинические и биологические методы диагностики.

Порядок выявления и учета лиц, допускающих немедицинское употребление наркотических и других средств, влекущих одурманивание, изложен в Приказе МЗ СССР и МВД СССР № 402/109 от 20 мая 1988 г. В документе, в частности, указывается:

«Установление диагноза или факта потребления наркотических или других средств, влекущих одурманивание ... определяется совокупностью данных комплексного обследования и имеющихся объективных материалов».

Наиболее эффективно применение предложенных методик для скрининга отдельных групп населения, в которые могут входить лица, госпитализирующиеся в соматические стационары, особенно страдающие такими заболеваниями, как гастриты, язвенная болезнь желудка, панкреатиты, неинфекционные гепатиты, туберкулез, венерические заболевания, гипертоническая болезнь, миокардиодистрофия и др. Диагностика алкоголизма или склонности к злоупотреблению алкоголем будет способствовать в этих случаях более успешному лечению и вторичной профилактике перенесенных заболеваний.

Рекомендуется также проведение скринирующих исследований среди больных, поступающих в психиатрические стационары, так как многие психические расстройства (пограничные состояния, последствия черепно-мозговых травм, начальные стадии шизофрении) сопровождаются различными проблемами, связанными с пьянством.

Особенно желательным является скрининг алкоголизма с помощью предложенных методов в некоторых контингентах населения и профессиональных группах (мигранты, моряки, работники сферы бытового обслуживания, общественного транспорта и др.) либо на предприятиях, где имеются данные о повышенном риске разви-

тия алкоголизма и достаточные организационные и медицинские возможности для проведения мероприятий, связанных с оказанием необходимой помощи лицам, отнесенным к группе риска в результате скрининга. Наконец, методики могут служить полезным инструментом при проведении различного рода медицинских, экологических, связанных с профессиональными вредностями и социальных научных исследований, когда требуется получить предварительные количественные сведения о распространенности состояний, связанных со злоупотреблением алкоголем, либо выделить группы с повышенным риском развития алкогольного (или другого аддиктивного) заболевания.

В работе с группами риска важно обращать внимание на специфический алкогольный сленг обследуемых (по данным М.М.Буркина с соавт., 1999; и др.).

### **Алкогольный сленг**

*Антрацит* — крепленое вино

*Аптека* — аптечные настойки

*«Бабы слезы»* — название винно-водочного магазина

*Банка* — бутылка спиртного емкостью 0,5 л

*Баян* — литр водки

*Бодяга* — политура, шеллак

*Борис Федорович, Боря* — клей БФ

*Бормотуха* — дешевое вино

*Быть в завязи* — прекратить на время употребление спиртного

*Быть на уде, под трахом, под балдой* — находиться в алкогольном опьянении

*Вареха* — брага, чача, домашнее вино

*Василек* — денатурат

*Вооружен и очень опасен* — водка «Стрелецкая»

*Выхаживаться* — заканчивать запой постепенно

*Газ* — водка

*Гаро* — самогон

*Гори-гора* — жидкость для мытья окон

*Гуси* — бутылка емкостью 0,7 л

*Динашка* — денатурат

*Дуст* — самогон

*Завязь* — промежуток между запоями, ремиссия

*Колотун* — тремор, абстиненция

*Коньяк «Три косточки», коньяк с резьбой* — тройной одеколон

*Медведь бурый* — смесь спирта и коньяка

*Медведь белый* — смесь спирта и шампанского

*Моргалики* — флаконы с аптечными настойками

*Муцифаль* — брага

*Непроливашка* — алкоголик с угашенным рвотным рефлексом

*Обрыв* — резкое прекращение запоя

*Огнетушитель* — бутылка емкостью 0,7 л

*Панфуры* — лица, предпочитающие аптечные настойки

*Паровозик* — флакон одеколона

*Пить с тренером* — пить в одиночку

*Полина Ивановна, Поленька* — политура

*Разморозиться* — напиться

*Сапог* — 0,5 стакана водки

*Сдавать пушнину* — сдавать пустые бутылки

*Синеглазка, синявка, синюха* — жидкость для мытья стекол

*Стоять на бомбе* — просить выпивку у магазина

*Сухарики* — сухое вино

*Удар по печени* — попойка

*Фанфурики* — аптечные настойки

*Фуфыр* — флакон одеколona

*Хань* — водка

*Чебурашки* — аптечные настойки

*Человек и закон* — водка «Стрелецкая»

*Чертенок* — бутылка емкостью 0,25 л

*Шатун* — больной, который ищет возможность опохмелиться

Актуальной задачей современной клинической наркологии является поиск эффективных лабораторных методов диагностики и прогнозирования алкоголизма.

Из скрининговых лабораторных методов в настоящее время в мировой практике чаще всего используются три типа исследования на употребляемый алкоголь и его последствия. Первый касается исследования уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе, моче и крови. Второй дает возможность измерить связанные с употреблением алкоголя последствия, например, повреждение клеток ткани мозга, печени, почек и клеток — предшественников эритроцитов. Третий также касается установления последствий алкоголизации, но на молекулярном уровне. Это функциональные и количественные изменения ферментов и биологически активных веществ, а также неспецифические метаболические изменения, связанные скорее с употреблением алкоголя, чем с повреждением органов.

### **I. Методы определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, крови и моче**

Эти методы особенно эффективны для проведения скрининга среди водителей и в отделениях скорой помощи (Gijsberg A., 1991). Переносные анализаторы выдыхаемого воздуха и тесты типа dipstick для исследования уровня алкоголя в моче являются недорогими в использовании, их результаты высоко коррелируют с концентрацией алкоголя в крови (Нужный В.П. и др., 2003). Однако уровень обнаруженного алкоголя говорит только об употреблении алкоголя в данный момент и может быть не связан с существующей алкогольной проблемой.

Определенную диагностическую ценность представляет измерение содержания в крови самого этанола. Так, Национальный совет по алкоголизму США рекомендует диагностировать злоупотребление алкоголем в случаях, если содержание его в крови обследуемого хотя бы раз превышало 0,3 г/л или неоднократно регистрировалось на уровне 0,1 г/л при обычном обследовании для получения, например, страхового полиса.

Учитывая важность для практики судебно-медицинской экспертизы определения алкоголя в крови и выдыхаемом воздухе, остановимся на кратком изложении основных методов его индикации в биологических средах. Наиболее широкое применение в лабораторной практике нашли химические, электрометрические, энзиматические и газохроматографические методы (Веймер С., 1983, Ruz J. et al., 1986; Schneble H., 1986).

1. **Химические методы** основаны на окислении алкоголя перманганатом или бихроматом калия в присутствии концентрированной серной кислоты.

**Микрометод Видмарка.** Принцип его заключается в одновременной дистилляции и окислении алкоголя в герметичной изотермической колбе, в качестве окислителя использован бихромат калия в концентрированной серной кислоте.

Многие выпускаемые промышленностью приборы и приспособления для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе основаны на принципе окисления алкоголя.

**Трубка-детектор.** При ее использовании воздух, выдыхаемый в резиновый баллон, прокачивается посредством металлического насоса. Концентрацию алкоголя определяют визуально, сравнивая степень изменения цвета реагента в трубке-детекторе со стандартом (Jain N.C., Cravey R.H., 1974).

**Алколизер и алкотест.** Эти устройства являются почти идентичными. В них стеклянная трубка, герметично закрытая с обоих концов, наполнена определенным количеством бихромата калия, пропитанного серной кислотой, и градуирована в соответствии с определенным стандартом содержания алкоголя. При использовании оба конца трубки вскрываются. Один конец соединяют с полиэтиленовым мешком, а через другой обследуемый надувает мешок. Время, необходимое для наполнения мешка, составляет примерно 15–20 с. По мере окисления желтый цвет бихромата калия в одном конце трубки меняется на зеленый. Изменение окраски в верхнем слое трубки сравнивают со шкалой стандарта и таким образом определяют содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе (Jain N.C., Cravey R.H., 1974).

Для определения содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе используют также *анализатор Breathalyzer* и *фотозлектрический интоксиметр*.

Надо отметить, что прямой корреляции между концентрацией этанола в выдыхаемом воздухе и в крови нет. Среднее отклонение в показателях этих параметров составляет 15–16%, что, в частности, зависит от колебаний температуры альвеолярно-воздуха, наличия легочной патологии (Ruz J. et al., 1986; Schneble H., 1986).

**2. Электрометрические методы.** Одна из групп таких методов основана на электрохимическом окислении алкоголя, содержащегося в анализируемой пробе выдыхаемого воздуха, до уксусной кислоты через ацетальдегид. Точность 5%, детектор прибора нечувствителен к малым количествам ацетона, но чувствителен к альдегидам и спиртам.

Другая группа методов основана на измерении теплоты в реакции окисления алкоголя, пропорциональной увеличению сопротивления моста Уинстона при прохождении пробы через катализатор-сопротивление. Аппарат для определения содержания этанола в выдыхаемом воздухе этим методом был описан N.C.Jain (1974).

Сравнительный анализ методик экспресс-диагностики потребления алкоголя водителями автотранспорта («Экотестер-ЛВА», «Пэгас», ППС-1) обнаружил существенные преимущества «Экотестера-ЛВА», отличающегося высокой чувствительностью и точностью измерений, быстротой и простотой проведения анализа (Ляшенко В.А., Мудрый С.П., Панченко В.И., 1988). Принцип действия этого газоанализатора основан на измерении проводимости полупроводникового первичного измерительного преобразователя, модулируемого хемосорбируемыми продуктами реакции дегидрирования  $C_2H_5OH$  на поверхности газочувствительного полупроводника.

**3. Энзиматические методы.** Алкоголь окисляется с участием никотинамид-адениндинуклеотида (НАД) в присутствии фермента алкогольдегидрогеназы (АДГ). Одна молекула восстановленного НАД (НАДН<sub>2</sub>) соответствует одной молекуле окисленного алкоголя.

Однако АДГ не является строго специфичным ферментом для окисления этанола, поскольку взаимодействует также и с изопропанолом, нормальным пропанолом и нормальным бутанолом. Поэтому определение содержания этанола в крови с помощью АДГ не дает достоверных результатов (Jain N.C., Cravey R.H., 1974).

P.J. Worsford и соавт. (1981) описывают быстрый автоматизированный метод определения содержания алкоголя в крови и напитках, который основан на каталитическом окислении алкоголя с помощью АДГ. Его преимущество заключается в том, что не требуется предварительной обработки проб крови, кроме разведения их пиррофосфатным буфером.

**4. Газохроматографические методы.** Газовая хроматография обеспечивает быстрое определение содержания этилового алкоголя в выдыхаемом воздухе, а также в других биологических средах. Методы являются простыми, быстрыми и точными. С их помощью удастся также определить в той же пробе другие спирты, альдегиды и кетоны.

Имеется множество специальных газовых хроматографов, предназначенных для определения содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе.

*Алкоанализатор (Alco-analyzer)* используют для определения содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе и в крови. Анализ выдыхаемого воздуха может быть произведен сразу или спустя какое-то время после отбора пробы.

*Алкодиагностик (Alco-scan, Alco-screen, Alco-range)* используют для оценки содержания этанола в слюне или других прозрачных биожидкостях. Эти индикаторы представляют из себя полоску бумаги, на одном конце ее прикрепляются индикаторные элементы, которые при соприкосновении с жидкостью, содержащей этанол, изменяют цвет от желтого до синего или фиолетового. Сравнение цвета индикатора с цветом прилагаемого компаратора позволяет подтвердить примерную концентрацию этанола в слюне. Сравнительная характеристика современных алкоанализаторов для их практического использования в экспертных и клинических целях после экспериментальной проверки подтвердила относительную диагностическую ценность каждого из них (Нужный В.П. и др., 2003).

*Газохроматографический интоксиметр* сконструирован для анализа проб объемом до 0,25 мл газа (индий), которые отбирают в капсулу. Интоксиметр включает мультиинжектор, колонку и пламенно-ионизационный детектор. Анализ содержания алкоголя производится автоматически за 90 с.

Оценивая изложенное, следует сказать, что химические и ферментативные методы, как правило, являются трудоемкими, требуют длительного времени, т.е. подчас не пригодны для экспресс-определения концентрации этанола. Одни из них нуждаются в большом количестве материала (такие, как метод Видмарка), другие не строго специфичны. Электрохимические методы определения содержания этанола также не являются специфичными.

В настоящее время только методы газожидкостной хроматографии отвечают необходимым требованиям для определения содержания этанола в биологических средах, поскольку обеспечивают возможность проведения серийных анализов в короткое время, отличаются относительной простотой выполнения, при этом применяются простые приемы идентификации определяемых веществ и расчетов с использованием микроколичеств материала для анализа. Наиболее эффективен для определения содержания этанола в выдыхаемом воздухе метод газожидкостной хроматографии с использованием отечественного хроматографа АГК7-01 (Веймер С.А., 1983).

Примером расширения выбора для анализа биологических сред являются разработанные в Канаде метод и аппаратура для обнаружения паров этанола в *слезной жидкости*. Точность определения при этом методе составила 95%, а при определении этанола в выдыхаемом воздухе – 85%. Н.Н.Иванец и А.Е.Успенский (1989) в ка-

честве основной анализируемой жидкости рекомендуют использовать *слюну*, содержание алкоголя в которой прямо коррелирует с его содержанием в крови. Экспертная ценность анализов слюны существенно повышается за счет простоты получения материала по сравнению с другими биологическими жидкостями. Поскольку алкоголь относится к биогенным продуктам и в норме образуется в организме в ходе процессов жизнедеятельности (с концентрацией эндогенного этанола в крови от 0,001 до 0,01 г/л), необходимо обосновать его пороговую концентрацию, превышение которой может квалифицироваться как сознательное нарушение имеющихся ограничений на употребление алкоголя. Для объективизации экспертиз авторы считают целесообразным установить в качестве критической пороговой концентрации этанола в биологических жидкостях величину 0,3 г/л.

Таким образом, из лабораторных методов определения алкоголя в биологических средах серьезное экспертное значение имеют только количественные методы при условии нормированных концентраций этанола в биологических жидкостях, превышение которых считается недопустимым независимо от психофизического состояния обследуемого лица.

Оригинальным методом экспертизы алкогольного опьянения у рабочих с экспедиционно-вахтовым режимом труда, при котором затруднено применение лабораторного оборудования, является метод «**Вокалайзер**», основанный на анализе *нарушений речи*. Этот метод позволяет выявить интоксикацию в 91–98% случаев (Nayge H.S., Fann W.E., 1986). Возможность распознавания алкогольной интоксикации по степени нарушений речи подтвердили F.Klingholz и соавт. (1988). Записывая фонограммы и проводя комплексный статистический анализ, они идентифицировали легкую степень опьянения с частотой ошибки 5%. В качестве основного механизма влияния алкогольной интоксикации на речь рассматривается нарушение контроля движений в гортани.

Иногда значительную диагностическую ценность имеет определение в крови ацетальдегида, содержание которого после приема этанола ненормально повышено. Но это замечено не только у лиц, длительно употреблявших алкоголь. У близких родственников больных алкоголизмом наблюдается аналогичная реакция на прием алкоголя, что может указывать на генетически обусловленный феномен сниженной активности АльДГ (Schuckit M.A. et al., 1981). А.Е.Коваленко с соавт. (1985) разработан **нагрузочный способ диагностики алкоголизма**, основанный на том, что больному дают этанол в дозе  $i$  0,4 г/кг и через 2–8 ч определяют содержание метилового спирта в крови, при концентрации которого более 0,01% диагностируют алкоголизм.

## **II. Инструментальные и лабораторные методы оценки последствий употребления алкоголя на органном уровне**

Основными индикаторами при этих методиках являются *уровень активности фермента ГГТ* в сыворотке или плазме крови и *величина СКОЭ* – среднего корпускулярного объема эритроцита. Чувствительность методик колеблется от 20 до 90% в зависимости от длительности и интенсивности злоупотребления алкоголем.

Не снижается интерес исследователей к возможности выделения *электроэнцефалографических признаков* хронической алкогольной интоксикации. Изучение ЭЭГ больных алкоголизмом обнаружило диффузную Q-активность преимущественно в темпоральной области полушарий (Arentsen K., Sindrup E., 1936), существенное снижение  $\alpha$ -индекса (Little S., McAvoy M., 1970), редукцию количества, амплитуды и ритмично-

сти  $\alpha$ -ритма (Анохина И.П., Коган Б.М., 1975; Serafetinides E.A., 1972). В.L.Vallee (1966) установил, что в группе больных до 25 лет ЭЭГ не имеет характерных патологических особенностей; в средней (25–44 года) группе обнаружено парадоксальное разнообразие непатологической электроэнцефалографической активности; старшая (более 45 лет) группа больных имела значительные изменения ЭЭГ: выраженное замедление фоновой частоты, редукция следования частоты мельканий. Автор считает наблюдаемые изменения показателем снижения корковой активности.

P.Popping (1977) выделил три типа индивидуальных электроэнцефалографических реакций на алкоголь. При первом выраженные изменения на ЭЭГ отсутствуют даже при довольно высоких концентрациях этанола в крови. Второй характеризуется нарушением активности мозга при высоких концентрациях этанола в крови. Для третьего характерны изменения ЭЭГ при низких концентрациях алкоголя. Исследования близнецовых пар показали, что типы реакции, как и сами характеристики ЭЭГ, находятся под контролем генотипа, что позволило автору предположить существование наследуемой предрасположенности к алкоголизму, которая проявляется на ЭЭГ низкосинхронизированным типом биоэлектрической активности мозга.

И.Р.Хасановым (1979) показано, что в I стадии алкоголизма в основном нарушается ЭЭГ коры головного мозга, во II – ретикулярной формации ствола мозга и «неспецифических» ядер зрительного бугра с последующим (в III стадии) извращением ретикулоталамических влияний на кору и нарушением корково-фугальных взаимодействий.

У.Е.Pollock и соавт. (1983) изучали влияние нагрузки алкоголем в дозе 0,5 г на кг массы тела у лиц из группы высокого риска (сыновья больных алкоголизмом) и контрольной (возраст испытуемых в обеих группах составлял 19–21 год). Были обнаружены достоверные количественные изменения  $\alpha$ -активности на ЭЭГ: лица высокого риска давали увеличение  $\alpha$ -активности, большее снижение быстрой  $\alpha$ -активности и выраженное снижение средней  $\alpha$ -активности после приема алкоголя по сравнению с испытуемыми контрольной группы. Авторы делают вывод о том, что изменения на ЭЭГ при алкогольной нагрузке могут быть использованы в качестве маркера чувствительности центральной нервной системы к алкоголю, которая детерминируется генетически. Лица высокого риска по отношению к алкоголизму физиологически более чувствительны к этанолу. Сказанное подтверждают результаты исследования P.Popping (1983), применившего для изучения фармакогенетики алкоголя близнецовый метод в комбинации с регистрацией ЭЭГ: 52 пары взрослых близнецов получали стандартную тест-дозу этанола; монозиготные близнецы совершенно одинаково реагировали на алкоголь, на ЭЭГ дизиготных близнецов наблюдали некоторые различия, которые позволяли заключить, что реакция на алкоголь находится под генетическим контролем.

Изучался также эффект алкоголя у лиц с разными вариантами ЭЭГ в состоянии покоя. В том случае, когда генетически детерминированная картина ЭЭГ характеризовалась низкоамплитудной, высокочастотной активностью, алкоголь сдвигал плотность распределения волн ЭЭГ в сторону более низких частот. По мнению автора, это является еще одним доказательством генетической обусловленности эффектов алкоголя. При исследовании особенностей ЭЭГ у больных алкоголизмом и их родственников установили, что мужчины, больные алкоголизмом, не отличались существенно от лиц контрольной группы, как и их родственники. У женщин обнаружены в среднем менее синхронизированные ЭЭГ. Это объяснялось тем, что в развитии

алкоголизма у женщин психопатологические расстройства, которые, видимо, и отразились на ЭЭГ, играли более важную роль, чем при развитии алкоголизма у мужчин. Недостаточная синхронизация ЭЭГ неспецифична для алкоголизма.

Изучение нарушений электрической активности коры у больных алкоголизмом и у детей от родителей-алкоголиков путем регистрации вызванных корковых потенциалов на периферические стимулы проводилось Ю.Л.Арзумановым (2001, 2003). Результаты показали, что хроническая алкогольная интоксикация сопровождается торможением корковой активности в виде увеличения скрытого периода (lag-period) и уменьшения амплитуды позднего компонента  $P_{300}$  в ассоциативной области правого полушария и в центральной области левого полушария. Дисперсионный анализ показал достоверные различия продолжительности скрытого периода поздней волны  $P_{300}$  у больных алкоголизмом и у здоровых испытуемых во всех регистрируемых зонах, но в области правого полушария нарушения электропроводимости были значительно более выражены, чем в левом, вплоть до инверсии скрытых периодов волны  $P_{300}$  в ответ на предъявленный периферический раздражитель. Это связывают с нарушениями функционирования зрительно-пространственного анализатора и в целом функции правого полушария, что находит отражение в клинических признаках снижения способности к концентрации и устойчивости внимания (Tarter R., 1985), а также с угнетением под действием алкоголя неспецифических активирующих влияний на ретикулярную формацию ствола мозга (Begleiter H., Porjesz B., 1995). Примечательно, что тем же методом и у детей из группы высокого риска заболевания алкоголизмом найдены изменения функционального состояния коры головного мозга и межполушарных взаимодействий, подобные изменениям у больных алкоголизмом. Выявленные диссоциации по величине скрытого периода волны  $P_{300}$  в центральных областях левого и правого полушарий объясняют нарушения когнитивных функций у детей больных алкоголизмом и могут рассматриваться как диагностический маркер, прогностический признак развития тяжелых корковых нарушений при алкоголизации (Арзуманов Ю. Л., 2001, 2003). Поскольку нарушения были более выражены в правом полушарии мозга, это позволяет полагать, по мнению авторов, что снижение активности коры головного мозга, смещение межполушарной асимметрии и ослабление когнитивных функций (проявляющиеся в вышеуказанных изменениях волны  $P_{300}$ ) имеют наследственный характер и могут рассматриваться как нейрофизиологические маркеры врожденной индивидуальной предрасположенности к зависимости от ПАВ.

Используя метод спектрального анализа ЭЭГ, J.Volavka и V.Pollock (1985) сравнили динамику мощности в диапазонах быстрых (МБАВ) и медленных  $\alpha$ -волн (ММАВ) как у здоровых лиц с риском возникновения алкоголизма (дети больных алкоголизмом), так и у испытуемых контрольной группы после употребления ими этанола в дозе 0,5 г/кг. В группе риска ММАВ оказалась изначально ниже, чем в контрольной. После нагрузки алкоголем увеличение ММАВ выражено значительно больше в группе риска. МБАВ до приема этанола в обеих группах была равной. После нагрузки отмечалось снижение абсолютной ММАВ, но в группе риска оно было более значительным и продолжалось дольше, чем в контрольной. В группе риска изменения МБАВ в правом полушарии были более выражены по сравнению с изменениями в левом.

Нарушение принципа доминантности левого полушария при алкоголизме было показано также В.Н.Клейном (1984), Н.А.Nasrallah и соавт. (1983). Эти отклонения

можно рассматривать как результат влияния алкоголя на мозг либо как конституциональную особенность, возможно, предрасполагающую к развитию заболевания. Таким образом, изменения МБАВ и ММАВ, вызванные приемом этанола, также можно использовать как биологические маркеры чувствительности ЦНС к алкоголю, выявляя таким образом лиц с высокой степенью риска. В этом же плане М.А.Schuckit (1985) и D.W.Goodwin (1985) показали, что лица, имеющие родителей-алкоголиков, проявляют уже в школьном возрасте более высокую толерантность и большую субъективную чувствительность к алкоголю, у них обнаруживаются более высокие концентрации ацетальдегида в крови и более выраженный  $\alpha$ -ритм на ЭЭГ после приема алкоголя. В 20–25% случаев они сами заболевают алкоголизмом. Прогнозирование «семейного алкоголизма» особенно актуально, так как заболевание в этих случаях протекает исключительно злокачественно, имеет более серьезные осложнения и худший прогноз после лечения.

А.Е.Бобровым (1986) предложен способ диагностики алкоголизма путем исследования ЭЭГ, записанной в момент предъявления испытуемому зрительных раздражителей, один из которых имеет алкогольную тематику. Если после сопоставления ответных реакций на раздражители выявлено превышение спектральной мощности ЭЭГ на зрительные раздражители с алкогольной тематикой, диагностируют алкоголизм. С целью повышения точности диагностики А.Е.Бобровым и А.И.Бобровым (1987) был предложен способ регистрации и анализа ЭЭГ до и после нагрузки этанолом в дозе  $(0,5 \pm 0,05)$  г/кг. Через 40–50 мин после внутривенного введения алкоголя экспертируемым определяют показатели межполушарной асимметрии суммарной мощности ЭЭГ в интервале 0,5–32 Гц по каждому отведению и мощности в диапазоне  $\alpha$ -ритма 7–13 Гц по каждому отведению. При увеличении межполушарной асимметрии более чем на 20% по сравнению с показателями до введения этанола диагностируют алкоголизм. Однако необходимо отметить, что все тесты на чувствительность к алкоголю, связанные с введением вещества в организм, являются нефизиологичными и, кроме того, интерпретация результатов часто неоднозначна из-за сопутствующих соматических патологий больных алкоголизмом.

Аналогичное исследование, но с предъявлением нетоксичных раздражителей и с изучением большего комплекса психофизиологических методик (ЭЭГ, ЭКГ, частота сердечных сокращений, сопротивление кожи, частота дыхания, глазных движений) и использованием вербальных раздражителей было проведено А.В.Немцовым (1985). Результаты исследования показали, что у злоупотребляющих алкоголем подростков и взрослых слоговые раздражители слабо дифференцируют отношение субъекта к алкоголю. Значительно лучших результатов можно добиться с помощью предъявления законченных слов: у всех больных, у которых клинически удалось выявить влечение к алкоголю, наблюдались отчетливые реакции на слова, обозначающие алкогольные напитки, в виде изменения электрического сопротивления кожи, и (или) частоты сердечных сокращений, и (или) ритма дыхания. Особенно важно, что в условиях комплексного психофизиологического исследования влечение к алкоголю выявлялось и тогда, когда скрывалось больными по тем или другим причинам (но выявлялось позже в связи с нарушением алкогольного режима в стационаре). Психофизиологическое исследование позволяло также распознать актуальную для подростков неалкогольную тематику.

Автор отмечает сложность количественной психофизиологической оценки влечения к алкоголю из-за того, что при сильно выраженном влечении после алкогольно-

значимого слова, вызывающего большую реакцию, последующие несколько индифферентных слов также могли вызвать реакцию. Другая сложность возникала при обследовании больных с невротической симптоматикой, у которых не наступало привыкания к индифферентным раздражителям, и словам в частности. Это требовало измерения множества всяких реакций и проведения соответствующих вычислений для оценки влечения к алкоголю. Оказалось, что только комплекс методик обеспечивает надежные результаты, так как для разных больных диагностически информативными могут быть иногда разные методики и показатели.

В литературе имеются указания на более частое поражение левого полушария мозга при хроническом злоупотреблении алкоголем. Так, D. McShane, M.L. Willenbring (1984) изучали асимметрию мозга у лиц с различной интенсивностью алкоголизации. За отклонение от нормы в морфологии мозга при компьютерной томографии принимали показатели различий, превышавшие 2 мм. У всех злоупотребляющих алкоголем отмечено правостороннее увеличение ширины затылочных долей мозга. Однако пока остается неясным, являются ли найденные изменения выражением предрасположенности к алкоголизму, следствием его или и тем и другим вместе; а также почему этанол поражает преимущественно одни области головного мозга, а не другие.

Благодаря использованию компьютерной томографии удалось увидеть уменьшение объема мозговой ткани и более точно определить анатомическую область и морфологический субстрат поражения у лиц, постоянно злоупотребляющих алкоголем (Wilkinson D., 1987; Lishman W.A., 1990). Определенные факты свидетельствуют о том, что величина дефицита мозговой ткани пропорциональна количеству употребляемого алкоголя (Pfefferbaum A. et al., 1988). Уменьшение мозговой ткани, сопровождающее злоупотребление алкоголем, может регрессировать во время длительной абстиненции (Muuronen A. et al., 1989). Однако этот процесс связан не с появлением новых нейронов, а, скорее всего, с размножением клеток основы или ростом аксонов или дендритов оставшихся клеток. Доказано, что наблюдаемый прирост мозговой ткани не приводит к восстановлению неврологических функций у сохраняющих трезвость алкогользависимых пациентов.

Использование метода магнитного резонанса (MP, magnetic resonance imaging) дает возможность рассмотреть мозговую ткань в нескольких проекциях при минимальных артефактах. Техника MP подтвердила, что у алкогользависимых пациентов мозговая ткань уменьшается в размере за счет потери нейронов (Pfefferbaum A., 1990; Jernigan T. et al., 1991). Особенно заметно уменьшение сосочковых тел (Charney M.E., DeLaPaz R.L., 1987).

Представленные результаты МРТ- и КТ-исследования головного мозга больных алкоголизмом отражают разнообразные морфологические изменения, которые, при всей их пестроте, можно распределить по группам тяжести на основе соотношения нарушений в коре головного мозга и остальных мозговых образованиях.

Первая группа характеризуется небольшими атрофическими изменениями коры головного мозга и отсутствием изменений в остальных структурах. Во второй отмечаются более существенные признаки атрофии мозговой коры, которым сопутствуют атрофические изменения паравентрикулярных подкорковых структур. В третьей — еще более тяжелые атрофические изменения коры мозга и подкорковых структур, к которым добавляются признаки атрофии мозжечка. Четвертая группа характеризуется обратными соотношениями: незначительные изменения мозговой коры, близкие к тем, которые наблюдались в первой группе, сопровождаются выра-

женной патологией мозжечка, заметными атрофическими изменениями в околожелудочковых структурах и, кроме того, мелкоочаговыми изменениями в области базальных и красных ядер (Альтшулер В.Б., Тучкова М.Е., 2002).

Техникой, используемой для наблюдения за функциональной активностью мозга, является компьютерная томография единичного фотона (SPECT — single photon emission computed tomography) и позитронно-эмиссионная томография (PET — positron emission tomography). При обследовании непьющих лиц было обнаружено, что употребление алкоголя ведет к общему угнетению активности мозговой ткани (Wit H., 1990). Подобные результаты обнаружены при обследовании абстинентов (Eckardt M., 1990). Полностью не выяснено, являются ли данные различия следствием проявления познавательных процессов. При помощи PET можно исследовать процессы захвата нейромедиаторов в синапсах мозговой ткани.

Перечисленные технологии начинают широко применяться в наркологической практике для исследования индивидуальной чувствительности к алкоголю. Помимо этого их можно использовать для описания степени толерантности к алкоголю у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Скорее, изменение активности избранных областей мозга может быть полезным для установления алкогольной зависимости и предрасположенности к ней (Арзуманов Ю.Л., 2001).

Одним из перспективных направлений в диагностике органопатологии при алкоголизме является использование радионуклидных методов. Г.П.Колупаевым и соавт. (1980) была предложена для этих целей радиоизотопная гепатография. Исходя из того, что печень является центральным звеном в метаболизме алкоголя и основным барьером на пути проникновения в организм продуктов его окисления, особое внимание обращалось на функциональное состояние печени, играющей исключительно важную роль в патогенезе алкогольной болезни. Для определения уровня накопления азота в печени была использована трехканальная радиометрическая установка «Гамма» (Венгерская Республика) с самопишущим гальванометром типа Н-320/3. Характер кривой поглощения изотопа печенью, клиренс крови и поступление индикатора в кишечник регистрировались датчиками с коллиматорами, установленными над печенью. Результаты радиогепатографических исследований у больных алкоголизмом I—II стадии обнаружили ускорение поглотительно-выделительной функции печени в 96,3% случаев. Это явление было обозначено авторами как «раздраженная печень». Описаны два типа гепатограмм, характерных только для хронической интоксикации алкоголем: типичная (тип А) и типично-осложненная (тип Б).

Показательно, что даже во время и после 2—4 лет стойкой ремиссии сохраняется ускорение поглотительно-выделительной функции печени, изменяется лишь соотношение гепатограмм типа А и Б. В ходе динамических исследований у одних и тех же больных была выявлена положительная динамика функционального состояния печени. Удельный вес гепатограмм типа А возрастал с 28,6 до 51% в период лечения и до 81,7% после длительной ремиссии. В то же время число больных с типично-осложненной гепатограммой (тип Б) резко снижалось в период лечения и становления ремиссии (71 и 12,2% соответственно). Анализ результатов свидетельствует о том, что, несмотря на положительную динамику функционального состояния печени, у больных алкоголизмом длительное время остается индуцированная поглотительно-выделительная функция, находящаяся в одной патогенетической цепи с ранее сформировавшейся зависимостью от алкоголя. Эти данные подтверждаются при изучении экскреторной функции печени больных алкоголизмом с применением внут-

ривенно вводимого бромсульфалеинового красителя (Чернобровкина Т.В., Лозева Н.И., 1983) и соответствует гиперметаболическому синдрому, описанному другими авторами, изучавшими особенности морфофункционального состояния печени при злоупотреблении алкоголем. Более того, как считает Г.П.Колупаев (1981), приобретенное свойство печени к ускоренному метаболизму создает постоянную готовность к рецидивам алкоголизма. Ограничениями для широкого использования в практике вышеописанного метода диагностики алкогольного поражения печени являются его трудоемкость и недостаточная специфичность. Для того чтобы сделать заключение о функциональном состоянии паренхимы печени, при гепатографии в течение 1 часа производят анализ гепатограмм по восьми параметрам с использованием трех формул. Кроме того, показатели гепатограмм могут существенным образом искажаться при многих острых и хронических заболеваниях неалкогольной этиологии (например, при острых и хронических гепатохолециститах, желчно-каменной болезни, тиреотоксикозе, лимфогранулематозе и др.).

Для упрощения способа и сокращения времени проведения анализа, уменьшения радиационной нагрузки, а также для расширения возможностей ранней диагностики алкоголизма предложено радионуклидное исследование экскреторной функции почек (Сидоров П.И. и др., 1982, 1984). С помощью изотопной ренографии в условиях наркологического стационара на протяжении 1–2 месяцев была обследована группа из 152 больных алкоголизмом I, II и III стадий в возрасте 16–60 лет. Радиоизотопные исследования выполнены на базе лаборатории радиоизотопной диагностики Архангельского областного клинического онкологического диспансера. При отборе больных исключались лица с заболеваниями почек в анамнезе, в состоянии алкогольного опьянения, беременные, люди пожилого возраста с тяжелыми соматическими заболеваниями. Исследование проводилось в покое, натощак, при комфортной температуре. При исследовании больному в положении сидя внутривенно вводят гиппуран, меченный  $^{131}\text{I}$ , из расчета 0,1–0,15 мКи на 1 кг массы тела, и в течение 7–11 мин производится запись ренограмм. Результаты оцениваются по следующим параметрам: 1)  $T_{\max}$  – время максимального подъема почечной кривой (в норме 3–4 мин); 2) TS почки – время снижения амплитуды кривой на 50% от максимального подъема (в норме 10–12 мин).

Обнаружено достоверное ускорение секреторно-экскреторной функции почек у больных хроническим алкоголизмом по сравнению со здоровыми. Ренографическая кривая при хроническом алкоголизме значительно укорачивается за счет ускорения  $T_{\max}$  и TS почки, что наиболее выражено во II стадии заболевания. Наиболее информативным показателем ренографии оказалось TS.

Примечательно, что возраст больных алкоголизмом существенно не влияет на показатели изотопной ренографии: во всех возрастных группах отмечалось достоверное ускорение секреторно-экскреторной функции почек по сравнению с нормой, а между отдельными возрастными группами различия не выявлены. Этот инструментально регистрируемый феномен особенно значим для диагностики ранних форм алкоголизма, при которых возрастные особенности подростково-юношеского контингента существенно сказываются на клинической картине заболевания.

Другими преимуществами ренографии являются: 1) высокая скорость исследования (на одного больного требуется 7–11 мин); 2) простота обработки данных, так как используется только один параметр (TS) левой и правой почки (для сравнения: при гепатографии – восемь параметров с использованием специальных формул расчета), полученный с двух каналов (при гепатографии – с трех); 3) минимальная доза облу-

чения (в 10 раз ниже, чем при гепатографии, и практически не отличается от фоновой). Это позволило рекомендовать метод для ранней диагностики алкоголизма при массовых обследованиях в качестве теста на скрытый алкоголизм.

Полученные нами данные по ускорению секреторно-эксcretорной функции почек при хронической интоксикации алкоголем согласуются с данными, показывающими существенную компенсаторную гиперфункцию (в понимании П.К.Анохина) гепатолиенальной и гепаторенальной систем у больных в развернутой стадии алкоголизма. В частности, была проиллюстрирована связь ускоренной поглотительно-выделительной функции печени с морфологическими перестройками в микросомах из гепатоцитов (Колупаев Г., 1981), с индукцией микросомальных окислительных реакций (Чистяков В.В. и др., 1974, 1975), а также связь повышения толерантности к этанолу с алкогольной гепатомегалией (Мухин А.С., 1980). Обнаруженное нами ускорение секреторно-эксcretорной функции почек, по-видимому, также является одним из проявлений многопланового защитно-компенсаторного синдрома при алкоголизме.

Известно, что 80% употребляемого алкоголя перерабатывается в печени и около 20% – в почках: сначала с помощью АДГ оц окисляется до ацетальдегида (АЦА) (I фаза), который, в свою очередь, с помощью АльДГ превращается в уксусную кислоту (II фаза) (Езрилев Г., 1975). Этанол может также метаболизироваться в мембранах гладкого эндоплазматического ретикулаума, с помощью МЭОС. Установлено, что АДГ – АльДГ метаболизирует 3/4 этанола в организме. При алкоголизме происходит индукция активности МЭОС в связи с усилением пролиферации эндоплазматического ретикулаума печени и почек (Rubin E., Lieber C.S., 1971; Lieber C.S., 1973; Fieden A., 1974; Hawkins, Kalaut, 1975).

Данные литературы (Блюгер А.Ф., 1980) и материалы собственных исследований заставляют нас пересмотреть тактику медикаментозного лечения больных алкоголизмом, ибо не вызывает сомнения, что изменение темпа метаболических процессов в ткани печени и почек распространяется и на экзогенно вводимые фармакологические препараты. Последние, в зависимости от особенностей превращения в печени и экскреции почками, могут либо избыточно накапливаться, либо нежелательно быстро инактивироваться у больных алкоголизмом разных стадий. Изменение фармакокинетики лекарственных веществ у больных алкоголизмом в аспекте медикаментозной терапии заслуживают отдельного рассмотрения.

Радиоизотопные методы диагностики хронической алкогольной интоксикации особенно перспективны для выявления сознательно скрываемого алкоголизма и его латентных форм, когда нет достоверного объективного анамнеза и четких признаков абстинентного синдрома, а также при судебно-медицинской экспертизе исследуемых на разных этапах заболевания.

### **III. Лабораторные методы оценки молекулярных эффектов алкоголя**

Начиная с 1980-х гг. в мире развивается новое и перспективное направление лабораторной диагностики алкоголизма – *энзимодиагностика*.

Наиболее популярным и достоверным показателем считается **повышенная активность в крови ГГТ** (Чернобровкина Т.В. и др., 1980; Панченко Л.Ф. и др., 1982; Cristau P., 1981; Shaw L., 1982). Было замечено, что активность выше 40 ед./л выявляется у 80% лиц, употребляющих более 60 г этанола в сутки, причем отмечается прямая корреляция между уровнем активности и количеством принимаемого этанола (Holt S., Skinner H.A., Israel Y., 1981). Проплиферация эндоплазматического ретикулаума клеток

печени и индукция микросомальных ферментов – феномен, типичный для действия этанола (Teschke R. et al., 1977). Однако активность указанного фермента заметно снижается уже через неделю воздержания от спиртного (Reding P. et al., 1980), что ограничивало его диагностическое применение определенными временными рамками и предопределило ряд усовершенствований этого теста как при использовании в изолированном виде (в виде монотеста), так и в комбинации с другими лабораторными тестами. Наиболее подробно механизмы гиперферментемии ГГТ и ее диагностическое значение освещены в работах Т.В.Чернобровкиной (1989, 1992).

Специфичность тестов достаточно высока, однако ложноположительные результаты проявляются у 20–30% лиц, подвергнутых скринингу (Beresford T. et al., 1982, 1990; Bernadt M. et al., 1982, 1984; Persson J. et al., 1990). Несмотря на то, что тесты ГГТ и СКОЭ могут быть широко использованы, их реальная и точная прогностическая ценность не установлена.

К характерным, но не специфическим признакам систематического употребления этанола относятся повышение активности в крови АСТ (более 25 ед./л), отношения  $\alpha$ -амино-N-масляной кислоты к лейцину и IgA к трансферрину (Панченко Л.Ф., Яковченко В.Ф., 1983), а также изменение липидного профиля крови: повышение содержания в крови фракции холестерина ЛПВП (липопротеидов высокой плотности), общих триглицеридов (более 2 ммоль/л), уровня мочевой кислоты (более 300 ммоль/л) (Lewis K.O., Paton A., 1981). Описан метод диагностики злоупотребления алкоголем путем определения в сыворотке крови митохондриального изоэнзима АСТ, активность которого у больных алкоголизмом избирательно и заметно возрастает. Предложен тест, по которому увеличение отношения активности митохондриальной АСТ к общей АСТ в 4 раза с вероятностью в 93–100% свидетельствует о злоупотреблении алкоголем (Lumeng L., 1986).

С целью унификации и повышения точности энзимодиагностики алкоголизма И.Н.Пятницкой и соавт. (1984) предложено дополнительно к активности ГГТ и АСТ определять активность АЛТ (аланинаминотрансферазы) и при определенных градациях повышения активности триады названных ферментов диагностировать стадии алкогольного заболевания. Так, диагноз «алкоголизм I стадии» устанавливается при увеличении активности ГГТ выше 1,7 М (где М – средняя арифметическая величина активности соответствующих ферментов, рассчитанная в любой лаборатории по показателям контрольной группы здоровых лиц, выраженная в международных единицах активности на 1 л сыворотки или плазмы крови) и при активности АСТ в пределах 0,6–1,8 М, а АЛТ – 0,7–1,9 М. «Алкоголизм II стадии» диагностируется при увеличении активности ГГТ более 2,1 М и АСТ – более 1,6 М на фоне активности АЛТ в пределах 0,9–2,2 М.

Приведенный ферментативный способ обеспечивает высокую (до 96%) точность диагностирования, он не требует госпитализации больного, отрыва его от работы, позволяет распознавать болезнь в самом начале ее развития, что, несомненно, способствует повышению эффективности противоалкогольной терапии и профилактики тяжелых медико-социальных последствий алкоголизма.

Вспомогательное диагностическое значение при алкогольной и наркотической зависимости имеет и гематологический тест – определение состава лейкоцитарной формулы крови с интерпретацией фазы неспецифической адаптивной реактивности организма (НАР) по классификации Л.Х.Гаркави с соавт. (1979, 1994). Это НАР «активация», «переактивация», «стресс» и «тренировка».

Было также обнаружено (Пятницкая И.Н. и др., 1985), что увеличение активности ГГТ и АСТ при алкоголизме и фаза НАР организма (Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. и др., 1986; Кершенгольц Б.М. и др., 1988) зависят не только от стадии заболевания, но и от состояния больного в период взятия крови для анализа (интоксикация, этапы абстиненции, состояние ремиссии). Наибольшие отклонения от нормы активности ферментов и НАР – стресс и переактивация – отмечались в состоянии абстиненции; сглаженные изменения активности ферментов и НАР – тренировка, активация – в состоянии интоксикации; еще менее выраженные биохимические сдвиги – в периоды непродолжительной ремиссии.

Формирование клинических проявлений абстиненции к началу II стадии алкоголизма, казалось бы, делает менее важным использование относительно специфических энзимологических критериев для диагноза II стадии. Однако за этим скрывается неточное представление о существовании энзимологических подходов в диагностике алкоголизма. Энзимологические критерии не просто служат цели диагноза и не столько отражают степень морфофункциональной пораженности печени алкоголем, сколько являются показателями адаптационных, общеметаболических изменений в организме в целом и даже ранним показателем соматогенных форм алкоголизма на основании выявленных закономерностей энзимопатий у лиц с преимущественными органотропными эффектами алкоголя (Чернобровкина Т.В., 1992, 1999).

Более глубокие исследования качественного характера ферментопатий, их связи с хронобиологией алкоголизма, избирательной индивидуальной органотропностью алкоголя и в целом – со степенью злокачественности алкоголизма позволяют трактовать этиологию энзимопатий в соответствии со стадиями адаптационно-компенсаторных изменений, с конституциональной толерантностью к алкоголю и общей резистентностью организма. Новые сведения об энзимных и метаболических сдвигах при алкогольной интоксикации (см. табл. 6), феноменология наркоманического гомеостаза составляют целый пласт перспектив энзимодиагностики и энзимотерапии (Чернобровкина Т.В., 2002, 2003).

Важно еще отметить, что специфичность изменений уровня активности ГГТ и АСТ при хронической алкогольной интоксикации проявляется именно в динамике, в неустойчивости нарушений, а для ГГТ – в инвертировании циркадного ритма активности и колебаниях суточной активности фермента (Латенков В.П., Губин Г.Д., 1984). В клинико-лабораторных исследованиях было показано, что активность ферментов стабилизируется уже только при воздержании от употребления алкоголя. Очень важно отметить, что подобного колебания активности этих ферментов при соматических заболеваниях не наблюдается. Колебания ферментемий указывают на их интоксикационное происхождение. Сам факт колебания ферментных показателей может служить диагностическим признаком (например, тайного употребления) в условиях стационара или при амбулаторных контрольных обследованиях больных в ремиссии и может оказаться ценным при диспансеризации отдельных групп населения. Подчеркивается, что алкоголизм как болезнь в рассматриваемых энзимологических проявлениях характеризуется как патогенетически неустойчивое состояние, особенно – в начале своего формирования. И именно поэтому критерию количественной и биоритмологической неустойчивости ферментных показателей необходимо придавать наибольшее диагностическое значение (Пятницкая И.Н. и др., 1984, 1985; Чернобровкина Т.В., 1992, 1996, 2001, 2002).

Таблица 6

**Соматогенные формы и стадии алкоголизма в представительстве энзимограмм  
(по Т.В.Чернобровкиной)**

Форма	Начальная стадия	Развернутая компенсаторная стадия	Терминальная декомпенсированная стадия
Кардиальная	Преходящие колебания активности КФК	Стойкие изменения активности КФК, АСТ, ЛДГ, уровня К <sup>+</sup> , липидов	Стойкие изменения активности КФК, ЛДГ, уровня К <sup>+</sup> , липидов
Гепатическая	Преходящая гиперферментемия ГГТ, АСТ, АЛТ и уровня мочевой кислоты	Более устойчивые в динамике гиперактивность ферментов печеночного спектра и нарушения соотношения липидов со снижением индекса атерогенности (ИА)	Ферментопатии, характерные для синдрома цитолиза и гипофункции печени. Изменение показателей липидного, пигментного, азотистого, пуринового обмена
Гепатокардиальная	Преходящая гиперферментемия ГГТ, АСТ, АЛТ и изменение уровня мочевой кислоты	Стойкая гиперферментемия КФК, печеночных ферментов, дислипидемия с повышением ИА	Разнонаправленные изменения активности КФК, АСТ, АЛТ, повышение активности ГДГ. Дислипидемии, характерные для склеротической формы ИБС
Энцефалопатическая	Относительная гипоферментемия ГГТ, появление в крови изофермента КФК-ВВ	Стойкая и значительная гиперферментемия КФК-ВВ, изменение уровня фосфолипидов печени	Снижение активности ГГТ, липидемия и «утечка» мозговой фракции КФК

Появление ряда работ, ставящих под сомнение ценность теста гиперферментемии ГГТ как биологического маркера хронической алкогольной интоксикации, может быть связано с несколькими причинами. Главными из них являются отсутствие единой и универсальной классификации стадий алкоголизма (их существует несколько на клинико-синдромальном уровне) и использование разными авторами разных принципов отбора и группирования больных (например, по продолжительности запоев, по «стажу» алкоголизации, по виду и количеству употребляемых спиртных напитков в день, по наличию соматических осложнений и по степени алкогольного заболевания печени и другим признакам), что делает несопоставимыми результаты их исследования.

Из обзоров экспериментальных работ известно об индукции синтеза ГГТ в печени под действием этанола. Поэтому, естественно, предполагалось, что характер употребления алкоголя (эпизодический или систематический его прием и массивность каждой однократной алкоголизации) определяет величину гиперферментемии ГГТ. В то же время, как показано в популяционных исследованиях (Чернобровкина Т.В. и др., 1991, 1992), гиперферментемия ГГТ связана с повышенной толерантностью к алкоголю, а исходная конституциональная активность ГГТ определяет исходную толерантность к алкоголю. Исходя из этих данных, критерием, позволяющим определить характер употребления алкоголя (эпизодический, систематический) и выявить факт злоупотребления им, по предположению авторов (Чернобровкина Т.В. и др., 1991, 1992), является соотношение трех параметров состояния ферментной системы ГГТ в крови: величины максимальной (за интервал 3–4 дня) активности ГГТ

( $ГГТ_{\text{макс.}}$ ), величины разницы между максимальным и минимальным значениями активности ГГТ за этот период ( $\Delta ГГТ$ ), и величины, характеризующей степень «тренированности» этой ферментной системы систематически употребляемым алкоголем. С учетом периода полураспада ГГТ в крови предлагается использовать индекс относительной гиперферментемии (ИГ), характеризующий индуцибельность (т.е. способность к индукции) фермента ГГТ, которая различна в норме и у лиц с предварительной адаптацией к систематическому употреблению алкоголя:

$$ИГ = \frac{0,5 ГГТ_{\text{макс.}}}{0,5 ГГТ_{\text{макс.}} - \Delta ГГТ},$$

где  $\Delta ГГТ$  – разница уровней активности фермента за 3–4 дня (период полувыведения из крови); 0,5 – коэффициент, полученный с учетом скорости обновления фермента (периода полувыведения или клиренса ГГТ крови).

Практические наблюдения подтвердили возможность использования показателя ИГ для выявления скрываемого употребления алкоголя в форме бытового пьянства и алкоголизма I стадии. Коэффициент корреляции критерия  $\Delta ГГТ$  с интенсивностью алкоголизации составляет 0,78 ( $p < 0,001$ ) при апробации его работоспособности в группе из 300 человек (мужчин и женщин), включая клинически дифференцированные категории больных алкоголизмом I стадии, бытовых пьяниц и практически здоровых лиц, не злоупотребляющих алкоголем.

Следует, однако, учесть, что этот энзиматический критерий может иметь лишь вспомогательное клиническое значение, а при скрининг-тестировании недифференцированных групп – лишь ориентирующее, так как, например, хроническое применение снотворных или противосудорожных средств, содержащих барбитураты, а также контрацептивных средств может поддерживать уровень сывороточной активности ГГТ на сверхмезорных (мезор – среднесуточный уровень активности ГГТ) значениях.

У практически здоровых лиц, особенно в молодом возрасте, и у лиц женского пола, не применяющих снотворные и вышеназванные лекарственные препараты и не имеющих заболеваний печени в анамнезе за последние 3 года, повышенный уровень активности ГГТ может с большой вероятностью указывать на скрываемое злоупотребление алкоголем, не перешедшее пока в алкоголизм.

Одним из маркеров, позволяющих отнести обследуемых к группе риска, является выраженная **вазомоторная реакция на алкоголь**. Установлено, что покраснение лица в ответ на этанол обусловлено повышением уровня ацетальдегида в крови (Sprinсе Н. et al., 1978). М.А.Шучкит и J.Дубу (1982) показали, что испытуемые, имеющие родственников, страдающих алкоголизмом, чаще обнаруживали реакцию покраснения лица при приеме алкоголя. Реакция покраснения лица коррелировала с уровнем ацетальдегида в крови, частотой сердечных сокращений и температурой тела. Более высокие, чем в популяции, уровни ацетальдегида после приема алкоголя могут обеспечивать взаимодействие его с биогенными аминами мозга, индуцируя продукцию морфиноподобных алкалоидов, например, тетрагидропапаверина. Это может объяснять усиление влечения к спиртному и обуславливать повышенную предрасположенность к алкоголизму. Однако исследованиями последних лет доказано, что не только изменения, вызванные употреблением алкоголя, могут индуцировать влечение к алкоголю и развитие алкоголизма, но и первичные дисметаболические состояния, в частности, в системе нейромедиаторного обмена.

Существуют биологические концепции, соответственно которым в основе возникновения влечения к алкоголю, создания психической и физической зависимости от него лежат изменения в обмене катехоламинов (нейрохимических медиаторов проведения импульсов в адренергических синапсах), образование при их нарушенном обмене морфиноподобных веществ (Анохина И.П., Коган Б.М., 1975, 1984; Сытинский И.А., 1983). Первичными факторами, вызывающими угнетение метаболизма биогенных аминов, являются сам этанол и промежуточные продукты его окисления в организме. Как говорилось выше, наиболее физиологически и химически активным веществом, образующимся при окислении алкоголя в организме, является ацетальдегид, который в концентрации 30–100 мкмоль/л способен нарушать нормальный обмен биогенных аминов и эндогенных опиатов, приводит к образованию экзогенных морфиноподобных веществ (тетрагидроизохинолинов) — продуктов конденсации не полностью окисленных биогенных аминов и ацетальдегида (Lieber C.S., 1978; Tipton R.M. et al., 1978; Yokoyama H., 1988).

Важное место в энзимодиагностике алкогольной патологии принадлежит определению статуса систем метаболизма самого этанола. Образующийся в избытке при злоупотреблении алкоголем ацетальдегид связывается с клеточной оболочкой эритроцитов, с гемоглобином, с альбуминами и другими тканевыми составляющими. Ряд исследований посвящен разработке диагностических тестов, основанных на определении этих комплексов и их связи со степенью злоупотребления алкоголем.

С прогрессированием злоупотребления алкоголем концентрация ацетальдегида в крови возрастает, что связано с несинхронным угнетением активности алкогольдегидрогеназы (АДГ) и альдегиддегидрогеназы (АльдГ). Активность АДГ увеличивается в начальный период хронической алкогольной интоксикации, затем начинает постепенно снижаться со скоростью в 2 раза меньшей, чем предшествующий рост (Гуртовенко В., 1975; Кершенгольц Б., 1979; Кершенгольц Б., Мельцер Т., 1998, 2000; Jenkins W., Peters T., 1980). В это же время активность АльдГ начинает уменьшаться раньше и быстрее, чем активность АДГ. Б.М.Кершенгольц и соавт. (1980, 1981) показали, что наблюдаемое увеличение концентрации ацетальдегида в крови при длительной алкогольной интоксикации обусловлено более чем на 80% изменением соотношения активности АльдГ и АДГ печени.

Значительное уменьшение активности АльдГ в сыворотке крови человека (в 2,2–6 раз) отмечается уже в начале злоупотребления алкоголем без зависимости. Именно уменьшение активности АльдГ является основной причиной нарушения способности организма утилизировать этанол без образования высоких стационарных концентраций ацетальдегида, что приводит к нарушению метаболизма биогенных аминов и сопровождается развитием зависимости от алкоголя.

Б.М.Кершенгольц и Е.В.Серкина (1980) предложили способ диагностики и прогнозирования алкоголизма, основанный на определении соотношения активности АДГ и АльдГ на высокочувствительном регистрирующем спектрофотометре. Выявление группы риска в отношении алкоголизма среди детей или среди взрослых-неалкоголиков основано на том, что при низкой биохимической толерантности к алкоголю, как и при алкоголизме, снижается активность в первую очередь АльдГ печени и крови. Наиболее доступным для диагностики материалом является в данном случае сыворотка крови. В норме, по данным Б.М.Кершенгольца, активность АльдГ сыворотки составляет у мужчин 17–23 нмоль/мин на 1 мл сыворотки (колебания зависят от генетико-популяционных факторов), у женщин — 8–12 нмоль/мин на 1 мл сыворотки.

При алкоголизме I стадии активность АльДГ сыворотки стабильно снижена до 8–10 нмоль/мин у мужчин и 5–6 нмоль/мин у женщин, II стадии – до 2–4 нмоль/мин у мужчин и женщин. Активность АльДГ сыворотки стабильно снижена и при некоторых психических заболеваниях (например, при аффективных состояниях, возникающих в структуре ряда форм шизофрении), но не столь значительно, как при алкоголизме.

У детей (или у взрослых-неалкоголиков) выявленное снижение активности АльДГ в 80–100% случаев коррелировало с отягощенной наследственностью в отношении алкоголизма, что позволяет трактовать снижение активности АльДГ у детей как генетически детерминированную предрасположенность к алкоголизму, способную реализоваться в соответствующих социальных условиях.

Нами проводились исследования активности АльДГ в сыворотке крови больных алкоголизмом, а также взрослых и подростков, не злоупотребляющих алкоголем (Сидоров П.И., Ишеков Н.С., Лушев Н.Е. и др., 1984). Было обнаружено, что у практически здоровых мальчиков и девочек в возрасте до 17 лет активность АльДГ одинакова, однако при развитии алкоголизма у женщин происходит существенно большее угнетение АльДГ, чем у мужчин. Возможно, этот факт иллюстрирует «метаболическую составляющую» известной злокачественности женского алкоголизма. Активность АльДГ падала с утяжелением стадии алкоголизма ( $r=-0,99$ ;  $P < 005$ ), с увеличением длительности запоев перед поступлением в стационар, с ростом толерантности. Активность фермента была достоверно ниже ( $t=3,4$ ) у больных алкоголизмом с вирусным гепатитом в анамнезе. Угнетению АльДГ способствовало и курсовое лечение нейролептиками.

Химические способы определения активности АДГ и АльДГ, концентрации ацетальдегида довольно трудоемки для массовых профилактических обследований. И.Д.Боечко (1980) разработал метод биологической индикации ацетальдегида, концентрация которого у больных алкоголизмом значительно выше, чем у непьющих. Автор исходит из того, что в формировании реакции Нейгля (образование эритемы вокруг места внутрикожной инъекции 60% этанола у человека, принявшего алкоголь) ведущую роль играет ацетальдегид. Если вводить вместе со спиртом ацетальдегид в разных соотношениях (5000:1; 2500:1; 1250:1; 625:1; 312,5:1), то у трезвых больных алкоголизмом и лиц, имеющих наследственную отягощенность по отношению к алкоголизму, пороговая доза ацетальдегида, вызывающая положительную реакцию (оцениваемую по поглощению в ультрафиолетовом свете), будет ниже, чем у непьющих и не имеющих наследственной отягощенности. Простота и достаточная чувствительность предлагаемого метода индикации кожной реакции на ацетальдегид позволяют рекомендовать его использование в практике.

Еще более доступной в профилактических и диагностических целях является предложенная японскими исследователями (Higuchi S. et al., 1987) кожная проба с этанолом для выявления недостаточности АльДГ с низкой  $K_m$ . На кожу наносится 100 мкл 70% раствора этанола (в качестве контроля 100 мкл воды) и закрывается пластырем. Механизм теста «этанольного пластыря» заключается в том, что на коже под действием ацетальдегида, накапливающегося при окислении этанола с участием АДГ кожи, развивается эритема, что указывает на дефицит АльДГ с низкой  $K_m$ , обладающей высоким сродством с ацетальдегидом. Эффективность предложенного метода, по данным авторов, составляет 95–96% (Muramatsu T. et al., 1988).

И.В.Бокий и соавт. (1985) предложили в качестве дополнительных критериев в диагностике алкоголизма использовать комплексные данные анализа активности

Таблица 7

## Липидный состав крови и активность АДГ в зависимости от степени алкоголизации

Степень алкоголизации	Активность АДГ, ед./л	Холестерин, мг/100 мл	
		Общий	ЛПВП
Не злоупотребляют алкоголем	Ниже 0,96	180–210	До 52
Злоупотребление маловероятно	0,96–2,3	180–210	45–55
Вероятно злоупотребление алкоголем	2,2–3,5	190–230	50–65
Вероятно наличие алкоголизма	Выше 3,5	200–240	55–85

АДГ и липидного состава крови: холестерина и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (табл. 7).

Из других лабораторных биохимических методов скрининга алкоголизма можно привести ряд метаболических и комплексных энзимо-метаболических критериев.

Отмечена диагностическая значимость при хроническом алкоголизме определения в моче сальсоинола – продукта взаимодействия дофамина и ацетальдегида. Его содержание в моче больных в 20 раз выше, чем в моче представителей контрольных групп (Collins M.A. et al., 1979).

И.В.Бокий и соавт. (1984) обнаружили снижение скорости поглощения серотонина тромбоцитами у больных алкоголизмом по сравнению с контролем, которое не зависело от тяжести клинической картины алкоголизма и не коррелировало с выраженностью аффективной симптоматики. Безусловно, говорить о специфичности снижения этого функционального показателя при алкоголизме преждевременно, однако несомненно существенное значение в патогенезе алкоголизма активности центральных серотонинергических и катехоламинергических процессов (Буров Ю.В., Ведерникова Н.Н., 1985; Анохина И.П., 1988; Дмитриева Т.Б., Дроздов А.З., Коган Б.М., 1998; Шабанов П.Д., Калишевич С.Ю., 1998; Кершенгольц Б.М., Ильина Л.П., 1998), метаболитов 5-гидроксииндоловой кислоты и 5-гидрокситриптофола (Voltaire A. et al., 1992).

Стабильным феноменом у больных хроническим алкоголизмом J.L.Sullivan и соавт. (1978), L. Von Knorring (1987), B. Tabakoff, P.L.Hoffman (1988) считают **снижение активности моноаминоксидазы (MAO) тромбоцитов**, особенно выраженное в период алкогольной абстиненции и сохраняющееся в течение 12 месяцев после выписки больных из стационара.

Получены принципиально новые данные, показывающие вовлечение MAO в патохимические механизмы развития алкогольной зависимости. Недостаток или избыток эндогенных ингибиторов MAO в мозгу может играть определенную роль в формировании алкогольной мотивации и обуславливать генетически детерминированное предпочтение или отвергание этанола в последующих поколениях. Получены приоритетные данные, свидетельствующие о выраженном усилении экспрессии ранних генов в структурах мозга, относящихся к мезолимбической дофаминергической системе, вызывающих активацию генома нервных клеток и вовлечение определенных нейромедиаторных механизмов, что вносит свой вклад в развитие индивидуальной чувствительности к алкоголю (Sullivan J.L. et al., 1978; Von Knorring L., 1987; Tabakoff B., 1988; Сытинский И.А., 1980).

Полученные данные свидетельствуют о роли катехоламиновой системы организма в механизмах генетически детерминированной предрасположенности к алко-

лизму и показывают участие этих механизмов во всех этажах катехоламиновой системы – от уровня «неспецифической» генетической регуляции до «специфической» регуляции генами мозга и до обмена катехоламинов на периферии организма (Борисова Е.В., Мещеряков А.Ф., Дробышева В.Я., 1998).

Г.П.Колупаев и В.А.Яковлев (1984, 1987) обнаружили у больных алкоголизмом обратную взаимосвязь секреции пролактина и тестостерона. Соотношение концентрации указанных гормонов авторы обозначили как *пролактинтестостероновый индекс*. В группе больных хроническим алкоголизмом он был равен 3,83, а в контрольной группе составил 0,2. Выявленные при хроническом алкоголизме соотношения секреции пролактина и тестостерона, резко отличающиеся от соотношения у практически здоровых, можно рассматривать в качестве диагностического теста. Отмеченные гормональные сдвиги, по-видимому, обусловлены токсическим воздействием этанола на переднюю долю гипофиза и, возможно, на половые железы. Учитывая важную роль моноаминов (дофамина и серотонина) в регуляции секреции пролактина, предложенный индекс можно использовать как косвенный показатель функционального состояния биогенных аминов мозга.

Одними из наиболее доступных маркеров при лабораторной диагностике хронического алкоголизма являются выявленные нарушения в системе гемостаза. Так, большинство авторов описывают у больных хроническим алкоголизмом выраженную тромбоцитопению (Budzinski W. et al., 1976; Wallersteat S. et al., 1977; и др.). Другие авторы отмечают, напротив, увеличение количества тромбоцитов в крови больных алкоголизмом (Currie W. R., Kaegi A., 1977; Haselager E. M., Vreeken J., 1977; и др.) или отсутствие изменения числа тромбоцитов (Popa G. et al., 1978). С целью уточнения этих противоречивых данных Т.А.Наумова и В.С.Глебов (1984) провели динамическое исследование числа тромбоцитов в крови при алкогольной интоксикации в разные сроки воздержания от алкоголя. Было обнаружено, что длительное хроническое употребление алкоголя приводит к резким изменениям числа тромбоцитов в крови – от выраженной тромбоцитопении во время интоксикации и в первые дни постинтоксикационного периода до реактивного тромбоцитоза на 11–20-й день абстиненции. Клиническую значимость алкогольных тромбоцитопений увеличивает также то обстоятельство, что разрушение тромбоцитов сопровождается высвобождением биологически активных веществ (серотонина и гистамина), влияющих на проницаемость гистогематических барьеров. В качестве маркеров злоупотребления алкоголем или генетической предрасположенности к алкоголизму В.Табаккофф и соавт. (1988) предлагают использовать сниженную по сравнению с нормой активность МАО и аденилатциклазы тромбоцитов. Использование этих показателей позволило с высокой достоверностью идентифицировать 75% больных алкоголизмом и 73% здоровых людей.

Изменения в системе крови не только являются высокоинформативными показателями общего состояния организма, но и достаточно точно отражают реактивные и патологические процессы, вызванные хронической интоксикацией алкоголем и продуктами его метаболизма. Ю.Л.Шапиро (1959), изучая периферическую кровь и костный мозг больных алкоголизмом, отметил вовлечение в процесс гемопоэтической ткани. Наблюдалось повышение числа эритроцитов в периферической крови в начальном периоде и его снижение в тяжело протекающих и запущенных случаях алкоголизма с анемизацией до 115 г/л гемоглобина и умеренным снижением цветового показателя. В ретикулоцитограммах регистрировался отчетливый сдвиг в сторо-

ну незрелых форм. У всех обследуемых отмечался макроцитоз по кривой Прайс-Джонса. Средний объем эритроцитов (СКОЭ) также увеличивался, однако высота эритроцитов находилась в пределах нормы. В литературе имеются также сведения об изменениях эритроцитарного баланса в динамике длительной экспериментальной алкогольной интоксикации с несоответствием между интенсивностью гемолиза и эритропоэза, приводящим к анемии (Сторожок С.А., Печников Л.А., 1979).

Анализ уровня плазменного трансферрина (carbohydrate-deficient transferrin, CDT) может использоваться как клинический признак злоупотребления алкоголем (Stibler H. et al., 1986; Allen J.P. et al., 1994; Anton R.F., Moak D.H., 1994; Sillanaukee P. et al., 1994). Клиническое применение этого теста с чувствительностью до 91% и специфичностью до 99% дало возможность дифференцировать лиц со злоупотреблениями алкоголем, абстинентов и здоровых людей. Кроме того, было обнаружено, что уровень CDT соответствует количеству алкоголя, выпитого в течение последнего месяца. Высокая воспроизводимость результатов измерения уровня данного показателя разными способами подтверждает первоначальные данные о том, что уровень CDT является эффективным показателем длительного злоупотребления алкоголем (Iffland R., Grossnack F., 1995).

Характерным лабораторным признаком длительного злоупотребления алкоголем считается макроцитоз эритроцитов (Шапиро Ю. и др., 1971; Сычева В. К., 1975; Альпидовский В.К., 1983; Chick J. et al., 1981; Курилович С.А., 1993; и др.). Увеличение СКОЭ, свидетельствующее о макроцитозе, выявлено у 82–96% больных хроническим алкоголизмом (Buffet C. et al., 1975; Wu A., Levi A.J., 1975; и др.), причем более значительный макроцитоз отмечен при алкоголизме у женщин (Chalmers D.M. et al., 1980). Определение СКОЭ предложено в качестве высокочувствительного скринирующего теста для диагностики алкоголизма и оценки эффективности лечения, особенно у амбулаторно наблюдающихся социально сохраненных больных, нередко продолжающих трудовую деятельность (Whitehead T.P. et al., 1978; Wright S., Ree G., 1978; и др.).

При использовании тромбоцитарного диагностического теста рекомендуется исключать не связанные с алкоголизацией заболевания, которые могут сопровождаться макроцитозом: гемобластозы, сулидные опухоли, дизэритропоэтические состояния, гемолиз, дефицит витамина В<sub>12</sub> или фолатов, синдром нарушенного всасывания, гепатобилиарные заболевания, а также учитывать лечение цитостатическими и противосудорожными средствами (Davidson R.J., Hamilton P.J., 1978; Bredveld J., 1981).

Надо учитывать, что достоверное увеличение показателя СКОЭ до патологических величин обнаруживается только у больных, ежедневно потребляющих не менее 80–100 г этанола. При этом явления макроцитоза были более выражены у лиц, принимавших крепкие напитки, чем у потребляющих пиво в эквивалентных по алкоголю количествах. При употреблении этанола в дозах менее 80 г в день, а также при воздержании от алкоголизации увеличение СКОЭ не было достоверным, хотя и отмечалось у части больных (Thiele G., Thiele J., 1987).

Выраженность макроцитоза при хроническом алкоголизме обычно незначительна (с колебаниями СКОЭ от 100 до 110 фл; фемтолитр —  $10^{-5}$  л), зависит от суточной дозы и продолжительности злоупотребления алкоголем (Дегтева Г.Н., 1987; Chanarin L., 1979; и др.). Макроцитоз обычно не сопровождается анемией, или она умеренно выражена (Agon E. et al., 1977; Eschwege E. et al., 1978). Макроциты преимущественно круглой, а не овальной формы (Diakhate et al., 1979). Гиперсегментация ядра нейтрофилов в большинстве случаев отсутствует (Khaund R., 1978).

В наших собственных исследованиях с целью изучения изменений эритрона при алкоголизме (Сидоров П.И. и др., 1987) были обследованы три группы больных в возрасте 18–57 лет: 1) с алкоголизмом II стадии 146 человек; 2) с острым алкогольным галлюцинозом 97; 3) с алкогольным делирием 76. Все больные обследовались в течение 1-й недели абстиненции на фоне традиционной дезинтоксикационной терапии. Контрольную группу (100 человек) составили мужчины-доноры, у которых анамнестически исключались алкоголизм и употребление спиртных напитков в течение последних 15 суток, а также сердечно-сосудистая патология.

Анализ полученных результатов показал, что в целом число эритроцитов и общее содержание гемоглобина у лиц, страдающих алкоголизмом, находятся в пределах физиологической нормы, хотя по сравнению с контрольной группой их средние значения при II стадии алкоголизма достоверно выше ( $P < 0,01$ ), а при психозах существенно ниже. Установлено, что алкоголизм приводит к значительному ( $P < 0,001$ ) снижению средней концентрации гемоглобина в отдельно взятом эритроците (СКГЭ) и степени его насыщения, что указывает на изменение скорости синтеза пигмента в эритроидных клетках, иллюстрируя напряженность внутриклеточного метаболизма.

У всех обследованных больных выявлен макроцитоз. Показатель СКОЭ у больных алкоголизмом II стадии колебался в пределах 92,4–118 мкм<sup>3</sup> (более 100 мкм<sup>3</sup> в 61,6% случаев); при галлюцинозе – в пределах 95–126 мкм<sup>3</sup> (более 100 мкм<sup>3</sup> – 88,7%), а с наибольшим размахом – при делириях: 92–144 мкм<sup>3</sup> (более 100 мкм<sup>3</sup> – 90,8%).

Объяснением резкого увеличения СКОЭ при алкоголизме, особенно на высоте психоза, может служить нарушение внутренней среды клетки за счет экстремальных воздействий, характеризующееся потерей калия и увеличением поступления в клетку натрия и воды (Битенский В.В., Марьянчик Р.Я., 1979). Поскольку одновременно существенно уменьшается СКГЭ, затрудняется трансмембранный обмен кислорода в тканях, что проявляется симптомами тканевой гипоксии.

Дополнительно нами были проанализированы результаты исследования СКОЭ у 1 868 больных хроническим алкоголизмом, поступивших в наркологическое отделение в состоянии без психотических расстройств. Корреляционный анализ связи между числом выходных дней в месяце, провоцирующих рецидивы и существенно влияющих на длительность абзусов, и числом больных, у которых СКОЭ оказывался выше 100 мкм<sup>3</sup>, обнаружил высокую прямую зависимость ( $r=+0,56$ ), а с увеличением СКОЭ более 104 мкм<sup>3</sup> корреляция оказалась еще более показательной ( $r=+0,73$ ). Эти данные отражают связь между частотой и продолжительностью алкогольных запоев и нарушениями морфофункционального состояния клеток крови у больных алкоголизмом.

Определение инсулинсодержащих эритроцитов (ИСЭ) (Сандуляк Л.И., 1981) характеризует их инсулиндепонирующую функцию. Оказалось, что у больных алкоголизмом II стадии уровень ИСЭ составляет в среднем (60,1±2,38)% при норме 60–80%. Обращает на себя внимание тот факт, что у 60% больных уровень ИСЭ ниже нормы и лишь у 10% – выше нормы, что может быть связано как с сопутствующим алкоголизму нарушением функции поджелудочной железы, так и с изменением рецепции в эритроцитах при алкоголизме. Кроме того, надо учитывать, что интоксикация этанолом стимулирует высвобождение контринсулярных гормонов, усиливая распад гликогена и приводя к гипергликемии, которая, в свою очередь, стимулирует выход инсулина из эритроцитов, уменьшая количество ИСЭ в крови.

Известно, что увеличение рН крови (в частности, увеличение содержания молочной кислоты в крови) ведет к снижению уровня инсулинсодержащих эритроцитов, а прием больших доз алкоголя вызывает значительный выброс в кровь ферментов из поджелудочной железы, печени, мышц (Сандуляк Л.И., 1981). Наши данные позволяют предположить, что происходит и утечка инсулина из эритроцитов в плазму, так как этанол и особенно ацетальдегид повышают свойство текучести клеточных мембран и нарушают их регулируемую роль в метаболическом балансе.

А.Б.Чемный (1982) предложил иммунологический метод диагностики хронического алкоголизма, состоящий в одновременном определении уровня бактерицидной активности сыворотки крови и содержания б-лизина, и с его помощью показал, что у больных алкоголизмом как во время лечения, так и в состоянии ремиссии более года достоверно снижены и уровень бактерицидной активности, и содержание б-лизина крови.

С.П.Гарницкий (1982) использует способ дифференциальной диагностики форм алкогольного делирия. Для этого в организм больного вводят воду до утоления жажды, затем этиловый спирт. После этого регистрируют движения губ. При наличии сосательных движений диагностируют депривационный алкогольный делирий, а при их отсутствии — диссомнический. Способ позволяет выделить различающиеся по механизму возникновения и развития депривационную и диссомническую формы алкогольного делирия, требующие разного терапевтического подхода к купированию этих состояний.

Г.В.Морозов и Н.Н.Боголепов (1984) предложили способ прогнозирования тяжести и продолжительности острых алкогольных психозов. На основании анализа динамики клинико-биохимических параллелей они показали, что наиболее информативным критерием неблагоприятного ближайшего прогноза острых алкогольных психозов является сдвиг внутриклеточной концентрации ионов в виде повышения содержания натрия или снижения концентрации калия в эритроцитах. Причем тяжесть состояния в основном коррелирует с повышением уровня натрия, а тенденция к затяжному течению психоза — со снижением калия в эритроцитах. Сочетание же данных нарушений, сопровождаемое существенным (более чем на 40–50%) снижением активности  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ -зависимой АТФ-азы в эритроцитах, позволяет прогнозировать особенно тяжелое и длительное течение психоза. Это сочетание является основанием для оказания подобным больным полного объема неотложной психиатрической помощи (включая методы специальной детоксикации в виде гемосорбции, энтеросорбции, плазмофереза, гипербарической оксигенации, ЭХО-трансфузии), не дожидаясь развития у них критических состояний. При этом авторы подчеркивают, что увеличение в эритроцитах концентрации натрия до уровня 25 ммоль/л и более предвещает отек мозга и требует безотлагательной коррекции и предупреждающей терапии. Можно полагать, что широкое внедрение в психиатрическую практику описанного способа прогнозирования состояния больных алкоголизмом будет способствовать совершенствованию как неотложной помощи больным с острыми алкогольными психозами, так и ранней профилактики возможных тяжелых осложнений.

Одним из способов диагностики алкоголизма является определение биологической активности крови с помощью методик клеточных и тканевых культур. По данным некоторых авторов (Cailleau R. et al., 1957; Olsted C., 1967), влияние сыворотки крови на рост культур зависит от общего содержания в ней белка, фосфолипидов, холестерина

на, жирных кислот и соотношения белковых фракций. Оно может также определяться изменением содержания в крови гормонов и веществ, имеющих свободные сульфгидрильные группы (Пашенко В.П., 1978; Esber H.J. et al., 1973).

Известны изменения биологической активности сыворотки крови человека при некоторых соматических заболеваниях (Блок Ю.Е., 1966; Смирнов Ю.К. и др., 1982), а также у больных алкоголизмом (Глебов В.С., 1980). Было показано (Григорьев В.И., 1970), что внутривенное введение 5–6 мл сыворотки крови больных в состоянии абстиненции вызывает у здоровых испытуемых отчетливое ухудшение самочувствия и появление вегетативных симптомов алкогольной абстиненции. Та же сыворотка крови, введенная испытуемым в состоянии опьянения, оказывает быстрый протрезвляющий эффект. Автор отрицает связь полученных результатов с иммунологическими феноменами и расценивает их как доказательство существования гипотетического вещества печеночного происхождения — «защитно-токсического фактора алкоголизма». Поиски в этом же направлении канадских исследователей привели к обнаружению в моче больных «алкогольного специфического продукта», стабильно сохраняющегося в течение суток при комнатной температуре и имеющего диагностическое значение (Tang B. et al., 1985).

В.П.Пашенко, П.И.Сидоров, Н.С.Ишеков (1981, 1984) установили, что влияние сыворотки крови больных алкоголизмом на репродуктивную активность фибробластов эмбрионов человека (РА-ФЭЧ) в клеточной культуре зависит от фазы абстиненции. За одинаковый период культивирования рост культуры фибробластов при добавлении сыворотки крови больных алкоголизмом (в расчете на 2 мл среды) составил  $(491 \pm 14)$  тыс. клеток, по сравнению с контролем (добавлением сыворотки крови здоровых) —  $(433 \pm 14,3)$  тыс. клеток ( $t=3,03$ ). Между РА-ФЭЧ и длительностью абстиненции была обнаружена выраженная обратная корреляционная зависимость ( $r=-0,42$ ;  $P<0,005$ ). Статистически достоверный стимулирующий биологический эффект сыворотки крови больных хроническим алкоголизмом по сравнению с сывороткой практически здоровых, не злоупотреблявших алкоголем, сохранялся в течение 1 мес. абстиненции.

Таким образом, было показано, что сыворотка больных алкоголизмом в течение первого месяца воздержания от приема алкоголя оказывает более существенное активирующее влияние на РА-ФЭЧ, чем сыворотка крови больных в поздние сроки абстиненции, и в целом выше по сравнению с этим же показателем в контрольной группе. Эти данные в сочетании с другими маркерами заболевания имеют определенную диагностическую ценность. Они могут свидетельствовать о развитии определенных деструктивных и регенерационных процессов у больных в зените заболевания, что сопровождается увеличением содержания в крови биологически активных веществ, стимулирующих митотическую активность клеток.

Позже с использованием методики тканевых культур была также изучена особенность влияния сыворотки крови больных алкоголизмом на рост печеночных клеток в первичной культуре (В.П.Пашенко и др., 1987). Подсчет соотношения разных типов гепатоцитов в зоне роста обнаружил, что в присутствии крови больных алкоголизмом образуется существенно больше лимфоцитов и фибробластоподобных клеток, достоверно меньше эпителиоидноподобных клеток по сравнению с ростом этих клеточных элементов в контроле (при добавлении в культуру гепатоцитов сыворотки крови практически здоровых студентов). Полученные результаты указывают на значительные качественные особенности роста культуры

печени в присутствии сыворотки крови больных алкоголизмом, проявляющиеся угнетением роста паренхиматозных печеночных клеток и стимуляцией роста фибробластоподобных клеток, и особенно лимфоцитов. Поскольку развитие алкогольного поражения печени сопровождается мобилизацией иммунологических механизмов (Асфандиярова Н.С., 1980; Кузнецова Н.П. и др., 1989), обнаруженная стимуляция в культуре гепатоцитов лимфоцитарной активности подтверждает эту концепцию и доказывает объективно роль гуморальных факторов в органопатологии при алкоголизме.

И.К.Сосиным (1986) разработан способ диагностики алкоголизма, при котором у пациента производят соскоб буккального эпителия дважды с интервалом в 1 сут с последующим его внутриклеточным микроэлектрофорезом. Далее определяют процентное отношение подвижных клеточных ядер к общему их количеству, и при уменьшении числа подвижных ядер в двух определениях более чем на 30% по сравнению с возрастной нормой диагностируют алкоголизм.

Разными авторами доказано, что для заключения о систематическом употреблении алкоголя большое значение имеет проведение анализов в динамике, особенно в условиях, когда возможность употребления алкоголя заведомо исключается. В таком случае изменения, причиной которых является алкоголь, обязательно подвергаются обратному развитию без каких-либо специальных терапевтических мероприятий. Например, М. W. Bernadt и соавт. (1984) полагают достаточным для заключения о систематическом употреблении алкоголя факта нормализации на 2–3-й день воздержания изначально повышенной активности глутаматдегидрогеназы печени. Прекращение употребления алкоголя ведет к нормализации активности ГГТ крови через 7–10 (иногда более) дней. Нормализация показателя СКОЭ осуществляется за 2,5–3 мес., что соответствует времени жизни одного поколения эритроцитов. Отсутствие нормализации исследуемых признаков указывает на продолжающееся употребление алкоголя либо на «неалкогольное» происхождение выявленных нарушений (Успенский А.Е., 1986).

Одним из направлений повышения эффективности лабораторного скрининга алкоголизма является одновременная комплексная оценка нескольких биологических маркеров. Наиболее часто используются два теста: уровень углеводдефицитного плазменного трансферрина (carbohydrate-deficient transferrin, CDT) и отношение активности митохондриальной аспарагиновой аминотрансферазы (МАСТ) к общей АСТ (Nalpas B. et al., 1984, 1986; Chang G., 1989; Gjerde H. et al., 1986). По мнению D. Stamm и соавт. (1984), диагноз систематического употребления этанола с вероятностью 87% устанавливается при активности ГГТ > 26 ед./л, АСТ > 9 ед./л, АСТ/АЛТ 0,63, величине СКОЭ > 89 мкм<sup>3</sup>, содержании креатинина < 70,7 мкмоль/л и азота мочевины < 6,4 ммоль/л. По данным В. Fleury и соавт. (1985), выявление активности ГГТ, равной 40 ед./л, и величины СКОЭ > 98 мкм<sup>3</sup> при отсутствии явных признаков заболевания печени является достаточным для установления с вероятностью 100% факта длительного систематического употребления этанола.

Норвежские исследователи (Gjerde H. et al. 1986, 1987) сравнили шесть биологических маркеров чрезмерного употребления алкоголя: активность АЛТ, АСТ, ГГТ, величину СКОЭ, содержание ХЛПВП и дефицитного по углеводам трансферрина (ДУТ). Было обнаружено, что ДУТ является наиболее надежным показателем не только для оценки употребления этанола, но и для контроля за воздержанием в ходе лечения алкоголизма. Показатели ДУТ в норме составили 26–74 мг/л, существен-

но повышаясь при злоупотреблении алкоголем. Эти данные подтверждают шведские, американские и финские исследователи (Stibler H. et al., 1987; Sillanaukee P. et al., 1994; Allen J.P. et al., 1994), обнаружившие высокие (91%) показатели чувствительности теста с ДУТ при обследовании большого контингента потребляющих алкоголь и злоупотребляющих им.

Чувствительность комбинированных тестов на злоупотребление алкоголем, по данным разных авторов, существенно — от 50 до 100% — колеблется и в различной степени коррелирует с выраженностью клинических симптомов заболевания. Т.В.Чернобровкина в своей монографии (1992) приводит подробный анализ характера и механизмов развития различных энзимопатий при алкоголизме. Автор подчеркивает, в частности, что на фоне общей тенденции к увеличению активности сывороточной ГГТ у больных алкоголизмом индивидуальный характер этой энзимопатии при злоупотреблении алкоголем мозаичен и по количественной выраженности, и по темпам развития. Существенную роль при этом играют давность и массивность алкоголизации, наличие сопутствующих заболеваний внутренних органов, а также генетические и средовые факторы, определяющие биохимическую конституцию индивида в эволюции (Whitfield J., Martin N., 1985). Установлено также, что чувствительность монотеста активности ГГТ при алкоголизме не превышает в среднем 40% (по данным ряда авторов, она колеблется от 26 до 95%). В комбинации же с другими тестами (АСТ и уровнем алкоголя в крови, величиной среднего объема эритроцитов — СОЭ и др.) чувствительность теста достигает 92–100% (Чернобровкина Т.В., 1992).

М.М.Goldnadel, J.Masur (1986) также подтвердили эффективность сочетанного использования ГГТ и СКОЭ как индикаторов, позволяющих в 80% случаев выявлять алкоголизм. Если к ним добавить еще показатель активности щелочной фосфатазы, то надежность диагностики алкогольного поражения печени повышается до 95% (Gullini S. et al., 1986). В.П.Латенковым (1987) получено авторское свидетельство на способ диагностики алкоголизма, при котором для повышения точности ранней диагностики определяют СКОЭ, активность ГГТ и общую активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ). При одновременном увеличении СКОЭ, ГГТ и ЛДГ в период с 8.00 до 10.00 соответственно выше 88,1 мкм<sup>3</sup>, 10,4 ед./л и 187 ед./л; а с 14.00 до 16.00 выше 100 мкм<sup>3</sup>, 40,4 ед./л и 78 ед./л диагностируют алкоголизм.

По данным Т.В.Чернобровкиной и соавт. (1986), коэффициент корреляции энзимологического теста ГГТ–АСТ–АЛТ с уточненным клиническим диагнозом для выборки больных алкоголизмом составил +0,74. Коэффициент корреляции теста АльДГ+АДГ с уточненным клиническим диагнозом для той же выборки составил +0,77. Результаты биохимических исследований по совокупности двух тестов коррелируют с уточненным клиническим диагнозом с коэффициентом +0,95. При сопоставлении двух тестов удается также выявить лиц, не страдающих алкоголизмом, но обладающих пониженной устойчивостью (т.е. повышенной чувствительностью) к алкоголю вследствие пониженной активности АльДГ сыворотки крови. Приведенное исследование показывает, что совместное использование двух ферментных тестов ГГТ–АСТ–АЛТ и АльДГ–АДГ позволяет, во-первых, еще более повысить достоверность объективной биохимической диагностики алкоголизма; во-вторых — выявить «группу риска» среди лиц с функционально лабильной алкогольметаболизирующей системой, по-видимому, наследственно дестабилизированной.

Кроме первичной диагностики алкоголизма комбинирование ферментативных тестов (ГТТ, АДГ, АльДГ) с гематологическими (НАР) позволяет выявлять состояния неустойчивой ремиссии, угрожающие рецидивом (Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М., 1988; Савчикова Л.В., 2000).

Более того, давно доказано, что индивидуальная чувствительность к алкоголю определяется не только активностью алкогольметаболизирующих систем, но и другими опосредующими механизмами антитоксической направленности.

Экспериментально показано, что кроме систем окислительного метаболизма этанола (Wood J., Laverty R., 1979) важную роль в качестве модуляторов толерантности к различным эффектам этанола (двигательному, гипотермическому, например) играют вазопрессин и окситоцин (Hoffman P. et al., 1978), а также серотонин (Ang Dung et al., 1979) и дофаминергические пути (Murphy J. et al., 1988).

В связи с этим Т.В.Чернобровкиной для отыскания биологического маркера толерантности были выбраны энзимологические критерии неспецифической реактивности организма: активность в сыворотке крови ферментов ГТТ и ЛАП. Основанием для включения в биохимический тест толерантности к алкоголю параметра ГТТ явилась отмеченная зависимость между уровнем общей активности фермента в крови и индивидуальной переносимостью спиртного в пределах от максимально высокой у больных алкоголизмом до минимальной и полной непереносимости – у больных с аллергией. Основанием для включения в тест толерантности параметра ЛАП явилось отнесение этого фермента рядом авторов (Ташев Т., 1980; Кирчев П., Милева Ж., 1980) к показателям общей протеолитической активности крови, во-первых, к характеристикам аллергической реактивности организма, во-вторых, и связь с обменом гистамина (через высвобождение его предшественника гистидина) – в-третьих.

Разработан энзимологический способ оценки толерантности к алкоголю без применения нагрузочной алкогольной пробы. Способ основан на определении отношения ГТТ и ЛАП, которое отражает состояние гистаминобезвреживающей способности крови и, следовательно, чувствительность организма к гистаминвысвобождающим агентам, в том числе и алкоголю.

В ряде исследований была предпринята попытка сравнительного изучения чувствительности и эффективности различных типов скринирующих методик в целях раннего выявления проблемного пьянства и алкоголизма. М. W. Bernadt и соавт. (1982), сравнив эффективность восьми лабораторных тестов и трех коротких опросников, обнаружили большую эффективность опросников (MAST, CAGE) в идентификации больных алкоголизмом по сравнению с идентификацией только лабораторными методами. Это же мнение подтверждают Н. Kristenson и соавт. (1981), показавшие более слабую чувствительность теста ГТТ по сравнению с MAST у психически больных. М. Лукомская (2000) подчеркивает перспективность использования комбинированных объективных лабораторных тестов и опросников в диагностических и прогностических исследованиях алкогольной зависимости.

Н. Skinner (1979), обследовав больных алкоголизмом с помощью замаскированного опросника о травматологическом анамнезе и параллельного определения у них показателей ГТТ, холестерина ЛВП, СКОЭ, выявил, что с помощью опросника идентифицируются 70% проблемных пьяниц, тогда как чувствительность лабораторных тестов составляет лишь 26–40%. Лабораторные тесты оказываются эффективными в выявлении поздних стадий хронического алкоголизма в связи с устоявшимися ин-

токсикационными нарушениями и органопатологическими последствиями хронической алкогольной интоксикации. В то же время другие авторы (Латенков и Губин, 1984; Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М., 1986, 1999), рассматривая метаболические проявления алкоголизации в свете адаптиогенеза, подчеркивают высокую диагностическую информативность ферментных и других лабораторных тестов на ранних этапах формирования алкоголизма.

Некоторые из лабораторных тестов максимально чувствительны на ранних этапах хронической алкогольной интоксикации, а другие — на этапах алкогольного поражения органов (I и II ст. алкоголизма). Более того, разработан и рекомендован Минздравом РФ биохимический способ дифференциальной диагностики бытового пьянства и стадий алкоголизма. Способ основан на выявлении повышенного показателя коэффициента гиперферментемии ГГТ, рассчитываемого с учетом взаимодействия эффекта индукции алкоголем и скорости естественного обновления фермента в крови злоупотребляющих алкоголем на разных этапах (эпизодической и систематической алкоголизации) (Чернобровкина Т.В. и др., 1991).

Необходимо подчеркнуть, что при всей брготовой информации о биохимических нарушениях при злоупотреблении алкоголем до сих пор в научной и научно-практической литературе нередко смешиваются понятия *диагностика алкоголизма* и *диагностика алкогольного поражения* внутренних органов (чаще печени). Понятно, что в терминальных стадиях алкоголизма эти понятия органично и феноменологически сливаются, но на начальных стадиях заболевания понятия и методы их идентификации должны четко дифференцироваться.

Приведенные многочисленные данные свидетельствуют о необходимости и возможности адекватного использования различных скринирующих методик на различных этапах алкоголизации и алкоголизма. Опросники более чувствительны, и обследование с их помощью менее трудоемко, однако их простота сохраняет возможность сознательной фальсификации и бессознательного отрицания. В то же время следует подчеркнуть, что опросники требуют обязательной адаптации к культурным и профессиональным, возрастным и половым особенностям обследуемого контингента. Объективность лабораторных индикаторов при популяционном скрининге приобретает в таких случаях особую ценность.

В современной ситуации наиболее продуктивным направлением повышения надежности скрининга алкоголизма является сочетание опросников с лабораторными методами, что намного экономичней комбинаций только биологических маркеров. Предлагаются различные «скринирующие батареи», в которых комбинируются короткие опросники (типа MAST и CAGE), биохимические методы (ГГТ, холестерин ЛВП, СКОЭ и др.), клинические и анамнестические данные. Сочетание опросников и лабораторных тестов повышает надежность диагностики злоупотребления алкоголем до 76–89% (Lumeng L., 1986). В последние годы отмечается довольно своеобразная тенденция: с увеличением числа национальных модификаций ведущих скрининговых тестов увеличивается и число свидетельств об их возрастающей надежности. Например, испанская модификация MAST выявляет алкоголизм в 90% случаев, а на долю ложноположительных диагнозов приходится лишь 2% (Rodriguez-Martos D., Suares R., 1985).

В настоящее время все большее количество экспериментальных данных показывает, что повышенная готовность к систематическому употреблению алкоголя не является следствием особенностей какого-либо одного метаболического звена. Поэто-

му любые лабораторные методы могут оцениваться и использоваться лишь в комплексе с клиническими наблюдениями, анамнестическими сведениями и другими объективными данными. Они дополняют и расширяют диагностические возможности современной клинической наркологии и ее направления — наркологической превентологии.

### СКРИНИНГ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРКОМАНИИ

Наркотизм — не менее серьезное по своему распространению в обществе и угрожающим социальным последствиям явление, чем алкоголизм. Именно социальная опасность наркомании прежде всего является причиной создания концепции наркологической превентологии как наднозологической и междисциплинарной сферы профилактики.

Эпизодическое или умеренное употребление ряда веществ наркотического или стигмулирующего действия называется *наркотизмом* или *периодической наркотизацией*.

Согласно рекомендациям ВОЗ, наркоманом считают человека, состояние которого соответствует нескольким из следующих условий:

1. В связи с часто повторяемым приемом наркотических веществ у наркомана возникает состояние периодической или постоянной интоксикации, представляющее опасность для него самого и для его окружения; наркоман не только причиняет вред своему физическому и психическому состоянию и социальному положению, но и наносит своим поведением материальный и моральный ущерб окружающим, близким людям и обществу в целом.
2. Ввиду нарастающей толерантности наркоман постоянно повышает дозу потребляемого вещества для получения желаемого наркотического эффекта.
3. У наркомана наблюдается выраженная психическая и физическая зависимость от вводимого препарата, что проявляется в неодолимом влечении к наркотику.
4. Неодолимое влечение к наркотику вынуждает наркомана добиваться его приобретения любыми, часто криминальными, способами.

При периодической наркотизации эти признаки отсутствуют или выражены в незначительной степени: отсутствует потребность в увеличении дозы, имеются только элементы психической зависимости, желание повторного введения наркотика не носит компульсивного характера, наносимое приемом наркотика вредное воздействие распространяется исключительно на лицо, употребляющее наркотик.

*Наркоманией* называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома отмены (абстиненции) при прекращении их приема.

По мнению С.Б.Белогурова (1998), «наркомания — это не болезнь в обычном смысле этого слова. Но это и не просто порок из числа тех, что присущи здоровым людям. Наркомания — тотальное поражение личности, сопровождающееся изменениями со стороны физического здоровья».

На основе сравнительного анализа различных форм наркотизма И.Н.Пятницкая (1975, 1994) выделяет диагностически значимые группы симптомов, общие для всех его форм. Эти симптомы взаимосвязаны, что позволяет говорить не только о симптомологии, но и о синдромологии наркотизма. Три синдрома отличают наркомана от здорового человека:

- 1) *синдром измененной реактивности* организма к действию данного наркотика (включает комплекс защитных реакций организма, толерантность и трансформацию исходной формы потребления наркотика и формы опьянения);
- 2) *синдром психической зависимости* (включает обсессивное влечение к наркотику, достижение психического комфорта при интоксикации);
- 3) *синдром физической зависимости* (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Представляется важным в развитии наркомании выделить еще два синдрома – последствий наркотизма и полинаркомании.

По мнению И.Н.Пятницкой, *синдром последствий наркотизма* позволяет увидеть новые качества процесса наркотизма и особенности, свойственные отдельным его формам: энергетическое снижение, полисистемное функциональное истощение. Диагностическое значение синдром последствий имеет тогда, когда наркотизм маскируется и на первый план выходят тяжелые патопсихологические расстройства и неврологическая симптоматика.

*Синдром полинаркомании (полизависимости)* означает зависимость от двух и более видов наркотика.

Итак, можно проследить, что явления алкоголизма и наркомании в своей основе имеют два схожих процесса – психическую и физическую зависимость, которые с течением времени не исчезают.

Сложности проблемы диагностики наркомании связаны с различными причинами. В том случае, если доподлинно известен факт злоупотребления (применение препарата с немедицинской целью), относительно несложно провести диагностику наркомании. Если доподлинно не известен факт употребления наркотиков или токсических веществ, тогда необходимо опираться на диагностические критерии, которые включают в себя целый ряд признаков. Эти признаки обычно приведены в методических рекомендациях и пособиях для специалистов.

Приведем несколько известных подходов к диагностике наркомании.

По Э.А.Бабаяну (1988), для постановки диагноза необходимы:

- анамнестические данные – выявление в анамнезе больного возможных предшествующих данному обследованию этапов лечения по поводу употребления какого-либо ПАВ, изучение социального анамнеза путем расспроса родственников на предмет употребления данным лицом наркотических или токсических веществ;
- данные осмотра, пальпации на предмет обнаружения следов от инъекций, рубцов, кровоподтеков в местах инъекций;
- наличие абстинентного синдрома после прекращения доступа к наркотическому веществу или обращение за лечением в состоянии, которое можно расценить как абстинентный синдром;
- исследование биологических жидкостей и других материалов – слюны, мочи, пота, крови, волос, ногтей на предмет выявления наркотических (токсических) веществ или их специфических метаболитов;
- выявление поведенческих и психических изменений, возникших на фоне употребления наркотических веществ: резких перепадов настроения (дисфории), ухудшения социальных взаимоотношений – в семье, на работе. Проблема состоит в том, чтобы дифференцировать изменения поведения вследствие употребления наркотиков от тех изменений взаимоотношений, на фоне которых больной начал употреблять наркотические вещества;

- выявление изменений со стороны внутренних органов, вызванных употреблением наркотических веществ.

И.Н.Пятницкая (1994) выделяет несколько стадий в развитии наркомании, причем границы стадий в данной классификации условны, поскольку «развитие наркомании — постепенно утяжеляющееся, ускоряющееся, прогрессивное». На этапе злоупотребления (под злоупотреблением понимается употребление наркотических веществ без показаний с точки зрения юридического и социального аспектов), когда периоды опьянения чередуются с неопределенно длительными состояниями трезвости, клинически симптоматика наркоманий отсутствует, состояние здоровья хорошее. Затем появляется эйфория, предпочтение конкретного наркотика; регулярность приема и угасание первоначального эффекта способствуют развитию обсессивного влечения к наркотику; систематический прием наркотика приводит к подъему толерантности.

**Первая стадия** болезни не имеет ярко выраженной специфической симптоматики и в основном представлена двумя наркоманическими синдромами: *измененной реактивности* (измененная форма потребления, рост толерантности, падение защитных реакций) и *психической зависимости* (способность достижения психического комфорта в интоксикации). В случае продолжения потребления наркотического вещества появляется физическая зависимость, являющаяся знаком второй стадии наркомании.

**Вторая стадия** характеризуется тремя ярко выраженными синдромами: *измененной реактивности* с высокой устойчивой толерантностью на фоне отсутствия защитных и токсических реакций, измененной формы опьянения; *психической зависимости* с обсессивным психическим влечением к опьянению вследствие способности к психическому комфорту только в состоянии интоксикации и *физической зависимости* с компульсивным (физическим) влечением к опьянению, маскирующим обсессивное влечение, со способностью к физическому комфорту только в состоянии интоксикации, с абстинентным синдромом.

При продолжении злоупотребления развивается **третья стадия** заболевания, которая представлена следующими тремя синдромами: *измененной реактивности* — измененная форма потребления, снижающаяся толерантность, отсутствие защитных и токсических реакций; *психической зависимости* — обсессивное (психическое) влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в интоксикации и *физической зависимости* — компульсивное (физическое) влечение к опьянению, способность к физическому комфорту в интоксикации, трансформированный абстинентный синдром.

И.Н.Пятницкая указывает на две важные особенности в прогнозировании и оценке наркомании. Первая состоит в том, что, несмотря на различную выраженность синдромов, общая картина зависимости прогрессирует в вышеуказанном направлении. Вторая — в том, что часто больные (например, барбитуроманы) не доживают до третьей стадии, а клиническая картина второй стадии заслоняется тяжелой симптоматикой последствий интоксикации.

Для клинического психолога и любого специалиста, работающего в наркологии, важно разобраться в отличительных признаках лиц, употребляющих наркотики. Об употреблении наркотиков свидетельствуют следующие признаки:

- наличие сильного влечения к наркосодержащим препаратам;
- состояние наркотического опьянения;
- абстинентный синдром.

Влечение к наркотикам возникает очень быстро, в отдельных случаях даже после одноразового употребления. Наркоман не всегда сразу осознает, что его влечет к наркотикам, но, чем бы он ни был занят, мысль о наркотических средствах и одурманивающих веществах периодически и навязчиво в течение всего дня всплывает в его сознании, и если опытным наркоманам удастся скрывать проявления наркотического опьянения, то влечение к наркотику они скрыть не способны. Разговоры этих людей неуклонно возвращаются к теме наркотиков, при этом у них замечается эмоциональная заинтересованность. Их лицо выражает удовольствие, мимика и взгляд оживлены. Нередко появляется мечтательная улыбка. Они полностью увлечены рассказами о наркотиках, которые активизируют влечение. В предвкушении приема наркотических средств у этих людей возникает волнение, которое проявляется в возбуждении, неусидчивости, неспособности сосредоточиться на выполняемой работе, многоречивости. Если наркотика нет или его прием задерживается по каким-либо причинам, эти люди испытывают неудовлетворенность, недовольство собой и окружающими. Они становятся раздражительными, не способными к длительной физической или умственной нагрузке.

Состояние наркотического опьянения почти при всех видах наркомании напоминает алкогольное (за исключением вызванного препаратами, приготовленными из мака), но без характерного запаха алкоголя изо рта. Общим признаком состояния опьянения для всех видов наркотиков является эйфория, т.е. повышенное настроение, безмятежное блаженство в сочетании с замедлением или ускорением мышления. Однако такое настроение неустойчиво и может внезапно смениться недовольством. Опьяневшие оживлены, веселы, общительны, болтливы, громко разговаривают, назойливы, нередко у них возникает сексуальное возбуждение. В ряде случаев наблюдаются заторможенность, опаздывание с выполнением команд, каких-то действий, оцепенение вплоть до полного отключения, отсутствие реагирования на обращения к ним. Иногда при употреблении большой дозы наркотика наступает полная потеря сознания на длительное время. Появляются расстройства координации. Движения становятся менее точными, порывистыми, размашистыми. Опьяневший не может выполнять точные действия, у него дрожат пальцы рук. Походка неуверенная, возможно пошатывание при ходьбе, резкие отклонения от выбранного направления движения. Мимика становится ярко выраженной. Речь смазанная, невнятная («каша во рту»), замедленная, с внезапными остановками, непоследовательная, легко переключающаяся с одной темы на другую. Наблюдается излишняя жестикуляция. Лицо опьяневшего напоминает маску (обвисшие губы, полуопущенные веки), зрачки расширены независимо от освещения, их реакция на свет вялая. В таком состоянии, как правило, отмечается повышенная потливость; пульс учащается или, наоборот, становится реже; появляется бледность или покраснение лица.

Подробная клиническая картина наркотического опьянения и внешнего вида злоупотребляющих ПАВ приведена в руководствах и методических пособиях (Пятницкая И.Н. и др., 1986; Цетлин М.Г. и др., 1999; Рохлина М.Л., Козлов А., 2001; Энтин Г.М. и др., 2002; Дмитриева Т.Б. и др., 2002, 2003).

Когда действие препаратов заканчивается, наркоманы становятся вялыми, мало подвижными, безразличными к окружающему, пребывают в дремотном, заторможенном состоянии или впадают в глубокий сон. В этом случае разбудить их даже в дневное время чрезвычайно сложно. При многих видах наркомании часто отмечается чувство голода, повышенный аппетит, переходящие в прожорливость. От пере-

численных выше отличаются признаки наркотического опьянения, вызванного препаратами, приготовленными из мака (опий, экстракт маковой соломки, морфий, кодеин, омнопон, героин и т.д.). Наиболее достоверный признак опийного опьянения – сужение зрачков, которые становятся размером со спичечную головку. Второй признак, не наблюдающийся при приеме других наркотических средств, – это зуд кожи лица (особенно кончика носа) и верхней половины туловища. Наиболее ярко это проявляется при употреблении кодеина, когда зуд настолько силен, что у наркоманов образуются многочисленные расчесы кожи головы, шеи, за ушами и верхней половины туловища. Третьим важным признаком является сухость кожи, в то время как при других видах наркотического опьянения выступает пот. Четвертый признак – отсутствие нарушений координации. Кроме того, при опийном опьянении мышление ускорено, речь быстрая и внятная. Не наблюдается раздражительности, злобности, грубости, как это бывает при алкогольном опьянении. Язык розовый, обложен беловатым налетом. Возможны угнетение дыхания, запоры.

При употреблении одновременно нескольких наркотических средств или, как это часто бывает, наркотиков совместно с алкоголем признаки опьянения, абстинентного синдрома могут видоизменяться и пересекаться.

Длительное употребление наркотиков накладывает отпечаток и на внешний облик человека. Наркоманы со стажем, как правило, выглядят старше своих лет. Вследствие сопутствующих наркотизации заболеваний печени, почек и нарушений обменных процессов волосы у них ломкие, зубы крошатся, выпадают. Ногти обламываются, слоятся. Кожа дряблая, морщинистая, сухая, бледная, неестественного цвета, может иметь желтоватый оттенок, как у очень старых людей, а при злоупотреблении успокаивающими средствами и транквилизаторами – землистый. У этих людей медленно заживают раны. У тех, кто вводит наркотики с помощью шприца, имеются многочисленные следы от уколов в области локтевых сгибов, на кистях рук, на ногах, венах шеи. Особенно это характерно для больных эфедриновой наркоманией, когда частота введения наркотика особенно высока и вены усыпаны десятками точечных следов, которые часто гноятся. Вены у колющихся наркоманов уплотнены. Чтобы скрыть следы от уколов, наркоманы предпочитают не раздеваться при свидетелях.

Для больных эфедриновой наркоманией, а также для злоупотребляющих успокаивающими средствами и транквилизаторами характерны гнойничковые высыпания на коже. При эфедриновой наркомании вены утончены, в местах уколов кожа пигментирована. Язык покрыт трещинами, волосы спутаны и всклокочены. Голос осипший и слабый. При использовании снотворных средств для наркотизации на языке образуется плотный грязно-коричневый налет (Пятницкая И.Н., Герасимов Н.П. и др., 1986).

У наркоманов отмечаются серьезные заболевания жизненно важных органов, и в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, желудка, почек, печени, легких. Распространена импотенция. При токсикомании быстро испаряющимися летучими веществами наблюдается воспаление верхних дыхательных путей. Многие наркоманы равнодушны к своему облику, выглядят неряшливо, не заботятся о чистоте тела и одежды. У них отмечаются подавленность воли, снижение интеллекта, неспособность сосредоточиться, быстрая утомляемость. Наркоманы не придерживаются моральных норм.

Косвенно на причастность человека к производству и употреблению наркотиков могут указывать:

кофемолки, мясорубки, дуршлаг, решета, прессы, газеты, посуда (тазы, бочки и т.д.), тряпки (могут использоваться простыни, наволочки, нательные рубахи и т.д.), загрязненные растительными частицами, тампоны, бинты, пропитанные бурным веществом, а также закопченная, пахнущая растворителем посуда; специфические растительные и химические запахи, исходящие от подозреваемых, наличие у них на руках и под ногтями частиц растительного происхождения;

наличие книг и библиотечные заказы на фармацевтическую литературу; наличие медицинских инструментов и приспособлений, которые могут быть использованы для употребления наркотиков (шприцев, медицинских игл, резиновых бинтов, жгутов и т.д.), рецептов, трав, таблеток, порошков, ампул и т.п., а также упаковок от них;

полиэтиленовые пакеты, целлофан, пергамент, бутылки и т.д., сохраняющие специфический запах наркотиков, упаковки от средств бытовой химии; растворители, лаки, краски, бензин, керосин, дизельное топливо и т.д., хранящиеся в не предназначенных для этого местах;

отсутствие промедола в индивидуальных аптечках и баллонов с эфиром для запуска двигателей автомобилей в зимнее время;

частые обращения к врачам с просьбой выписать медикаменты, симуляция болезни, например простуды (при употреблении опийсодержащих препаратов), кашля (в целях получения таблеток от кашля, содержащих кодеин) и т.п.;

наличие кристаллического йода, марганцовки, питьевой соды, различных химических реактивов, приборов, записей и печатных материалов с описанием способов приготовления и химических реакций получения наркотических средств; наличие в укромных местах рвотных масс, окурков от самокруток папирос, у которых папиросная бумага несколько стянута с плотной внутренней втулки;

информация о том, что в магазинах одна и та же группа людей периодически закупает большое количество продуктов и напитков;

стремление отдельных людей выполнять работу или находиться в местах произрастания конопли или мака;

особенности поведения курильщиков: группа курильщиков затягивается от одной и той же папиросы или самокрутки с наркотиком, пуская ее по кругу; курильщик делает 1–2 глубокие затяжки, стремясь как можно дольше продержаться в легких дым; затягиваясь, держит папиросу между ладонями, чтобы предотвратить утечку дыма, затем передает папиросу следующему и т.д.;

использование жаргонных выражений, употребляемых наркоманами.

Специалист, работающий не только в наркологической превентологии, но и в любой сфере медицины, должен обращать внимание на малозаметные детали. О многом могут сказать результаты наблюдений, в том числе за особенностями общения. Ярко выраженная причастность человека к кругу наркоманов заметна даже по стилю его разговорной речи. Он часто употребляет слова, не известные тем, кто не принадлежит к этому кругу (Буркин М.М., Горанская С.В., 1999; Бодалев А.А. и др., 2001).

**Наиболее распространенные жаргонные выражения в среде лиц, употребляющих наркотические средства**

*Автомат* – медицинский шприц

*Алики* – алкоголики

*Амнуха* – ампула с морфием

*Антрацит* – гашишная масса, опий-сырец

*Балдеть* – веселиться, предаваться опьянению

*Банковать* – продавать наркотики

*Баш, бош* – порция анаши

*Баян* – шприц

*Белый, красный, черный* – названия компонентов для приготовления первитина («винта»)

*Блат-хата* – место хранения и сбыта наркотиков

*Божья коровка, божья трава* – гашиш, конопля

*Брикет* – упаковка таблеток с наркотиками

*Варить* – заниматься приготовлением первитина («винта»)

*Варищик* – человек, умеющий готовить первитин («винт»)

*Винт (айс)* – первитин (метамфетамин)

*Винтиться* – употреблять первитин («винт»)

*Винтовой* – наркоман, употребляющий первитин («винт»)

*Вмазать* – ввести наркотик парентерально (внутривенно)

*Волок, волокуша* – одна из фаз наркотического опьянения, приятное чувство после «прихода»

*Воткнуться* – дышать парами наркотического вещества

*Гера* – героин

*Гадость* – наркотики

*Галюки, глюки* – галлюцинации в наркотическом опьянении

*Голубизна* – морфий

*Гонец* – доставщик наркотиков к потребителям

*Деготь* – крепкий чай

*Джеф* – эфедрон

*Догнаться, догоняться* – принимать дополнительную дозу наркотика

*Долбит кумор* – обозначает абстиненцию

*Дринкари* – алкоголики

*Дунуть* – покурить коноплю в компании наркоманов

*Дурковать* – употреблять токсические вещества с целью вызвать психотическое состояние

*Дым* – анаша

*Дыра (яма)* – место, где приобретается наркотик

*Дышло* – токсическое вещество с одурманивающими парами

*Желуди* – желудочные таблетки с наркотиками

*Забить косяк* – маковая соломка (кокнар)

*Задвинуться* – ввести наркотик парентерально

*Закумариться* – опьянеть, принять наркотик с целью купировать абстиненцию

*Заморочки* – действия наркомана в наркотическом опьянении

*Зараза* – наркотики

*Кайф, кейф* – опьянение

*Кайф, волокуша, таска, нирвана* – основная фаза наркотического опьянения, состояние, ради которого и употребляются наркотики

*Калики* – таблетки с наркотиками, порошки, таблетки кодеина

*Кейф-базар* – притон наркоманов, место сбыта наркотиков

*Кеф* – порция анаши

*Кода (Катюха, пурь)* – кодеин

*Кокнар, кухнар, кохнар* – отвар из стеблей мака

*Колеса* – таблетки, вызывающие опьянение

*Колесник* – наркоман, употребляющий таблетки, вызывающие опьянение, – «колеса»

*Контроль* – кровь в шприце, закачанная из вены для того, чтобы предотвратить попадание в нее воздуха из шприца

- Костыль* — раскатанная пластинка гашиша диаметром 1–3 см и толщиной 1–2 мм из расчета на 1–2 папиросы
- Косяк* — папироса (сигарета), начиненная гашишем
- Красный* — красный фосфор, реактив для приготовления первитина («винта»)
- Кровосос* — сбытчик наркотиков
- Кропаль* — продукт для приготовления гашиша, пластинка наркотика, как правило, в виде круга
- Крыша капает, течет, съезжает, едет* — разные степени опьянения
- Кумар* — абстиненция, наркотическое похмелье
- Лаборатория* — набор приспособлений для приготовления первитина («винта»)
- Ломка* — крайне болезненное состояние, возникающее у хронических наркоманов после продолжительного периода воздержания от употребления наркотика
- Лошадка* — метадон
- Мара* — ткань, используемая в процессе изготовления гашиша
- Марафет (кока, кокс, крек)* — кокаин
- Мастырка* — папироса с наркотиком
- Машинка, машина* — шприц
- Мойка* — лезвие для снятия наркотического вещества с какой-либо поверхности (стенки и дно посуды, круп лошади и т.д.)
- Морфий (морфи, марфута, Мария, марцефаль, марьянка)* — морфий
- Мулька (коктейль «Джефф», космос, эфенди)* — эфедрон
- Мультики* — галлюцинации в опьянении (в зависимости от степени токсичности препарата могут быть цветными, черно-белыми, например, при вдыхании паров бензина с высокооктановым числом галлюцинации цветные)
- Нас* — жевательная смесь, включающая табак и другие ингредиенты
- Недогонок* — начинающий курить анашу
- Обезьяны* — начинающие наркоманы, подражающие более опытным
- Облом* — утрата «кайфа» под влиянием внешних впечатлений
- Обторчаться* — накуриться анаши
- Отходняк, отход* — состояние, возникающее на выходе из опьянения (наркоманы разграничивают его с абстиненцией)
- Опилки (зимник, чернушка, план, дурь)* — гашиш (анаша, каннабис, чарс)
- Определяться* — иметь признаки наркотического опьянения
- Передоз* — слишком большая доза наркотика
- Пласт* — плантация
- Пласт валит* — период массового сбора конопли (август–сентябрь)
- Пластилин* — опий-сырец, анаша
- Побочки* — побочные явления наркотиков
- Подышать* — надыхаться парами токсических веществ до опьянения
- Посадить (подсадить) или сесть на иглу* — приучить или приучиться к наркотикам, вводимым парентерально
- Пристроиться на иглу* — перейти на парентеральный прием наркотиков
- Приход* — начальная фаза наркотического опьянения, момент, когда наркотик начинает действовать
- Пульман* — упаковка таблеток, вызывающих опьянение
- Пшено* — папиросы с наркотиками
- Пыхнуть* — покурить папиросы с наркотиком
- Пяточка* — окуроченные папиросы с наркотиком
- Развить дозу* — привыкнуть к большим дозам наркотика
- Раскумариться* — наслаждаться опьянением после долгого перерыва, купировать абстиненцию

- Раствор* – кустарно приготовленный первитин, «винт»  
*Самоварка* – опий-сырец, опий, изготовленный кустарно  
*Серики* – таблетки, вызывающие опьянение  
*Сивушники* – алкоголики  
*Сидеть на игле* – постоянная потребность в наркотиках, вводимых внутривенно с помощью шприца  
*Сидеть на чем-либо* – употреблять в данное время определенный вид наркотика  
*Симплек* (*терьяк, опиуха, химканка, карахан*) – опий и экстракт маковой соломки  
*Снифер* (*химик, чуфанцик, нюхач*) – токсикоман, вдыхающий летучие токсические вещества.  
*Спрыгнуть, сходить с иглы* – прекратить парентеральный прием наркотика  
*Струна* – игла  
*Султыга* – ацелированный опий  
*Тарч* – опьянение  
*Таска* – приятное чувство после «прихода»  
*Тасковать, тосковать* – находиться в опьянении, наслаждаться им  
*Терьяк* – опий; масса, образующаяся после вываривания коробочек мака  
*Травка* – конопля, гашиш  
*Травка* (*дурь, план, клевер, сено, божья травка, Мери Джейн, нот, грас, хей, вид*) – марихуана  
*Трасса* – следы внутривенных вливаний наркотика  
*Убиться* – накуриться анаши  
*Удар* – «толчок» после введения наркотика  
*Ушел на золотой* – умер от передозировки наркотика  
*Флэт* – дом, квартира (где торгуют наркотиками либо употребляют их)  
*Ханка, ханки* – опий  
*Химичить* (*чуфанить, нюхнуть*) – вдыхать летучие токсические вещества  
*Химка* – гашишное масло  
*Химпласт* – конечный продукт переработки гашишного масла, приготовленного из пыльцы конопли  
*Химканка* – опий, получаемый из головок мака при помощи химических растворителей  
*Чек* – 10 г наркотика  
*Чернуша, черняшка* – опий-сырец в виде коричневых шариков  
*Чернота* – барбитураты, то же, что химка  
*Черный* – кристаллический йод, реактив для приготовления первитина («винта»)  
*Чибык* – 40 г наркотика  
*Чифирь* – крепкий чай  
*Чума* – кокаин  
*Чумовой* – наркоман в опьянении  
*Шала* – смесь измельченных листьев конопли и семян  
*Шалавый* – курильщик анаши  
*Шаровой* – опиоман  
*Ширево* – опий; наркотик для парентерального введения  
*Шмалить* – курить наркотик  
*Шоркнуться* (*шмыгнуться*) – принять наркотик парентерально  
*Шугняк, шуга* – чувство страха в гашишном опьянении  
*Ширяться* – вводить наркотические вещества вовнутрь с помощью шприца  
*Яма* (*дыра*) – место, где приобретается наркотик

А.А.Бодалев с соавт. полагают, что одним из достоверных признаков принадлежности человека к субкультуре наркоманов может также служить знаковая символика. При комплексной оценке психического статуса личности обследуемого представляется необходимым обращать внимание на специфические татуировки на его теле, которые могут иметь диагностическое значение.

Говоря о специфической искусственной дерматографии, в целом нужно отметить, что почти у всех наркоманов и токсикоманов наблюдается нарушение поведения. Этому способствуют сложные внутрисемейные отношения еще в доболезненный период, отсутствие опеки со стороны родителей и формирования интересов у ребенка, что приводит к нарушению правильного (гармоничного) физического и психического развития. Неизбежны тяжелые последствия этого в виде асоциального поведения (уклонение от учебы, нежелание работать, драчливость, мелкое воровство, побеги из дома, бродяжничество, а также случаи правонарушений). Наркоманы активно ищут единомышленников, объединяются в группы, образуя целую систему взаимоотношений, связей, контактов. Поэтому и сюжеты татуировок, и их расположение могут достаточно убедительно свидетельствовать о длительном пристрастии к наркотикам, идентифицировать носителя татуировки с определенной антисоциальной группой, говорить о выборе предпочитаемого наркотика, месте и способе введения, испытываемых ощущениях. Кроме того, эти сюжеты являются своего рода опознавательным знаком, позволяющим вступать в контакты для приобретения наркотиков.

К символам употребления наркотических веществ относятся изображение черепа, пронзенного кинжалом или шприцем, черепа с выползающей из глазницы змеей, разнообразные изображения цветка или коробочки мака. Нередки следующие сюжеты: цветок мака, обвитый змеей; мак, стебель которого представлен инъекционной иглой; цветок мака, обвитый колючей проволокой; головки мака с вытекающей каплей сока.

У лиц, употребляющих гашиш (анашу), иная символика: изображение полумесяца в сочетании с тремя четырехконечными звездочками (фирменный знак фабричного пакистанского гашиша); профиль луны с ладонью, приставленной к носу, или знаком зоны; мужчина, курящий кальян в окружении танцовщиц; джинн, вылетающий из кувшина; изображение пауков, сидящих на паутине, на пальцах рук перстни с камнями в виде пауков и черных крестов. Изображение пауков, сидящих на паутине, говорит о глубине пристрастия к наркотику («завяз», «запутался»).

Злоупотребление лекарственными препаратами находит свое отражение в изображении перстня, камень которого представлен светлым кругом, разделенным на три сектора, или полумесяцем с буквой «Н», что означает таблетку ноксирона.

Предпочитаемый способ введения наркотического препарата, как правило, связан с изображением шприца, который может сочетаться с женскими фигурами, колючей проволокой, с крыльями бабочки.

Наиболее часто татуировки наносятся на кисть руки, предплечье, грудь, бедро, реже — на шею, ладонь, межпальцевые промежутки. Татуировки, нанесенные в области локтевого сгиба, могут быть представлены не только рисунком, но и надписями и часто имеют функциональную направленность — скрывать следы инъекции.

Алкогольные татуировки встречаются несколько реже. Чаще всего стержневым компонентом рисунка является бутылка в сочетании с другими аксессуарами вольной жизни и надписью «Вот что нас губит». Также можно встретить изображение чер-

Таблица 8

**Концентрация и период обнаружения некоторых ПАВ и их метаболитов в моче  
(по E.J.Cope, 1986)**

Вещество	Скринирующаяся концентрация, нг/мл	Минимальная концентрация выявления	Время сохранения ПАВ в моче, сут.
Амфетамин (метамфетамин)	1000	500 (200 для амфетамина)	2—4
Барбитураты (амобарбитал, секобарбитал и др.)	200	200	2—4 для короткодействующих; свыше 30 для пролонгированных;
Бензодиазепины (оксазепам, диазепам, феназепам и др.)	200	200	Свыше 30
Кокаин	300	150	1—3
Кодеин (метилиорфин)	300	300	1—3
Героин (6-ацетилморфин)	300	300(10 для ацетилморфина)	1—3
Марижуана (тетрагидроканнабинол)	100; 50; 20	15	1—3 при случайном употреблении; до 30 при постоянном
Метадон	300	300	2—4
Фенциклидин	25	25	2—7 при случайном употреблении; до 30 при постоянном

та, сидящего на лунном серпе с бутылкой или рюмкой и надписью «А мы и на луне не пропадем», еще реже встречается подпись «эспераль» и год имплантации. Существует большое количество аббревиатур, сделанных в виде криптограмм. Одни отражают какое-либо понятие в традиционном его понимании, другие имеют бессмысленный набор букв (Бодалев А.А. и др., 2001).

Методы, используемые для скрининга и диагностики наркотизма, можно разделить на следующие группы:

1. **Аналитические**, к которым относятся методы химико-токсикологического анализа для определения ПАВ или метаболитов наркотического вещества в различных средах организма, а также методы измерения звеньев нейромедиаторных систем в крови и моче. Сложность данного подхода заключается в том, что, во-первых, разные по структуре и свойствам ПАВ имеют различные периоды сохранения в организме (в частности, время биологического полураспада), во-вторых, при аналитических методах определения ПАВ должна быть известна минимальная концентрация выявления вещества (МКВ), при которой оно может быть вообще выявлено и идентифицировано, а также скринирующаяся концентрация (СК), при которой вещество можно обнаружить при обычном скрининговом исследовании, в-третьих, необходимо решить вопрос о том, какой метод забора биологического материала будет наиболее безопасным и наиболее информативным для выявления ПАВ (табл. 8).

2. **Тонкослойная хроматография (ТСХ)** относится к количественным методам выявления ПАВ. Молекулы ПАВ распределяются в различных зонах фильтра и распознаются при помощи либо реакции люминесценции в УФ-лучах, либо реакции флюоресценции после применения специального окрашивания.

В России имеются данные по применению отечественных реактивов для тонкослойной хроматографии (Мягкова М.А., Лушникова М.В. и др., 1992), разработаны методы идентификации некоторых препаратов, например, трамадола, в моче (Залева В.А., Катаев С.С., Курдина Л.Н., 1998).

### 3. Иммуноферментный и радиоиммунный анализы

В этих методах для выявления ПАВ используются реакции с антителами в исследуемых биологических жидкостях (рис. 11). Специфичность и чувствительность антител зависит от химических свойств и качества (степени очистки) употребляемого ПАВ. В случаях, когда структура ПАВ и их метаболитов подобна, могут происходить перекрестные реакции. ПАВ окисляются с участием фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (6-ГФДГ) в присутствии никотинамид-аденин-динуклеотида (НАД) с образованием восстановленного продукта НАДН. Одна молекула восстановленного НАД соответствует одной молекуле ПАВ. Иммуноферментный и радиоиммунный анализы более точны, чем тонкослойная хроматография, и могут использоваться в скрининговых исследованиях, так как проводятся с использованием автоматических анализаторов.

4. Скрининговое экспресс-исследование. Очень часто возникает необходимость проведения экспресс-анализа на содержание ПАВ, например, у пациентов, поступающих в психиатрическую больницу, или в процессе мониторингования пациентов, проходящих лечение зависимости от ПАВ, при предрейсовом контроле водителей общественного транспорта, прохождении медкомиссии призывниками в вооруженные силы, трудоустройстве, получении водительских прав.

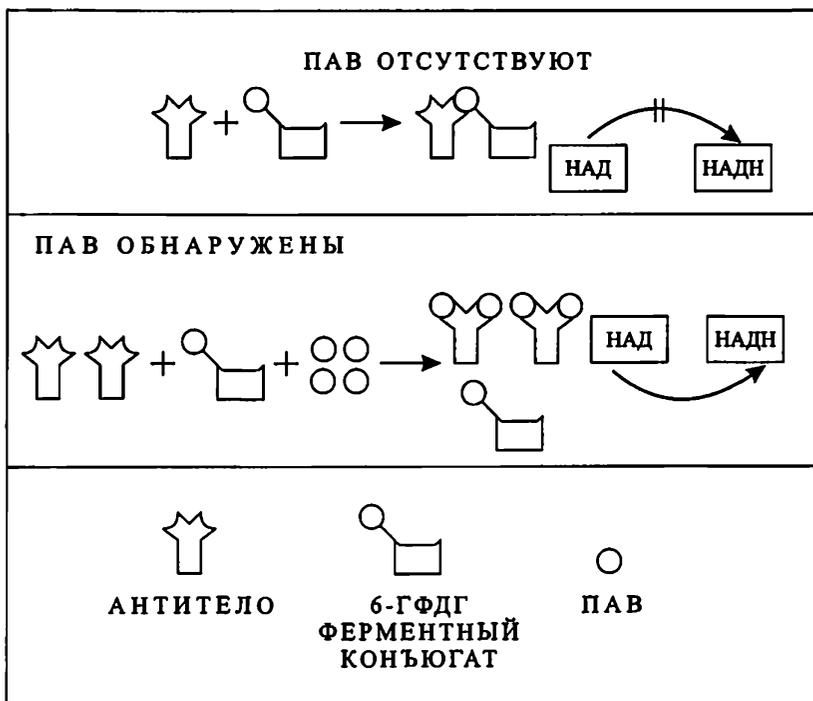


Рис. 11. Принципиальная схема иммуноферментного анализа при выявлении ПАВ (по K.Verebey, B.Buchan, 1999).

В нашей стране экспресс-диагностика наркотизма проводится с применением различных бесприборных экспресс-систем, одной из которых является метод «Quick Stripes», позволяющий определить в моче концентрацию следующих наркотических веществ: опиатных наркотиков (включая все производные, в том числе морфин, метадон, героин), кокаина, «экстази», каннабиноидов, амфетаминов, метамфетаминов, барбитуратов, бензодиазепинов. Если наркотик принимался за 1–5 дней до проведения теста и концентрация его метаболитов в моче соответствует пределам чувствительности метода, то можно с высокой вероятностью распознать скрываемый прием наркотического вещества.

В США используется *сортировочная панель для определения ПАВ и трициклических антидепрессантов* (The Triage Panel for Drugs of Abuse Plus Tricyclic Antidepressants), выпускаемая фирмой Biosite Diagnostics, Inc., San Diego, Калифорния. Тест на одно или несколько ПАВ представляет собой иммунохроматографическое устройство, в котором вещества, находящиеся в проверяемом образце, конкурируют с веществами, находящимися на мембране стрип-полоски, за возможность связывания с ограниченным количеством антигенов. Метод чрезвычайно прост в использовании. Небольшое количество мочи собирается в пластмассовый спецприемник (контейнер), в который вертикально погружается тестовая полоска до уровня, ограниченного стрелками, на 0,5–1,0 мин. Затем тест-полоска кладется на горизонтальную поверхность и в течение 5 мин появляется визуально интерпретируемый результат.

Принцип действия теста таков. Испытуемый образец быстро всасывается поглощающими участками стрип-полоски, при наличии в нем искомого вещества или его метаболитов они вступают в реакцию со специфическими антителами, связанными с частицами коллоидного золота, образуя комплекс антиген–антитело. Этот комплекс, в свою очередь, вступает в реакцию конкретного связывания с антигеном, иммобилизованным в тест-зоне стрип-полоски, и если концентрация наркотического вещества или его метаболитов превышает пороговый уровень (например, для морфина – 300 нг/мл), окрашивания не происходит. При отсутствии искомого вещества или его метаболитов или в случае, если их концентрация меньше порогового значения, антиген в тест-зоне стрип-полоски образует розовую полосу в этой области. Появление розовой полосы в контрольной зоне стрип-полоски указывает на правильность проведения процедуры тестирования и работоспособность его компонентов. Таким образом, отрицательный результат анализа – появление двух розовых полос (в тестовой и контрольной зонах стрип-полоски) – указывает на отсутствие искомого наркотического вещества или его метаболитов в образце или на то, что его концентрация ниже порогового уровня. Положительный результат – появление одной розовой полосы в контрольной зоне – указывает на то, что в исследуемом образце концентрация наркотического вещества или его метаболитов превышает пороговый уровень. На панели иммунохроматографического устройства для одновременного выявления нескольких ПАВ расположен указатель возможно присутствующих веществ и их минимально выявляемых (пороговых) концентраций:

- фенциклидин – от 25 нг/мл;
- бензодиазепины – 300 нг/мл;
- кокаин – 300 нг/мл;
- амфетамин (метамфетамин) – 1 000 нг/мл;
- тетрагидроканнабинол – 50 нг/мл;
- опиаты – 300 нг/мл;

барбитураты — 300 нг/мл;

трициклические антидепрессанты — 1 000 нг/мл.

Фирма Analyte Diagnostics, Inc., США, предлагает для использования комплексные *мультитесты* для одновременного определения 4–6 наркотических веществ (класса опиатов, метамфетаминов, амфетамина, кокаина, марихуаны — тетрагидроканнабиноидов). Принцип метода — иммунохроматографическое бесприборное выявление ПАВ в концентрациях выше пороговых (соответствующих разрешающей способности теста).

Чувствительность теста для морфина/героина — 300 нг/мл; метамфетаминов — 500; кокаина — 150; амфетаминов — 1 000; каннабиноидов — 50 нг/мл.

Методы высокоспецифичны, не дают перекрестных реакций с другими лекарственными веществами, используемыми по медицинским показаниям. Определяемые образцы не требуют особых условий хранения, кроме содержания их в холодильнике при +4 °С до 2 сут. или при –2 ... –4 °С до 5–6 сут.

Фирма Sun Biomedical Laboratories, Inc., США, разработала для практического применения в скрининговых исследованиях *тест-систему наркотических веществ в моче человека в моно- и комбинированных вариантах*. Принцип метода основан на иммунной реакции комплексов антиген + анти-ПАВ моноклональных антител (полученных от мышей) с лекарственными веществами в образцах мочи и хроматографической оценке продуктов реакции.

Фирма Roche Diagnostic Systems, Inc., Somerville, Нью Джерси, предлагает *тест-стакан* (On Trac Test-Cup Collection/Urinalysis Panel) для определения в моче одновременно трех веществ — кокаина (в концентрации не ниже 300 нг/мл), тетрагидроканнабинола (50 нг/мл), морфина (300 нг/мл). Принцип действия теста — взаимодействие ПАВ с антителами, находящимися на мембране. Тест представляет собой мочеприемник в виде стакана с крышкой. После забора небольшого количества мочи приемник закрывается и переворачивается в положение «тестирование». Результат известен в среднем через 3–5 мин. Если в моче присутствуют ПАВ, то на индикаторной полоске напротив указателя вещества появляется красный штрих. В случае негативной реакции полоска сохраняет исходный голубой цвет.

5. **Газожидкостная хроматография (ГЖХ) и газохроматографическая масс-спектрометрия.** Газожидкостная хроматография является аналитической техникой разделения молекул ПАВ, присутствующих в какой-либо жидкости (рис. 12). Анализируемая жидкость проходит через струю газа в специальной разделительной колонке. Детектор регистрирует наличие молекул в анализируемом составе. Образец аналогичного состава пропускается через колонку без газа. Время между ускоренной и наблюдаемой реакцией взаимодействия записывается как реакция замедления (ретенция). Ретенция является показателем, строго соответствующим определенному виду ПАВ.

Газохроматографическая масс-спектрометрия является одним из наиболее точных на сегодняшний день методов выявления ПАВ в различных средах (рис. 13). Идентификация вещества происходит путем газовой хроматографии и масс-спектрометрии выделенных паттернов. В случае получения неизвестного паттерна компьютерная «библиотека», в которой содержатся данные молекулярной массы всех известных веществ, поможет отыскать и идентифицировать анализируемое вещество.

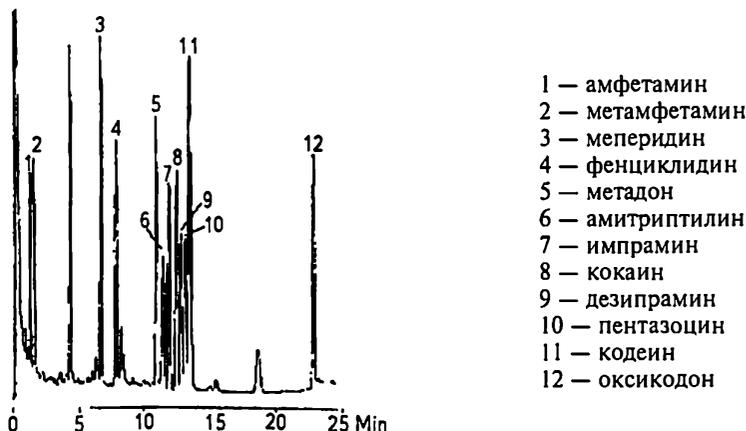


Рис. 12. Газо-жидкостный хроматографический анализ смеси различных ПАВ (по Alltech Associates, Inc., Deefield, IL, 1999 in: Verebey K., Buchan B., 1999).

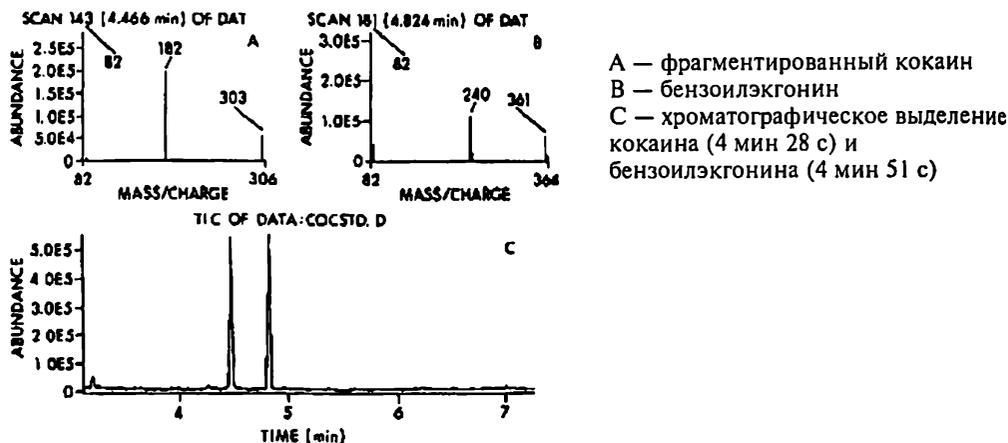


Рис. 13. Анализ на содержание ПАВ, полученный при помощи газохроматографической масс-спектрометрии (по Drs. R.Taylor, N.C.Jain in: Verebey K., Buchan B., 1999).

6. Оценка функциональных изменений, которые возникают как следствие продолжительного злоупотребления. В результате злоупотребления ПАВ известны специфические и неспецифические функциональные и метаболитные нарушения в организме. Так, А.В.Смородиным и соавт. (1999) получены данные об изменении образования продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), церуло-плазмينا и активности каталазы у подростков, вдыхавших летучие органические вещества (клей «Момент»). У регулярно вдыхавших для одурманивания пары клея подростков обнаружено увеличение содержания в крови малонового диальдегида (в среднем на 14%), отмечена тенденция к увеличению содержания гидроперекисей липидов, выраженное снижение активности каталазы в 1,7 раза и увеличение содержания церулоплазмينا в 2 раза, что в совокупности свидетельствует о снижении уровня антиоксидантной защиты организма.

Л.Ф.Панченко с соавт. (1998) также исследовали процессы ПОЛ и состояние системы антипероксидальной защиты плазмы крови у подростков, злоупотребляющих ПАВ. Как оказалось, у них изменений активности АСТ и АЛТ не было, но суммарная активность ЛДГ была превышена в 2 раза. У всех потребителей ПАВ обнаружено увеличение уровня продуктов ПОЛ в 1,8–1,9 раза. Это свидетельствует об истощении факторов антипероксидальной защиты (витамин Е, аскорбиновая кислота, урат, SH-группы белков) и о том, что у подростков, употребляющих ПАВ опийной группы, развивается поражение миокарда и печени, что требует дифференцированной стратегии диагностики и лечения опийной наркомании.

Т.В.Чернобровкиной и соавт. (1993, 1994, 1995, 1996, 1999, 2002) изучены особенности биохимической картины крови у злоупотребляющих препаратами конопли и летучими наркотически действующими веществами подростков. Были зафиксированы снижение диагностически значимого уровня холестерина ЛПВП, снижение активности ГГТ, разнонаправленные изменения активности креатинфосфокиназы (КФК) и ее фракций (мозговой, сердечной) при гашишизме и токсикомании летучими средствами. Обнаруженные метаболитные изменения связаны с механизмами нарушения адаптивной реактивности и повышения аллергической готовности организма и коррелируют с клиническими функциональными органопатологическими (поражения ткани мозга, миокарда, поджелудочной железы) проявлениями при гашишной наркомании и токсикомании растворителями.

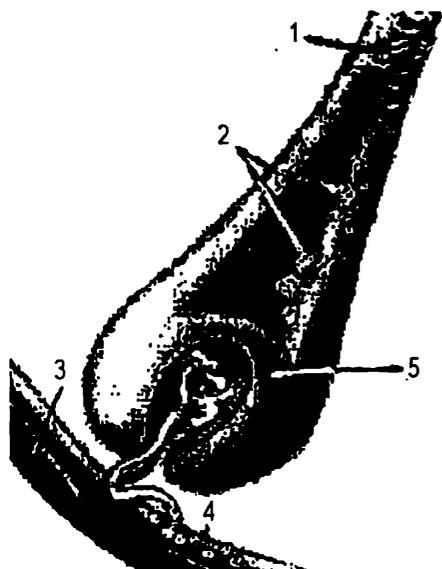
7. Психологические методы исследования, в том числе скрининговые тесты (MMPI, MAST, MAC), тесты для изучения личностных и патопсихологических расстройств и т.д. подробно рассмотрены в предыдущей подглаве.

8. Исследование следов ПАВ в слюне, волосах, потовых выделениях. Большинство ПАВ попадает в слюну путем пассивной диффузии. Преимуществом исследования слюны является неинвазивность получения данного биологического материала. Недостатком — ее загрязненность различными побочными продуктами метаболизма ротовой и носовой полости, веществами, попадающими в ротовую полость при курении. Тем не менее слюна может быть использована для определения наличия ПАВ, например, у водителей в случаях автодорожных катастроф (Frings C.S., 1989).

Другой биологической жидкостью организма, которую можно использовать для анализа, являются потовые выделения. С этой целью применяются специальные реактивные наклейки. E. Cone (1986) провел оценку потовых выделений на выявление кокаина.

Волосы и ногти также могут использоваться для выявления ПАВ в организме (рис. 14). В волосах содержатся крайне низкие их концентрации, поэтому метод диагностики должен быть очень чувствительным. Для радиоиммунного анализа или газохроматографической масс-спектрометрии используются сверхчувствительные антитела. Проблемой данного способа исследования является недостаточная изученность вопроса, каким образом ПАВ попадают в волосы — диффузией из крови через волосяной фолликул или экскрецией из потовых и сальных желез. ПАВ могут попадать в волосы и из внешней среды, в этом случае можно получить ложноположительный результат. Достоинством данного метода лабораторной диагностики является то, что ПАВ в волосах сохраняются в течение длительного времени — до нескольких месяцев.

Кроме того, достоинством экспертизы волос и ногтей на содержание ПАВ является возможность проследить «историю» попадания наркотика в организм, выявить концентрацию от субтерапевтической до сублетальной, а также простота получения, отбора и хранения проб. Как показали исследования, концентрация ПАВ в ногтях



- 1 — кутикула
- 2 — ПАВ, прикрепленное к коре волоса
- 3 — вена
- 4 — артерия
- 5 — волосяной фолликул

Рис. 14. Попадание ПАВ из капилляра в волосяной фолликул и последующее распределение ПАВ в волосах (Verebey K., Buchan B., 1999).

выше или равна концентрации в волосах (Симонов Е.А., Изотов Б.Н., 1993). У практической наркологической превентологии появилась сверхзадача — постепенно заменить анализ мочи на содержание ПАВ анализом волос, поскольку в моче некоторые ПАВ могут сохраняться только 2–4 дня.

9. **Кристаллография сыворотки крови** является моделью *in vivo* для получения визуальной информации о структурном проявлении наркотически или алкогольобусловленных патобиохимических процессов. Характер кристаллографического «пейзажа» свидетельствует о наличии метаболического дефекта, что может быть использовано для повышения эффективности оценки степени выраженности нарушений обмена веществ и прогноза изменения гомеостаза организма наркологических больных (Сидоров П.И. и др., 2002).

В заключение обзора по лабораторным методам скрининга и диагностики ПАВ в организме следует отметить особенности интерпретации полученных лабораторных данных. Воздействие на психику большинства наркотических и токсических препаратов длится, как правило, несколько часов, тогда как обнаружить метаболиты данных веществ можно в течение нескольких часов и даже недель. Однако наличие препарата в моче не является доказательством наркотизации или подтверждением давности употребления ПАВ. И наоборот, качественные показатели исследования крови и мочи могут подтверждать, что наблюдаемое поведение или действия субъекта связаны с потреблением ПАВ, особенно если показатели наркотиков и/или их метаболитов очень высоки. Поэтому эксперт столкнется с вопросом качественной интерпретации данных, полученных при экспертизе мочи: низкая концентрация есть следствие однократного применения или достаточно большого срока после прекращения интенсивного приема?

Ложноотрицательные результаты встречаются чаще, чем ложноположительные. Часто это может быть связано с низкой чувствительностью метода (например, тон-

кослойная хроматография). Гораздо реже ошибки могут встречаться при проведении газожидкостной хроматографии, газохроматографической масс-спектрометрии и радиоиммунных методов исследования. Косвенным подтверждением наркотизма могут служить изменения повседневного поведения и настроения, характера семейных взаимоотношений, повышенные финансовые расходы. Поэтому если получен отрицательный результат лабораторного исследования, а подозрение по анамнестическим данным на употребление ПАВ пациентом велико, то рекомендуется повторить исследование на выявление ПАВ в специализированной лаборатории (рис. 15).

Целесообразно использование комплексных подходов в диагностических целях в наркологии и в скрининговых исследованиях, особенно в профессиональных контингентах и в региональных группах населения (Чернобровкина Т.В., 1999).

Задачей дальнейших исследований является совершенствование скринирующего инструментария, способного количественно оценивать степень алкоголизации и наркотизации у различных возрастно-половых, этнических и профессиональных групп, выявлять угрожаемый с точки зрения развития алкоголизма и наркотизма контингент, объективизировать критерии эффективности лечения и качества ремиссии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема, затронутая в этой главе, касается многообразия определений, связанных с алкоголизмом и наркотизмом, и вопроса выявления алкоголизма и наркома-

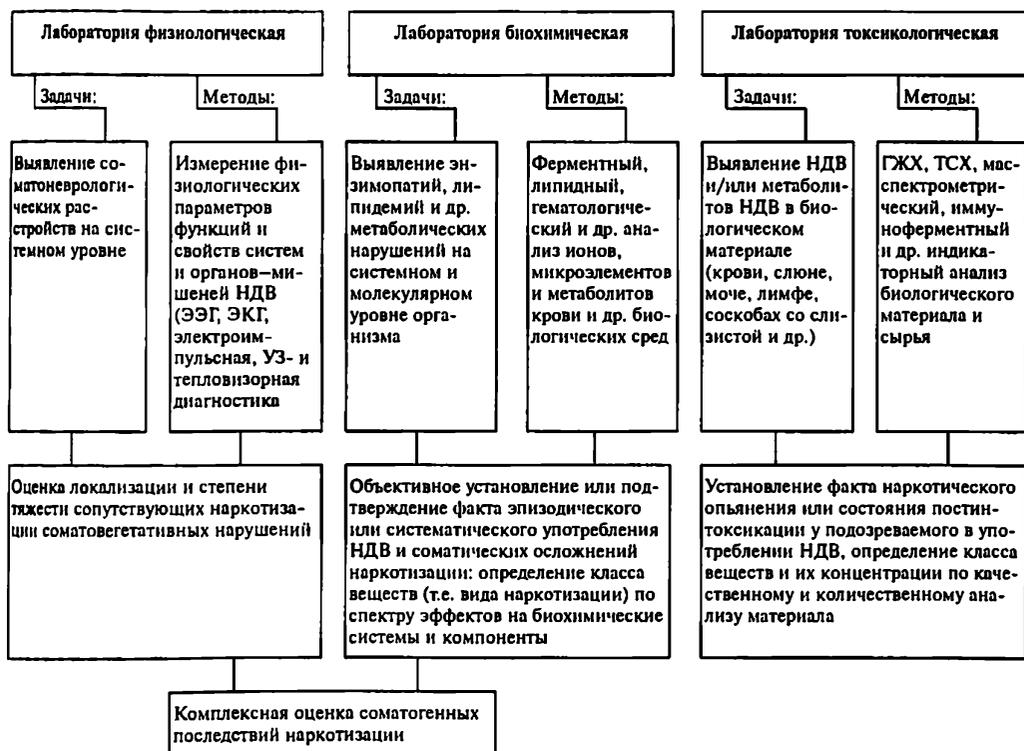


Рис. 15. Структура и функции подразделений лабораторной наркологической службы (Чернобровкина Т.В., 1999).

нии не только в развернутых стадиях, но и на этапе доклинических изменений в организме злоупотребляющих ПАВ с целью проведения своевременных профилактических и терапевтических мероприятий.

Введение международных классификаций МКБ-10 и DSM-IV не решило полностью всех проблем, связанных с диагностикой злоупотребления ПАВ и зависимости от них. Введение единых классификаций в мире скорее попытка, с одной стороны, приблизить взаимопонимание между специалистами разных стран и культур, а с другой – акцентировать внимание на многоаспектности проблем алкоголизма и наркомании.

Итак, в развитии зависимости от ПАВ выделяют синдром психической зависимости, синдром физической зависимости и синдром измененной реактивности на данное вещество. Эти синдромы взяты за основу определения зависимости в МКБ-10 и DSM-IV. МКБ-10 имеет шесть критериев зависимости, тогда как DSM-IV – семь. Большинство различий в классификациях касаются симптома злоупотребления, хотя и в МКБ-10, и в DSM-IV злоупотребление диагностируется прежде всего по своим социально негативным последствиям. Различие в классификации злоупотребления в МКБ-10 и DSM-IV скорее отражает культуральный характер (особенности).

Исследования, нацеленные на выделение этиопатогенетических факторов алкоголизма и наркотизма, проституции и суицидов, давали, по существу, сходные характеристики причин и условий девиантного и аддиктивного образа жизни вне зависимости от конкретных нозологических форм или поведенческих феноменов. Поэтому экстранозологический подход можно рассматривать как достаточно специфическое методологическое требование к наркологической превентологии.

Следует заметить, что и злоупотребление ПАВ, и зависимость от них проявляются не только в физиологической, но и в социальной сфере человека, в его контактах, отношении к повседневным обязанностям, в семье, в нарушении закона, что придает особую социальную значимость проблеме профилактики употребления ПАВ.

С целью снижения отрицательных социальных, медицинских, юридических последствий зависимости от ПАВ и предупреждения злоупотребления необходимо шире использовать скрининговые методики, позволяющие выявить возможность развития этих социальных недугов на ранней стадии. Скрининговые тесты должны быть достаточно чувствительными, чтобы обнаружить большинство случаев заболевания, и достаточно специфичными, чтобы исключить возможность как ложноотрицательных, так и ложноположительных результатов, а также недорогими, безопасными и приемлемыми с точки зрения пациентов и специалистов. Важным звеном в определении модели профилактики является выработка достаточно надежных прогностических критериев развития наркотизации.

## Раздел II

# **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ**



# ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ, существуют во всем мире независимо от географического положения страны, ее общественного строя, расы, вероисповедания населения и т.д. Так, после Второй мировой войны резко возросло употребление алкогольных напитков даже в тех странах, где их потребление запрещалось, например, религией.

Немалое беспокойство вызывает распространение токсикомании и наркомании среди различных групп населения России, особенно среди молодежи. Преобразования, начавшиеся в 1985 г., должны были повысить уровень благосостояния и создать обстановку социально-экономического комфорта для раскрытия творческого потенциала народа. Однако ситуация в социальной сфере не обрела тенденции к улучшению. Напряженность в обществе настолько велика, что традиционные формы и методы обеспечения социальных гарантий человеку оказываются несостоятельными.

Ведомственная разобщенность научно-практической деятельности в области формирования демократичного социально здорового типа личности и предупреждения отклонений в ее жизни приводит к тому, что педагоги, психологи, юристы, медики, видя ранние истоки изучаемых ими деформаций, все же ограничивают себя рамками своих научных дисциплин и непосредственных функциональных обязанностей.

Все многочисленные науки, изучающие формирование личности и процессы отклонений (социология, психология, криминология, наркология, педагогика и т.д.), имеют плоскости соприкосновения. Междисциплинарная интеграция и многоуровневые взаимодополнения являются методологической базой наркологической превентологии.

## ЦЕЛИ И ПРИНЦИПЫ ПОЛИТИКИ СДЕРЖИВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ НЕДУГОВ

Научно обоснованная концепция самоорганизующей деятельности по формированию общественного здоровья и предупреждению аддиктивного поведения должна опираться на два условия: высокое социальное качество жизни и соответствующий смысл жизни личности. Общие принципы социальной политики можно сформулировать при этом следующим образом.

**Принцип социальной активности** предполагает социальную самодеятельность людей, активное участие членов общества в разрешении острых противоречий его развития, использование общественного мнения, активной позиции личности для оздоровления индивидуального и обыденного массового сознания, предполагает опору на сознательную инициативу.

**Принцип информированности** требует знания полной и объективной картины распространения социальных болезней. Опыт последних десятилетий убеждает, что за-

крытие «моральной статистики» приводит к аморальному и нереалистичному видению картины социальных недугов, порождая в обществе нравственный формализм, ханжество и цинизм.

**Принцип гуманности** требует учета интересов человека и прав личности в осуществлении социальных программ, баланса административно-правовых и воспитательных мер преодоления социальных недугов и формирования здорового образа жизни. При осуществлении политики в области, например, производства и реализации спиртных напитков принцип гуманности предусматривает приоритет морально-нравственных и социально-психологических факторов над экономической заинтересованностью, определяет реалистичность подхода к осуществлению противоалкогольной политики, к оценке имеющихся на конкретном историческом этапе недостатков и противоречий, материальных ресурсов и социальных условий. Здесь многое могут сделать общества защиты прав потребителей.

**Принцип научности** предполагает объективный анализ закономерностей развития общества и имеющихся социальных типов личности, динамики негативных социальных явлений, «питающих» отклоняющееся поведение, научное обоснование программ предупреждения патологии развития, разработку и внедрение передовых, научно обоснованных форм и методов социальной работы.

**Принцип системности** подразумевает комплексность, системное взаимодействие всех научных и практических направлений работы по формированию общественно здоровой личности и предупреждению аномалий развития, а также установочные интегративные связи между социальной политикой в целом и ее отдельными частями, между субъектами и объектами воспитательно-профилактического процесса и т.п.

**Принцип раннего предупреждения** вытекает из самой генеральной цели социальной политики в данной области, обуславливает нацеленность всей системы защиты общества на раннюю профилактику, на примат предупреждения над наказанием, воспитания над перевоспитанием, на раннее выявление и устранение негативных предпосылок развития личности.

**Принцип дифференцированности** предполагает иерархию и распределение мер воспитательно-профилактического воздействия по отношению к различным половозрастным, социальным группам и подгруппам, учет конкретной ситуации развития личности, использование индивидуально подобранных методов воздействия.

**Принцип программно-целевого планирования** политики преодоления социальных болезней требует ориентации на достижение и удержание конкретных рубежей. Каждый орган, звено, отрасль, занятые в социальной политике, должны ориентировать деятельность на конкретный результат — на снижение распространенности пьянства и алкоголизма, наркомании и токсикоманий, преступности и аморальности, вредных привычек, суицидов.

Изложенные принципы политики противодействия социальным болезням позволяют увидеть ее закономерной и обязательной частью политики формирования гуманистического типа личности и предупреждения аномалий развития, а также социальной политики государства в целом.

## **ПОЛЕМИКА САМОСОЗИДАНИЯ И АУТОАГРЕССИИ В СУДЬБЕ ЧЕЛОВЕКА**

Если принять здоровый образ жизни (в том числе отказ от употребления ПАВ) не только как цель, но и как метод для достижения определенного рода ценностей — са-

моразвития, самоактуализации, то проблема мотивации поведения человека будет рассматриваться в рамках самосозидания, осмысления своей деятельности, нахождения смысла жизни, возможности выбора и ответственности за собственную жизнь. Нельзя редуцировать бихевиоральные и феноменологические составляющие человеческой психики. Невозможно избежать влияния субъективного переживания при выяснении явления аутокреации — самосозидания. Возможность выбора связана с ответственностью, интенциональностью, реализацией ценностей, смыслом существования.

В связи с этим проблема активности и пассивности установок достижения представляется очень важной. Говоря о причинах и источниках происходящих изменений, интересно проанализировать значение образа «Я»-прошлое, «Я»-актуальное и «Я»-идеальное для развития ценностей человека. Почему существует такой, а не иной идеал, насколько его значение связано с поведением человека?

Как считает Z.Zaleski (1988), прошлое играет роль точки отсчета, позволяющей анализировать собственное поведение в настоящем и создавать определенную стратегию поведения на будущее. В противном случае чересчур сильная концентрация мыслей на прошлых событиях и отсутствие прагматизма означает потерю психической энергии и может привести к патологии. Прошлое выступает в этом случае как важная часть «Я»-концепции, однако, лишенная связи с реальностью, эта часть не гарантирует развития личности.

Совсем другие функции исполняет реальность. Человек должен не только действовать, но и быть в ней, ощущать себя ее частью. Z.Zaleski приводит следующие замечания по поводу реальности, ее действий и эффектов:

- Концентрация поведения на реальных событиях и поиск в них материального вознаграждения (обогащения) может быть выражением отсутствия надежды.
- Существующая структура «Я»-концепции постоянно поддается изменению вследствие нового, актуального опыта и одновременно благодаря освобождению от прошлого позволяет почувствовать относительную свободу. Динамика в этом случае представляется как приписывание собственным целям ценности, весомости. Чем больше человек представляет себе возможность поражения или осуществления цели, тем у него меньше уровень фрустрации и стресса, тем его поведение будет более конструктивным. Определение цели помогает человеку в нахождении смысла жизни. Неудачи в достижении целей, наоборот, могут привести к отказу от задуманного.

Представители гуманистического и экзистенциального направления психологии A.Maslow, C.Rogers, R.May, V.Frankl приняли участие в дискуссии о значении идеала, ценностей, самоактуализации и самореализации в поведении человека, высказав собственную точку зрения по поводу значения факторов, влияющих на динамику изменений. Классический психоанализ, часто используя биологические термины, объясняет изменения в процессах сознания и подсознания как результат внешних воздействий. Неопсихоаналитики, хотя и отошли от «биологической» терминологии, придают большее значение в изменении поведения внешним факторам: культуре, отношению со стороны ближайшего окружения — родителей, значимых личностей и т.д.

Человек в определенной степени зависит от людей и не может избежать контактов с ними. Контакт необходим для того, чтобы научиться уважать ценности другого человека. Каждый индивид открывает это для себя сам (Poel van der, 1987). Стремление к высшим ценностям, поиск смысла жизни и реализация собственных способностей невозможны без постоянного самовоспитания и саморазвития. Один из

великих психологов гуманистического направления С. J. Rogers (1992) считал, что «главной тенденцией организма является стремление к претворению, поддержанию и усовершенствованию».

Процессы фальсификации в самоосознании начинаются, когда человек пробует игнорировать или отрицать появление в своем поведении угрожающих событий (например, аутодеструктивное поведение). Одним из решений этой проблемы является контакт человека с реальностью как определенный критерий оценки и стандарт информации извне.

Человек ощущает потребность быть независимым и одновременно нуждается в других людях (потребность зависимости). Обретению внутреннего равновесия «забота о себе – забота о других» помогают ранее пережитые события. Роел для описания этого состояния вводит двойное значение идеала как фактора, регулирующего процессы самореализации и самоопределения, а именно: реалистический идеал самореализации и идеальный, опирающийся на внутренние потребности личности. При этом автор замечает, что эти идеалы направляют склонности личности, дают ощущение удачи при исполнении цели, допуская, однако, противоречивые склонности и желания.

О мотивации самосозидания, о главных потребностях человека в условиях изменения пишет А. Maslow (1987, 1990). Он критикует неопсихоаналитиков и гуманистов за отсутствие определения таких терминов, как саморазвитие, аутоидентификация, самоактуализация, и считает, что, несмотря на отсутствие определения, все психологи пользуются этими терминами.

Потребность самореализации А. Maslow называет «стремлением становиться все больше тем, кем человек является и кем хочет быть». Личность, самореализующаяся автоматически, вооружена мощной основой – системой ценностей. Внутренняя динамика самореализующихся личностей заключается в позитивном отношении к другим; чувстве общности с другими; состоянии удовлетворения основных потребностей; дифференцированном подходе к средствам и целям.

В своей теории роста А. Maslow описывает две группы факторов, находящихся постоянно в конфликте: защитные факторы и факторы стремления к росту. Одна группа имеет тенденцию к отодвиганию: держаться прошлого, бояться риска, свободы, отличия. Другая толкает человека вперед: к самостоятельности, неповторимости, полной реализации всех способностей, доверию к внешнему миру, одобрению своего наиглубочайшего, реального, неосознанного «Я».

Нетрадиционный подход к динамизмам процесса самореализации и самосозидания описан в теории позитивной дезинтеграции К. Dabrowski (1986). Согласно ей дезинтеграция является позитивным фактором развития, потому что «понятие идеала личности охватывает все положительные качества человека, не только повседневные, но и редко проявляющиеся или индивидуальные».

К. Dabrowski считает, что внутренняя психическая среда человека находится в состоянии гармонии и одновременно конфликтов нескольких уровней. В случае наркотической и алкогольной зависимости в период трезвения дезинтеграция вызывает у человека недоумение, недовольство собой, чувство стыда. На последующих уровнях она приводит к изменению стиля жизни алкоголика на стиль жизни неалкоголика. Главное воздействие при этом оказывают генетические и социальные факторы, а также свобода выбора. Свобода выбора объединяет идеал трезвого человека и существующий образ.

J.Kozielecki (1987) также считает, что проблема зависимости связана с понятием свободы. Если у неопсихоаналитиков (например, у E.Fromm) идеал свободы доходит до границ анархии, то J.Kozielecki убежден, что человек не может избавиться от природы и общества. В этом случае абсолютная свобода ведет к аутодеструкции и является противоречием свободы действия. С одной стороны, расширение индивидуальной свободы является конечным условием выхода из того, кем человек является и что имеет. С другой стороны, экспансия среды требует от человека моральной зрелости. Индивидуальная свобода является важнейшей ценностью человека, потому что она исполняет двойную роль в его жизни: является аутоотелической (финальной, целенаправленной) и служит средством для достижения других ценностей и идеалов.

Одним из самых важных показателей социально-психологического здоровья населения является показатель так называемых насильственных смертей, которые возникают в результате убийств и самоубийств, отравлений различными веществами (включая алкоголь), дорожно-транспортных происшествий и других несчастных случаев.

Проблемы, приводящие больных алкоголизмом к суициду, принципиально не отличаются от проблем ненаркологических суицидентов (Roy A., Linnoila M., 1986), поэтому представляется уместным рассказать о причинах, динамике и последствиях аутодеструктивного поведения в широком аспекте, а затем выделить особенности суицидального риска у людей, употребляющих ПАВ.

Множество событий в жизни человека окутано тайной. К ним относится и суицид. Почему некоторые люди не хотят жить? Говоря о мотивации суицидального поведения, необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Почему человек совершает попытку самоубийства и хочет лишиться себя жизни? Какие внутренние барьеры необходимо сломать, чтобы преодолеть страх и сильный инстинкт жизни?
2. Почему человек, находящийся в трудной жизненной ситуации, в глубоком жизненном кризисе, несмотря ни на что хочет жить?

В литературе часто указывается на связь насильственных смертей и приема алкоголя. На сегодня проблемы потребления алкоголя и суицидов остаются чрезвычайно важными (Pluzek Z., 1997; Шустов Д.И., Валентик Ю.В., 1998; Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э., 1998; Амбрумова А.Г., Гилод В.М. и др., 1998; Лопатин А.А., 2000). Не менее серьезной является проблема суицидов при наркомании (Пятницкая И.Н., 1994; Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 2000).

Согласно классификации ВОЗ, суициды относятся к аутодеструктивному поведению. Аутодеструктивное поведение – это поведение, ведущее к разрушению, дезорганизации, нарушению функционирования человека, а также затруднения или невозможности процессов адаптации к изменяющимся условиям жизни. Аутодеструктивное поведение можно разделить на прямое и косвенное (опосредованное) (Pluzek Z., 1994).

В непосредственном аутодеструктивном поведении проявляется желание, а иногда даже стремление умереть или нанести повреждение своему телу, которое не обязательно ведет к смерти. При косвенной аутодеструкции человек не выбирает осознанно смерть, не решается на осознанное самоповреждение, однако он подвергает свое здоровье и свою жизнь смертельному риску. Z.Pluzek предлагает расширить схему аутодеструкции, включив в нее поведение, связанное с нанесением себе физического вреда, вреда психическому здоровью (морального вреда), а также отсутствие работы над своим развитием.

Классик исследований социальной патологии Э.Дюркгейм (1912) говорит о косвенной аутодеструкции как о самоубийстве в кредит. Однако больше внимания проблеме опосредованных суицидов уделил К.Менninger (1938), который ввел понятие фрейдовского инстинкта и говорил о самоубийстве при отказе от лечения. Чувство вины, агрессия, самоограничивающее поведение также ведут к аутодеструкции.

Косвенная аутодеструкция может появляться в какие-то периоды жизни либо в связи с привычными явлениями, например, когда человек испытывает страдание. Косвенное аутодеструктивное поведение называют по-разному: скрытое, острое и хроническое (Menninger K.A., 1938), «скрытое самоубийство» (Meerlo, 1968), субинтенциональная смерть (Shneidman E., 1968). Существенное уточнение в диагностику прямой и косвенной аутодеструкции вносит психиатр G.K.Litman (1980), который говорит о том, что прямое аутодеструктивное поведение появляется в состоянии острого кризиса или стресса, тогда как косвенная аутодеструкция является определенным стилем жизни, легкомысленным отношением к здоровью.

По определению Э.Гроллмана (1988), люди медленно убивают себя, не осознавая своих летальных намерений. Лица, к которым относится это утверждение, отрицали бы то, что их действия направлены на саморазрушение либо причинение вреда самим себе. И все же их образ жизни является движением в сторону саморазрушения. Те же психические силы, которые толкают человека к прыжку вниз с небоскреба, лежат в основе таких опасных привычек, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, игнорирование серьезных болезней, переизбыток, чрезмерная работа или хроническое курение.

К.Фредерик (2001) приводит 7 основных характеристик непрямого суицида (косвенное аутодеструктивное поведение, к которому можно отнести алкогольную и наркотическую зависимость):

- 1) частое отсутствие полного осознания последствий своих поступков;
- 2) рационализация, интеллектуализация своего поведения или негативное отношение к нему;
- 3) постепенное начало деструктивного поведения, которое все же стремительно приближает смерть;
- 4) крайне редкое открытое обсуждение этих тенденций;
- 5) вероятность долготерпеливого мученического поведения;
- 6) извлечение вторичной выгоды из сочувствия и/или проявлений враждебности во время саморазрушения;
- 7) представление о смерти как о случайности.

Хотя непрямо самоубийство является менее очевидным для окружающих, его результаты так же фатальны.

Современный человек, с одной стороны, потерял часть инстинктов, с другой — не знает традиций. В трудной ситуации (кризис) инстинкты не подсказывают, традиций нет. Поэтому он испытывает состояние вакуума. Согласно В.Франклу (1994), «человека характеризует прежде всего поиск смысла жизни, а не только поиск себя самого», из чего следует, что экзистенциальная пустота появляется по двум основным причинам: из-за конформизма, когда человек делает то, что делают другие, либо тоталитаризма, когда делает то, чего хотят другие; из-за ноогенного невроза. В результате этой пустоты возникает невротическая триада: депрессия, зависимость, агрессия. Чувство осмысленности, по мнению В.Франкла, стоит искать не во внешнем мире, а скорее в психике, отсюда понятие свободы — это умение организовать свою

Таблица 9

## Влияние потребления алкоголя на частоту суицидов (по данным литературы)

Дюркгейм Э., 1897	Франция	Связи между суицидом и употреблением алкоголя не выявлено Связи между алкоголизацией и суицидами не выявлено Уровень потребления алкоголя отражает уровень суицидов среди женщин Суициды связаны с ростом продажи крепких спиртных напитков При увеличении душевого потребления алкоголя на 1 л число суицидов среди мужчин возрастает на 1,9% При увеличении душевого потребления алкоголя возрастает число суицидов среди женщин Суицидальные мысли «часто приходили в голову» 80% абстинентов, не употреблявших алкоголь от 1 года до 10 лет и посещавших группы АА, а 35% пытались совершить суицид В течение года употребляли алкоголь 60% умерших от суицида и 40% покушавшихся Доля больных алкоголизмом среди суицидентов составляет 5,8% Доля больных алкоголизмом среди суицидентов – 15% Вклад алкоголя в насильственные смерти в 1985–1986 гг. достиг 39,4%, отравления алкоголем – 12,35%, автодорожных травм – 13,5%
Norstrom T., 1988	Дания, Франция	
Smart R.G., Mann R.G., 1990	Канада	
Graenwald P.J., Ponicki W.R. et al., 1995	США	
Skog O.J., Teixeira Z., Bamas J. et al., 1995	Португалия, Франция, Дания	
Rossow L., 1995	Норвегия	
Згонникова Е.В., 1997	Польша	
Амбрумова А.Г., 1980	Россия	
Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С., 1980	Россия	
Масин Ю.А., 1996	Россия	
Немцов А.В., 2000	Россия	

культурную среду. Жизнь человека, ее смысл – это понятие, заключенное между двумя данностями: того, что человеку дано от рождения, и того, к чему он стремится, открывая себя каждую минуту, каждый миг.

Алкоголизм и агрессия (в том числе аутоагрессия) в какой-то мере отражают аутодеструктивные процессы, происходящие в обществе (табл. 9).

Среди влияющих на суициды факторов у лиц, страдающих алкоголизмом, выделяют пол – женщины чаще совершают парасуициды, чем суициды, чаще совершают попытку суицида при помощи седативных препаратов, транквилизаторов и других ПАВ, чаще страдают депрессивным состоянием перед депрессией (Roy A., 1990; Лопатин А.А., 2000), и возраст – А.Г.Амбрумова и соавт. (1980) приводят данные о том, что пик алкогольных завершенных самоубийств приходится на 30–39 и 40–49 лет.

На частоту совершения суицидов при алкоголизме влияет и фактор продолжительности заболевания, а также стадия. Считается, что чем злокачественнее стадия, тем меньше риск суицида в связи со снижением способности критического восприятия (Красильников Г.Т. и др., 1984; Агазаде Н.В., 1989).

Наиболее полно теоретические предпосылки суицидогенности представлены в обзоре теорий суицидов при алкоголизме Д.И.Шустова и Ю.И.Валентика (1998):

**Алкоголизм как хронический суицид.** Согласно концепции Г.И.Каплан и Б.Дж.Сэддок (1994), суицид представляет собой наиболее крайнее проявление саморазрушающего поведения и аутоагрессивности, своеобразного личностного расстройства, проявляющегося в стремлении причинить себе вред в различных, в том числе и физической, сферах.

В основе саморазрушающего поведения лежат подавленная агрессивность (собственно аутоагрессивность), попытка показать состояние беспомощности невербальными средствами при дефиците коммуникации, а также деструктивный поведенческий паттерн: уход, бегство от жизненных проблем в состоянии безысходности.

К категории «хронического самоубийства, по К.Меннингеру, можно отнести случаи связанных с алкоголем заболеваний: смертность от циррозов, рака и других соматических заболеваний, от несчастных случаев (в том числе автокатастроф), травм (отмечают зависимость летальности от черепно-мозговых травм в состоянии опьянения, отягощенности по алкоголизму семейного анамнеза и убийств). Таким образом, хроническая алкоголизация сокращает ожидаемую продолжительность жизни в среднем на 15 лет. К еще более завуалированным формам аутоагрессивного поведения можно отнести случаи с подверганием себя смертельной опасности при вызывании тетурам-алкогольной реакции (Альтшулер В.Б., 1994) или поведение алкоголиков-гомосексуалов, активно контактирующих с зараженными ВИЧ, представляющее ожидаемое заражение в виде пассивного суицидального акта (Frances R.J., Franklin J., Flavin D.K., 1987).

**Особый тип суицидогенного алкоголизма.** Опираясь на концепцию алкоголизма С.Р.Слонингер с соавт. (1988), к данному суицидоопасному типу можно отнести социально независимый тип алкоголизма (ранний, преимущественно у мужчин). Больные с высокопрогредиентным алкоголизмом чаще совершают суицид или суицидальные попытки.

**Особый тип преморбидной личности.** В какой-то мере данная концепция перекликается с концепцией алкоголизма С.Р.Слонингер. Все исследователи отмечают первичность личностных расстройств по отношению к алкоголизму.

**Алкоголизм и депрессия.** Хроническое употребление алкоголя способствует снижению настроения и ведет к суицидальному поведению. Ряд исследований подтвердил это предположение, установив:

- определенную биологическую связь между депрессиями и алкоголизмом — наличие аффективных и тревожных расстройств у больных алкоголизмом определяется соответственно в 33,7 и 39,1% случаев;
- различные варианты депрессии у обследованных больных алкоголизмом;
- интегративную модель алкогольных суицидов (Frances R.J. et al., 1987):
  - 1) внутренние или внешние причины, ведущие к выпивке;
  - 2) ожидание облегчения напряжения;
  - 3) последующее ухудшение настроения;
  - 4) амнезия того, что депрессия может пройти в трезвом виде;
  - 5) усиление чувства вины и понижение самооценки, что в будущем ведет к финальному результату — суициду.

В клинике суицидального поведения при алкоголизме не выявлено каких-то закономерностей. Это связано с наслоением различных факторов: личностных, социальных, динамических. Большинство практиков выделяют суициды с премедикацией и суициды импульсивного характера (Амбрумова А.Г. и др., 1981).

Анализ влияния абстинентного синдрома и алкогольных психозов на частоту суицидов показал, что лица, перенесшие психоз, умирают от суицида в 2 раза чаще, чем больные, не имевшие психоза. По различным данным, влияние алкогольного психоза на частоту суицидов прослеживается от 5 до 60% случаев. Алкоголизация и алкоголизм представляют благодатную почву для зерен суицида благодаря сочетанию депрессивных переживаний и растормаживающего эффекта алкоголя, облегчающего суицидальные действия. В связи с этим наиболее эффективным превентивным мероприятием для пациентов, еще не попавших в поле зрения суицидологов, считается снижение потребления алкоголя в популяции и лечение алкоголизма как основного заболевания. Вместе с тем существуют особенности психологического статуса больных алкоголизмом и, возможно, других больных наркологического профиля, позволяющие в перспективе разрабатывать специфические подходы к профилактике аутоагрессивного поведения этих больных (Шустов Д.И., Валентик Ю.И., 1998).

По мнению Э.Гроллмана (1988) относительно взаимосвязи употребления ПАВ и суицида, алкоголизм имеет отношение к 25–30% самоубийств; среди молодых людей этот показатель достигает 50%. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.

Пьяницы нередко чувствуют себя лишенными любви окружающих. Они выпивают для того, чтобы притупить эту боль. Поскольку алкоголь способствует возникновению депрессии, ее начальные признаки возникают довольно быстро. После выпивки люди чувствуют себя еще более подавленными и виновными, и это является поводом для нового приема алкоголя. Таким образом, возникает порочный круг: депрессия приводит к употреблению алкоголя, что, в свою очередь, вызывает еще большую депрессию, приводя в дальнейшем к частой алкоголизации или запоям. В результате распадается семья, теряются друзья и работа.

Исследования показывают, что у многих пьяниц, ставящих крест на своей жизни, потеря тесных взаимоотношений с окружением отмечается по крайней мере в течение шести предшествующих суициду недель. Во время межличностного кризиса больной алкоголизмом отличается особенно высоким суицидальным риском. Алкоголь также усиливает агрессивность, которая может привести к саморазрушению, если оборачивается на самого себя. Можно сказать, что алкоголизм является существенным фактором суицидального синдрома.

Часто употребление алкоголя сочетается с приемом барбитуратов, транквилизаторов или героина как в прямых суицидальных целях, так и ненамеренно. Наркотики и алкоголь представляют собой относительно легальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы. Наркомания и суициды тесно связаны между собой. Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, как и общий стиль жизни наркоманов, в значительной мере направлены на саморазрушение — независимо от осознания намерений. Психологи наблюдали взаимосвязь полинаркомании и состояний депрессии и тревоги. Предпринявший в 1933 г. психоаналитическое исследование этого феномена известный психоаналитик Шандор Радо ввел термин «фармакотимия» для описания своеобразного расстройства психики, при котором наркотики употребляются с целью утolenия невыносимой психической боли. Он подчеркивал, что в этих случаях наркотикам приписываются магические свойства, которые могут повысить самооценку или помочь справиться с меланхолическим настроением.

Токсические эффекты наркотиков, как и алкоголя, предрасполагают к широкому кругу болезней: чаще развиваются такие серьезные заболевания, как гепатит и эндокордит. У подавляющего большинства наркоманов, которые страдают от общего стиля жизни, характеризующегося стихийностью и недостаточным питанием, они возникают из-за сочетанного приема таблеток и инъекционных наркотиков. Наркоманы с большей вероятностью заболевают такой фатальной болезнью, как СПИД, который вызывается особым микроорганизмом, называемым ретровирусом, разрушающим иммунные клетки. Приблизительно 17% из тех, кто рискует заболеть СПИДом, вводят наркотики внутривенно. Вирус СПИДа персистирует в крови и распространяется через иглы при использовании общего шприца. Недавнее исследование больных наркоманией в больших городах Америки подтвердило представление о том, что наркотики являются одним из широко распространенных средств совершения самоубийств. Не только молодые, но и пожилые люди убивают себя передозировкой медикаментов. Основными лекарствами, используемыми для самоубийства пожилыми людьми, являются: пентабарбитал (38,3% случаев), секобарбитал (26,6%), фенobarбитал (6,9%), салицилаты (5,8%) и секоамобарбитал (5,1%).

Многие наркоманы, как и другие потенциальные самоубийцы, молодые и пожилые, чувствуют себя не любимыми окружением и сами никого не любят. По словам психиатра Исидора Сэджера, «никто из тех, кто не оставил надежду на любовь, не совершает самоубийства». Наркотики притупляют чувства и держат семью, друзей и весь мир на расстоянии. Для некоторых людей есть только два выхода: употреблять наркотики или совершить попытку самоубийства.

Говоря о суицидах, справедливо назвать наркоманию и токсикоманию первой причиной аутодеструкции. О том, что наркомания относится к ярко выраженной аутодеструкции, свидетельствуют токсический эффект наркотиков на организм и развитие иммунодефицита (по некоторым данным, до 50% наркоманов, использующих внутривенный способ введения ПАВ, являются ВИЧ-позитивными). Ежегодно смертность среди потребителей опиоидов возрастает на 1,5–2% (Jaffe J.H., Klapp C., 2000).

Огромную опасность в этой связи представляют психостимуляторы, особенно амфетамин, который очень часто повышает агрессивность и может способствовать совершению убийств. В фазе субдепрессии он способствует совершению суицида. Нередки случаи развития у наркоманов нервной анорексии, также приводящей к смерти (King G.R. et al., 2000).

Поскольку большая часть наркоманов – лица молодого возраста, самоубийств среди них, как и среди алкоголиков, больше: «Молодежь кончает с собой почти в эпидемических масштабах... Очень часто за употреблением токсических препаратов скрываются суициды» (Гроллман Э., 1988).

Среди других социальных факторов, влияющих на риск суицида, Э.Гроллман называет следующие: экономический кризис в стране; работу, связанную с высокой степенью ответственности (врачи); пол – женщины чаще совершают попытки, но у мужчин суициды чаще носят законченную форму; семейное положение – на первом месте одинокие, не состоявшие в браке, далее овдовевшие и разведенные, бездетные пары и молодожены; возраст – молодежь и люди преклонных лет; горожане, особенно если живут во внутригородских кварталах, чаще совершают суицид; расу – часто суицидальные попытки совершают афроамериканцы и коренные американцы – индейцы, особенно молодежь в возрасте до 20–30 лет; географию (самый высокий уровень – Венгрия, Югославия; некоторые психологи выделяют 10 стран,

где проблемы суицидов очень серьезные, – Австрия, Швейцария, Германия, Дания, Япония, Франция, Швеция, Бельгия, Люксембург, США); время года – весна, когда человеческие несчастья контрастируют с природой, и Рождество, когда человек особенно остро ощущает свое одиночество; пребывание в тюрьме, где суициды совершаются в 5 раз чаще. В целом, анализируя эти факторы, Э.Гроллман приходит к тому, что вся проблема суицидента – это его личность, негармоничная, неуравновешенная, и порой суицид – это плата за неудавшуюся адаптацию к самому себе и к жизни общества.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что организация антикризисной помощи в наркологической превентологии является одним из важных звеньев на всех этапах профилактики. Особенность оказания помощи заключается в том, что все внимание специалиста необходимо направлять на анализ личности, а именно на два его аспекта – внутрличностную сбалансированность, стремление к самореализации и уровень социальной компетентности, т.е. гармоничность взаимоотношений с внешним окружением.

Как показали исследования Т.Н.Березиной (1997), посвященные осознаваемым и неосознаваемым аспектам жизненного пути личности, это разные процессы. На сознательном уровне человек преимущественно ориентируется на бытующие в обществе представления о себе и своем жизненном пути, на социально принятые ориентиры и выделяет в качестве этапных в своей жизни моменты приобщения себя к тем или иным социальным институтам (личностно-ориентированный тип социальных представлений). На более глубоком уровне он реагирует не на социально заданные представления, а на вещи экзистенциальные и даже физиологические – болезнь, аварию, возможный конец жизни и т.д. Человек бессознательно закрепляет в своей образной сфере все события, связанные с сильными эмоциональными переживаниями, особенно отрицательными – психическими травмами, потерей близкого человека.

М.Монтень писал: «Мы ко всему подходим с собственной меркой, и из-за этого наша смерть представляется нам событием большой важности; нам кажется, будто она не может пройти бесследно. И чем большую цену мы себе придаем, тем более значительной кажется наша смерть». Поистине человек страдает от своей собственной оценки происходящего.

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Среди авторов, занимающихся проблемами предупреждения заболеваний, нет единого взгляда на сущность и цели превентивной деятельности. Для описания профилактической деятельности используется несколько терминов: психопрофилактика социальной патологии, превенция и иногда – раннее вмешательство.

Термин *психопрофилактика социальной патологии* равнозначен термину *психогигиена*, который пришел в Россию из Европы и использовался в самом начале развития профилактики. После него появился термин *психопрофилактика* и, наконец, в 1960-е годы – *превенция*. Понятие «раннее вмешательство» обозначает несколько иной вид деятельности, более узкой, связанной с каким-либо кризисом, и активные виды профессиональной помощи.

Наркология – раздел психиатрии, занимающийся диагностикой и лечением заболеваний, связанных с зависимостью и злоупотреблением психоактивными веществами.

**Наркологическая превентология** — это научное направление, занимающееся междисциплинарной и всесторонней профилактикой различных форм зависимости от ПАВ.

Наркологическая превентология является собирательным понятием разнообразной деятельности, в которой используются различные методы и средства.

Название «наркологическая превентология», на наш взгляд, наиболее удачно, так как это раздел частной превентологии, опирающейся на методологическую базу общей превентологии. В нашей культуральной среде термин «превенция» изначально ассоциируется с деятельностью, направленной на предупреждение патологических социальных явлений — наркомании, токсикомании, алкоголизма, преступности, насилия и т.д.

С точки зрения концепции комплементарности наук о формировании человеческой личности можно выделить основные направления наркологической превентологии:

**Психогигиеническое** — коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности. Индивидуальная психолого-педагогическая работа с трудными подростками, имеющими отклонения в поведении.

**Педагогическое** — последовательное антиалкогольное и антинаркотическое воспитание в школе с 1-го по 11-й класс. Формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения. Обучение специалистов различных отраслей превентивной наркологии.

**Санитарно-гигиеническое** — повышение санитарной грамотности и культуры населения. Антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда среди широких слоев населения. Искоренение вредных для здоровья привычек.

**Медико-социальное** — комплексная работа с группой риска — лицами, злоупотребляющими ПАВ. Санирование биологической почвы. Выявление маркеров социального неблагополучия и оценка критериев успешности превентивных программ. Оздоровление микросоциальной среды. Работа по индивидуальным программам и планам медико-педагогических мероприятий.

**Здравоохранное** — развитие и совершенствование наркологической службы. Система мер по уменьшению распространенности алкоголизма и наркотизма. Широкая работа всей общемедицинской сети по профилактике социальной патологии.

**Административно-правовое** — регулирование сдерживания наркомании и алкоголизма. Система ограничений и запретов, направленных на уменьшение распространенности пьянства, алкоголизма, наркотизма и их последствий.

**Экономическое** — система государственных мероприятий по уменьшению экономической зависимости бюджета от продажи алкоголя, что позволит развернуть более действенные превентивные меры.

G. Carlan (1964) выделил три уровня превенции:

**Первичная превенция** включает все виды деятельности, направленные на снижение вероятности заболеваемости путем противодействия условиям до того, как они вызовут заболевание.

**Вторичная превенция** используется, когда открыты ранние признаки заболевания. Цель действий на данном этапе — противодействие развитию заболевания и уменьшение его длительности; наиболее характерной формой является ранняя интервенция. Чаще всего проводится психотерапевтическими методами.

**Третичная превенция** включает предупреждение негативных эффектов заболевания и госпитализацию, а также предупреждение рецидива заболевания, минимизацию вторичных повреждений. Этот вид превенции чаще всего проводится методами реабилитации и социальной помощи.

Несмотря на столь широкое определение профилактической деятельности, классификация G. Carlan стимулировала развитие превенции в целом, хотя при этом оказались стертыми границы между лечением, реабилитацией и превенцией.

На одной из заключительных дискуссий IX Европейской конференции по психологии здоровья и превенции (1997) было установлено, что основным показателем превенции является уменьшение показателей заболеваемости путем уменьшения стресса и поддержания условий, вызывающих развитие собственных умений и копинг-стратегий. В связи с этим первичная превенция должна концентрироваться на группах и индивидах риска, у которых не проявляются симптомы нарушений, но существует высокий риск появления этих нарушений.

E. L. Cowen (1983) также рассматривал цель и методы первичной превенции на модели психических нарушений. Первичная превенция, считает он, — это более широкое понятие, обозначающее группу процедур, направленных на пропаганду здорового образа жизни и предупреждение дисфункций. В этом широком понимании превенции речь идет о предупреждении соматических заболеваний, несчастных случаев и социальной патологии. В узком смысле первичная превенция психических заболеваний — это деятельность, которая направлена на усиление психологических способностей и навыков, а также предупреждение психических дисфункций. В данном случае первичная превенция принимает во внимание только психологические (социально-психологические) переменные. E. L. Cowen убежден в существовании тесной взаимосвязи между широким и узким пониманием превенции, что видно на примере психосоматических болезней.

По мнению E. L. Cowen, каждый вид превентивной деятельности должен быть осознанным, интенциональным, опираться на знания о том, как предупредить нарушения и как поддержать здоровье. Источники превенции — это социально-психологические знания о причинах нарушений и дисфункций, о механизмах проявления риска, а также сведения о том, какие функции поддерживают здоровье и развитие индивида и функционирование групп. Эти знания обуславливают сознательное и интенциональное использование превенции. Во всех превентивных подходах используются две главные стратегии:

1) усиление компетентности людей путем обучения и повышения устойчивости личности;

2) организация или реорганизация окружения таким образом, чтобы оно способствовало укреплению здоровья и не содержало источника стресса.

Эти стратегии могут быть реализованы самыми различными способами. Один из наиболее известных — пропаганда здорового образа жизни, помогающая людям получить знание о здоровье и факторах, способствующих укреплению здоровья. Проблема в том, что мало известно о механизмах функционирования этих образовательных программ и условиях их эффективности.

В последнее время распространяется стратегия профессиональных и непрофессиональных групп самоподдержки. Воздействия, связанные с группами самоподдержки, входят в экологическую превенцию, т.е. основаны на изменении климата семьи, социально-психологического климата на работе, климата в месте проживания и т.д.

В современной превентологии и наркологии наркологическая превентология занимает достаточно большое место (см. табл. 10).

В данной модели прослеживается принцип последовательности и системности превентивной деятельности, помимо этого наркологическая превентология в России будет иметь ряд культуральных отличий.

Таблица 10

## Место наркологической превентологии в общей модели наркологии и превентологии

Уровень помощи	Группа, на которую направлено воздействие	Форма воздействия, его организация
Первичная превенция	Вся популяция	Детские и школьные образовательные антинаркотические программы; распространение идей здорового образа жизни; мероприятия по организации внешкольной деятельности; охрана правопорядка; районные объединения, различные социальные организации, семейные и спортивные клубы; церковь
Раннее вмешательство (вторичная превенция)	Группа риска, больные	Программы помощи нуждающимся, воздействие на прекращение приема и злоупотребления веществом, консультирование
Первичное вмешательство (вторичная превенция)	Пациенты, родственники зависимых, созависимые	Непродолжительное амбулаторное лечение; амбулаторные группы, дневной стационар, круглосуточная помощь, телефон доверия, антинаркотические (антиалкогольные) образовательные программы для работающих; 12-шаговые программы, АД, Алатин, Аланон
Лечение (третичная превенция)	Больные, созависимые	Длительное лечение, краткосрочное лечение, фармакотерапия, посещение групп трезвости, пребывание в специальных центрах, когнитивная терапия, социальная модель, нетрадиционное лечение (акупунктура, метаболиты, витамины)
Правовое вмешательство (третичная превенция)	Больные, представляющие ту или иную степень опасности для общества, направленные на лечение по постановлению суда	Амбулаторное лечение, стационарное лечение, терапевтические программы для заключенных, 12-шаговые программы для заключенных, обучение перед выходом на свободу «re-entry», мониторинг анализов мочи, рациональный контроль, методы юридического ограничения и наказания

Профилактику наркомании необходимо строить на следующих важных подходах:

1. Организационно-методическом, включающем:

- предупреждение приобщения к ПАВ в период детства и раннего подросткового возраста;
- формирование негативного отношения к употреблению ПАВ;
- изменение традиций и обычаев алкоголизации населения – самой модели алкоголизации (с крепких спиртных напитков на низкоградусные и пиво), разработка программ, регламентирующих прием алкоголя;
- развитие политики, направленной на укрепление и оздоровление семьи как главной ценности государства;
- распространение принципов здорового образа жизни, способствующего реализации человеческого потенциала;
- развитие содержательного досуга для различных возрастных групп населения;
- повышение успеваемости детей за счет улучшения качества педагогического процесса;
- принцип избирательности при проведении превентивной работы с молодежью – информированность оказывает огромное значение при недопущении употребления алкоголя и курения, но мало влияет на наркотизацию;

- помнить о том, что алкоголизация детей и подростков является фоном или предшественником наркотизации и курения;
- превентивные программы должны быть направлены и на те группы населения, в которых высока вероятность стресса или психологического кризиса.

2. **Структурном**, при котором реализация всех принципов наркологической превентологии должна осуществляться на основе объединения усилий от государственного (политического) уровня до местного с учетом дифференциации целей и задач каждого уровня в зависимости от характера и объема деятельности структуры.

3. **Оценочном**, предполагающем проведение мониторинга среди различных групп населения, целью которого является получение регулярной информации о распространенности и факторах алкоголизации, курения, наркотизации на основе анонимного анкетирования стандартной для всех регионов анкетой.

Координатором может выступить межведомственный Комитет по превентологии (включающий комиссию по наркологической превентологии). Особенность данного предложения состоит в необходимости пересмотреть саму цель превенции. До настоящего времени существующая концепция наркологии, изложенная в различных подпрограммах направления «Наркомании, токсикомании, алкоголизм» ставит только вопросы «разработки диагностики наркомании, токсикомании и алкоголизма» и «совершенствования методов лечения и реабилитации больных наркоманией и токсикоманией». Абстрагируясь от статьи И.Я.Гуровича (2001), можно сказать, что современная наркология давно «вышла за пределы матричной модели», включающей в себя стационарную и внебольничную помощь.

Проблема видится в том, что новая модель наркологической превентологии заставит изменить концепцию здравоохранения с детерминированным преобладанием медицинского видения ситуации на воспитательную (профилактическую), основанную на раскрытии позитивного потенциала человека. В данном случае потребуется взаимодействие со специалистами не только медицинского профиля, но и психологами (особенности человеческой личности, ее развитие, взаимоотношения с другими людьми), социальными работниками (возможность реализации социальных способностей человека), педагогами (разработка наиболее рациональных, эффективных методов воспитания и обучения, особенности воспитания в семье), экономистами (финансирование системы, поддержание ее рентабельности), юристами (правовые аспекты и разработка нормативной базы превенции, взаимодействие с административными структурами).

Абстрагируясь от концепции психиатрической службы в современных условиях, можно утверждать, что наркологическая превентология – это соответствующая структура целостной системы здравоохранения и социальной защиты с проникающими в сообщество аккомодационными учреждениями и программами, включая непосредственные контакты с социальными службами, системой образования и власти. Наркологическая превентология – это система, эффективность которой будет оцениваться по уровню психического здоровья, влияющего на показатели качества жизни.

## **СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ**

Можно выделить следующие основные принципы наркологической превентологии как системной науки с учетом всех ее субъектов.

1. **Перспективность и проактивность.** Превенция в отличие от лечения, имеющего реактивный характер, характеризуется направленностью в будущее, является проак-

тивной и основывается на достоверном прогнозе и оценке определенной временной перспективы. В связи с этим субъекты наркологической превентологии должны обладать способностью планирования определенной степени риска и принятия ответственности в неординарной ситуации. Программы и научные исследования в превентологии должны носить проспективный характер.

**2. Полимодельность и многоаспектность.** Превенция касается широкой популяции, а не только групп риска. Ее цели общие, ее методы основаны на повышении компетентности людей в сфере общественного и личного здоровья, в изменении окружения так, чтобы в результате коэффициент общественного здоровья возрастал. Превентология является лишь средством на пути достижения здоровья и благоприятного развития человека, но не целью.

**3. Преемственность и непрерывность развития.** Из области психологии развития и принципа развития здоровья следует предмет превентологии:

- идентификация с моделями поведения, гарантирующими способность выживания в обществе и умение справляться с требованиями окружения;
- соотнесение себя со своей семьей и общественной группой, а также ответственность и вовлеченность в их дела;
- самоориентация и самоконтроль (межличностные навыки);
- умение заводить и поддерживать интимные межличностные контакты с людьми (социальные навыки и межличностное общение);
- умение давать адекватную оценку событий, основанную на распознавании, понимании и оценке динамических взаимоотношений индивида с окружением;
- умение обогащать собственное «Я», гарантирующее использование своих возможностей;
- умение поддерживать определенную степень свободы и зависимости от общества;
- физические умения – умение «прислушаться» к собственному телу, его потребностям и ограничениям, а также навыки в охране здоровья.

**4. Профессионализм и сотрудничество.** Кадровое обеспечение мультидисциплинарных превентивных программ должно быть ориентировано на привлечение профессионалов, как минимум, имеющих специализацию по превентологии, а в перспективе и базовое образование. Не менее важно взаимодополнение и сотрудничество с парапрофессиональной средой и волонтерами, семьями и общественными организациями.

Сложный системный подход требует от участников способности к сотрудничеству. Подсистемы «хозяева» (спонсоры), «участники», «пользователи» – это чаще всего конкурентные группы. Поэтому необходимо перейти на субъектный принцип работы системы, взаимодействуя в пользовании ограниченными ресурсами превенции.

Превенция должна основываться на опыте и навыках всех людей, участвующих в этом процессе. Лица из различных групп, участвующих в превенции, должны показывать вовлеченность в этот процесс, оповещать других о прохождении информации и принимать участие в обсуждении программных изменений

**5. Целостность и системность.** Системный подход к превенции требует учета многоуровневых и многоаспектных параметров социума. Программы превенции должны охватывать группы риска (например, молодежь) и различные подсистемы (семья, школа, референтная группа, государственная администрация – Министерства здравоохранения, образования, комитеты по делам молодежи и т.д.) Предметом исследо-

ваний является вид взаимоотношений всех участников превентивной программы. Проблема, на которую следует обратить внимание в данном случае, – полное участие всех составляющих подсистем. На уровне каждой подсистемы необходимо устанавливать свои цели и принимать решения. Между подсистемами должно существовать разделение труда по договоренности и ответственность всех участников программы за ее успешность. Обмен информацией между всеми участниками системы должен отличаться высокой степенью доверия и открытости, а также способностью разрешать конфликты, происходящие из различий индивидуальных и групповых целей участников системы.

**6. Экономическая обеспеченность и рыночная направленность.** Система наркологической превентологии должна предполагать постоянное финансирование и находить источники дополнительного финансирования в рамках, не запрещаемых законодательством и этическими нормами.

**7. Информированность.** Система наркологической превентологии не может нормально функционировать без оценки развития, без мониторинга и обмена информацией.

Системообразующим фактором (интегральный вектор системы, под которым понимается полезный приспособительный эффект во взаимодействии организма и среды, достигаемый при реализации системы) в наркологической превентологии могут служить показатели социально-психологического благополучия: продолжительность жизни, уровень суицидов, уровень образования населения по группам, уровень распространенности курения среди молодежи и взрослого населения, уровень здоровья женщин и детей как индикатор стабильности системы, уровень здоровья мужчин как показатель изменчивости системы, уровень рождаемости и прироста населения.

Практическая деятельность наркологической превентологии должна опираться на взаимодополняемые и корреспондируемые, построенные в рамках единой идеологии и методологии межведомственные программы профилактики злоупотребления ПАВ. В идеале эти программы – международные, федеральные, ведомственные, региональные, областные, муниципальные, поселковые и т.п. – должны составлять единый многоуровневый фронт.

Н.А.Сирота с соавт. (2001) подразделяют профилактические программы по направлениям на когнитивные, аффективные, интерперсональные, поведенческие, альтернативные, средовые, общественные, школьные, семейные, мультикомпонентные. В каждом конкретном случае направленность и эффективность программы предопределяются актуальными целями, финансовыми и технологическими ресурсами, профессиональными кадрами.

Определив основные направления и принципы развития системы, следует остановиться на субъектах наркологической превентологии. Это очень важно, так как именно субъекты отвечают понятиям активности, именно субъекты вдыхают жизнь в любую систему.

Многообразие субъектов наркологической превентологии включает: группы риска и проблемные семьи, школьников и учащихся учебных заведений всех уровней и форм, профессиональные и организованные группы, профессиональных превентологов и волонтеров, популяции и субпопуляции в сфере деятельности конкретных СМИ.

Как справедливо отмечает К.Абульханова (1997), между отдельным человеком, личностью и тем более индивидуальностью, и социальной действительностью всег-

да существует противоречие. Социум никогда не удовлетворял потребностей индивида, а индивид никогда не отвечал в полной мере требованиям социума. Возможности, способности, характер, мировоззрение каждого человека, хотя и формируются под воздействием действительности, никогда не отвечают требованиям жизни, обращенным к нему. Это принципиальное несовпадение. Между самой системой целей, мотивов, притязаний, способностей личности и системой общения, обстоятельствами жизни возникают противоречия, разрешая которые личность становится субъектом. Противоречия, участницей и даже жертвой которых является личность, ею самой разрешены быть не могут. Противоречия, порождаемые последствиями активности, действий личности, также превосходят возможности самой личности их решать. Есть противоречия, от решения которых личность уходит, сужая поле своих возможностей, пространство своей жизни. В повседневной жизни отсутствие в сознании, рефлексии представлений об этих противоречиях ставит человека перед их лицом внезапно. Например:

1. Родители, которые являются детьми алкоголиков, не очень хорошо представляют, каким должно быть поведение нормального ребенка в различном возрасте. Для них огромной неожиданностью будет ситуация, когда потребуются оценить тот или иной тип поведения их ребенка, особенно в период подросткового кризиса или взросления. Необходимо обучить таких родителей особенностям развития детей и уменью общаться с ними.
2. Учитель радуется поведению некоего ученика, который не курит, занимается спортом, не употребляет ПАВ. Для него огромной неожиданностью будет факт общения с органами правопорядка и весть о том, что ученик принадлежит к одной из молодежных субкультур (скинхэдов и др.) и здоровое тело ему необходимо, чтобы лучше колотить других. Отсюда педагогу необходимо понять, что само по себе неупотребление ПАВ и здоровый образ жизни еще ни о чем не говорят. Важно, с какой целью человек использует это — для развития высших ценностей в себе или для насилия.

Помимо этого противоречия возникают, когда субъект ставит перед собой в своей профессиональной деятельности цели и задачи, которые слишком опережают возможности времени, существующие нормы, ограничения, традиции. Тогда творческая инициатива превращается в борьбу с рутинной. Идея субъекта несет смысл, являясь символом того качества, которое пусть ненамного, но возвышается над существующим и не дает смириться с тем, что уже отжило. Речь идет именно о том, чтобы найти свое новое, обязательно лучшее качество в жизни, разместив себя в пространстве и времени жизни, сумев воплотить себя в ней.

К субъектам наркологической превентологии в широком смысле можно отнести всех людей, чья деятельность направлена на сохранение и укрепление здоровья. Целесообразным представляется создание мультидисциплинарной превентологической бригады, куда входили бы врач, медсестра, психолог, социальный работник, социальный педагог. Задачей такой бригады является оказание помощи, направленной на поддержание соответствующего уровня жизни человека, включающей прежде всего решение различного рода проблем и препятствующей развитию зависимости от ПАВ, а также выявление позитивных потенциальных возможностей человека и создание условий для их реализации. Из соображений дестигматизации в названии бригады совсем не обязательно использовать термины «наркологическая», «психиатрическая» или «суицидологическая». Специфику деятельности мультидисципли-

нарной превентологической бригады (группы, центра, отдела и т.п.) будет создавать конкретная целевая программа.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Определение алкоголизма и наркомании как болезней цивилизации задает максимально возможный уровень обобщения в формировании политики сдерживания социальных недугов. Научно обоснованная концепция самоорганизующей деятельности по формированию общественного здоровья и предупреждению аддиктивного поведения должна опираться на два условия: высокое социальное качество жизни и соответствующий стиль жизни личности.

Наркомания и алкоголизм относятся к аутодеструктивному поведению, ведущему к разрушению, дезорганизации, нарушению функционирования человека, а также затруднению процессов адаптации к изменяющимся условиям жизни. Помимо косвенной аутодеструкции при наличии зависимости от психоактивных веществ резко повышается возможность совершения самоубийства в силу самых разных причин. Поэтому профилактическая работа в сфере наркологии должна предусматривать создание таких форм помощи, как антикризисные и консультативные центры, телефоны доверия.

Наркологическая превентология – это системная и целостная структура социальной работы и здравоохранения, педагогики и психологии с проникающими в сообщество аккомодационными учреждениями. Эффективность этой структуры будет оцениваться по уровню психического здоровья, влияющего на показатели качества жизни.

## МЕТОДОЛОГИЯ СОЗДАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

Наркологическая превентология – быстро развивающаяся отрасль науки, связанная со многими отраслями медицины и психологии, права и педагогики, этики и философии. Несмотря на короткий начальный период существования пилотных исследований и отдельных программ, разрабатывается новый подход к проблеме профилактики зависимостей от психоактивных веществ. Он основан на системном и полипрофессиональном видении превенции. В настоящее время накоплен достаточный зарубежный и отечественный опыт и обучающий материал по выявлению, лечению и профилактике зависимостей.

Как же должна развиваться наркологическая превентология в XXI в. в России? Анализ существующего уровня развития профилактики может указать определенные направления, которые в ближайшее время будут в центре внимания профессионалов.

### МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Говорить о здоровом образе жизни и его моделях без систематизации существующих представлений, без согласованности в профессиональных определениях, целях и действиях – все равно что уподобиться строителям Вавилонской башни после того, как Господь «смешал их языки» и они перестали понимать друг друга.

Говорить о проблемах здоровья, тем более о моделях здорового образа жизни трудно и в связи с отсутствием однозначного определения последнего. *Здоровье* Всемирная организация здравоохранения (1948) определяет как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов». Сегодня здоровье становится более значимой ценностью, о которой необходимо заботиться. В этой связи появилось понятие *здоровый образ жизни* (health promotion).

Попытаемся определить здоровый образ жизни в различных моделях: медицинской, превентивной, здоровых убеждений, рациональных действий и научения здоровому образу жизни.

**Медицинская модель здорового образа жизни.** С точки зрения клинициста, здоровый образ жизни – довольно узкое понятие. Это такой стиль жизни, который дает возможность жить «с молчащими органами» (Verspieren P., 1989). Достаточно простая и одновременно одна из наиболее часто употребляемых моделей здорового образа жизни – образ жизни, позволяющий жить без психического или физического заболевания или боли. Наиболее здоровому отвечает тот образ жизни, при котором нет болезней, а наиболее нездоровому, деструктивному – тот, при котором появляется наибольшее число болезней и существует угроза жизни. В то же время медицинская модель затрагивает и динамический аспект – достижение способности поддерживать

равновесие между средой и организмом, а также адекватно реагировать на изменения среды и адаптироваться к ним.

При таком понимании здорового образа жизни необходимо ввести четкое понятие *биологической и физиологической нормы* (пропорциональность роста и массы тела, биохимические и морфологические показатели крови и тканей, нормальная электрокардиограмма и т.д.) Скорее данная модель закладывает определенные биотехнологические процессы: соблюдение естественных биоритмов (чередование бодрствования и сна), активный образ жизни, физический тренинг, качественно и количественно сбалансированное питание, соблюдение личной гигиены, определенный уровень санитарно-гигиенических знаний.

В данной модели образа жизни здоровье зависит и от социально-культурального контекста, так как общество тем или иным образом определяет социально-биологические критерии нормальности.

Сложность определения нормальности обусловлена адаптационно-физиологическими изменениями, которые зависят от состояния общества. Если общество свободно от влияния вредных факторов в традициях, обычаях, нормах питания, отдыха и т.д., то задает действительные критерии нормы. Если же общество демонстрирует искаженные социально-биологические критерии нормальности, то о здоровом образе жизни говорить трудно. В последнем случае скорее следует говорить о витальности, т.е. жизнестойкости, организма, который, несмотря ни на какие вредные воздействия, продолжает жить и функционировать. Главный недостаток медицинской модели состоит в том, что она не включает такие понятия, как «нравственность», «духовность», «высшие ценности», «добро» и «зло». При отсутствии прочного духовного («ноогенного», по концепции В.Франкла) измерения, объединяющего физическое и психическое измерение индивидуальности человека, говорить о каком-то здоровом образе жизни бессмысленно.

**Превентивная модель здорового образа жизни** рассматривает здоровый образ жизни с точки зрения динамического многоуровневого процесса профилактики. Например, профилактика первого уровня представляет собой модель поведения, цель которого – предупреждение нарушений в состоянии имеющегося здоровья. Профилактика второго уровня – модель поведения, направленного на торможение болезненного процесса в самом начале заболевания. Профилактика третьего уровня заключается в процедуре лечения и медико-социальной реабилитации на этапах клинически развернутого (оформленного) заболевания.

В превентивной модели учитывается роль бихевиоральных патогенов и иммуногенов (Matarazzo J.D., Herman D.O., 1984). К *бихевиоральным патогенам* относится поведение, повышающее риск определенных заболеваний. В рамках наркологической превентологии можно говорить о таких поведенческих патогенах, как употребление психоактивных и наркотических веществ без медицинских показаний и без медицинского контроля, употребление алкоголя с риском для здоровья и с риском нарушения межличностных отношений и т.д. Кроме того, алкоголь является патогеном для онкологических заболеваний, автомобильных аварий, самоубийств, цирроза печени и т.д.

К *бихевиоральным иммуногенам* относят поведение, ограничивающее риск развития заболевания: здоровое питание, регулярный сон (7–8 часов в сут.), регулярные физические упражнения, процедуры закаливания и т.д.

Помимо индивидуальных образцов поведения в превентивной модели большое значение играет социальный контекст – экологическое состояние окружающей сре-

ды (нарушение чистоты атмосферы химическими и радиоактивными загрязнениями, токсическими веществами, используемыми в промышленном производстве, тепловыми излучениями и т.д.). Несовершенство данной модели проявляется в отсутствии четкого разграничения, последовательности и преемственности понятий «здоровье» и «болезнь», т.е. целостности в понимании человека. Данная модель, выражаясь языком Э.Фромма, скорее построена по негативному принципу «отказа от чего-то» для достижения здоровья. С этих позиций представляется более продуктивной модель здоровья как процесса «стремления к чему-то».

**Модель здоровых убеждений** – МЗУ (health belief model) разработана группой психологов службы здравоохранения США и используется во многих профилактических программах – от пропаганды прививок до пропаганды самообследования груди, а также для обучения больных определенному стилю поведения, прописанного врачом.

Модель (рис. 16) опирается на достаточно простые принципы. В основе ее находится утверждение о том, что поведение, направленное на укрепление здоровья, должно быть более или менее рациональным. Готовность к здоровому образу жизни зависит от двух факторов: наблюдаемой восприимчивости к заболеванию и осознаваемой опасности болезни, т.е. ее последствий. Человек не станет предпринимать никаких действий, если будет считать, что данное заболевание ему не грозит. Если же человек начнет воспринимать данное заболевание как возможную угрозу для себя, тогда его дальнейшее поведение будет зависеть от того, какой образ жизни и действий он выберет. Дополнительно на него будут влиять факторы, вызывающие определенное поведение. Если человек признает факт, что его поведение может привести к заболеванию, а изменение данного поведения поможет его избежать, то, скорее всего, он примет решение изменить свое поведение. В модели принимаются во внимание разнообразные факторы, так называемые модификаторы. К ним относятся демографические данные – возраст, пол, раса и социопсихологические – личность, социальная группа, давление окружения. Принимается, что последние опосредованно влияют на оценку осознаваемой действительности, несут пользу или угрозу здоровью (Becker M.H., Maiman L.A., 1975).

Модель здоровых убеждений была предметом многих исследований взаимоотношений между определенным поведением, направленным на здоровый образ жизни, и вытекающими из этого поведения угрозы и пользы здоровью. Большинство работ подтвердили действенность модели. М.Н.Веcker и соавт. (1977) использовали ее для прогнозирования поведения матерей, чьи дети страдают ожирением (соблюдение сроков консультирования ребенка у врача и соблюдение диеты), M.W.Canalnan, S.Moss (1984) и L.Champion (1990) – для прогнозирования самообследования груди, P.Hennig, A.Knoweles (1990) – профилактики рака шейки матки, K.A.Wallston, B.S.Wallston (1984) – профилактики гипертонической болезни.

Модель здоровых убеждений имеет несколько недостатков:

- 1) зависит от культурального контекста (степени модернизации и обновления общества);
- 2) зависит от фактора пола;
- 3) не описывает точных взаимосвязей, существующих между различными переменными;
- 4) не имеет методов, дающих возможность определить значение отдельных факторов для здоровья;
- 5) не уточняет такого фактора, как осознание симптомов и создание когнитивных структур для понимания различных заболеваний.



Рис. 16. Модель здоровых убеждений (по М.Н.Векер, Л.А.Майман).

**Модель рациональных действий** – МРД (theory of reasoned action) предусматривает, что мотивы поведения, направленного на сохранение здорового образа жизни, не только отражаются в мыслях и убеждениях человека, но и воплощаются в его действиях. Таким образом, МРД отличается от МЗУ типами используемых убеждений, а также взаимосвязью убеждений и поведения человека (рис. 17).

По мнению М. Fishbein и I. Ajzen (1975), ключевым моментом, определяющим поведение человека, являются его стремления.

Например, А. решает перестать курить, чтобы не кашлять. Желание бросить курить зависит от его отношения к курению как таковому, а также от его убеждений по поводу реакции окружения на его действия. Затем вера А. в то, что отказ от курения поможет избавиться от кашля и не будет связан с чересчур большими жертвами, скорее всего, повлияет на его отношение к отказу от курения, что, в свою очередь, повлияет на стремление отказаться от курения. Если у А. есть уверенность, что окружение поддержит его стремление, а физическое состояние его улучшится, то наиболее вероятно, что он откажется от курения. Однако если А. сомневается в эффективности отказа от курения, боится тех жертв, с ка-

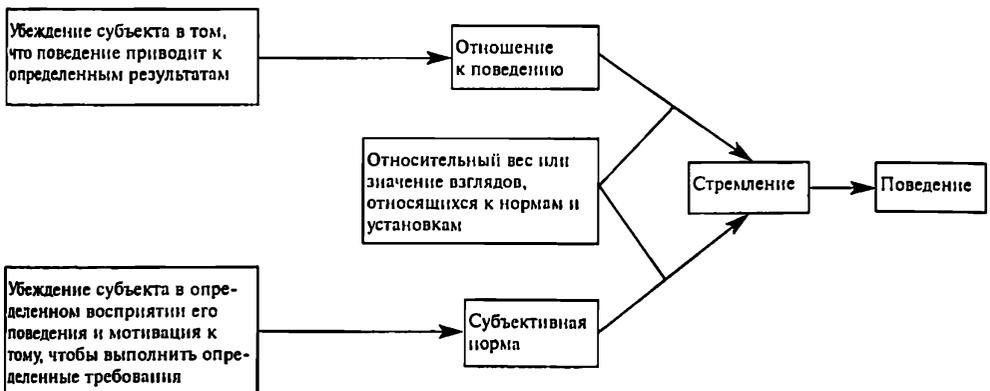


Рис. 17. Модель рациональных действий (по М. Fishbein).

кими связан отказ от курения, и считает, что окружение критически отнесется к его решению, то ему (А.) будет сложнее принять решение об отказе от курения и реализовать свое стремление.

На практике МРД реже использовалась для прогнозирования поведения, направленного на здоровый образ жизни, чем МЗУ. Однако результаты ее были более эффективными, чем результаты МЗУ. Модель использовали для прогнозирования поведения, направленного на профилактику алкоголизма и наркомании (Bentler P., Speckart G., 1979), курения (Fishbein M., 1980; Norman N.M., Tedeschi J.T., 1989), опухоли грудной железы (Montano D.E., Taplin S.H., 1991).

Модель рациональных действий представляется более продуманной в плане понятийного аппарата, но также имеет недостатки:

1) необходимость скрупулезно исследовать взаимосвязь убеждений и поведения человека, чтобы достоверно прогнозировать поведение, поддерживающее здоровый образ жизни и предупреждающее то или иное патологическое состояние, а это может быть трудоемким процессом;

2) разная эффективность реализации модели для контингентов с различным уровнем образования и доходов;

3) конкретно не изучен вклад в эффективность МРД факторов, не связанных с убеждениями и суждениями, но влияющих на поведение человека.

В заключение необходимо подчеркнуть, что обе модели – и МЗУ, и МРД – используют когнитивные детерминанты поведения и предназначены для выявления поведения, являющегося здоровым образом жизни и профилактикой против развития заболевания. Обе теории предлагают тезис о том, что здоровый образ жизни является результатом сознательных стремлений и убеждений.

Однако справедливо будет добавить, что множество типов поведения (в том числе и употребление ПАВ) можно лучше понять с точки зрения автоматических навыков, применяемых в определенных социальных ситуациях под влиянием стресса, в условиях которого для осознания и убеждения не остается места.

**Модель научения здоровому образу жизни** основана на том, что поведение, поддерживающее здоровый образ жизни, в существенной мере основано на использовании системы поощрений и наказаний.

Психологи, работающие с теориями научения, доказали, что определенные виды поведения можно формировать. Уже в 1898 г. Э. Торндайк высказал мысль о том, что последствия поведения могут усилить или ослабить само поведение. Эта концепция, развитая бихевиоральными психологами, сегодня широко используется в профилактике и прикладном анализировании поведения. Поведение, которое необходимо изменить, подвергается тщательному анализу, особенно факторы, укрепляющие или ослабляющие его (Chesney M.A., 1987).

A. Bandura (1977) считает, что поведению, в том числе обеспечивающему здоровый образ жизни, можно обучиться, наблюдая за поведением других людей, наделенных престижем, общественным признанием, а также получая моральные или другие виды поощрения; с другой стороны, человек обычно избегает поведения, приводящего к наказанию. Исследования M.M. Conditte и E. Lichtenstein (1981) показали, что наиболее существенным стимулом для поддержания здорового образа жизни является аутоэффективность и осознанность мотивации. H.A. Bandura подчеркивает, что, согласно концепции аутоэффективности и ауторегуляции в управлении поведением, люди обычно активно руководят своим поведением и целенаправленностью дей-

ствий, сравнивают их с ожидаемым результатом. При этом фактор, высвобождающий антиздоровое поведение, называется дискриминантным. Например, дискриминантными факторами при употреблении наркотиков подростками могут быть любопытство, влияние группы ровесников, близость к районам производства психоактивных ядов.

Модели здорового образа жизни эффективны тогда, когда вводимые ими изменения постоянны. Как заметил Станислав Ежи Лец, мы разрываем свою жизнь на куски каждый раз, когда начинаем ее заново. Проспективные исследования, посвященные проблемам здорового образа жизни, показали, что большая доля лиц, сумевших изменить свое поведение на здоровый образ жизни, через некоторое время возвращается к своим вредным привычкам, и более того – обучается новым (Krantz D.S., Grunberg N.E., Baum A., 1985).

Важное значение в методологии формирования здорового образа жизни и всех форм профилактики имеет **мотивация на позитивные изменения**. Мотив – это вербализация цели и программы, дающая возможность начать определенную деятельность. Мотивация имеет сложную многокомпонентную структуру, она предопределена внутренним нравственно-ценностным потенциалом личности и внешними социально-психологическими факторами.

Выделены следующие принципы формирования мотивации на позитивные изменения (Prochaska J. et al., 1992; Rollnick S. et al., 1999; Miller W.R., 2000; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2002; и др.):

1. *Повышение осознания природы возникшей проблемы и уровня самосознания*, увеличивающее вероятность принятия решения о необходимости конструктивных перемен.
2. *Социальная поддержка*, создающая внешние условия для стимуляции позитивной личностной динамики (повышение уверенности и самоуважения).
3. *Высвобождение эмоций*, или катарсис, – яркое эмоциональное переживание, связанное с осознанием причинного комплекса возникающих проблем.
4. *Внутренний контроль*, проявляющийся в понимании ответственности за свою свободу и свое здоровье.
5. *Внешний контроль*, проявляющийся в коррекции или выборе микросоциума, минимизирующего драматизацию имеющихся проблем.
6. *Противодействие* заключается в реализации любой здоровой активности или самоутверждающей деятельности за пределами ранее созданного «проблемного поля».
7. *Поощрение*, лучше любого наказания стимулирующее рост самооценки и уверенности, повышающее внутренний иммунитет к проблемным ситуациям.
8. *Поддерживающие отношения*, проявляющиеся в формировании нового качества функционирования референтного микросоциума, поддерживающего позитивные изменения.

Все эти принципы в равной мере значимы для любых программ профилактики всех уровней.

J.Prochaska, C.DiClemente, J.Norcross (1992) выделяют шесть стадий изменений:

- предварительную – осознание необходимости перемен и готовность к изменениям;
- размышление – обоснование необходимости позитивных усилий;

- подготовку – первые пробные шаги в конструктивном направлении;
- активные действия – радикальное и позитивное изменение поведения;
- закрепление результата – осознание происходящих перемен;
- завершение – формирование нового гармоничного стиля жизни.

Формирование мотивации на позитивные изменения и выработка нового стиля жизни – длительный и многокомпонентный процесс, реализуемый в ходе как индивидуальных консультаций, так и групповых тренингов или «открытого диалога» с участием семьи, врача и психолога, социального работника и педагога (Сидоров П.И., 2003).

Ряд отечественных ученых – Б.Д.Карвасарский (1982), С.М.Громбах (1988), В.В.Лебединский (1994), Г.С.Абрамова, Ю.А.Юдциц (1998) оценивают показатели психического здоровья и предлагают классификацию тестируемых лиц на группы с учетом жалоб человека на «трудности жизни с самим собой и другими людьми»:

Первая группа – совершенно здоровые. Жалоб нет;

Вторая группа – лица с легкими функциональными нарушениями, о которых говорят эпизодические жалобы астеноневротического порядка, обусловленные конкретной ситуацией. Это состояние связано с напряжением адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

Третья группа – лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации. Характерно стойкое проявление жалоб астеноневротического характера вне рамок психотравмирующей и трудной ситуации. Перенапряжение механизмов адаптации;

Четвертая группа – лица с клиническими формами заболевания в стадии субкомпенсации. Характерны клинически выраженные нарушения психосоматического здоровья, связанные с недостаточностью и/или поломкой механизмов адаптации.

Критерии психического и соматического здоровья человека неразрывно связаны с термином «зрелая личность». Именно личности предстоит сказать свое слово, решая задачу выживания или гибели от наркотиков и алкоголя.

Как справедливо отмечает психолог К.А.Абульханова (1997), личности предопределено сыграть свою роль, но не в обществе, как считалось в теории марксизма, и не в истории, а в «пьесе без сюжета» и пока – в ситуации полной социальной неопределенности.

Термин «зрелая личность» можно использовать в качестве статической дефиниции. Это определение идеала, которым человек должен стать или в направлении которого должен развиваться. Образец выполняет функции указателя. С точки зрения динамики личность можно описать как процесс перемен к осуществлению своего потенциала, по Генри Мюррею, например, «личность – это динамический процесс постоянно изменяющихся конфигураций мыслей, чувств и поступков». Личность в данном случае является тем, кем человек становится, т.е. динамическим, а не статическим понятием. В процессе становления личности есть элементы движения и стремления, а также процессы организации и управления изменениями. Само управление и реализация процесса изменений может быть зрелым или незрелым процессом.

Человек начинает осознанно управлять своим развитием, когда становится взрослым. Иногда психолог помогает в преодолении трудных ситуаций, связанных с процессом взросления, он же помогает в понимании и познании самого себя, чтобы процесс изменений происходил наиболее естественным способом. Кроме того, челове-

ку помогают в развитии учителя, врачи, воспитатели, священники и многие другие люди, чья жизнь связана со служением и помощью людям.

Профессора Калифорнийского университета (Беркли) F. Barron, R. Crutchfield, H. Gough, W. Hall, проведя многолетние исследования и наблюдения за здоровыми людьми, предлагают следующие критерии зрелой личности (Pluzek Z., 1994):

1. Зрелые личности умеют хорошо организовать свою деятельность, ведущую к осуществлению задуманной цели. Личности, описываемые как зрелые, показывают большую стабильность и устойчивость к стрессовым ситуациям, более витальны и обладают большей адаптацией к новым условиям.
2. Зрелые личности обладают более точной оценкой действительности, кроме этого, имеют лучшее знание самих себя, более реалистично оценивают свои возможности и обладают скептической установкой по отношению к различным псевдочудесам (не путать с верой).
3. Зрелые личности обладают сильным характером и внутренней интеграцией в нравственном значении этого слова. Зрелые люди более серьезны, ответственные и терпимы по отношению к другим. Обладают сильными внутренними установками.
4. Зрелые личности обладают высшим уровнем внутри- и межличностного приспособления. Личности с высшим уровнем зрелости менее эгоистичны и менее недоверчивы, они в меньшей степени используют защитные механизмы.

Незрелость личности является не заболеванием, а лишь нарушением, препятствующим нормальному функционированию человека в обществе. Необходимо добавить, что существуют различные причины незрелости личности, среди них – обратимые и необратимые. Необратимые, т.е. не оставляющие возможности измениться, являются препятствием для выполнения всех видов деятельности, требующих от человека ответственности за собственную жизнь и здоровье и за жизнь и здоровье другого человека. Перед наркологической превентологией стоит задача описать критерии незрелости личности, препятствующей нормальному здоровому образу жизни.

Итак, о здоровом образе жизни нельзя сказать, что это абсолютно субъективное или объективное состояние. Это не только исключительно биологическое или психологическое состояние. Полностью раскрыть содержание здоровья возможно только в личности. Здоровье основано не на отсутствии болезнетворных факторов (психических, социальных, экономических и т.д.), а на способности адаптироваться и защищаться от вредного воздействия среды и сохранять гомеостаз не только через действие биологических факторов, но и через разумное поведение и деятельность.

Как справедливо замечает M. Wilson (1998), существующая система здравоохранения страдает из-за парадоксального принципа, полагающего, что здоровье достигается путем элиминации болезни. По мере того как возрастают наши умения обнаруживать дефекты человеческой биологии и поведения организма, более сложными становятся болезни. В результате оказывается, что в рамках только медицинской модели здорового образа жизни невозможно решить проблему здоровья. Система лечения, основанная на знании причин и тонких механизмов развития болезни, не создает здоровья. В этой модели можно только открывать еще больше заболеваний, т.е. создавать и удовлетворять потребность познания. Чем старательнее мы ищем заболевания, тем больше их найдем. В результате этого необходимо будет еще больше развивать техническое оснащение и еще дольше обучать и без того многочисленный персонал. Принимая во внимание существующие технические возможности, этот

процесс не имеет границ — разве что в какой-либо момент люди поймут, что жизнь — это нечто большее, чем сохранение самих себя в состоянии свободы от болезни.

В марте 2003 г. Министерство здравоохранения РФ приняло концепцию и программу охраны здоровья здоровых в Российской Федерации, которые обозначают параметры развития нового направления деятельности — переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику болезней.

Актуальность развития данного направления обусловлена прежде всего все более возрастающим признанием роли здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества. Вместе с тем в последнее десятилетие в структуре заболеваемости и смертности населения России прогрессируют социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья (несчастные случаи, алкоголизм и наркомания, отравления и травмы, дезадаптивные синдромы, социальное и экологическое утомление, стрессогенные заболевания). На протяжении многих лет общие тенденции в смертности населения страны определяет ситуация с высокой смертностью людей трудоспособного возраста. Так, по данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения России (2002), среди умерших в трудоспособном возрасте мужчины составляют 80%. Уровень смертности среди мужчин в 4 раза выше уровня смертности женщин и в 2–4 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы. С каждым годом в структуре заболеваемости увеличивается общая доля невротических и психических расстройств.

Кроме того, у населения России еще не сформирована потребность в поддержании и укреплении собственного здоровья, у родителей — в рождении и воспитании здорового ребенка. Продолжает оставаться низкой мотивация к здоровому образу жизни. Несмотря на социальные и экономические преимущества профилактических программ перед лечением, как в обществе, так и в деятельности органов и учреждений здравоохранения и системы медицинского и социального страхования приоритетными остаются проблемы лечения все более возрастающего потока больных и инвалидов, а не проведения профилактических мероприятий.

В силу ряда причин, и прежде всего из-за низкой материально-технической оснащенности, недостаточного методического уровня, отсутствия квалифицированных кадров и систем их подготовки, реальные возможности существующих центров медицинской профилактики существенно ограничены. В результате в России до сих пор не создана модель оказания превентивной медицинской помощи (оздоровления), предусмотренная стратегией ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году».

В соответствии с данной стратегией в качестве наиболее оптимальной методологии охраны здоровья здоровых рассматривается мониторинг функциональных резервов, донозологическая диагностика на ранних стадиях адаптационного синдрома и своевременная коррекция функционального состояния. В соединении технологий восстановительной медицины, особенно в части, касающейся разработки способов самооценки состояния здоровья и самооздоровления, с оптимизацией системы гигиенического воспитания просматривается основной механизм решения всей проблемы — **формирование культуры здоровья.**

Для обеспечения системного подхода к решению проблемы охраны здоровья здорового человека и разработана концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации, суть которой состоит в акценте на сохранении здоровья здорового чело-

века путем формирования культуры здоровья, повышения престижности здоровья, ответственности за сохранение собственного здоровья.

Новизна концепции состоит в том, что, обобщая международный и отечественный опыт развития здравоохранения, она интегрирует современные подходы в использовании системного анализа, который дает огромные возможности в оценке функциональных резервов и донозологической диагностике в соответствии со стадиями развития адаптационного синдрома.

В качестве механизма реализации концепции принята соответствующая отраслевая программа на 2003–2010 гг., которая ставит следующие цели:

- проведение плановой реструктуризации профилактического звена системы здравоохранения, предусматривающей усиление существующих центров и отделений медицинской профилактики, санаторно-курортных учреждений, центров спортивной медицины и врачебно-физкультурных диспансеров, поликлиник, медицинских подразделений в образовательных учреждениях и на предприятиях внедрением современных технологий превентивной медицинской помощи (оздоровления);
- создание в перспективе сети центров здоровья в составе современных оздоровительно-реабилитационных комплексов, объединяющих потоки здоровых лиц и больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, на основе единой технологической базы восстановительной медицины и высокого качества сервисных услуг;
- разработку нормативно-правовой документации, предусматривающей создание службы охраны и укрепления здоровья здорового человека, включая все необходимые ее составляющие: структуру профильных организаций и подразделений, табель оснащения, стандарты оздоровительных услуг, ресурсное обеспечение, подготовку кадров, порядок финансирования и взаимодействия со страховыми компаниями, преемственность с другими службами и организациями системы здравоохранения.

Концепция охраны здоровья здоровых по существу является идеологической основой давно ожидаемой специальности — превентологии. Одним из частных направлений ее является наркологическая превентология, занимающаяся предупреждением всех форм зависимости от ПАВ.

## **ПРОГРАММЫ, АКТИВИЗИРУЮЩИЕ МЕСТНОЕ НАСЕЛЕНИЕ**

В предыдущей главе обсуждались действия профилактики первого, второго и третьего уровней. Из этого следует, что каждый из уровней профилактики имеет свою специфику как конкретных программ, так и последовательности их проведения.

Касаясь технологии профилактики всех уровней, важно напомнить, что только системное профилактическое воздействие может обеспечить позитивный результат (Сирота Н.А. и др., 2001). В России одной из наиболее полных концептуальных моделей системного профилактического воздействия является модель, предложенная врачам и психологам, педагогам и социальным работникам Н.А.Сиротой с соавт. (2001). В соответствии с уровнем профилактики определяются вид и цели технологий (педагогические, медико-психологические, социальные и медико-биологические), отбираются дифференцированные по состоянию здоровья и поведенческим предикциям группы воздействия для направленной работы с подготовленными специалистами.

**Программы первичной профилактики** опираются на общеизвестные закономерности развития (физические, социальные, психические). Поэтому процедура создания этих программ требует знания потребностей развития человека, т.е. должна соответствовать закономерностям возраста, пола, социальной роли, культурального контекста, традиций.

**Программы профилактики второго уровня**, направленные на остановку процесса патологизации и возвращение здорового развития, должны опираться на конкретные патогенетические звенья и тщательную диагностику лиц из групп высокого риска.

**Программы профилактики третьего уровня**, цель которых – помочь пациентам после терапии найти свое место в обществе, должны опираться как на условия, так и на процесс социальной реадaptации.

Впервые превентивные программы, активизирующие местное население, появились в 1830 г. в США и только в начале XX века – в Англии и Скандинавии. Такие программы были задуманы как превентивные действия, направленные на координацию деятельности различных медико-социальных организаций в профилактике негативных последствий индустриализации и большого наплыва иммигрантов. С 1970 г. началась эра программ по активизации деятельности местного населения. В Стэнфорде, например, работала превентивная программа по профилактике сердечно-сосудистой патологии путем воздействия на факторы риска – курение, высокое артериальное давление и нарушения питания (Winick C., Larson M.J., 1999).

Создание программ по активизации местного населения потребовало взаимодействия специалистов нескольких сфер: социальной медицины и организации здравоохранения, специалистов по социальной работе, инновационному моделированию, социальному маркетингу. Преимущество программ, основанных на повышении активности местного населения, состоит в том, что местной общественности легче оценить проблему, касающуюся своего района, как то: эпидемиологические особенности распространения наркомании, алкоголизма, преступности, связанной с распространением и потреблением наркотиков. В целом доказано, что программы по повышению активности местного самоуправления воздействуют не на определенную группу, а на нечто более важное – взаимоотношения, ценности, культуральные, экологические, структурные факторы.

В США наиболее известны две подобные программы по повышению активности местных органов самоуправления – проводившаяся в штате Майами (1988–1995) и Среднезападный проект превенции (1986–1996).

Общественность Майами выступила против нелегального распространения наркотиков, особенно крэка. Самые разные группы и общества – соседские группы, национальные, представители закона, школы, духовенство, медики, рабочие – объявили настоящую войну наркотикам и тем, кто их распространяет. Для наркоманов были организованы семинары, группы терапии. Исследования по всей стране показали, что, когда в США в 1993 г. наблюдалось увеличение уровня распространения наркомании, в Майами этот показатель был заметно ниже.

Среднезападная программа была посвящена превенции наркомании, курения, токсикомании среди подростков и молодых людей. Усилиями общественных организаций, родителей, школы, средств массовой информации удалось снизить показатели по распространению курения среди школьников с 31 до 25%, употребления мари-

хуаны — с 20 до 12%. Помимо этого отмечались вторичные эффекты от программы — снижение потребления алкоголя и курения среди всего населения (Chou C., Montgomery S., 1996; Pentz M.A., Jonson C.A., 1996).

Существуют другие программы, посвященные превенции алкоголизма, наркомании. Программа в штате Род-Айленд (1996) была сфокусирована на профилактике дорожных происшествий. Координаторами программы выступила служба производства алкогольных напитков и полиция. В процессе реализации программы в 1986–1987 гг. число дорожных аварий снизилось на 21%.

«Программа спасения жизни» (Saving Lives Program) в штате Массачусетс включала взаимодействие средств массовой информации, организацию мероприятий, «дни без аварий на дорогах», работу телефонов доверия, обучение полицейских и медперсонала, проведение специальных программ в школе. Стоимость программы примерно равнялась одному доллару от каждого жителя штата. В результате проведения программы существенно снизились случаи аварий на дорогах, уровень преступлений, совершаемых в пьяном виде (Hingson R. et al., 1996).

Эффективны программы по активизации местного самоуправления в сфере профилактики уличного распространения наркотиков. Например, программа «Стремительная атака на наркотики» в г. Тампа, где было достигнуто взаимопонимание между полицией, местным населением и самоуправлением.

Среди наиболее известных общественных движений, появившихся в результате работы программ, направленных на взаимодействие местного самоуправления и населения, следует назвать «Сопrotивление» (Fighting Back, FB), созданное Фондом Роберта Вуда Джонсона (Robert Wood Johnson Foundation) в 1988 г. В последующем к этим программам присоединилась правительственная федеральная программа (Community Partnership Demonstration Program, CPDP). В 1994 г. началась новая обширная программа коалиции общей превенции (Community Prevention Coalitions Demonstration, CPCD). Штаб-квартира «Сопrotивления» с 1996 г. находится в медицинском факультете университета Вандербильта. В 1997 г. открыт офис в Бостонском университете. Цель организации — объединение усилий людей в борьбе против наркотиков и алкоголизма, снижение смертности от наркотиков, особенно среди молодежи, обозначение и решение проблем со здоровьем, снижение преступности и безработицы среди наркоманов (Saxe L., Kadushin C., 1995).

Программы первичной профилактики соответствуют широко понимаемому определению понятия «здоровье», принятому ВОЗ, и обычно направлены прежде всего не на предупреждение болезней и элиминацию факторов, угрожающих здоровью, а на усиление факторов, способствующих ему, то есть на поддержание, развитие и использование физического, умственного, эмоционального и духовного потенциала человека. Как правило, подобные программы охватывают широкие слои общества, а по характеру представляют многоуровневую профилактику (Trotter S., 1981; Mechanic D., 1985; Loventhal H., Hirschman R., 1985; Felix M.R. et al., 1985; Gas Z., 1993).

Согласно такому принципу при конструировании профилактических программ можно выделить четыре взаимозависимых измерения:

**Физическое здоровье**, которое охватывает особенности и закономерности процессов физического и физиологического функционирования. Минимальным показателем этого измерения является отсутствие дисфункции в конкретных процессах, а также нормальная величина параметров, используемых для оценки уровня сомати-

ческого здоровья (например, артериальное давление, морфология крови, частота и ритм сердечных сокращений).

*Психическое здоровье* — прежде всего субъективно ощущаемое хорошее самочувствие, с чем связана самооценка человека. В этой сфере находятся: чувство компетентности, чувство адекватности и последовательности в деятельности, удовлетворенность собой, а также чувство внутреннего контроля. Минимальным показателем данного измерения является отсутствие депрессии.

*Социальное здоровье*, включающее в себя социальную предприимчивость индивида, а в особенности умение достигать цели, приобретать новые социальные навыки, способствующие приспособлению к новым социальным ситуациям.

*Личное здоровье* — те возможности, способности индивида, которые не зависят от условий повседневной жизни. Минимальным показателем этого измерения является расширение границ актуального уровня развития (см. Perry C.L., Jessor R., 1983).

Принимая во внимание область и формы воздействия, включающие вышеназванные измерения здоровья (а также связанную с реализацией стоимость программы), необходимо, чтобы процесс конструирования программы в максимальной степени соответствовал специфике и потребностям данного общества.

Примером таких программ может быть программа PRECEDE, разработанная L.W.Green и его сотрудниками (1980) из Университета Джона Хопкинса (John Hopkins University). Адаптацию профилактических программ, направленных на решение проблем зависимости от ПАВ, осуществили I.M.Newman, G.L.Martin и R.Werpner (1982).

В соответствии с этой моделью здоровья как взаимодействия вышеназванных четырех составляющих конструирование профилактической программы основано на том принципе, что появление аддиктивного поведения зависит от взаимодействия трех переменных — личности, свойств ПАВ и среды. Эффективная профилактическая программа может появиться только тогда, когда сначала будет проведена тщательная диагностика реальной ситуации данного общества. I.Newman, G.Martin, R.Werpner выделяют четыре типа диагностики: социальную, эпидемиологическую, бихевиоральную и образовательную.

Социальная диагностика концентрируется на идентификации всех тех проявлений общественной жизни, которые являются негативными образцами и угрожают как самому индивиду, так и всему обществу. Особенное внимание следует обратить на преступность, безработицу, акты насилия, дезорганизацию семейной жизни, организацию и стоимость лечения и реабилитации лиц с различными психическими нарушениями. Важным элементом этого вида диагностики является описание значения явлений социальной патологии как для всей общественной жизни, так и для ситуации употребления ПАВ. В конечном счете эти показатели отражаются на планировании, развитии и эффективности профилактических программ.

Эпидемиологический диагноз включает показатели распространенности и заболеваемости алкоголизмом и наркоманиями в конкретном населенном пункте или регионе, масштабы злоупотребления ПАВ, тяжесть разнообразных медико-социальных последствий и осложнений.

Бихевиоральный диагноз касается проблем, связанных с нарушениями в поведении, особенно с такими действиями, которые определяют контекст профилактической программы. В случае предупреждения зависимостей внимание концентрируется на обязательных (по показаниям) в данном обществе образцах потребления ПАВ,

а также на размерах развития проблемы наркотиков в данном обществе. В рамках этого вида диагностики уточняются два элемента поведения:

- 1) влияние конкретного поведения на разрушение здоровья (например, влияние потребления алкоголя на болезни органов кровообращения);
- 2) потенциальные возможности изменения этого поведения (например, связь стиля жизни с культуральными обычаями, давлением среды).

L.W.Green предлагает использовать матрицу, включающую оба элемента (рис. 18). Она поможет принять решение относительно того, какие виды поведения должны быть акцентированы в программе.

Образовательная диагностика построена на сведениях о трех группах факторов:

- 1) предрасполагающих к использованию ПАВ. К ним относятся: знания на тему ПАВ, установка по отношению к ПАВ, убеждения на тему взаимосвязи между одурманиванием и функционированием человека, общественной жизнью, а также принимаемая система ценностей;
- 2) облегчающих аддиктивное поведение, среди которых выделяют: доступность ПАВ в данном сообществе, доступность ПАВ конкретным жителям данного района, а также одобряемая установка общественности к одурманиванию;
- 3) усиливающих наркотизацию, среди которых важнейшую роль играют стимулы и поощрения референтных групп.

Приведенная схема четырехаспектной диагностики является основой для разработки профилактической программы, которая должна ответить на следующие вопросы:

Кто войдет в программу?

На какие виды поведения будут оказываться воздействия?

Когда, как долго и каким способом будут оказываться воздействия?

Профилактические программы, активизирующие местное самоуправление, опираются на тезис о том, что каждый вид аддиктивного поведения имеет свой социальный контекст, поэтому сами программы могут быть элементом взаимодействия местного населения с органами самоуправления.

Отсюда следует, что профилактическая деятельность должна опираться на активность местной социальной группы, направленную на противодействие социальной патологии, и профилактику соответствующего общественного поведения (Albee G.W., 1981; Klark K.V., 1981; Levin H.M., 1981; Servias E., 1993).

Привлечение местного населения к профилактической деятельности целесообразно по следующим причинам:

- профилактика обходится дешевле, чем лечение патологии, затраты на реабилитацию и терапию. Другими словами, средств, которые необходимо вложить в профилактику на уровне местного самоуправления, потребуется меньше, чем на борьбу с последствиями зависимости от ПАВ и реабилитацию лиц, зависимых от ПАВ;

Возможность изменения поведения	Существенное значение	Несущественное значение
Высокая	Поведение, необходимое для здоровья и поддающееся изменению	Поведение, мало значимое для здоровья и поддающееся изменению
Низкая	Поведение, важное для здоровья, но мало поддающееся изменению	Поведение, мало значимое для здоровья и мало поддающееся изменению

Рис. 18. Значение поведения для здоровья (по L.W.Green).

- множество одурманивающих веществ (табак, алкоголь, психотропные препараты) привлекает внимание во всем обществе. Поэтому объектом воздействия должна быть вся популяция, а не только группы риска;
- концентрация внимания на избранных группах населения приводит к «наклеиванию ярлыков», в конечном итоге – к социальным конфликтам и усугублению социальной патологии. Концентрация внимания на всем обществе является гарантией полного понимания существа проблемы и возможных ее последствий;
- наконец, аддиктивное поведение осуждается в рамках общественного мнения, которое влияет на появление или отсутствие этого типа отклоняющегося поведения.

По мнению С.А. Johnson (1986), всесторонняя программа, призванная организовать местное население, должна обладать:

- 1) однозначностью определений, терминов и понятий;
- 2) сферой воздействия;
- 3) определенными целями;
- 4) внутренней целостностью;
- 5) четкой стратегией и понятным алгоритмом действий;
- 6) качественным уровнем оценки.

*Однозначность определений, терминов и понятий* предполагает четкое определение сущности профилактики, а также ее уровней. В местном самоуправлении необходимо понимание того, что профилактика не только ликвидирует причины аддиктивного поведения, но и создает условия для того, чтобы люди могли реализовать свой потенциал (или достигнуть удовлетворительного качества жизни). Профилактика первого уровня является основой этих программ, и она должна осуществляться в виде информационно-образовательных мероприятий. Профилактика второго уровня направлена на группы высокого риска. Профилактика третьего уровня – на реабилитацию людей, прошедших лечение.

*Сфера воздействия* является тем аспектом программы, который подчеркивает, что нельзя концентрироваться только на каком-то одном виде патологии (например, на приеме психотропов). Необходимо предусмотреть также и другие формы аутодеструктивного поведения, провоцирующие проблемы и конфликты в обществе, например, беременность несовершеннолетних, ВИЧ, школьные и семейные проблемы.

*Цели, которые поставлены в программе*, определяются причинными факторами проблемы. Существуют три группы таких целей: бихевиоральные, социальные и направленные на укрепление здорового образа жизни.

В рамках бихевиоральных целей, т.е. связанных с поведением человека, профилактическая программа должна стремиться к недопущению попытки попробовать одурманивающие вещества, особенно в подростковом периоде и в кризисные моменты жизни – в ситуациях каких-то перемен (например, смена школы, начало профессиональной работы, выход на пенсию); стремиться снизить случаи перехода от единичных попыток попробовать ПАВ к постоянному потреблению с формированием зависимости.

Цели, связанные с общественной деятельностью, направлены на снижение таких факторов, как пропуски школьных занятий, прогулы на работе, профессиональная непригодность из-за приема алкоголя и других одурманивающих средств, преступность, вандализм в состояниях опьянения, управление транспортом в нетрезвом состоянии.

Цели, направленные на укрепление здорового образа жизни, предусматривают снижение случаев инфекции верхних дыхательных путей у детей, чьи родители ку-

рят; снижение случаев дорожно-транспортных происшествий (особенно с участием детей и подростков); снижение числа заболеваний и случаев смерти по причине патологии сердечно-сосудистой системы и цирроза печени; снижение случаев онкологических заболеваний из-за злоупотребления алкоголем и табаком, а также хронических заболеваний верхних дыхательных путей.

*Внутренняя целостность программы* определяется ее содержательным наполнением. Программа должна соответствовать следующим канонам:

- опираться на эмпирически подтвержденную теоретическую основу, а не на интуитивные предположения;
- вся деятельность по программе должна проходить систематический контроль качества, так, чтобы сотрудники, отвечающие за программу, были уверены в том, что она не отклоняется от определенной цели (вследствие приспособления к тому, чему должна была противодействовать);
- всесторонняя программа, активизирующая органы местного самоуправления, должна включать множество элементов (семью, школу, СМИ, общественные организации и т.д.) и использовать различные источники поддержки (волонтеров, благотворительные средства и т.д.);
- внедрение программы должно происходить поэтапно, начиная с того, что является стержнем программы, и постепенно включать различные стратегии и формы действия.

Иметь четкую стратегию и понятный алгоритм действий важно, чтобы принципы, на которые опирается программа, были понятными не только для ее создателей, но и для всех участников. Только при этом условии четкие правила облегчают осуществление программы и увеличивают качество профилактики, так как создают новые эталоны поведения для населения.

*Качественный уровень оценки* – это последний аспект программы. Оценка программы складывается:

- из оценки, формирующей специфику программы, – анализа материала, являющегося основой создания программы, и ее целей. Эта оценка осуществляется перед началом программы и в процессе ее реализации;
- оценки процесса внедрения программы – анализа очередности этапов и отдельных фаз согласно первоначальному плану;
- оценки динамики программы – анализа немедленных эффектов профилактического воздействия, наблюдаемых в изменениях менталитета группы-реципиента, ее интересов, системы ценностей, установок, а также поведенческих интенций;
- общей оценки эффективности – оценки степени реализации в области трех выделенных групп целей.

**Процесс конструирования профилактической программы** подробно представлен в трудах М.А. Pentz и соавт. (1986). Авторы опираются на четыре основные модели организации общественности, а именно: *модель общественной организации* J. Rothman, *модель в системе базового образования* L. W. Green, *модель инновационных решений* E. M. Rogers и *модель планирования изменений* F. Watzlawick. Отправной точкой в этих моделях является то, что профилактическая программа будет эффективна только тогда, когда будет направлена на инициирование, поддержание и направление действий общественности.

Начальным звеном в данном подходе является ответ на вопрос, существует ли в регионе потребность в создании профилактической программы?

Помочь ответить на него может Общий индекс подготовленности к превенции – ОИПП (The Community Prevention Readiness Index – CPR), который дает возможность оценить существующее состояние профилактических действий и готовность жителей включиться в противодействие различной социальной патологии (W.Lofquist, 1986).

ОИПП включает 12 сфер, каждая из которых оценивается по 10-балльной шкале. По этим шкалам можно оценивать деятельность лидеров органов местного самоуправления, а также специалистов в области профилактики. Каждый из этих лиц индивидуально заполняет опросник, а затем результаты обследования всех респондентов обсуждаются перед началом программы.

### Общий индекс подготовленности к превенции (по W.Lofquist)

Внимательно прочитай каждый из вопросов, касающихся различных сфер профилактики. Поставь в скобках тот балл предложенной шкалы, которым можно оценить состояние данной сферы в вашем районе. Руководствуйся исключительно собственным мнением на эту тему.

Очень слабо 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Очень сильно

1. **Концепция** ( ) – Есть ли у жителей в данном районе понятная, повсеместно принятая концепция профилактики?
2. **Правила** ( ) – Существуют ли четко разработанные правила, поддерживающие профилактику и выполняемые различными группами населения?
3. **Стратегическое планирование** ( ) – Существует ли координация усилий в области стратегического планирования профилактических действий?
4. **Сеть поддержки** ( ) – Существуют ли организации, сознательно стремящиеся к содействию в профилактических мероприятиях?
5. **Оценка** ( ) – Существует ли координированная деятельность в области оценки прошедших профилактических мероприятий (их эффективности), а также распространения достижений?
6. **Сотрудничество** ( ) – Существует ли сотрудничество между местным населением и администрацией района, государственным управлением в целях поддержки местных профилактических программ?
7. **Техническая помощь** ( ) – Существуют ли организованные источники технической поддержки, доступные для местных профилактических действий?
8. **Финансирование** ( ) – Существуют ли общее мнение в выработке способов и источников финансирования профилактических действий?
9. **Модели программы** ( ) – Существуют ли в рамках обычных профилактических действий такие эталоны действий, которые можно рекомендовать как модели в будущих программах?
10. **Исследования** ( ) – Существуют ли достоверные исследования состояния жителей данного региона, которые можно использовать в создании профилактических программ?
11. **Лидеры** ( ) – Известны ли местные лидеры, которые могут участвовать в плановой профилактике?
12. **Образовательная поддержка** ( ) – Существуют ли учреждения или организации, которые дадут возможность местным профессионалам осуществлять непрерывное образование и выражают согласие на участие в профилактике?

Конструирование программы включает в себя 10 шагов, каждый из которых является частичной оценкой выполненных действий. В зависимости от полученного результата переходят к следующему шагу или возвращаются к предыдущему.

**Шаг 1** – определение местной популяции, которая будет включена в программу, внешними (приглашенными) специалистами. Для этого прежде всего необходимо принять во внимание два аспекта:

- степень угрозы, которую данная патология представляет для жизни людей и общества;
- готовность включиться в профилактическую деятельность.

**Шаг 2** – четкая характеристика той группы, которой касается данная профилактическая программа. Здесь необходимо учесть социальные, демографические, этнические переменные.

Эффектом действия первых двух шагов должен быть ответ на вопрос о потребности организации профилактических действий. Если ответ отрицательный, то необходимо вернуться к шагу 1 или выбору другой популяции. Если ответ положительный – переходят к следующему шагу.

**Шаг 3** – определение общественных лидеров. Критерии, которым должен соответствовать лидер:

- заинтересованность деятельностью в пользу местного населения;
- уважение в своей среде;
- существенное влияние на местное население.

В этом контексте представляется малозначимым умение проводить профилактические действия, так как этому можно научить лидеров во время специального обучения.

**Шаг 4** – как последствие выбора таких людей организация предварительного обучения, во время которого кандидаты на роль общественных лидеров могут объединиться как группа содействия, а также получить знания о профилактической программе и ее значении для местного управления и навыки по ее внедрению.

После окончания обучения необходимо оценить, насколько общественные лидеры ориентируются в потребностях населения и видят возможность удовлетворения потребностей при помощи профилактической программы. Если ответ отрицательный, необходимо вернуться к моменту обоснования потребностей профилактики и выбору новых лидеров. Если ответ положительный – переходят к осуществлению следующего шага.

**Шаг 5** – совместная встреча профессионалов, как местных, так и внешних, а также общественных лидеров с целью описания общей структуры планируемой программы, которая бы соответствовала потребностям местного населения, его подгрупп и отдельных представителей. Внешние профессионалы демонстрируют стандартную профилактическую программу и анализируют ее с точки зрения необходимых процедур для адаптации к потребностям данного населения.

В результате этого шага становится ясно, хотят лидеры осуществить начальные шаги по внедрению программы или нет. Если нет, то появляется вопрос, правильно ли определяют лидеры потребности профилактической программы; необходимо вернуться к фазе адаптации. Если оценка положительная – переходят к следующему шагу.

**Шаг 6** – описание структуры управления программой. Определяются следующие направления:

- место и роль внешних специалистов;
- структура группы лидеров программы;

- задания отдельным членам этой группы;
- стратегии и методы управления программой.

**Шаг 7** – подробное планирование программы. Здесь необходимо учесть четыре переменные:

- цель программы (помощь и поддержка, возможность непосредственного тренинга умений);
- уровень воздействия (индивид, ситуация, среда жизнедеятельности);
- вид программы (школьная, семейная, СМИ, общественных организаций);
- способ оценки эффективности программы.

На этом этапе организации местного населения определяется, существует ли единство во взглядах у внешних и внутренних специалистов по профилактике. Если этого единства нет, то необходимо вернуться к фазе внедрения программы. Если имеется согласие и единство во взглядах – переходят к следующему шагу.

**Шаг 8** – всестороннее обучение общественных лидеров, т.е. лиц, которые будут внедрять профилактические программы в жизнь.

В рамках этого шага необходимо принять во внимание основные сферы взаимодействия, предполагающего:

- четко очерченные роли общественных лидеров профилактических программ, их права и обязанности (с обязательным подчеркиванием необходимости воздержаться от действий, предназначенных специалистам);
- расширение самосознания специалистов с определением собственных сильных и слабых сторон профессиональной деятельности, мотивация к занятию профилактическими программами;
- умение налаживать межличностные контакты и взаимодействовать с другими;
- умение понять и описать переживания клиента;
- необходимость сохранять профессиональную тайну;
- умение направлять к специалистам лиц, переживающих серьезные проблемы (Dechamps A., 1993; Grad O., Zavasnik A., 1993; Gas Z., 1995).

По мнению Z.Gas (1999), на этом этапе определяется подготовленность общественных лидеров профилактической программы. Если она признается недостаточной, то необходимо вновь вернуться к обучению внешних специалистов и местных лидеров. Если оценка совместного обучения будет положительной – переходят к следующему шагу.

**Шаг 9** – введение мероприятий, внедряющих программу в жизнь, согласно разработанному ранее плану действий.

В этом месте производится финальная оценка, которая должна ответить на вопрос, соответствует ли введение данной профилактической программы плану (что является условием эффективности программы).

Если такого соответствия нет, то необходимо снова проанализировать степень подготовки лиц, включенных в программу (для выяснения целесообразности их дополнительного обучения).

**Шаг 10** – использование системы поощрений лидеров, укрепление их мотивации к деятельности, повышение значимости данной программы и мотивации к ее внедрению у местного населения.

Содержанием программы, активизирующей местное население, является трехмерная модель профилактики. В эту модель входят три измерения:

1. Вид программы – касающаяся школы, семьи, СМИ, общественных организаций.
2. Уровень воздействия – индивид, ситуация, в которой индивид проживает или работает.
3. Цель программы – поддержка, создание условий для обучения навыкам или непосредственное обучение навыкам конструктивного решения создавшихся проблем.

При всей важности знания методологии формирования и алгоритмов реализации программ, активизирующих местное население, достоянием российской реальности они станут только тогда, когда на всех политических уровнях будут осознаны приоритеты общественного здоровья, радикально улучшится экономика страны и всех регионов, нозоцентрическая идеология сменится здравоцентрической.

Как пример местной программы профилактики и лечения алкоголизма в России можно привести проект «Сотрудничество в здравоохранении Ла-Кросс–Дубна» (Житникова Т.Л., 1998). Стоимость его составила 500 тыс. долл., предоставленных агентством USAID. В проекте принимали участие шесть городов. Целью данного проекта было создание модели, которая поможет решению административных, организационных и кадровых вопросов по оказанию услуг по охране здоровья и решению социальных проблем, возникающих в связи с алкоголизмом в городах-участниках. В результате были обучены специалисты, внедрены обучающие программы, введены курсы «Здоровый образ жизни», «Позитивное развитие личности», «Нет наркотикам», созданы центры по социально-психологическим аспектам алкоголизма, началась работа групп АА, Аланон.

В мае 2003 г. в Стокгольме состоялась десятая юбилейная конференция мэров, входящих в международную организацию «Европейские города против наркотиков» (ЕСАД), которая сегодня объединяет 264 города, в том числе несколько российских. ЕСАД накопила уникальный опыт реализации муниципальных антинаркотических программ. Основная задача этой организации заключается в обучении, стажировках и научно-методическом сопровождении местных программ противодействия наркотикам. Недавно специально для российских городов предложен проект типового положения «О советнике губернатора (мэра) в области реализации российской региональной политики противодействия наркотикам». В этом же контексте представляется актуальным предложение журнала «Наркология» о создании общественного движения «Российские города против наркотиков», учитывающего отечественную законодательно-правовую и административную базу.

### **ПРОГРАММЫ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

В этом разделе будет рассмотрена модель программ, создаваемых на базе Национального института США по решению проблем зависимостей от ПАВ (National Institute for Drug Abuse, NIDA)

Данная модель опирается на профилактику, которая помогает молодому человеку в процессе развития и взросления уберечься от социальной патологии и получить возможность стать полноценным членом общества (NIDA, 1981). Достижение целей профилактических программ возможно только в том случае, когда программы тщательно спланированы и разработаны.

Конструирование профилактической программы является трудоемким процессом, требующим высокого уровня знаний и опыта, ориентирования в проблемах на-

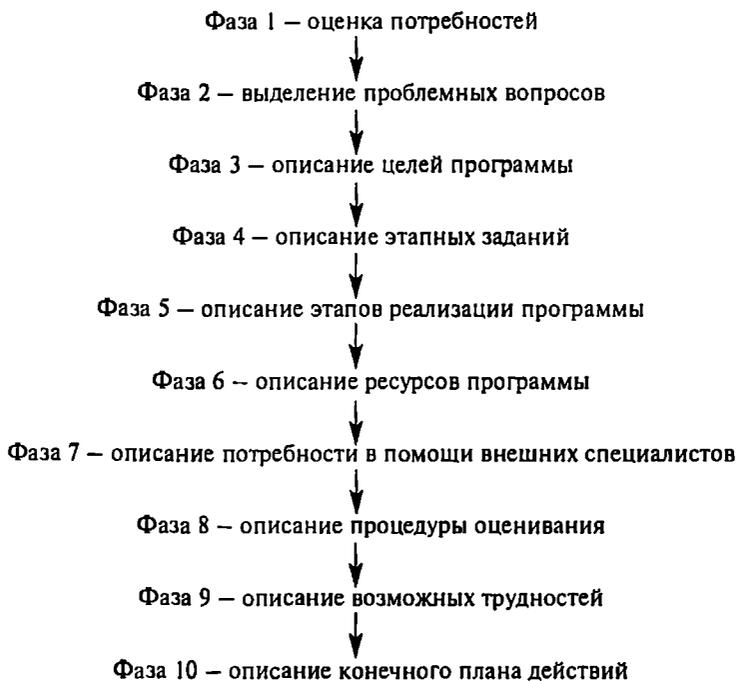


Рис. 19. Этапы создания многоуровневой профилактической программы (по NIDA, 1993).

селения того района, где будет реализована программа. Весь процесс создания программы включает 10 фаз (рис. 19), каждая из которых имеет свою цель.

Целью фазы 1 является оценка потребностей населения данного региона в профилактических программах. В рамках этой чрезвычайно важной фазы выделяют три элемента: механизм, динамизирующий оценку потребностей; процедуру оценки потребностей в профилактике; использование полученных результатов.

*Механизм, динамизирующий оценку потребностей*, состоит из пяти шагов.

Первый шаг заключается в определении общей области интересов, общей области оценок, намерений, а также формулировании этих намерений в виде цели исследования.

Второй шаг состоит в организации действий для достижения намеченных целей и контроля за протеканием данного процесса. Чрезвычайно важно на этом этапе правильно выбрать человека, который способен нести ответственность за качество выполняемой работы. Этот специалист должен уметь:

- мониторировать концептуализацию целей и процесс их достижения;
- использовать полученную информацию;
- поддерживать взаимодействие между группой, конструирующей программу, и общественностью той популяции, в которой будет осуществляться программа.

Третий шаг – определение требований к накапливаемой информации. Речь идет о той информации, которая помогает ответить на поставленные вопросы. Уточнение конкретных требований будет менее сложным, если известен вид патологии (в данном случае использование ПАВ). Чтобы ответить на вопросы, необходима информация о следующих группах переменных:

– касающихся развития личности – данные о ПАВ и позитивном отношении к их использованию, низком уровне самооценки, низком уровне ожиданий школьных достижений, импульсивности и поиске впечатлений, чувстве отчуждения, сильных личностных стрессах, чувстве принадлежности к молодежным субкультурам, слабых религиозных переживаниях, жизненном пессимизме, стрессах и психических травмах в периоде детства;

– касающихся семейных отношений – данные об употреблении алкоголя и других одурманивающих веществ, противоположных методах родительского воспитания, нестабильности и дезорганизации в семье, чрезмерной опеке или попустительском воспитании, использовании жестких мер физического наказания, а также безразличии со стороны родителей;

– касающихся группы ровесников, а именно – данные о доверии к информации об одурманивающих средствах, передаваемых в группе ровесников, одобрении девиантного поведения ровесниками, одобрении употребления алкоголя и наркотиков в группе ровесников;

– касающихся школьной ситуации – данные о скептицизме по отношению к школьным образовательным программам по профилактике, негуманных взаимоотношениях в школьной среде, отсутствии альтернативных образовательных программ для лиц, бросивших обучение в школе, а также для отстающих учащихся;

– социальных – данные о незаинтересованности социальных учреждений в решении молодежных проблем и отсутствии программ для детей и молодежи.

Приведенные выше группы переменных должны быть дополнены информацией о социально-экономическом уровне данного общества, о девиантных формах поведения, характерных для данного общества. Координатор профилактической программы ранжирует затем всю полученную информацию и учитывает все потребности местного населения.

Четвертый шаг – оценка источников информации, собранных в отдельных исследованиях, касающихся как проблематики одурманивающих веществ, так и в целом психического здоровья, профилактики преступности несовершеннолетних, специфики пациентов службы здравоохранения.

Пятый шаг заключается в разработке точного плана действий в области профилактики. Для этого необходимо определить:

- критерии оценок, которые будут использоваться при проведении программы;
- период проведения программы;
- методы контроля проводимых действий;
- методы анализирования результатов.

В *процедуре оценки потребностей в профилактике* специалисты NIDA рекомендуют использовать следующие методы:

- интервью с компетентными специалистами. Эта техника основана на расспросе тех лиц, которые в силу выполняемых функций или характера своей работы знают реальное состояние дел – распространенность потребления наркотических веществ и связанных с этим проблем (работники милиции, службы здравоохранения, школьная администрация, клиенты центров помощи людям, имеющим зависимость и т.д.) Целью этих интервью является определение и локализация групп высокого риска, описание потребностей специальных программ для данного вида популяции;

- общественное обозрение, которое заключается в проведении опроса или выяснении общественного мнения для сбора социально-демографических данных, касающихся проблем данного общества, а также действующих профилактических программ. В результате происходит реидентификация группы риска, а также знакомство с наиболее эффективными способами оказания помощи людям, нуждающимся в ней;
- прогностические коэффициенты дают возможность разработать прогноз на тему потенциальной угрозы и развития проблем в данном обществе, а также конечных средств решения проблемы.

*Использование полученных результатов.* Этот элемент фазы 1 складывается из анализа полученного материала и использования его в планируемых профилактических программах.

Анализирование собранной информации содержит прежде всего четкую процедуру статистической обработки материала и качественный анализ статистики.

Координатор программы при ее проведении должен обеспечить использование полученной информации в полном объеме.

**Фаза 2** посвящена философии профилактики (определение, цели, задачи); роли, которую будут играть профессионалы, а также волонтеры; оценке и роли социальных условий данного общества; юридическим основам проведения профилактики.

**Фаза 3** заключается в «проигрывании» существующих проблем и создании ситуации, когда эти проблемы решены. Это даст возможность выяснить потенциально наиболее эффективные шаги программы.

**Фаза 4** превращает цели программы в конкретные поэтапные задания, которые являются отметкой о выполнении определенных этапов программы. Этапные задания должны иметь определенную форму, дающую возможность измерить эффективность программы и реализацию главных целей.

**Фаза 5** составляет конкретные пошаговые задачи по реализации программы.

**Фаза 6** заключается в определении ресурсов программы, которые обуславливают эффективное выполнение программы. Это анализ всех имеющих видов ресурсов – интеллектуальных, материальных, финансовых.

**Фаза 7** определяет поддержку в виде обучения участников программы, а также технической поддержки в реализации программы.

**Фаза 8** определяет стратегию и составляющие оценки, которая будет проводиться во время реализации программы. Необходимо решить вопрос о том, какие методы и в каком объеме будут использоваться для измерения эффективности отдельных этапов программы.

**Фаза 9** описывает потенциальные трудности и ограничения, которые могут появиться в ходе реализации программы, а также способы их решения.

На этапе **фазы 10** принимаются последние решения о том, какие действия, по отношению к кому, когда и в каком объеме будут приняты. Для этого предлагается использовать матрицу планирования различных стратегий и объектов (рис. 20).

За последние годы появились многочисленные работы, обобщающие концептуальные подходы и методологию конструирования отечественных программ многоуровневой профилактики (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2002; Дерга В.А., 2002; Шипицын Л.М., Шпилева Л.С., Гусева Н.А., 2002; Валентик Ю.В., Гериш А.А., Зарецкий В.В., 2002; Надеждин А.В., 2002; и др.). Можно надеяться, что в ближайшее

Объект	Стратегия			
	Информация	Образование	Альтернатива	Вмешательство
Индивид Семья Ровесники Школа Общественные организации				

Рис. 20. Матрица планирования профилактических действий (по NIDA, 1993).

время появятся публикации, отражающие практический опыт и эффективность реализации конкретных программ.

### ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Раннее вмешательство предназначено для выявления лиц или групп риска, а также для оказания помощи этим лицам или группам в снижении риска проявления патологии (Sekiera С., 1992; Gas Z., 1993; Sek H., 1993). Прежде всего следует дать определение человеку, относящегося к группе риска.

К группе риска аддиктивного поведения относятся прежде всего те индивиды, которые не достигли состояния полной психической и социальной зрелости, в чьей жизни имеют место: прогулы школьных занятий или оставление школы без получения образования; добрачная беременность; жизнь в неудовлетворительных экономических условиях; воспитание в семье алкоголиков или наркоманов; наличие психической травмы в результате каких-либо форм насилия — физического, психического, сексуального; проблемы в сфере психического здоровья; дилеммы, связанные с осознанием смысла жизни; попытки совершить суицид; поддерживание контактов с лицами асоциального поведения.

В рамках программ раннего вмешательства, как подчеркивают M.Swift и K.Healey (1986), должны быть учтены воздействия на значимых для индивидов из групп риска лиц. Это воздействия, направленные на:

- лиц, которые занимаются воспитанием (например, родители, опекуны). Им следует помочь в расширении сферы знаний и навыков, необходимых для эффективного выполнения своих социальных ролей;
- работников различных образовательных и воспитательных учреждений (учителя, медсестры, социальные работники), которые по роду своей деятельности оценивают правильность психического, социального и физического развития подростков, а также помогают детям конструктивно решать проблемы взаимоотношений с окружением;
- занимающихся разработкой и утверждением новых законодательных и нормативных актов на уровне местной и государственной администрации для осознания ими значимости профилактических программ;
- отвечающих за взаимодействие различных организаций (школ, больниц, общественных организаций) для помощи руководителям этих организаций в разработке приемлемых и эффективных форм взаимодействия.

Деятельность в форме раннего вмешательства является формой профессионального ответа на конкретные проблемы, которые переживают отдельные лица или со-



Рис. 21. Процедура конструирования программы раннего вмешательства (по Z.Gas).

циальные группы. В связи с этим каждая эффективная программа подобного типа является по своей сути неповторимой, так как должна быть максимально приближена к конкретной проблеме. Как показывает практика, слепое перенесение программы, удачной для одной конкретной популяции, ситуации или проблемы, на другую популяцию без учета ситуации не приносит результатов, кроме того, может вызвать прямо противоположный эффект.

В целях снижения негативных явлений рассмотрим механизм создания программ раннего вмешательства (рис. 21), разработанный профессором Z.Gas (2000) на базе университета им. М.Склодовской-Кюри в г. Люблине (Польша).

Приступить к созданию и выполнению программы раннего вмешательства можно только при соблюдении двух основных условий:

1. Прежде всего лица или среда, в которых наблюдается какое-либо из явлений аддикции, должны быть заинтересованы в изменении стиля жизни и согласиться участвовать в программе.

2. Программа должна быть разработана и внедрена компетентными в профилактике профессионалами, пользующимися доверием в обществе.

### Фаза ранней идентификации

Фаза идентификации проблемы ставит своей целью выделение и обозначение в более широком теоретическом аспекте симптомов, вызывающих беспокойство и указывающих на наличие определенных проблем аддиктивного поведения. Она включает в себя три шага.

**Шаг 1: идентификация симптомов.** Необходимым условием для обнаружения какого-либо аддиктивного поведения является существование норм правильного и здорового развития человека.

Говоря о правильном развитии подростка и ребенка, особое внимание следует обратить на постоянство, системность, конструктивность и адекватность возрасту изменений в восьми направлениях:

в эмоциональной сфере от деструктивных эмоций, эмоциональной неуравновешенности субъективных интерпретаций, детских страхов и избегания конфликтов — к конструктивным эмоциям, эмоциональному равновесию, объективным интерпретациям событий, взрослой мотивации и решению конфликтов;

в сфере *гетеросексуальных контактов* от заинтересованности своим полом, наличием многих слабых связей и беспокойства, вызванного созреванием, — к проявлению интереса к противоположному полу, предпочтению одной сильной связи и акцептации собственной зрелости;

в сфере *социального созревания* от переживания неуверенности в контактах с ровесниками, страха перед отторжением, социальной беспомощности, копирования поведения ровесников и социального неприятия — к приобретению уверенности в себе, чувству социального одобрения, социальной уверенности, самостоятельности и социальной толерантности;

в сфере *интеллектуального созревания* от ссылок на авторитеты, концентрации на фактах, переменчивости и множества интересов — к поиску доказательств, концентрации на выяснениях, а также на ограничении численности и повышении стабильности интересов;

в сфере *профессиональных интересов* от концентрации на привлекательности, множества профессиональных интересов и неадекватной оценки собственных способностей — к стремлению к пользе, согласованности с собственными интересами и реалистической оценке собственных способностей;

в сфере *общей философии жизни* от идеологического безразличия, стремления к удовольствию и приспособленности к конкретным традициям — к идейной заинтересованности, умению обобщать и руководствоваться в своих поступках чувством долга;

в сфере *использования свободного времени* от интересов к развлечениям, предпочтения индивидуальной деятельности и множества хобби — к интересам групповой деятельности, вовлеченности в интеллектуальное сотрудничество, концентрации на одном хобби;

в сфере *чувства собственного самосознания* от нереалистической самооценки, постановки нереальных целей и страха перед оценкой со стороны других — к приобретению реальной самооценки, постановке перед собой реальных целей и толерантности к чужому мнению.

О здоровой жизнедеятельности взрослого человека могут свидетельствовать следующие критерии, предложенные М. Jahoda (1958):

- позитивное отношение к самому себе, которое проявляется в принятии себя таким, какой есть (с принятием собственных ограничений и возможностей);
- развитие и личностный рост (понимаемые как стремление к самореализации, а также умение ставить перед собой отдаленные и конструктивные цели);
- автономия, понимаемая как относительная независимость от других людей, управление в жизни собственными внутренними стандартами;
- адекватное наблюдение за реальностью, понимаемое как умение сопоставлять собственные наблюдения и оценки с новыми фактами;
- компетентность в деятельности, понимаемая как умение исполнять социальные роли;

- позитивные межличностные отношения — партнерское взаимопонимание, уважение, позитивные эмоции.

Названные критерии принимаются за образец конкретных черт, форм поведения и установок. Если существующее поведение неадекватно данному образцу, оно становится серьезным симптомом и может вызвать определенную реакцию со стороны общества.

**Шаг 2: вербализация проблемы.** Определение беспокоящего симптома должно привести к вербализации проблемы. Если этот шаг не будет осуществлен, есть опасность «наклеивания ярлыков», т.е. определенной стереотипизации личности (или группы), а в дальнейшем использование против них манипуляций или репрессивных методов вместо решения проблемы.

**Шаг 3: теоретическая перспектива понимания проблемы.** Для понимания сути проблем, с которыми борется человек или группа, необходимо теоретическое описание, которое помогло бы выяснить природу аддиктивного поведения. Сходство взглядов на этиологию нарушений (Adams H.G., 1984; Rosenhan D.L., Seligman M.E.P., 1994; и др.), а также методов психокоррекции позволяет выделить четыре теоретических подхода:

- *психоаналитический* допускает, что причина дисфункций человека находится в раннем детстве и основой метода поэтому является анализ бессознательного;
- *когнитивно-бихевиоральный* принимает за основу, что появление дисфункции, как и элиминация нарушений, происходит на основе закономерностей, управляющих процессом обучения и приобретения новых видов поведения;
- *экзистенциально-гуманистический* принимает за основу, что причиной дисфункций является заблокированная возможность развития человека, поэтому разблокирование осуществляется при помощи нормализации процесса развития личности, становления чувства собственной независимости, нормализации системы ценностей и принятия ответственности за собственную жизнь;
- *системный* принимает за основную причину дисфункции человека нарушенные взаимоотношения людей, поэтому путь к элиминации девиации — в реструктуризации межличностных отношений.

Описание теоретических основ решения проблемы необходимо для выбора специалистов.

### **Фаза диагностики**

Основной целью ее является возможность определения тех аспектов психосоциального функционирования людей из групп высокого риска, которые важны для изучения этиологии дисфункции и проектирования будущих психокоррекционных действий.

Эта фаза состоит из пяти шагов, связанных с методологией психологического исследования. Так как по данной теме имеется достаточное количество литературы (Guilford Y.P., 1964; Clauss G., Ebner H., 1972), остановимся лишь на самых важных аспектах организации профилактики.

**Шаг 4: определение размеров исследуемой популяции.** В процессе данного шага следует ответить на вопросы:

Кого необходимо включить в группу исследуемых?

Каким условиям должна удовлетворять исследуемая группа?

Первый касается лиц, включенных в исследование. На первый взгляд вопрос кажется банальным, но в действительности речь идет о той ситуации, когда в группы

высокого риска могут ошибочно включить лиц, которые своим поведением демонстрируют лишь свойственную их возрасту дисфункциональность.

Например, дети 11–12 лет имеют проблемы с контролем своего поведения. Часто учителя называют их грубиянами, невоспитанными, непослушными, невежливыми по отношению к взрослым. На самом деле это учителя обнаруживают низкую профессиональную подготовку и беспомощность в адаптации воспитательных методов и воздействий к возможностям и потребностям детей этого возраста. Поэтому в данном случае исследуемой группой должны быть учителя, а разработанная программа должна помочь им поднять свой профессиональный уровень.

Если же принять за группу риска детей, то программа примет черты манипуляционного тренинга, предназначенного обучить детей приспособлению к требованиям учителей.

Второй вопрос имеет в виду, что если группа риска по величине составляет более 30–40 человек, то исследованиям следует подвергнуть всю популяцию. Необходимым и достаточным условием для продолжения исследования является размер предварительно выбранной группы риска, не превышающий 30 человек.

**Шаг 5: выбор методов исследования.** Выбор исследовательских методов связан:

- 1) с видом используемой методики;
- 2) согласованностью выбранных исследовательских методов с принятой психологической концепцией;
- 3) применением стандартных процедур измерения или самостоятельно сконструированных шкал.

В диагностике, используемой в психопрофилактике, применяется достаточно широкий спектр методов исследований (Сидоров П.И., 1999). Это методы наблюдений, эксперимента, анализа продуктов деятельности, интервью, анкеты и опросники, тесты, социометрические методы.

Каждый из этих методов имеет свои разновидности. Между тем следует помнить, что несоответствие методов исследования принятой психологической концепции (теории) приведет к сомнительной ценности полученных данных. Дилемма стандартных и самодельных методов измерения показывает, что каждый из применяемых методов имеет свои плюсы и минусы. Сильной стороной стандартных методов исследования является соответствие стандартам психометрических процедур. Слабой — неадекватность измерениям выбранных признаков.

В случае использования самодельных шкал ситуация обратная — шкалы хорошо подобраны для измерения данного признака, но им не хватает психометрических характеристик. Поэтому, если специалист решается использовать собственные методы, он обязан позаботиться об их психометрической оценке.

**Шаг 6: осуществление процедуры исследования.** Переходя к реализации диагностического исследования, необходимо ответить на три основных вопроса:

Кто должен проводить исследования?

Каким образом необходимо проводить исследования?

Когда проводить исследования?

Первый из вопросов касается личности диагноста и связан с возможностью получения недостоверных результатов. Лицо, проводящее исследования, должно соответствовать следующим критериям:

- пользоваться доверием респондентов;

- пользоваться авторитетом среди респондентов;
- пользоваться авторитетом среди сотрудников, участвующих в программе.

Второй вопрос касается формы проведения исследования: индивидуальной или групповой. Обе формы в принципе применимы, следует только исключить факторы, которые могут снизить достоверность, — чувство угрозы у респондентов, наклеивание ярлыков, давление со стороны группы ровесников, поиск общественного одобрения.

Последний из вопросов затрагивает временной параметр. Необходимо, чтобы исследования в группе высокого риска были проведены в минимальный промежуток времени. Это связано с тем, что:

- продолжительное исследование может привести к распространению в исследуемой популяции информации о содержании и цели исследований, т.е. повлиять на его результаты;
- каждый вид аддиктивного поведения характеризуется определенной динамикой, что влияет на картину исследования в целом;
- продолжительное исследование может привести к нежеланию лиц из группы высокого риска изменить свое поведение ввиду принятия его как положительного.

**Шаг 7: анализ результатов исследования.** Собранный материал исследований необходимо подвергнуть статистической обработке, дающей возможность вербализовать прогноз по раннему вмешательству. Для этого можно использовать:

*описательную статистику*, дающую возможность численно представить качественные данные (например, численность, проценты, пропорции);

*параметры распределения* — числовые характеристики, которые дают возможность понять, насколько признак изменчив, наблюдается или нет преимущественное появление определенных значений признака (оценка математического ожидания, например, среднее арифметическое, оценка дисперсии, стандартное отклонение и т.д.);

*измерение взаимозависимости* — обнаружение связей между двумя и более переменными (например, корреляции);

*измерение статистической достоверности разниц или межгруппового сходства*, которое дает возможность обозначить различие (или нет) двух или более групп переменных (например, тест достоверности различий, анализ вариации, анализ ковариации и т.д.);

*дисперсионный анализ* (ANOVA, MANOVA, таксономический анализ, различные виды иерархического анализа и т.д.)

Однако следует помнить, что статистическая обработка данных является только средством для достижения цели, а не возможностью для исследователя показать свою оригинальность.

**Шаг 8: вербализация рекомендаций по программе.** Последний шаг в фазе диагностики заключается в переводе обнаруженных при диагностике группы закономерностей в постулаты, которые должны быть учтены при разработке программы.

### **Фаза концептуализации программы**

Основной целью этой фазы является конструирование программы раннего вмешательства для диагностированной группы высокого риска. Перейдем к деталям создания программы.

**Шаг 9: описание целей программы.** Это создание подробной концепции программы раннего вмешательства, начинающееся с однозначного описания цели, к которой стремится данная программа. Эта цель должна:

- опираться на теоретические основы, принятые в попытке понять проблему (психологическая теория);
- использовать рекомендации, следующие из анализа данных, полученных в процессе диагностики;
- принимать во внимание проявления аддиктивности и асоциальности, полученные в группе высокого риска.

**Шаг 10: описание задач программы.** Цель программы может быть достигнута в результате выполнения ряда действий. Эти действия и будут задачами. Задачи принципиально должны быть связаны с целью программы. Необходимо отказаться от второстепенных, несущественных мероприятий.

**Шаг 11: описание структуры и содержания программы.** Суть данного шага — определение и реализация тех действий, которые помогут достигнуть цели программы. При этом учитываются три вида переменных:

- лица, входящие в программу;
- вид проводимых мероприятий;
- тематическое содержание проводимых мероприятий.

Лица, входящие в программу, — это люди из группы высокого риска, для которых создается программа. Они объявили о своем желании изменить себя и свое поведение. Более того, каждый из них может выступать, с одной стороны, как индивид, с другой — как участник группы. Полезным представляется, чтобы в программе приняли участие люди, значимые для лиц с аддиктивным поведением, которые могли бы оказать помощь в изменении личности последних. С этой целью целесообразно, например, в программы для молодежи включать предложения для родителей или учителей, а в программы для родителей — предложения для детей.

Лицо, создающее программу, может использовать следующие виды мероприятий:

*Информационные*, вытекающие из веры в человеческие возможности самосовершенствования путем принятия ответственных решений. Условием для подобной ответственности является получение адекватной информации, которая косвенно помогает человеку совершить рациональный выбор и усвоить социально приемлемые формы поведения. Поэтому главной целью данной стратегии будет информирование о соответствующих актуальных, правдивых формах развития и здорового образа жизни человека. Информация является основой изменений, но может быть неэффективной и непродуктивной, если не опирается на четко определенные принципы взаимодействия, соответствующие уровню развития данного человека. Информационная стратегия включает выпуск плакатов, листовок, брошюр, лекции, семинары для детей и подростков, взрослых различного возраста, использование ТВ и радио.

*Образовательные*, опирающиеся на удовлетворение таких потребностей людей, как любовь, безопасность, принадлежность к группе, чувство истинного самосознания. В основном удовлетворение этих потребностей возможно лишь в социальном контексте, а также при помощи действий, которые повышают чувство собственной значимости. По некоторым наблюдениям, люди, испытывающие трудности в принятии решений, разрешении проблем и нахождении взаимопонимания с другими людьми, как правило, не умеют удовлетворять потребности конструктивным для себя и общества способом. Жизнь показывает, что пока эти трудности не будут устра-

нены, люди удовлетворяют свои потребности девиантным способом, например, путем приема алкоголя.

Образовательные стратегии помогают индивидам в приобретении основных жизненных навыков. Это могут быть различные виды обучения умению решать проблемы, справляться со стрессом, находить взаимопонимание с другими людьми и т.д. Важно при этом учитывать профессиональную подготовку индивида, планирование карьеры, а также умение извлекать уроки из деятельности значимых для него лиц.

Образовательные мероприятия можно проводить не только в школах, но и в различных общественных местах – домах культуры, различных центрах, местах работы и т.д.

*Альтернативную деятельность*, опирающуюся на принцип, что ограничить аддиктивное поведение индивида можно путем стимулирования его общественной деятельности. Участие в программе детей, подростков и других взрослых усиливает позитивную самооценку индивида и его оценку другими, он может поднять свое настроение, не прибегая к аддиктивным формам поведения. В результате подобных мероприятий углубляется чувство доверия к обществу, возрастает удовлетворение от участия в общественной работе.

*Мероприятия-интервенции*, призванные помочь индивидам определить свои проблемы и найти возможности их решить. Интервенция включает помощь и поддержку в решении личностных и семейных проблем. Основные методы ее – индивидуальное и групповое консультирование, групповая работа, телефон доверия и конфронтационные сессии. Все более популярными становятся группы само- и взаимопомощи, объединяющие людей разного возраста и разного социального статуса.

*Деятельность по изменению средовых условий*, направленную на определение и изменение тех факторов социальной и физической среды, которые способствуют развитию и поддержанию аддиктивного поведения. Эта стратегия часто связана с образовательной.

*Деятельность по изменению общественных норм*, как правило, направленную на все население. В рамках этого подхода чаще всего используется изменение юридических нормативов, местных указов, ограничение доступности и продажи ПАВ, их рекламы.

Тематическое содержание проводимых мероприятий – это то, что является содержанием воздействий. Представить его целесообразно в виде структурной матрицы программы (рис. 22).

**Шаг 12:** описание способа осуществления программы. На данном этапе необходимо принять решение относительно:

- временных параметров отдельных элементов программы, а также целой программы;
- очередности реализации каждого из элементов программы, т.е. решить, что будет реализовано во вступительной фазе (условия для создания изменений), что в основной (главные мероприятия), а что – в конечной (мероприятия для подведения итогов);
- хронограммы реализации программы, т.е. определения четких дат и времени реализации мероприятий.

**Шаг 13:** описание стратегии оценки программы. Реализация профилактических действий имеет смысл только тогда, когда в рамки программы включена процедура оценки эффективности мероприятий. Как подчеркивают J.D.Hawkins и B.Nederhood (1994), оценке могут быть подвергнуты четыре элемента программы:

Вид мероприятий	Объект воздействия			
	Индивид	Группа риска	Значимое лицо	Значимая (референтная) группа
Информация Образование Альтернатива Интервенция Изменение среды Изменение общественных норм				

Рис. 22. Структурная матрица программы.

*ресурсы*, которые используются в процессе реализации программы (исполнители, финансовые расходы, дополнительные материалы, контакты – формальные и неформальные);

*использованные стратегии профилактических воздействий* (информационные, образовательные, альтернативные, ранняя интервенция, изменение среды, изменение общественных норм);

*достигнутые непосредственные результаты*, проявляющиеся сразу после профилактических воздействий и включающие прежде всего изменения в личности и поведении;

*отдаленные результаты*, или изменения, наблюдаемые в психосоциальном существовании людей, в отношении которых осуществлялась программа.

Подбор определенной стратегии оценки программы должен соответствовать трем группам переменных:

- специфике программы;
- возможностям исследовательской группы;
- формальным ограничениям.

Чтобы процесс внедрения программы раннего вмешательства не деформировал ее суть, особое внимание необходимо обратить: 1) на соблюдение специфики программы; 2) способ набора ее участников; 3) заключение контракта с кандидатами на участие в ней.

**Соблюдение специфики программы** касается прежде всего ее характера – открытая она или закрытая. Часто в процессе внедрения программы ее координаторы начинают производить серьезные изменения. Например, программа должна была иметь закрытый характер (т.е. включать только постоянную группу лиц), но в связи с выходом некоторых участников становится открытой. В результате нарушается целостность группы, снижается доверие между участниками группы, а также к организаторам программы. Или, наоборот, программа имела открытый характер, но ввиду большого количества желающих в ней участвовать руководители решают ограничить число участников. Негативным эффектом подобного действия будет чувство ненужности и изоляции у лиц, которые не могли войти в программу, и чувство социальной изоляции с некой стереотипизацией у тех, кто вошел в нее. И то и другое нежелательно, так как снижает эффективность программы.

Следующий важный момент — **привлечение к участию в программе**. Оно может быть: *добровольным* — лица с аддиктивным поведением самостоятельно принимают решение об участии в программе на основе широко представленной информации о ней; *рекомендованным* — выбор участников программы происходит в результате предложения лицам с аддиктивным поведением принять в ней участие. Целесообразность участия объясняется тем, что лучше заняться существующими трудностями, чем ждать, пока они возрастут;

*обязательным* — участие лиц с аддиктивным поведением в программе обеспечивается по принципу направления профессионалами, специалистами, значимыми людьми.

Каждый из способов набора участников программы имеет свои как формальные, так и содержательные особенности.

Процедура заключения контракта с кандидатами на участие в программе должна содержать следующие элементы:

- короткую презентацию кандидату специфики программы с уточнением основной информации о целях, форме, участниках и главных аспектах;
- предварительную оценку кандидата для уточнения его ожиданий, определение уровня его мотивации для участия в программе;
- выявление сомнений кандидата, связанных как с самой программой, так и с условиями и последствиями участия в ней;
- однозначные принципы и правила участия в программе.

Таким образом, создание программ различного уровня является новой отраслью психопрофилактики аддиктивного поведения.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В данной главе сделана попытка проанализировать существующие на основе зарубежного и отечественного опыта материалы по созданию профилактических программ и обратить внимание на наиболее существенные моменты в методологии наркологической превентологии.

Главными принципами в организации профилактики алкоголизма и наркомании и построении профилактических программ являются системность и многоуровневость подходов. Процедура создания этих программ требует знания потребностей развития человека, т.е. программа должна соответствовать закономерностям возраста, пола, социальной роли, культурального контекста, традиций, а также опираться на точный экономический расчет и возможность проверки эффективности.

Политика в отношении социальных болезней, к которым относятся зависимости, формируется на основе принципов социальной активности общества, информированности людей, гуманности, научности форм и методов работы, системности, раннего предупреждения недугов, дифференцированности мер воспитательно-профилактического воздействия, а также программно-целевого планирования, что означает четкую постановку целей и предполагает достижение конкретных результатов в политике сдерживания социальных недугов.

## Раздел III

# **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ**



# ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

До недавнего времени практически не рассматривалась такая важная составляющая наркологии, как образование, представляющее собой совокупность процессов воспитания, обучения и развития.

Важность педагогических аспектов НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ обуславливается их незаменимостью при разработке первичной профилактики, направленной на все здоровое население и ставящей перед собой очень значимую цель – развитие положительного внутреннего нравственного и психического потенциала человека, что достигается в немалой степени пропагандой и рекламой здорового образа жизни.

Данный раздел посвящен педагогическим аспектам первичной профилактики.

### ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

У основателя позитивной психотерапии Носсрата Пезешкиана (1992) есть очень мудрая притча об отношении к проблемам семьи, в т.ч. и проблеме воспитания.

Одна женщина была недовольна своей судьбой – она была беднее, чем все другие, ее муж рано умер, и семерым ее детям не хватало хлеба. Однажды ночью, после того как она с отчаянием помолилась, перед ней появился ангел, который дал ей мешок и велел сложить в него все ее заботы и нужды. Мешка едва-едва хватило для всех печалей, забот и страхов.

Ангел взял женщину за руку и повел на небо. Она со стонами, ругаясь про себя, несла свой мешок. Придя наверх, она очень удивилась. Небо она представляла себе по-другому. Облака были похожи на мешки с заботами. На самом большом из мешков сидел старый, почтенного вида господин, знакомый женщине по картинкам еще с детских лет. Всезнающий знал и о ее заботах – он ведь каждый день слушал ее молитвы и проклятья. Он велел ей отложить свой мешок в сторону и сказал, что она может открыть другие мешки и посмотреть, что в них. Потом она должна выбрать себе один из них и взять его с собой на землю.

Женщина открывала один мешок за другим и находила там разные «вещи»: ссоры, проблемы, жуткие конфликты, скуку и многое другое. Многие из этих «вещей» казались ей совершенно чужими, некоторые были знакомыми, а о других она вообще не знала, видела их когда-нибудь или нет. С трудом пробиравась она сквозь облака, пока не подошла к последнему мешку. Она открыла его, выложила содержимое и поняла, что это ее собственный мешок. Но когда она его подняла, он показался ей намного легче, чем прежде; более того, многие заботы ее уже не заботили, многие боли уже не причиняли боль.

Вывод из этой притчи очевиден – чем лучше мы знаем проблему, тем легче с ней справляемся; знание и жизненный опыт облегчают принятие своей судьбы.

Алкоголизм и наркомания рассматриваются как семейная проблема в нескольких аспектах. Это и особый тип внутрисемейных отношений, описываемых понятием «созависимость», и семейная нозологическая отягощенность. В работах отечественных психологов подчеркивается, что семья может выступать и как провокатор начала алкоголизации и наркотизации (или рецидивов в период ремиссии), и как фактор реабилитационной и профилактической направленности (Березин С.В., Лисецкий К.С., 2001). Векторная характеристика фактора семьи может быть разной в разных семьях, но может меняться и внутри одной семьи. Особенности структуры и функций семьи учитываются специалистами при работе с семьями.

Воспитательная функция семьи состоит в удовлетворении индивидуальных потребностей в материнстве и отцовстве; в контактах с детьми и в их воспитании; в возможности родителей реализовать себя в детях. В ходе выполнения воспитательной функции семья обеспечивает социализацию подрастающего поколения, подготовку новых членов общества. По мнению И.В.Саноцкого (2000), одна из функций семьи состоит в половом воспитании, когда мальчика учат бесстрашию и щедрости, а девочку – аккуратности и хозяйственности.

Жизнь ставит перед членами каждой семьи ряд весьма трудных задач: участие в семейных взаимоотношениях, подчинение нормам, существующим в данной семье, участие в ведении домашнего хозяйства и деятельность вне семьи по обеспечению материального достатка, воспитание подрастающего поколения. Для того чтобы успешно справляться со всеми этими задачами, члены семьи должны обладать определенными психологическими качествами.

Во-первых, это потребности, мотивирующие преодоление трудностей (потребности материнства и отцовства, любви, симпатии, а также хозяйственно-бытовые потребности).

Во-вторых, это определенные навыки и умения, способность понимать других членов семьи.

В-третьих, это эмоционально-волевые качества, необходимые для регулирования своих эмоциональных состояний.

Состояние нынешней российской семьи – миллисоциальной группы, где осуществляется воспитание, можно охарактеризовать как долгосрочный кризис ценностного устройства общества. Помимо известных старых проблем: конфликт социальных ролей и место женщины в семье, девиантное поведение подростков, низкий достаток семей, алкоголизм и наркомания – появились новые: семейные проблемы мигрантов, вынужденных переселенцев и беженцев, проблемы, связанные с проживанием на экологически неблагоприятных территориях. Все это не может не сказаться на определяющих демографических показателях – рождаемости и смертности. По прогнозам Госкомстата РФ, за десятилетие с 1995 по 2005 г. общее сокращение численности населения страны составит 9 млн человек (Медков В.М., 1996). Поэтому, говоря об ориентирах воспитания в семье здорового образа жизни, необходимо найти наиболее значимые из тех составляющих воспитания, которые не зависят от войн, революций и прочих несчастий и проверены не одним поколением людей. Во многих исследованиях, посвященных процессу воспитания детей, отмечено, что в семье определяются и закладываются общественные, жизненные, религиозные, политические ценности. В семье ребенок осваивает роль сына или дочери, брата или сестры, наблюдает и усваивает взаимоотношения между родителями, чтобы в будущем перенести их в свою семью. В семье ребенок учится любить, ненави-

деть, сострадать и получать помощь. По мнению Ф.Райса (2000), особое значение для формирования моральных качеств и мировоззрения ребенка имеют следующие факторы:

1. Родительское тепло, взаимное уважение в семье, доверие по отношению к ребенку.
2. Частота и интенсивность общения родителей с детьми-подростками.
3. Семейная дисциплина, вид применяемых наказаний.
4. Роль, отведенная ребенку в семейной иерархии.
5. Степень самостоятельности, предоставляемой ребенку.

Л.Д.Столяренко (1999) под развитием нравственности понимает способность выносить моральные суждения. Следует добавить, что прежде всего суждение должно касаться собственных поступков человека.

Уровни развития нравственности имеют следующую градацию:

**1. Преднравственный уровень (до 10 лет) включает две стадии.**

На первой стадии ребенок оценивает поступок как плохой или хороший в соответствии с правилами, усвоенными им от взрослых; склонен судить о поступках по важности последствий, а не по намерениям человека («гетерономная мораль»); суждение выносит в зависимости от того вознаграждения или наказания, которое может повлечь за собой этот поступок.

На второй стадии ребенок начинает судить о поступках по обусловившим их намерениям, понимая, что намерения важнее результатов совершенного поступка («автономная мораль»).

**2. Конвенциональный уровень (с 10 до 13 лет) – ориентация на принципы других людей и на законы. Включает в себя еще две стадии.**

На третьей стадии суждение основывается на представлении о том, получит поступок одобрение других людей или нет. На четвертой суждение выносится в соответствии с установленным порядком и официальными законами общества.

**3. Постконвенциональный уровень (с 13 лет) – человек судит о поведении, исходя из собственных критериев.**

На пятой стадии оправдание поступка основывается на уважении прав человека или признании демократически принятого решения.

На шестой стадии поступок квалифицируется как правильный, если он продиктован совестью – независимо от его законности или мнения других людей. Нравственное развитие многих людей так никогда и не переходит в четвертую стадию, а шестой стадии достигает меньше 10% людей в возрасте 16 лет и старше.

Согласно Гиллиган (цит. по: Столяренко Л.Д., 1999), нравственные принципы мужчин и женщин различаются. При этом развитие женской нравственности проходит следующие три уровня, между которыми имеются переходные стадии.

**1. Самозабоченность, или эгоизм** – женщина сосредоточена на удовлетворении своих желаний, ее интересуют лишь те, кто в состоянии удовлетворить ее собственные потребности и обеспечить ей благополучное существование.

На переходной стадии (обычно после замужества) женщина еще сосредоточена на своем благополучии, но в случае принятия решения начинает учитывать интересы других людей и объединяющие ее с ними связи.

**2. Самопожертвование** (обычно после рождения ребенка) – женщина стремится вначале удовлетворить потребности других людей (ребенка, мужа) и лишь затем –

свои, либо вообще отказывается от своих желаний, ведет себя сообразно ожиданиям других людей, ориентируясь на заботу о другом человеке и самоотречение.

На переходном этапе женщина пытается совместить удовлетворение потребностей других людей, ответственность за которых она продолжает испытывать, и свои собственные потребности.

3. *Самоуважение* — на этом уровне женщина понимает, что только она сама способна сделать выбор, касающийся ее собственной жизни, если он не причинит вреда людям, связанным с ней семейными или социальными узами, начинает все больше принимать в расчет собственные потребности, но не в ущерб другим.

Существует целый ряд объяснений развития моральных качеств ребенка в зависимости от состояния семейной атмосферы и от таких факторов, как частота и интенсивность контактов родителей с детьми, семейная дисциплина, модели поведения родителей, их идеологические настроения (вероисповедание, ценности). По данным социологических исследований, в российских семьях на общение с ребенком тратится от 14 до 20 минут в день, что, безусловно, недостаточно для создания психологического контакта. Уважение к родителям и другим старшим членам семьи, стремление быть похожими на своих родителей возникает при наличии теплых, доверительных семейных отношений между взрослыми и детьми. Если ребенок чувствует по отношению к себе заботу, любовь и доверие старших, он учится относиться к другим так же. Если подростки постоянно живут в атмосфере жестокости, непонимания, они, несмотря на то что боятся своих родителей, все-таки идентифицируют себя с ними и перенимают их черты поведения. Отношения родителей и детей, если в течение жизни они характеризуются эмоциональной привязанностью и тесным общением, самым положительным образом сказываются на нравственном развитии ребенка.

Интересные данные приводит В. Newman (1989), исследовавший вопрос о том, какие качества подростки видят в идеальных родителях. Подростки мечтают о таких родителях, которые:

- «...интересуются нами и готовы помочь, когда нужно»;
- «...выслушивают нас и стараются понять»;
- «...дают почувствовать, что они любят нас»;
- «...выказывают свое одобрение»;
- «...принимают нас такими, какие мы есть, — со всеми нашими ошибками и недостатками»;
- «...доверяют нам и ждут от нас хороших поступков»;
- «...относятся к нам как к взрослым»;
- «...направляют нас»;
- «...веселы, всегда в хорошем настроении, обладают чувством юмора, умеют создать теплую атмосферу дома и подают хороший пример».

Со стороны взрослого оценка взаимоотношений с ребенком или подростком часто может основываться на удовлетворении прежде всего физических потребностей в питании, одежде, материальных предметах, деньгах. Однако ребенок оценивает родительскую любовь и заботу иначе — по тому интересу, который родители проявляют к его жизни, по времени, которое уделяют ему, по готовности быть рядом с ним.

Родительская поддержка способствует формированию высокой самооценки подростка, его успехам в школе и нравственному развитию. Однако навязывание родителями своего общества тогда, когда ребенок желает общаться со сверстниками, за-

мена ролей родители—сверстники вызывает у ребенка ощущение сверхопеки. Очень важным показателем в воспитании ребенка является эмоциональная восприимчивость родителей, которая характеризуется как стремление разделить с ребенком его переживания, попытка понять его мысли и чувства.

Помимо этого дети нуждаются во внешних проявлениях любви сообразно их возрасту и развитию. Последнее подразумевает, что, например, в подростковом возрасте дети могут уклоняться от форм проявления нежности, характерных для младшего возраста, но это не означает, что потребность быть любимыми у них становится меньше. Поэтому важной составляющей любви является признание ребенка, т.е. принятие его таким, каков он есть, с его достоинствами и недостатками. Это не значит, что необходимо попустительствовать проявлениям недостойных поступков. Наоборот, признание ребенка как субъекта воспитания означает потребность родителей увидеть в нем человека с первых моментов его жизни, понять, что ничто человеческое ему не чуждо, помочь в развитии его положительного потенциала.

Особый интерес представляют исследования семей, имеющих детей с зависимостью от ПАВ. Изучение семейного анамнеза наркотизирующихся подростков показывает, что момент обнаружения у подростка наркомании является принципиально важным с точки зрения изменения семейных отношений (Березин С.В., Лисецкий К.С. и др., 2001). Авторы имеют в виду, что наркотизация ребенка является своеобразным маркером деформированности семейных отношений. В ригидных семьях наркомания подростка может рассматриваться как форма протеста против системы отношений, не признающей его возросшие возможности, интересы и потребности. С другой стороны, в некоторых семьях сама наркотизация ребенка может по-разному использоваться и переживаться разными членами семьи. Например, неудовлетворенность супругом может привести к тому, что ему будет приписываться ответственность за девиантное поведение (наркоманию) ребенка. В распадающихся или распавшихся семьях наркомания ребенка иногда, как крайний вариант, используется им же для манипулирования чувствами родителя, от которого велика материальная зависимость. Опыт показывает большое разнообразие причинно-следственных комбинаций в дисгармоничных отношениях между родителями и детьми.

Как показали наши исследования (Сидоров П.И., 1990), такие семьи отличаются нарушением структуры и функции: в 43,3% случаев это либо неполные семьи, либо семьи с повторными браками. Родители в большинстве таких семей имели низкий уровень образования и занимались преимущественно неквалифицированным рабочим трудом, что не способствовало выполнению ими организующей функции при обучении ребенка в школе. На развитие алкоголизации у мальчиков в период полового созревания влияли алкогольные обычаи семьи. Дети из дисфункциональных семей чаще имели врожденную и приобретенную патологию нервной системы. Как показало исследование, потребности 10–12-летних детей из таких семей в одобрении окружающих, родителей, сверстников, в самоуважении не были реализованы, что создавало глубокий внутренний конфликт и не способствовало усвоению навыков здорового образа жизни. Вместо этого подростки часто подвергались физическому насилию, видели драки, ссоры и конфликты между родителями и вовлекались в них, т.е. усваивали разнообразные формы асоциального поведения.

Результаты исследования позволили выделить компоненты *девиантного образа жизни*: вид девиации (отражающий преимущественный тип нарушаемых норм), уровень девиации (распространение и выраженность недуга в конкретном регионе),

стиль девиации (особенности мотивов и форм девиации). На основании данной структуры девиантного образа жизни можно предложить концептуальную конструкцию, отражающую три компонента общепринятой профилактической модели: объект (социально-гигиенический блок), субъект (клинико-феноменологический блок), среда (социально-психологический блок).

Одним из показателей здорового воспитания является развитие собственной автономии и умения поддерживать теплые эмоциональные взаимоотношения. При этом автономия имеет два аспекта – поведенческий и эмоциональный (Райс Ф., 2000). Поведенческая автономия предполагает обретение независимости и свободы в той мере, которая позволит действовать самостоятельно, без излишнего руководства извне. Эмоциональная автономия подразумевает освобождение от детской эмоциональной зависимости от родителей. В подростковом возрасте обычно более выражена поведенческая автономия. Но эта свобода должна ощущаться подростком как «постепенный подарок», чтобы он обучался ею пользоваться. Например, подростки могут достаточно свободно выбирать стиль одежды, но выбор стратегии образования они охотно обсуждают с родителями. Полная свобода, предоставленная слишком быстро, зачастую воспринимается ими как эмоциональное отторжение от семьи. Это вызывает у подростка чувство тревоги, так как он не знает, что делать с этой свободой.

Переходный возраст может затянуться в результате доминирования родителей и давления с их стороны. Происходит воспитание эмоциональной зависимости, которая может привести к развитию социального инфантилизма.

J.A.Daniels (1990) провела сравнительное исследование здоровой и нездоровой индивидуализации и показала, что психологическая зависимость от семьи характеризуется отторжением от семьи и общественных норм, уходом в себя, обособленностью и импульсивным поведением подростка. Здоровая индивидуализация приводит к развитию партнерских отношений с родителями, для которых характерны осознание своей личности, жизненных ценностей и степени зависимости от семьи, стремление к самостоятельности.

Однако не следует путать такие понятия, как сплоченность и зависимость. Сплоченность семьи – это взаимосвязанность ее членов, которая определяется степенью душевной близости, крепостью родственных уз. Семья может быть как сверхразобщенной, так и чересчур связанной. И то и другое имеет свои недостатки. Более благоприятны семьи, которые можно назвать «уравновешенными», «сбалансированными». Поскольку семья – это динамическое образование, степень ее сплоченности может меняться с течением времени. На основании исследования чешских ученых (Plzak A., Kratochvíl S., 1985), в жизни семьи можно выделить по крайней мере два критических периода. Первый, более интенсивный, наблюдается между 3 и 7 годом существования семьи и достигает максимума между 4 и 6 годами; второй назревает между 17 и 25 годами. В обоих случаях наблюдается нарастание неудовлетворенности внутрисемейными отношениями. В первом случае – это фрустрирующее изменение эмоциональных отношений, нарастание числа конфликтных ситуаций, рост напряжения, отражение бытовых проблем. Во втором случае – нарастание соматических жалоб, тревожности, ощущение пустоты жизни, связанное с отделением от семьи детей.

Как правило, падение уровня сплоченности семьи наступает, когда дети достигают переходного возраста или покидают родительский дом. В этот период, с одной стороны, дети пытаются выработать свой жизненный стиль, с другой стороны, родители могут стремиться обрести собственную личную жизнь.

В семьях наркоманов подросткового и юношеского возраста специалисты помимо этой естественной динамики семейных кризисных периодов выделяют три специфических периода или стадии (Березин С.В., Лисецкий К.С. с соавт., 2001):

1. Семья до обнаружения факта наркотизации.
2. Семья в период открытой наркотизации (от момента ее обнаружения до обращения за психологической и наркологической помощью).
3. Семья в период терапии, реабилитации и после нее.

Для целенаправленной работы с семьей наркомана и оценки ее потенциала в реабилитационном процессе необходим тонкий анализ всех этапов внутрисемейных отношений.

Можно сформулировать четыре основных принципа жизни здоровой семьи и пронаблюдать, как они изменяются в неблагополучных семьях.

1. *Принцип открытости—замкнутости.* Здоровая семья не замыкается в себе, открыта для окружающего мира. Дисфункциональная семья самоизолируется, поддерживает лишь поверхностные контакты с дальними родственниками, знакомыми, скрывает существующие проблемы, которые не в состоянии разрешить.

2. *Принцип искренности—лживости.* В здоровой, нормальной семье разговаривают о проблемах, не избегая трудных тем. В неискренней семье существуют скрытые проблемы, в поведении ее членов проявляются механизмы противоречия или оправдания существующего поведения.

3. *Принцип альтруизма—эгоизма.* В семье, опирающейся на взаимность, сообща помогают тому, кто в данный момент больше всего нуждается в этом. Как правило, в такой роли в разное время оказываются разные члены семьи, таким образом, у каждого есть опыт как оказания помощи другому, так и получения ее самому. У всех есть чувство безопасности. В дисфункциональной семье имеются две крайности — или никто никому не помогает, или, наоборот, взаимоотношения основываются на сверхопеке одних над другими.

4. *Принцип изменчивости—неизменности ролей.* Согласно принципу альтруизма—эгоизма, роли разделены между членами семьи. В здоровой семье замена ролей служит лучшему взаимному пониманию и приобретению умения помогать и пользоваться помощью. В нездоровой семье роли определяются как неизменные, что приводит к схематическому поведению, облегчающему развитие социальной дезадаптации.

Известный психотерапевт по проблемам семьи В.Сатир считает, что основные критерии, определяющие гармоничность семьи, — это степень уживчивости ее членов и то, как они общаются между собой. Большое значение в воспитании детей имеют взаимоотношения между отцом и матерью, так как именно эти отношения впоследствии перенимаются и переносятся во взрослую жизнь. Вначале супружеские отношения основываются на любви, но затем к ним могут присоединиться такие требования, которые одна только любовь не в состоянии выполнить.

- Если ты меня любишь, ты ничего не будешь делать без меня.
- Если ты меня любишь, ты сделаешь то, о чем я попрошу.
- Если ты меня любишь, ты дашь мне то, что я захочу.
- Если ты меня любишь, ты будешь знать, что я хочу, прежде чем я попрошу тебя об этом.

Такие стереотипы поведения могут превратить любовь в шантаж. Подобные требования являются, как правило, проявлением низкой самооценки супруга и необхо-

димы для поддержания уверенности в своей власти. Позднее родители могут втянуть в конфликт детей и требовать от них подтверждения своей правоты.

Проблемы угадывания — это стереотип поведения, при котором члены семьи считают, что раз они любят и любимы, другие должны знать наперед, чего им хочется, о чем они думают. Проблема заключается в потере умения задавать друг другу вопросы, так как каждый вопрос, по их мнению, может быть сомнением в истинности взаимоотношений и взаимопонимания.

Родители по-разному руководят действиями своих детей.

Исследовав взаимоотношения в системе «родители—подросток», Smith (1988) выделил семь основных стилей родительского руководства.

1. **Утверждение силы** — физические наказания, депривация (утверждение дисциплины силовыми методами), угрозы.

2. **Командный стиль** — категорические требования, но без применения наказаний и угроз.

3. **Лишение любви** — метод воспитания, при котором ребенок наказывается временной холодностью и отторжением.

4. **Индукция, ориентированная на самого подростка**, — готовя подростка к умению делать самостоятельный выбор, родители рассказывают ему о всевозможных выгодах или невыгодности того или иного поведения.

5. **Индукция, ориентированная на других**, — родители прибегают к религиозным или этическим мотивам, напоминают подростку о личных обязательствах и о том, насколько важно оставаться привлекательным для других.

6. **Советы** — родители в форме совета предлагают ребенку наиболее эффективный, результативный и простой способ решения стоящей перед ним задачи.

7. **Родственная поддержка** — родители призывают своих детей брать пример с отца и матери и всегда надеяться на родительскую поддержку.

В исследовании принимали участие 109 матерей и 88 отцов из г. Колумбии (США, штат Калифорния) — преимущественно представители среднего класса, но с различным уровнем доходов. Относительная частота применения тех или иных методов воспитания оказалась следующей:

- командный метод — 34%;
- индукция, ориентированная на самого подростка, — 31%;
- советы — 14%;
- родственная поддержка — 10%;
- утверждение силы — 8%;
- индукция, ориентированная на других, — 1%;
- лишение любви — 1%.

Результаты этих исследований показывают, что объяснения и вразумления, идущие от родителей (индукция), тесно связаны с процессом усвоения ребенком моральных и этических принципов. Те родители и подростки, которые обмениваются мнениями, мыслями и просто информацией, чаще преуспевают в разрешении конфликтных ситуаций. Использование физических наказаний, угроз и депривации связано с агрессивным, асоциальным поведением детей и ведет к правонарушениям с их стороны. Такие методы воспитания подавляют развитие эмоциональной и интеллектуальной сфер и тормозят достижение ребенком социальной зрелости.

Понятие «стиль руководства» во многом связано с понятием «тип воспитания». Большинство авторов выделяют четыре типа воспитания:

- *автократический* — когда все решения, касающиеся детей, принимают исключительно родители;
- *авторитетный, но демократический* — в этом случае решения принимаются совместно родителями и детьми;
- *либеральный* — когда при принятии решений решающее слово, как правило, остается за подростком;
- *хаотический* — управление осуществляется непоследовательно: иногда авторитарно, иногда демократически, иногда либерально.

Тип воспитания формирует личностные качества из многообразия задатков, имеющих у ребенка. Именно благодаря стилю воспитания происходит актуализация многих биологических predispositions развития зависимости.

В результате *автократического управления* формируются такие качества, как сопротивление или, напротив, зависимость. Подростки приучаются слушаться родителей, выполнять все их требования, не задавая вопросов и не делая попыток принять решение самостоятельно. В такой среде подростки часто настроены более враждебно по отношению к родителям, испытывают глубокое недовольство и сожаление из-за подавления их воли, редко идентифицируют себя с родителями. Когда удается преодолеть власть взрослых, такие подростки становятся мятежными, избыточно агрессивными и враждебными, особенно если дисциплина насаждалась родителями в жесткой и несправедливой форме, внедрялась без любви и привязанности.

Воздействие автократической системы управления на подростков из разных семей оказывается различным. Наиболее робкие на всю жизнь остаются подавленными, зависимыми людьми; более сильные начинают сопротивляться. И у тех и у других часто возникают эмоциональные проблемы и нарушения психики. Мятежники нередко покидают родительский дом сразу же, как только могут это себе позволить; некоторые из них становятся правонарушителями.

Можно добавить, что в результате такого стиля воспитания высока вероятность развития зависимости от ПАВ как стремления ухода в мир «фантазии», где не требуется испытывать чувство вины из-за того, что ты «не соответствуешь» родительским требованиям.

Взаимоотношения родителей и детей откладывают отпечаток на будущие взаимоотношения с окружающим миром. Если родители обучали ребенка ограничению своего поведения не на положительных социальных примерах (нравственных, этических и т.д.), а только жестоким обращением, то, вырастая, он вряд ли сможет найти общий язык с другими людьми, становясь, как правило, нелюбимым ими (Feldman S. et al., 1990).

Другой крайностью является *сверхлиберальная модель* (попустительствующий стиль, гипоопека) семьи, в которой дети практически не знают запретов и ограничений со стороны родителей, должным образом не направляются ими и всегда принимают решения самостоятельно. Результаты подобного воспитания также могут быть различными. Если подростки избалованы и неправильно ориентированы в общественной жизни, то они могут оказаться недостаточно подготовленными к разочарованиям, ограничениям и ответственности, неспособными учитывать интересы других людей, что ведет к развитию инфантилизма. Такие подростки нередко становятся эгоистичными, эгоцентричными, конфликтуют с теми, кто не потакает им так, как делали это их родители. Не зная ограничений в своем поведении и страдая от неправильной социальной ориентации, они могут чувствовать страх и неуверенность.

Если подростки воспринимают недостаток руководства со стороны родителей как проявление равнодушия и отторжения, то они начинают осуждать родителей за то, что те вовремя не научили, не предупредили, не направили. Слабая дисциплина, отторжение, недостаток родительской любви также ведут к правонарушениям.

*Авторитетный, но демократический стиль руководства* оказывает на детей наиболее благоприятное воздействие. Родители в таких семьях пользуются властью, но проявляют свою заботу добрыми советами. Принятой мерой дисциплинарного воздействия в таких семьях является разговор с ребенком, что считается и наиболее эффективным для данной возрастной группы. Родители поощряют личную ответственность и самостоятельность своих детей. Дети участвуют в принятии решений, выслушивают и обсуждают мнение и советы родителей. Их постепенно готовят к самостоятельной жизни. В результате в семье устанавливается атмосфера доверия, уважения и тепла. Такой тип семьи, в которой царят тепло, справедливость и последовательное соблюдение дисциплины, формирует правильное социальное поведение как у девочек, так и у мальчиков.

*Хаотичное, или непоследовательное руководство*, как и полное его отсутствие, оказывает на детей крайне негативное влияние. Родители, которые не приходят к единому мнению в вопросах воспитания, чаще жалуются на то, что их дети ведут себя агрессивно, становятся неуправляемыми и непослушными. В отсутствие ясно выраженных, конкретных требований дети начинают путаться в принятии решений и испытывают неуверенность. У них нередко наблюдается антиобщественное поведение, они чаще совершают правонарушения и бунтуют против родителей. Отцы, как правило, относятся к сыновьям более строго, чем матери; а матери более строго относятся к дочерям, чем к сыновьям. И это вполне допустимо до тех пор, пока отец и мать не начинают открыто спорить друг с другом.

И.В.Саноцкий (1999) приводит настораживающие данные, касающиеся нравственного состояния молодежи России. За последние пять лет число молодых людей, способных на безнравственные поступки ради материального благополучия, резко возросло. Потеря моральных ориентиров во многом связана с депрессией, возникающей у детей, родители которых не добились «успеха». За три года потребление наркотиков возросло в 4,5 раза, одурманивающих веществ – в 23 раза, случаи токсикомании участились в 14 раз, заболеваемость сифилисом за пять лет выросла в 65 (!) раз (данные приведены на основе статистики МВД и Минздрава).

В настоящее время наблюдается слом *коллективистско-патерналистского сознания*, берущего начало в русской общине, которая заботилась о беднейших своих членах. Начинается формирование индивидуалистического утилитарного сознания (табл. 11 и 12). Восстановление нравственности воспитательными мерами может быть тем звеном, за которым, каким бы это ни казалось неосуществимым, должно начаться устранение всей цепочки факторов неблагополучия (разумеется, в комплексе с другими мероприятиями).

В медицинской и педагогической литературе недостаточно обсуждается проблема влияния семьи на здоровый образ жизни ее взрослых членов. Тем не менее доказано, что здоровые семейные взаимоотношения являются непременным условием успешности профилактической воспитательной работы. При этом дети являются не менее успешными воспитателями своих родителей. Это подтверждается многими примерами: в присутствии детей взрослые уделяют большее внимание своему лексикону, стараются личным примером показать то, что сами проповедают. В Париже

Таблица 11

**Некоторые критерии оценки морального облика молодежи  
(по данным М.Горшкова 1998)**

Вопрос	Группы людей	
1. Богаты ли вы?	Благополучная молодежь: уже богаты — 12%; добьются богатства — 63%	Неблагополучная молодежь: разбогатеют — 26%; никогда не разбогатеют — 52%; богатство не нужно — 22%.
2. Переступите ли вы через мораль и совесть ради материального благополучия?	ДА: Молодежь — 44% Старшее поколение — 24%	НЕТ: Молодежь — 56% Старшее поколение — 76%
3. Бывают ли у вас сексуальные связи в корыстных целях?	Дети родителей, добившихся успеха, — 8% Жители села, работники сферы обслуживания — 13% Выигравшие в ходе реформ — 12%	Дети родителей, не добившихся успеха в жизни, — 13%
4. Потребление наркотиков	Наркоманы: Интеллигенция — 0%; Жители села > 2%; Предприниматели > 3%; Студенты > 2%.	Проигравшие в ходе реформ — 7% Пробующие: Интеллигенция 3% Жители села > 10% Предприниматели > 13% Студенты > 13% Молодежь до 20 лет — 12% Молодежь в возрасте 24—26 лет — 9%

Таблица 12

**Особенности воспитания подростков и молодежи (по И.В.Саноцкому, 1999)**

Психологические особенности подростков (и инфантильной молодежи)	Апробированные пути психологического воздействия
1. Самоутверждение («мальчишество»)	1. Воздействие не столько логическое, сколько эмоциональное
2. Антагонизм	2. Не столько обучение, сколько воспитание (собственным примером-действием, чужим «крутым» примером; опосредованное воздействие — через коллектив, предложением лидерства, незаметным открытием перспективы и т.п.). Если подросток замечает, что его воспитывают, положительный эффект исчезает или переходит в свою противоположность. Захватывающие альтернативы «улице»
3. Незащищенная эмоциональность	3. Самоутверждающие отвлечения (спорт, искусство, техническое или интеллектуальное творчество, возвышающие ремесла и т.д.)
4. Значительная переоценка собственных возможностей	4. Условия успеха: непрерывность воздействия, неоднозначная тактика в возрастном, половом, профессиональном, индивидуальном плане. База раннего начала воспитания
5. Значительная недооценка собственных возможностей	5. «Системный подход»: физическое, волевое (преодоление распространившейся душевной лени), нравственное (прежде всего — пробуждающее совесть), эстетическое, половое (не прямолинейное) воспитание
6. Подражание	6. Наличие позитивной фоновой идеи: патриотизм, справедливость, взаимопомощь, добра, преемственность поколений

в 1930 г. Карл Юнг сказал в своем докладе «О воспитании»: «Никто не может воспитать личность в другом, не являясь сам личностью, ибо нельзя от других требовать того, чем не являешься сам».

Актуальной проблемой является помощь семье, столкнувшейся с употреблением ребенком наркотиков или ПАВ. Мы говорили о том, что по самым разным причинам родители скорее склонны не замечать трагедии и создают целую систему защитных механизмов, прежде чем признаки зависимости будут заметны. Кроме того, следует помнить, что, даже когда подросток «схвачен за руку», речь может идти как об однократном применении, так и о продолжающемся.

Чтобы избежать в будущем большой беды, никогда не поздно поговорить со своим ребенком о наркотиках. Чем младше он будет, тем лучше, так как, если подождать до подросткового возраста, может оказаться, что первая проба ПАВ у него уже состоялась. В возрасте 8–9 лет ребенок в своем поле зрения уже способен обращать внимание на ПАВ и этим нельзя пренебрегать. Чаше к экспериментам с наркотиками детей подталкивает обычное любопытство. Родители могут противодействовать этому любопытству, ведь, в конце концов, ребенок же знает, например, что перед выходом на проезжую часть необходимо посмотреть по сторонам, что нельзя касаться горячего чайника или огня и т.д.

Главными мыслями о вреде ПАВ, которые родителям следует передать своему ребенку, являются, по мнению T.Dimoff и S.Carper (1994), следующие:

- наркотики во много раз опаснее для детей, чем для взрослых;
- у взрослых физическая зависимость от некоторых наркотиков может появиться через несколько лет потребления, тогда как у ребенка — через несколько недель;
- среди людей, начавших курить в детском возрасте, 25% продолжает эту привычку в последующие 20 лет; среди наркоманов 80–90% курят сигареты. Люди, не начавшие курить в детстве, уже никогда не приобретут эту привычку;
- есть люди более и есть менее предрасположенные к такой зависимости, однако предсказать это заранее очень трудно;
- единственной возможностью избежать зависимости будет отказ от пробы наркотиков.

Однако дети далеко не всегда слушают родителей. Иногда для любопытного ребенка бывает очень трудно удержаться от подобного искушения. Это не значит, что так бывает всегда, но родители и лица, опекающие ребенка, должны быть готовы к такому повороту событий. Обычно начало употребления ПАВ проходит в несколько этапов, которые, если их вовремя заметить, можно прервать.

Инициация наркотизации детей, по T.Dimoff и S.Carper, проходит по следующей схеме (табл. 13).

**Фаза 1.** Первым в жизни ребенка попробованным психоактивным веществом бывает, как правило, то, что потребляют лица из его ближайшего окружения — родители или друзья. Это может быть алкоголь или табак, хотя ребенок может попробовать также коноплю, растворитель, какие-либо ингалянты или даже закурить крэк. Дети, независимо от возраста, стремятся быть взрослее. То, что делают взрослые, никогда не ускользает от их внимания. Те же самые механизмы — подражание и любопытство — действуют и тогда, когда речь идет о наркотиках. Иногда мотивом принятия наркотиков может быть желание испытать состояние одурманенности.

В первой фазе наркотизации мало признаков, по которым можно было бы распознать ее начало. Единственная возможность профилактики наркомании у ребенка

Таблица 13

## Изменения у подростков, которые могут заметить родители или лица, их заменяющие

Сферы изменения	Фаза 1	Фаза 2	Фаза 3	Фаза 4
Наиболее употребляемые наркотики и ПАВ	Алкоголь, табак, марихуана, конопля, ингалянты	Как в фазе 1 + гашиш, амфетамин (психостимуляторы) и барбитураты (успокаивающие)	Как в фазах 1 и 2 + ЛСД, опиоиды, грибы и др.	Как в фазах 1, 2, 3 + героин
Модель потребления	На вечеринках или в выходные дни; под давлением группы; пробные дозы, предоставляемые наркоторговцами	Потребление в одиночестве, планирование покупки наркотика, повышение толерантности к ПАВ	Ежедневный прием, высокие расходы на приобретение наркотиков, постоянное состояние одурманенности, попытки снижения дозы и отказа от зависимости, первые передозировки	Постоянное потребление, высокая толерантность, смена состояния—фантазия, частые передозировки
Поведение	Благодаря низкой толерантности быстро достигается состояние одурманенности, видимых изменений в поведении нет, может быть ложь по мелочам	Потребление становится потребностью, начинаются «двойная» жизнь, замкнутость в себе, изменение круга знакомых, ухудшение успеваемости, прогулы в школе, использование сленга, словесная агрессия, ложь, кражи денег	Идентификация себя с наркоманами, отказ от школы, кражи, торговля наркотиками, драки, скандалы дома	Полное физическое истощение, проблемы с милицией, агрессия по отношению к членам семьи и другим людям, приступы гнева, тяжелые повторения устрашающих галлюцинаций
Самочувствие	В целом — хорошее, хотя временами возникают неприятные ощущения последствий употребления ПАВ	Гордость от чувства контроля над употреблением наркотика, ощущение максимальной эйфории от наркотика, мягкий дискомфорт после прекращения приема вещества	Резкое ухудшение общего состояния, чувство вины и стыда, вытеснение и отрицание проблемы, суицидальные мысли, восприятие состояния одурманенности как нормы	Депрессия, трещущая принятая ПАВ, страх, стыд, тревога, собственная самооценка равна нулю, часты суицидальные мысли, наркотики незаменимы

в этот период — повышенное внимание родителей и контроль с их стороны за его поведением. Важно не пропустить случаи появления странного запаха, возвращения ребенка домой пьяным.

Недопустимо принятие родителями того факта, что ребенок напивается. Некоторые родители считают, что иногда это можно позволить ребенку, потому что он «не делает ничего хуже». Такое мышление основано на использовании защитных механизмов. Если ребенок не способен развлекаться или вообще не умеет расслабляться без одурманивания алкоголем (в том числе пивом) или другим веществом, значит, началась следующая фаза его наркотизации.

**Фаза 2.** Для подростков, жаждущих еще и еще раз испытать состояние одурманенности, жизнь состоит из крайностей. Развлекаясь, они могут ощущать себя на седьмом небе от счастья, тогда как школьные конфликты, ссоры с друзьями, неудача во взаимоотношениях с противоположным полом иногда воспринимаются ими как трагедия. Ежедневные неприятности могут восприниматься ими как кризис. В данной фазе наркотики принимаются уже не только во время вечеринок, но и в повседневной жизни. Мотивом становится достижение состояния расслабления. Если первые попытки прошли безнаказанно, и ребенок решает расширить поле экспериментирования с ПАВ, могут появиться новые вещества. Борьба с абстинентным синдромом — головной болью, трясущимися руками, сонливостью и разбитостью — приводит лишь к увеличению дозы и замене одних наркотиков на другие, еще более сильнодействующие.

Главные изменения появляются в поведении: снижается успеваемость в школе, случаются пропуски занятий, возникает агрессивность по отношению к друзьям и старшим.

Родителям необходимо обратить более пристальное внимание на ребенка, если он говорит о том, что посещение школы и выполнение ежедневных обязанностей кажется ему нудным и не интересным. Должна насторожить смена друзей и знакомых ребенка, особенно если они не хотят встречаться и знакомиться со старшими. Такое «двойное» поведение является для ребенка сильным стрессом, и он начинает еще больше наркотизироваться.

Если родители заметили все это, а также то, что ребенок избегает участия в семейной жизни, в совместных приемах пищи, часами отсутствует дома или сидит, запершись, в своей комнате и слушает громкую музыку, что у него произошли изменения в одежде, необходимо срочно начинать радикальные изменения. Если этого не сделать, наступает третья фаза консумпции ПАВ.

**Фаза 3.** Жизнь ребенка на этом этапе уже подчиняется стремлению добыть наркотики и достичь состояния одурманенности. Целью всех действий в данной фазе является поддержание именно этого состояния. Чтобы достать наркотик, подростки даже готовы совершить для того правонарушение. Некоторые, перейдя на сильнейшие наркотики и смеси ПАВ, бросают школу и пытаются работать, чтобы иметь деньги на наркотики.

Как девушки, так и юноши иногда «зарабатывают» на наркотики проституцией. Юноши могут идти при этом даже на гомосексуальные контакты. Некоторые молодые люди начинают сами торговать наркотиками, втягивают в наркотизацию младших подростков. В данной фазе на фоне субдепрессии высока вероятность самоубийства, передозировки и смерти от нее, развития тяжелых психических осложнений. Если в этот период не произойдет отказ от потребления наркотиков и не

начнется реабилитация, то у молодого наркомана остается очень немного шансов вернуться к нормальной жизни. Развивается следующая фаза.

**Фаза 4.** Состояние одурманенности становится нормой. На этом этапе взрослые молодые люди, как правило, уже не могут чувствовать себя нормально без «дозы». Происходит смена состояний реальность—фантазия. Фантазия воспринимается как реальность, реальность — как фантазия. Потребитель ПАВ в этой фазе уже хорошо известен врачам скорой помощи, милиции. Если молодой человек соглашается на лечение, то родителям необходимо тотчас оставить все свои дела и отправиться с ним в антинаркотический центр либо в стационар. Очень часто на этой стадии наркоман имеет переменное настроение, воля его слаба, зависимость может вновь овладеть им в любой момент. Поэтому поддержка окружения (родителей, друзей) ему в этот период особенно необходима.

Родители, чувствующие появление зависимости у своего ребенка, могут проверить свои подозрения по изменениям, которые называют «красными сигналами» наркомании (Dimoff T., Carreg S., 1994). Этих сигналов более 200, и если ребенок начинал потреблять ПАВ, то рано или поздно эти сигналы могут быть заметны (табл. 14).

Если родители или близкие:

- *не нашли «красные сигналы» наркомании*, они могут только радоваться. Это значит либо то, что ребенок действительно никогда не употреблял наркотики, либо провел несколько незаметных для окружающих экспериментов с ПАВ. В этом случае родители должны рассказать ребенку о возможности жить без наркотиков (так, как мы описывали в предыдущих разделах) и о том, что даже случайное использование наркотиков или ПАВ может быть очень опасным;
- *заметили какие-либо «красные сигналы» наркомании* (часто бывают заметны у старших подростков), они должны представить ребенку доказательства этого и совместно с ним поработать над тем, как избавиться от употребления наркотиков. Если требуется помощь специалиста, можно обратиться к подростковому психологу, психотерапевту либо специально обученному превенции социальному работнику;
- *заметили множество «красных сигналов»* (из-за собственных механизмов защиты родители замечают, что ребенок употребляет наркотики или алкоголь, достаточно неожиданно для себя), необходимо не только родительское вмешательство, но и лечение.

T. Dimoff и S. Carreg предлагают родителям, прежде чем они «набросятся» на своих детей, провести некоторый самоанализ:

- каким образом вы расслабляетесь после тяжелого дня? Если пивом, алкоголем, сигаретами, то вы обучаете такому поведению и ребенка;
- во время праздника на вашем столе обязательно есть алкоголь? Если не бывает ни одного приема без того, чтобы не выпить, то этому обучаются и ваши дети;
- много ли таблеток в вашей аптечке? Бывают ситуации, когда нам требуются лекарства, однако некоторые взрослые «начинают» себя препаратами до состояния отупения, подавая детям соответствующий пример.

Перед тем, как решиться на воспитательный разговор с ребенком, родители должны внести коррективы в собственное поведение. Однако торг: мы отказываемся от алкоголя, ты от травки — должен быть исключен.

Таблица 14

**«Красные сигналы» наркомании у подростков,  
которые могут заметить родители и лица, их заменяющие**

Сфера	Признаки
<b>1. Изменения личности</b>	
Новые черты личности	Неожиданные изменения настроения от эйфории до отчаяния (у подростков перепады настроения случаются часто, но те из них, кто не потребляет ПАВ, обычно возвращаются к состоянию душевного равновесия); потребляющие ПАВ всегда находятся в состоянии защиты, часто бывают раздраженными, скрытными, непредсказуемыми, враждебными, замкнутыми в себе, понурыми, злобыми, чрезмерно впечатлительными, нервными, безразличными, тревожными, раздрганнами; реже — впечатлительными, нежными, любящими, готовыми прийти на помощь
Отсутствие зрелости	Эмоциональная и социальная незрелость, концентрация мыслей исключительно на своем «Я» и сиюминутном удовлетворении своих желаний, перспектива «туннельного» видения проблем (сужение видения проблем и путей их решения), замедление эмоционального развития
Контакты с родителями/семьей	Легкомыслие и нарушение правил совместного проживания, уклонение от серьезных разговоров, изменение атмосферы в семье, нарастание конфликта с родителями и семьей, самоизоляция от семьи, нежелание представлять своих новых друзей и товарищей
Дружеские контакты	Появление непонятных разговоров, странных телефонных звонков, разрыв близких контактов с прежними друзьями и подругами, появление друзей-одиночек, защита в разговоре тех, кто употребляет наркотики, появление старших друзей странного вида либо явно наркоманов
Отсутствие стремлений	Уменьшение интереса к приобретению знаний и умений Пассивная жизненная позиция Потеря инициативы, интереса к школе, спорту, любимым занятиям
Низкая самооценка	Чувство беспомощности и безнадежности, мучительное чувство вины, чувство печали, неправды, страха, неполноценности, потеря веры в школу и учителей, уход в себя, изоляция от прежнего окружения Отказ от участия в спортивных соревнованиях или других общественных мероприятиях
Отрицание	Тотальное отрицание факта того, что наркотики вредны Перекалывание вины за собственную безответственность на плечи других Желание выговорить другим за их ошибки Критика обычаев взрослых Защита молодежных «привилегий» — потребления «мягких» наркотиков, алкоголя, сигарет
Ложь	Артистизм в использовании камуфляжа Пользование отговорками во всех случаях Непонятные, неконкретные ответы на вопросы о собственном поведении

Таблица 14 (продолжение)

Сфера	Признаки
Опоздания	Частые опоздания в школу и на другие занятия Все более частое позднее возвращение домой Отговорки, рационализирующие опоздание Потеря чувства времени
Тревога	У потребителей некоторых наркотиков, особенно кокаина и марихуаны, частая тревога по поводу того, что кто-то их преследует, кто-то им угрожает. Это напоминает симптомы паранойи Параноидальное мышление, все чаще сопровождающее развивающиеся механизмы отрицания и вытеснения осознания того, что происходит наркотизация и потеря контактов с ровесниками Частые срывы злости на окружающих из-за стремления, с одной стороны, скрыть чувство вины, с другой стороны — показать, что считает себя несправедливо обижаемым
Отсутствие инстинкта самосохранения	Все большее увеличение черт авантюризма и стремления к «приключениям» Растущая импульсивность Неадекватно растущая самооценка, особенно у лиц, употребляющих стероиды. На языке профессионалов — «стероидная мания» Желание эмоционального удовлетворения от опасных поступков Частое попадание в различные несчастные случаи, аварии с травматическими последствиями
Враждебность, агрессия против других	Нежелание быть послушным, бунт против воли родителей Нарастающая ломка всех норм права и законности Все более агрессивное и непредсказуемое поведение Рукоприкладство во время приступов злости Аутоповреждения (надрезы на руках, уколы булавкой и т.д.)
Суициды	Характерное чувство одиночества, низкая самооценка Предупреждения с помощью записок о возможном суициде Подготовка к совершению суицида Избавление от личных вещей, неожиданное изменение пищевых привычек, ссоры со своей девушкой/юношей
<b>2. Изменения деятельности и навыков</b>	
Отсутствие по неуважительной причине	Все чаще поздно возвращается домой Не предупреждает, что не будет ночевать дома Не может сосчитать времени, проведенного вне дома Часами сидит в своей комнате Без причины долго сидит в подсобных помещениях (сарай, подвал и т.д.) Охотно соглашается сделать что-то, требующее при исполнении отсутствия дома
Домашние обязанности	Перестает выполнять домашние обязанности Забывает о семейных праздниках, старается в них не участвовать Не прибирается в своей комнате Неорганизован, не может планировать и контролировать свои дела

Таблица 14 (продолжение)

Сфера	Признаки
Дружба/взаимопонимание с людьми	<p>Часто выходит «ненадолго» с приятелями            Забывает представлять своих друзей родителям            Не приглашает друзей зайти в дом            Принимает странные телефонные звонки в нетипичное время            Часто куда-то выезжает            Проявляет неожиданный активный интерес к сексу            Возможны случайные сексуальные контакты            Берет вещи друзей</p>
Изменение пищевых привычек	<p>Выраженный прилив аппетита            Неожиданное повышение употребления сладостей            Неожиданные спазмы при глотании            Общее отсутствие аппетита</p>
Изменение ритма сна и бодрствования	<p>Разрегулируанный ритм дня и ночи            Сон днем и бодрствование ночью</p>
Кражи, наличие тайников	<p>Крадет из дома, из школы, из автомобилей            Выносит вещи из дома на продажу            Постоянно что-то прячет от домашних            Может быть замечен в хранении алкоголя, сигарет или других ПАВ            Крадет домашние запасы алкоголя, лекарств            Одалживает вещи друзей            Заявляет, что у него украли деньги или вещи</p>
Вера/культы	<p>Активная установка на смену веры и безразличия            Интерес к оккультизму и сатанизму</p>
Язык	<p>Интерес к употреблению ругательств            Новые друзья, использующие в речи вульгаризмы            Использование сленга и терминологии, непонятной для окружающих</p>
Состояние места проживания	<p>В спальне холодно даже зимой            Часто проветривает комнату            Часто включает вентилятор            Использует ароматические палочки, освежитель воздуха            Не желает, чтобы в его комнату входили            Держит закрытой на ключ шкапулку или закрывает ящики стола</p>
Проблемы со школой	<p>Не делает уроки            Получает в школе низкие оценки            Часто опаздывает на занятия Засыпает на занятиях            Нарушает школьную дисциплину            Часто болтается с новой группой друзей            Пробует рассорить родителей и учителей            Часто бывает исключен на время из школы</p>

Таблица 14 (продолжение)

Сфера	Признаки
Проблемы, связанные с работой	Часто сидит на больничном Часты какие-то несчастные случаи на работе Все чаще опаздывает Неожиданно ссорится или вдруг приобретает популярность среди коллег Часто оставляет рабочее место Часто делает перекуры Во время перерывов ищет укромные места Часто его навешают посторонние звонки Получает странные телефонные звонки
<b>3. Изменения физического состояния</b>	
Состояние здоровья	Потеря массы тела Простуды, ОРЗ, боли в желудке, усталость Постоянный кашель Боль в грудной клетке Частые болезни Головная боль Плохое самочувствие утром и улучшение после полудня Частый травматизм во время занятий спортом, плохая реконвалесценция
Физическое развитие	Отличающееся от нормы замедление роста Неожиданно большой прирост мышечной массы (употребление стероидов) Огромное снижение энергии Замедление полового созревания Булимия
Речь	Беспокойная Бормотание Поток слов без пауз Хаотическая, неясная
Память/мышление	Периоды беспамятства Ухудшение запоминания Видения и приступы разочарования Нарушения мышления (перерывы в автобиографии, когда человек был в сознании, но не помнит, что делал, что говорил)
Глаза	Красные отекие веки, или «стеклянные» глаза Признаки сонливости, «падающие» веки Отсутствие контроля за движением глазных яблок Смазанность или раздвоенность видения Признаки воспаления век
Нос	Признаки катара или аллергии Корочки около носа Чихание Кровотечения из носа

Таблица 14 (окончание)

Сфера	Признаки
Ротовая полость	Сухость во рту Частое облизывание губ Дыхание с запахом алкоголя, марихуаны Кашель
Кожа	Следы уколов в области вен Ношение одежды с длинными рукавами вне зависимости от погоды Татуировки или следы ожогов Ненатурально бледные пальцы Чрезмерная потливость Холодная влажная кожа Зуд или чувство «горения» кожи Напряженная отекающая кожа Желтуха Красные пятна на теле Неясного происхождения потемнение кожи
Контроль движения	Потеря координации движений Появление двигательного беспокойства и возбуждения Замедленная походка Потеря равновесия Головокружения
Вид/соблюдение гигиены	Появление знаков, футболок, эмблем, говорящих о принадлежности к наркотической субкультуре Снижение заботы о личной гигиене Привыкание к собственному неряшливому виду
<b>4. Аксессуары</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трубки, дополнения к ним — ситечки, укладываемые на дно трубок; длинные пруттики для прочистки трубок, обернутые мягким материалом; дорогие зажигалки</li> <li>• Папиросная бумага</li> <li>• Тайники и ящички</li> <li>• Булавки, клипсы, пинцеты (для курения марихуаны)</li> <li>• Тряпки и пакеты со следами химикатов</li> <li>• Иглы</li> <li>• Лекарства и средства, продаваемые без рецептов, — капли для глаз, капли и спреи для носа, вазелин для ротовой полости и губ, конфеты для освежения полости рта, солнцезащитные очки</li> <li>• Аспирин, парацетамол</li> </ul>	
<b>5. Проблемы с законом</b>	
Обвинения в преступлении	Обвинение в кражах, проституции Обвинение в грабеже Обвинение в торговле наркотиками Задержание за управление автомобилем в нетрезвом состоянии
Преступления, связанные с агрессивностью	Участие в актах вандализма Обвинение в жестком насилии Хранение оружия

Родители должны	Родители не должны
<p>Иметь определенный уровень знаний о ПАВ и алкоголизме</p> <p>Знать «красные сигналы» зависимости</p> <p>Принять отношение, категорически не допускающее употребление алкоголя и ПАВ ребенком</p> <p>Стать примером для подражания</p> <p>Стремиться к созданию прочных эмоциональных контактов с ребенком, разговаривать с ним о его проблемах</p> <p>Установить принципы и правила, которые необходимо соблюдать</p> <p>Поддерживать активную конструктивную деятельность</p> <p>Помогать и развивать в ребенке чувство активности, ответственности, независимости</p> <p>Знать друзей и знакомых ребенка</p> <p>Разрешать ребенку приглашать друзей домой</p>	<p>Одобрять опьянение и наркотизацию детей</p> <p>Угощать детей алкоголем, другими психоактивными веществами</p> <p>Предлагать закурить младшим детям</p> <p>Соглашаться с тем, что не имеют права входить в комнату ребенка</p> <p>Проводить вечеринки, если их дети не могут контролировать ситуацию без присмотра взрослых</p> <p>Начинать разговор с ребенком, когда он пьян или одурманен наркотиками</p> <p>Грозить, кричать, истеризировать</p> <p>Рассчитывать, что только школьные учителя должны воспитывать их ребенка</p> <p>Отказываться от разговора после неудачной предыдущей попытки</p> <p>Разувериться в своем ребенке и считать его потерянным</p>

Соблюдение этих принципов поможет родителям перестать быть «няньками» и стать помощниками и друзьями своим детям.

Серьезным препятствием раннего выявления наркомании и алкоголизма является механизм защиты у родителей и детей. Защитные механизмы — это своеобразный способ бегства от стресса и проблем, от признания того, что ребенок зависим (употребляет, распространяет наркотики), и от последствий, связанных с данным признанием.

Дети и подростки часто видят проявление механизма отрицания у родителей и используют его. Если ребенок отрицает то, что пользуется наркотиками, то делает это для избежания признания о вреде наркотиков и психоактивных веществ. Здесь срабатывает желание избежать когнитивного диссонанса, описанного Л.Фестингером (1953).

*Отрицание* родителями того, что ребенок употребляет наркотики, — достаточно сложный процесс. До родителей доходит достаточно много информации о наркотиках. В настоящее время известно, что к наркотикам и ПАВ приобщаются ученики уже младших классов, что наркомания и токсикомания могут ударить по каждой семье, независимо от ее статуса. Несмотря на имеющиеся факты, почти каждый родитель отрицает всякую причастность своего ребенка к потреблению наркотиков. Почему так происходит?

Механизм такого отрицания связан главным образом с тем, что основой хороших контактов родителей с детьми является их поддержка и кредит доверия, стремление избегать подозрительности и наказаний. Мать и отец поддерживают ребенка в тысячах ежедневных ситуаций: помогают преодолеть страх перед первым днем в школе, обучают езде на велосипеде, ухаживают за ребенком, когда он болеет или ушибется... Родителями остаются на всю жизнь, «в радости и в печали». Родители верят тому, что им говорит ребенок, заведомо выступая на его стороне против «несправедливых» учителей, защищая от соседа по парте, который «первый начал драку». Большинство

родителей считают это своей нормальной обязанностью. Снижение кредита доверия из-за наркотиков они посчитали бы предательством по отношению к своему ребенку. Однако родители забывают о том, что ребенок может злоупотреблять их доверием, начав принимать психоактивные вещества.

Рассмотрим основные условия возникновения и появления механизмов защиты и отрицания у родителей и детей.

1. *Родители нуждаются в некотором объеме знаний о наркотиках, для того чтобы преодолеть собственное отрицание.* Этим знаниям должно быть хотя бы столько же, сколько их имеет ребенок. Дети хорошо знают, что могут лгать, так как «старшие» не хотят знать правду о наркотиках, а если бы и хотели, то все равно не сумеют отличить ее от лжи. По этому поводу T.Dimoff (1993), американский психолог, занимавшийся проблемами психопрофилактики зависимости у детей и подростков, пишет: «Механизм отрицания является результатом недостатка знаний родителей на тему алкоголя и наркотиков: как и почему дети их употребляют, как выглядят различные ПАВ, какие средства необходимы для потребления наркотиков, что вдалбливают детям торговцы наркотиками, а главное – что сами дети думают о наркотиках. Дети знают, что родители отрицают возможность их знакомства с наркотиками, и получают из этого факта максимальную выгоду».

2. *Родителям, которые обращаются в наркологический диспансер с просьбой «что-нибудь сделать»,* часто приходится слышать от своего ребенка:

«У меня такие красные глаза из-за хлорки в бассейне ...»

«Это я прячу только для приятеля. Сам я никогда не глотал этих таблеток...»

«Я знаю, что пришел поздно, но что можно было сделать, если автобус сломался, а транспорт не ходит. Рядом не было ни одного телефона...»

«Когда-то я пробовал покурить, но после этого так разболелся, что никогда больше этого не сделаю...»

Подобные отговорки дети часто используют для того, чтобы обмануть родителей, с надеждой цепляющихся за каждую отговорку. Вера в наиболее неправдоподобные и лживые объяснения не помогает делу. Когда родители отрицают факты, период употребления наркотиков ребенком только удлиняется.

3. *Разрушение механизма отрицания не является неожиданным озарением – для большинства родителей это тяжелая и долгая дорога.* Первым шагом по ней является признание факта, что ребенок принимает наркотики. Следующий шаг – осознание глубины проблемы. Действительно ли наркотики – это серьезно? Подобная постановка вопроса может показаться смешной, однако для большинства родителей, чьи дети употребляют ПАВ, зависимость от наркотиков представляется очень далекой проблемой, не касающейся их семьи.

В миллионах семей праздник – не праздник, если закончился алкоголь. Многие до сих пор верят в то, что существуют «слабые наркотики», что «табак более вреден, чем травка».

Можно привести в пример некоторые ответы родителей, которые, придя на консультацию к психологу, говорят:

«Я засек их, когда они пили пиво. Но не водку же...»

«В конце концов, это было вино, но ведь не наркотики...»

«У нас нет проблем, потому что нет никаких хлопот в школе...»

«Они пьют только дома, под присмотром, не таскаются по улицам в разных подозрительных шайках...»

«Ой, ну ведь не делают они ничего такого, чего бы я не делала в их возрасте...»

Если родители делают такие или подобные заявления, являющиеся эхом их мнения, то алкоголь, как и другие ПАВ, вполне закономерно могут появиться в жизни их детей. Наибольшей и очень опасной ошибкой будет убеждение в том, что употребление алкоголя и других ПАВ дома, под присмотром – контролирование ситуации. Это только облегчает ребенку наркотизацию или алкоголизацию. Не случайно дети порой уже в начальной школе начинают пробовать пиво. Случается, что младшие школьники попадают к врачу с зависимостью от ПАВ.

Если ребенок употребляет алкоголь или ПАВ, то нельзя на это закрывать глаза. Следующая фаза отрицания становится проблемой всей семьи.

*4. Наркотики, как и любые психоактивные вещества, употребляемые ребенком, нарушают душевное равновесие всей семьи, в том числе и младших детей.* Семья начинает жить в постоянном напряжении и страхе. Каждый должен приспособиться к тому, что происходит, и выжить в этом кошмаре. Труднее всего приходится другим детям в такой семье. Они часто знают, что происходит, но боятся об этом говорить. Иногда изменения в семье нарастают постепенно, и никто не способен назвать истинную причину ухудшающейся атмосферы.

Когда родители скрывают, что один из детей употребляет наркотики, то остальные дети в семье тоже не затрагивают этой темы, ни с кем не делятся тем, что чувствуют, тем самым обучаясь механизму отрицания.

*5. Как правило, там, где родительские обязанности разделяются в диаде опекун–статист, проявление у ребенка зависимости от ПАВ может разбить семью.* Очень часто старшие дети, если они начали употреблять наркотики, могут втянуть младших в добывание для этого денег, и постепенно оба ребенка становятся наркоманами. Мотивация ребенка, втянутого в употребление ПАВ, очевидна. Это некая окраска бунта, удовольствия и независимости, которая нравится каждому несовершеннолетнему. Если младший ребенок видит, что старший употребляет наркотики или таблетки и ему за это «ничего нет», все сходит с рук, то скорее всего младший тоже охотно втянется в эту игру. Впоследствии семья оказывается перед двойной проблемой. Если родители отрицают употребление наркотиков старшими детьми, то младшие в родительских глазах тем более будут «невинными».

*6. Нельзя утверждать, что ни один из детей не может защититься от наркотиков.* Дети в семье часто бывают непохожими, и не обязательно младшие идут по стопам старших. Однако родители, занимающиеся только проблемами зависимого ребенка, не всегда могут уделять достаточно внимания другим детям, нарушая тем самым стабильность семьи. ПАВ всегда связаны со скандалами в школе, кражами, несчастными случаями и передозировками. Оказавшись втянутым в такую ситуацию, «чистый» ребенок страдает и становится жертвой невнимания со стороны старших. Родители, истощенные борьбой за судьбу ребенка с зависимостью от ПАВ, не способны, как правило, помочь своему другому, здоровому ребенку справиться с ситуацией. Единственным правильным решением в данной ситуации будет болезненный и трудный разговор со здоровым ребенком, отказ от искушения отрицания и приукрашивания ситуации.

Тот, кто потребляет ПАВ, обманывает самого себя. Информация о вреде наркотиков существует везде, поэтому наркоман, стремясь продолжать свою наркотизацию в комфортных условиях, должен создать для себя систему иллюзий. После первой рюмки, папиросы, самокрутки удается надеть розовые очки, но мысли о вреде того,

что потребляется, нарушают спокойствие. Это противоречие в психологии называется когнитивным диссонансом, или нарушением представления о себе как о порядочном, разумном человеке. «Ведь взрослые тоже это употребляют». Поэтому подростки предпочитают видеть только «позитивные» стороны употребления ПАВ – хорошо проведенное время, свобода дружеских контактов, бегство от скуки, облегчение в стрессе.

*7. У детей больше поводов для отрицания. Но в их случае недостаточно использовать только отрицание, необходимо еще «усыпить» бдительность родителей, чтобы они думали, что ничего плохого не происходит.*

Отрицание у детей выглядит следующим образом:

«Не делаю этого...»

«Не делаю ничего плохого...»

«Не делаю ничего, что бы мне вредило...»

«Не делаю ничего плохого, кроме этого...»

*«Не делаю этого...».* Наркотики являются злом. Несмотря на то, что детям известно не все о вреде наркотиков и конкретных механизмах их действия, они осознают, что из-за наркотиков можно «вляпаться» в более серьезные проблемы. Поэтому врут. Пьют соки, чтобы перебить запах алкоголя, употребляют алкоголь, чтобы перебить запах марихуаны, симулируют респираторные заболевания, чтобы скрыть абстинентный синдром, лгут на тему того, куда идут, с кем встречаются, что делают...

Страх перед наказанием и ложь могут длиться у детей долго. Потребитель создает очень четкую модель двойной жизни. Перед родителями, учителями и другими взрослыми потребитель предстает как примерный ребенок, свободный от проблем; в группе приятелей-наркоманов превращается в «наркомана». Молодому человеку это кажется идеальным решением. Это ошибка. Двойная жизнь является постоянным стрессом, а стресс увеличивает дозу, так как напряжение исчезает только в состоянии одурманенности.

*«Не делаю ничего плохого...».* На свете очень мало детей, которые любят врать. Врать детей заставляет потребность, поэтому дети создают целую конструкцию отрицаний и рационализации.

*«Не делаю ничего, что бы мне вредило...».* Люди в юношеском возрасте считают, что они слишком молоды, чтобы стать алкоголиками или наркоманами. Естественно, что это убеждение – страшная ошибка. Те, кто профессионально занимается терапией детей-наркоманов, часто встречаются с пациентами даже моложе 10 лет, у которых проявляется симптоматика зависимости.

Не существует нижней границы возраста, в котором развивается зависимость, ибо сегодня мы встречаемся уже с наркотическим абстинентным синдромом новорожденных.

*«Не делаю ничего плохого, кроме этого...».* Как известно, потребителям наркотиков со временем требуется все больше наркотического вещества, чтобы чувствовать себя хорошо. По сути, в их жизни перестает существовать что-либо другое, кроме наркотиков и добывания денег на их приобретение.

На этом этапе развития зависимости клиническому психологу очень трудно прийти в семью с помощью. Сильный механизм отрицания проблем и у родителей, и у ребенка мешает им увидеть заболевание и его осложнения. Известно, что взрослые наркоманы и алкоголики не могут увидеть и понять свои проблемы, пока не «упадут на дно». Но когда речь идет о ребенке, невозможно стоять и ждать, пока ауто-

деструкция полностью не уничтожит его. Прежде всего родители должны понять, что проблема ребенка — зависимость. Задача клинического психолога — помочь сломать механизм отрицания и рационализации у родителей.

Когда родители признали, что у ребенка существует зависимость от психоактивных веществ, то появляется опасность гиперопеки. Это и понятно, ведь они не могут ни с того ни с сего лишить своего ребенка (любого возраста) родительской поддержки и поэтому продолжают вытаскивать наркомана из каждой переделки. Родителям очень трудно решиться на то, чтобы дать ребенку возможность почувствовать болезненные результаты его наркотизации. Получается замкнутый круг: оберегая наркомана от болезненных последствий его пристрастия, родители способствуют продолжению им наркозависимой жизни.

Этот механизм родительской «поддержки» наркомании формируется чувством вины, страха и любви к своему ребенку.

#### 8. Эмоции родителей, «поддерживающих» наркоманию ребенка:

**Чувство вины.** Родители, когда их дети ведут себя неправильно, слишком часто обвиняют в этом себя. Многие ощущают себя виноватыми из-за того, что слишком заняты на работе и поэтому мало уделяют времени своему ребенку. Одиноким родители обвиняют себя из-за развода, требовательные считают, что это они спровоцировали наркоманию, нетребовательные обвиняют себя в том, что не сумели установить барьер из определенных запретов и принципов... Одним словом, у родителей всегда существует чувство вины: «Все было бы по-другому, если бы мы их иначе воспитывали».

Дети быстро научаются использовать эту ситуацию, потому что родители не могут сказать «нет». Например, когда подросток приходит домой за алкоголем, необходимым для компании, родители разрешают выпивку дома при условии, что ребенок не будет этого делать где-либо еще.

Родители, сами страдающие зависимостью от алкоголя или ПАВ, не желают чувствовать себя ханжами, запрещая выпивку или потребление ПАВ, поскольку сами их употребляют. Подобным образом родители, которые злоупотребляли в молодости алкоголем или «пробовали» различные ПАВ, думают, что «нет» является для ребенка лишением естественных ощущений, нормальных для его возраста. Если родители инициируют прием ПАВ своими детьми, то этим самым играют наиболее деструктивную роль в их жизни.

Иногда родители, видя, что их ребенка-подростка не принимает группа ровесников из-за его способа жизни, и зная, что другие родители разрешают детям курить дома, идут на то, чтобы разрешить это и своему ребенку. Часто бывает так, что родители меняют свое решение относительно приема алкоголя подростком для того, чтобы их ребенок был принят в группу и чувствовал себя счастливым. Но соблюдение определенных требований (в том числе и запрета на прием ПАВ) является обязательным условием для того, чтобы подросток мог вырасти здоровым и ответственным человеком.

Как показывают исследования M.Schuckit (1987), частота развития наркомании у детей, чьи родители являются алкоголиками, гораздо выше, чем у детей здоровых родителей. В семьях же наркоманов часто злоупотребляют алкоголем. Это было показано в сравнительном изучении семей двух групп наркоманов, отличавшихся разным уровнем криминальной активности. В высококриминальной группе наркоманов тяжелое пьянство отмечено у 39% отцов, 10,2% матерей и у 27% сибсов. В низ-

кокриминальной группе наркоманов эти цифры составили соответственно 30,3, 9,5 и 16,7% (Nurco D.N., Hanlon Th.E. et al., 1988).

Последствия алкоголизма или употребления наркотиков гораздо более тяжелые, чем кратковременное чувство родительской вины. Родители должны себя чувствовать уверенно, когда вмешиваются в ситуацию с употреблением ребенком психоактивных веществ, и твердо говорить: «Нельзя».

*Чувство страха.* Дети не заглядывают далеко в будущее и не думают об отдаленных последствиях употребления наркотиков. Это печально, но факт. Дети не умеют думать на перспективу. Поэтому родители не должны быть беззаботными, но часто являются такими.

Многие родители смертельно боятся, что ребенок выскользнет из-под контроля. Не желая задумываться над неопределенностью вопроса, принимает или не принимает ребенок наркотики вне дома, родители разрешают ему держать пиво в холодильнике, употреблять алкоголь из бара или курить в своей комнате. Они скорее склонны признать, что наркотики можно изредка потреблять, чем согласиться потерять авторитет в связи с неизвестностью, где в данный момент находится ребенок и что он делает.

Некоторые родители боятся собственных детей, давно потеряв над ними контроль. Они, не считаясь с фактами, верят заявлениям типа: «Не принимаю никаких колес». Когда ребенок начинает угрожать, что в случае дальнейшего «пиления» будет принимать еще больше наркотиков, родители затихают. Если ребенок старшего подросткового возраста приходит домой пьяный, в агрессивном настроении, родители делают вид, что ничего не произошло из-за страха перед тем, что он уйдет из дома.

Многие пытаются справиться с проблемой тихо, в четырех стенах своего дома, бросаются на помощь ребенку, когда появляется угроза его наказания. Такие родители панически боятся, что ребенок может быть выгнан из школы или взят на учет в инспекции по делам несовершеннолетних, поэтому покрывают его поведение. Родители не понимают, что своими действиями продлевают период употребления им наркотиков. Если родители сами употребляют наркотики и алкоголь, это тоже ускоряет наркотизацию детей.

У ребенка, употребляющего ПАВ, защитные механизмы действуют автоматически, на подсознательном уровне. Так как его правда отличается от правды родителей, он будет обвинять их в том, что заставляют его врать, будет рационализировать свою наркотизацию утверждением, что наркотики не являются ничем плохим. Иногда подростки начинают туманно ссылаться на то, что наркотики применяются в медицине.

T.Dimoff (1993) так говорил об этом во время своих встреч со школьниками:

«Часто во время встреч с молодежью слышу от них: «Но ведь больные раком легкого употребляют марихуану». Они действительно верят, что как только пациент окажется на кровати в больнице, он сразу же протягивает руку к приготовленному подносу с сигаретами с марихуаной, а рядом стоит медсестра с золотой зажигалкой и прикуривает ему. Это фантазия. На самом деле, больные раком употребляют таблетки с синтетическим тетрагидроканнабиолом, который в природе является активной составляющей частью марихуаны. К сожалению, молодые люди не думают о другом отделении больницы, где находятся дети с врожденными уродствами, матери которых, часто несовершеннолетние, курили во время беременности марихуану или употребляли другие

наркотики, и, возможно, этим вызвали у себя генетические нарушения еще до беременности».

9. Дети не считаются с последствиями своих поступков. Взросление является периодом риска и исследования того, насколько далеко простираются границы родительского контроля, общественного терпения, устойчивости собственного организма. Часто говорится, что молодые считают, будто бы для них существует секрет вечной жизни. Это упрощение. Именно сегодня многие подростки встречаются со смертью своих ровесников: возможно, кто-то из друзей погиб в автокатастрофе из-за алкоголя, кто-то совершил самоубийство. Речь идет о том, что молодому человеку нелегко размышлять и осознать, что смерть может угрожать также и ему. Наркотики усиливают детское чувство того, что несчастье случается «с другими, но не со мной». Этот способ мышления проявляется в типичных ответах детей, втянутых в отрицание и самообман:

«У меня неплохо в школе...»

«Я пью только пиво, не глотаю ничего другого...»

«Наркотики делают человека более творческим...»

«После наркотиков мне хорошо, я чувствую себя неплохо...»

«Родители не помнят, что значит быть молодым...»

Дети и должны лгать в отношении наркотиков. Иначе они не могли бы их использовать. Проблема в том, что наркотики начинают контролировать их.

10. Защитные механизмы действуют таким образом, что ребенок, употребляющий наркотики, не только не признается перед самим собой в том, что наркотики опасны, но и развивает, с усилением зависимости, все более эффективные способы защиты психики. Большинство молодых людей – оптимисты, поэтому, напиваясь в компаниях, они со смехом вспоминают различные курьезы, с этим связанные, но не рвоту и сильную головную боль по утрам.

Со временем неприятные синдромы становятся чересчур частыми и мучительными, чтобы можно было приступить к своим обязанностям на следующий день. Подросток начинает уменьшать свои проблемы, пытаясь найти кого-то, находящегося в еще худшей ситуации. Как правило, он успокаивает себя тем, что не преступает определенной границы, отделяющей его от наркотического кошмара.

«Могу перестать тогда, когда захочу...»

«Балуюсь только в выходные. Не употребляю наркотики ежедневно...»

«Покупаю наркотики только для себя. Не торгую ими...»

«Краду деньги у матери, но не продаю за наркотики...»

«Но ведь живу, наркотики меня не убивают...»

В последнем ошибаются все. Наркотики могут убить каждого. Если родители не заметили, что у ребенка развивается зависимость и он стал наркоманом, то практически ничто не уберет его от последствий его же собственного поведения.

Семья является основным институтом и инструментом, формирующим у детей защитные барьеры от возможной наркотизации и алкоголизации. Специалисты NIDA (1999) к семейным факторам защиты относят: крепкие семейные узы, активную роль родителей в жизни детей, понимание ими проблем и личных забот детей, ясные правила и стандарты внутри семьи, постоянные обязанности и преобладание системы поощрений над системой наказаний.

В гармоничной семье с высокой вероятностью вырастает гармоничная личность, имеющая внутрилличностный антинаркотический (антиалкогольный) барьер, выстро-

енный на мотивационно-установочной и нравственно-целостной сферах личности и поведенчески закреплённый в созидательных ролевых стратегиях социализации и социальной компетенции.

В качестве иллюстрации уместно привести наглядные рекомендации «Как разговаривать со своим ребенком, чтобы уберечь его от наркомании», представленные Люберецким центром семейного воспитания (Классный руководитель. 2000. №1. С. 10–11).

Таким образом, воспитание у детей стремления к здоровому образу жизни – более широкое понятие, чем простое соблюдение гигиенических или педагогических правил. Здоровый образ жизни – это прежде всего создание условий для наиболее полного раскрытия человеческого потенциала. Это воспитание поведения, направленного на удовлетворение потребностей человека – не только физиологических, но и потребностей в безопасности, принадлежности к группе, уважении и самоуважении, любви, самоактуализации. При таком понимании воспитания в жизни ребенка не будет места не только зависимостям, но и любой социальной патологии.

### **АНТИАЛКОГОЛЬНОЕ И АНТИНАРКОТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В ШКОЛЕ**

Практика антиалкогольного воспитания подрастающего поколения имеет свою историю как в нашей стране, так и за рубежом. В частности, в США еще столетие назад в учебных заведениях было введено преподавание основ трезвости. Инициатором внедрения этой программы стало Общество трезвости христианских женщин, поднявшее в 1876 г. в Гайд-парке вопрос об организации отдельного департамента преподавания трезвости в школе. Благодаря инициативе этой организации в 1882 г. в штате Вермонт законодательным путем были введены в качестве обязательных уроки по антиалкогольной пропаганде. Четверть века спустя это стало нормой для всех штатов США. Противоалкогольная пропаганда проводилась в рамках преподавания физиологии и гигиены, причем обучение трезвому образу жизни велось во всех классах – с начального до выпускного. В результате в начале нынешнего столетия в Америке выросло поколение людей, глубоко осознавших вред спиртных напитков и последствия алкоголизации. Они-то и смогли ввести в стране запрет на алкоголь. В Вашингтонском Капитолии есть Овальный зал, где находятся статуи наиболее выдающихся людей США. Единственный среди них скульптурный портрет женщины – статуя Елизаветы Виллард, учредительницы и председателя Всемирного женского союза борьбы с алкоголизмом.

Подобная американской антиалкогольная программа, предназначенная для преподавания в школах, в те же годы была введена в Канаде, а на рубеже XIX–XX вв. – и во многих европейских странах. Занятия с детьми, подростками, молодежью всюду вели преподаватели учебных заведений. Однако противоалкогольная пропаганда не давала должных результатов. Во Франции было высказано мнение (Friboulet, 1902), что этот неуспех нужного и полезного дела – результат неучастия в нем специалистов, то есть врачей. Автор предлагал ввести подготовку преподавателей «антиалкоголизма» в университетах и создать единую медицинскую антиалкогольную ассоциацию.

В разных странах противоалкогольное воспитание имело свои особенности. Например, в Германии оно велось во всех классах народных школ на уроках закона божьего и истории естествознания, в Австрии и Дании – при изучении естество-

**МАМА И ПАПА,**  
вы можете уберечь меня от  
наркотиков и алкоголя, если

**Не будете сравнивать**  
меня с другими:



«Неужели не можешь  
быть таким, как  
другие дети?..» —

**а станете говорить:**  
«Ты имеешь право быть другим,  
непохожим!»

**Не будете диктовать,**  
как мне себя чувствовать:

«Нечего расвет.  
Ничего страшного  
не случилось...» —



**а просто скажете:**  
«Мы понимаем тебя...»

**Не будете лишать**  
надежды:



«Из тебя не получится  
ничего хорошего.  
Полный нуль» —

**а станете оптимистичны**  
в отношении меня: «Хочется  
верить, что ты чего-то  
достигнешь в жизни!»

**Не будете командовать**  
мной:



«Убери  
быстро» —

**а разрешите покапризничать,**  
разрешите делать что-то  
вместе с вами, даже если  
я еще маленький

**Не будете подкупать**  
меня:

«Если будешь  
слушаться,  
куплю конфетку!» —



**а подарите мне свою**  
любовь просто так

**Не станете обвинять**  
меня:

«Это из-за тебя  
у нас в жизни так  
много неудач...» —



**а скажете: «Ты не виноват**  
в том, что у взрослых  
проблемы в жизни»

**Перестанете оценивать**  
меня:

«Что так ходишь,  
как урод!» —



**а поможете мне думать**  
о себе хорошо

**Не будете угрожать**  
и пугать:

«Еще раз так сделаешь—  
тогда получишь...» —



**а скажете: «Мы поможем тебе**  
справиться с трудностями...»



**Каждому из нас нужно такое место,**  
где можно не притворяться, где тебя  
не обманут, где тебе спокойно и хорошо,  
где можно отдохнуть всей душой.  
Такое место — твоя семья, дом.

дения и химии, во Франции — в рамках преподавания политической экономии и нравственности и т.д. В Англии существовал специальный институт «бродячих лекторов», переходивших из одного селения в другое и читавших в школах лекции о вреде алкоголя. В Женеве была учреждена награда в 10 франков за лучшее сочинение на антиалкогольную тему. По инициативе лиги «Швейцарские женщины против алкоголизма» такие сочинения писали дети во всех школах швейцарской столицы.

Еще раньше практика конкурсных сочинений на эту тему была введена в Англии, где в 1847 г. было создано первое в этой стране детское общество трезвости. А самое первое в мировой практике общество трезвости было основано в американском Бостоне в 1813 г. До 1895 г. в Англии работало шесть таких обществ, одно из которых, «Надежда», объединяло 3 млн детей (с семилетнего возраста) и юношей, давших обещание не пить вызывающие опьянение напитки. Движение в пользу абстиненции коснулось и английских студентов. Наиболее крупные студенческие общества трезвости существовали в Глазго и Эдинбурге, последнее объединяло пятую часть студентов университета. Примеры, подобные этим, можно продолжить.

Следуя опыту развитых капиталистических стран, Россия на рубеже XIX—XX вв. тоже обратила внимание на противоалкогольное воспитание подрастающего поколения. В 1905—1908 годах в Петербурге издавалось бесплатное приложение к журналу «Трезвая жизнь» — «Листок трезвости для школьников», а в 1909 г. — «Листок трезвой жизни для младших детей», называвшийся «Зорька». Эту периодику выписывали и в других регионах, в частности в Уфимской губернии, где во многих школах «для искоренения пьянства среди учащихся» были образованы детские союзы против пьянства. Однако следует заметить, что в целом по России создание обществ трезвости не получило большого распространения.

В декабре 1911 г. Министерство внутренних дел и Министерство народного образования утвердили правила для кружков трезвой христианской молодежи. Три месяца спустя один из таких кружков был открыт в приходе Георгиевской церкви в Москве. Организовал его священник В.Смирнов. Кружок объединил детей, мальчиков и девочек, с восьмилетнего возраста. Все они, вступая в это общество, давали обещание «не курить табаку, не пить никакого вина и пива, не говорить черных и срамных слов, не играть в карты и другие игры на деньги». Члены кружка получали билеты, которые передавали на хранение родителям как удостоверение своего обещания. Вместе с тем каждый из них носил на груди образок св. Великомученика Георгия как «видимый знак небесного покровительства в добрых намерениях и памятку о данном обещании». Священник очень старался, чтобы проводимые им с детьми беседы «были оживлены, а пороки пьянства рельефнее запечатлелись в умах и сердцах детей». Для этого использовались теневые картинки, были приобретены картины на антиалкогольные темы, дети вместе со своим духовным отцом совершали паломничества по монастырям, экскурсии по историческим музеям.

И каков же был результат? Через год выяснилось, что каждый пятый кружковец нарушил данное слово. Думается, что подобная практика в других местах имела примерно те же результаты. Передовые ученые говорили о том, что сама школа с ее формализмом, косностью и казенщиной во многом способствует распространению пьянства среди учащихся. «В самой системе школьного обучения, в методах воспитания, практикующихся в наших учебных заведениях, кроется сущность яда, отравляющего сознание учащихся, заставляющего их искать забвения во вредных напит-

ках», — писал В.Я.Канель в 1909 г. Именно поэтому большинство ученых (Вирениус А.С., 1900; Невзоров Н.К., 1900; Гордон Г.И., 1910, и др.) считали, что для успешной противоалкогольной пропаганды необходимо прежде всего оздоровить всю систему школьного обучения. Ф.Ф.Эрисман говорил о том, что и эта мера не будет действенной, если не улучшить социально-экономическое положение трудящихся и не вести противоалкогольную пропаганду среди взрослого населения. Кроме того, уставы детских и юношеских обществ трезвости требовали, как правило, полного отказа лишь от употребления крепких напитков с сохранением умеренности в употреблении «вина, сидра и пива». Этот «обет умеренности» был чреват последствиями. Молодые люди не становились абстинентами, более того, начав с дозволенного сидра или пива, многие из них вскоре переходили к водке. Потребление последней резко увеличилось с началом Первой мировой войны. К этому времени общества трезвости молодежи практически изжили себя.

Опыт существования общества трезвости был и на Севере России. В Архангельске оно было создано еще в августе 1892 г. Это свидетельствует о том, что здесь общественное мнение в отношении пагубности пьянства «проснулось» рано. Современники свидетельствовали, что местная интеллигенция вкладывала в это общество ум и сердце. Общество трезвости установило контроль за торговлей крепкими напитками, вело разъяснительную работу среди населения о вреде неумеренного потребления алкоголя, хлопотало об открытии и содержании лечебных приютов для страдающих запоями, занималось изысканием средств для предоставления населению возможности проводить свободное время вне питейных заведений. С этой целью общество приобрело две чайные, создало две библиотеки-читальни, организовывало чтения с пением и музыкой, распространяло «трезвенническую» литературу. Всего в Архангельской губернии к концу XIX века было шесть отделений общества трезвости, которые работали под руководством уездных комитетов попечительства о народной трезвости.

В 1911 г. в итальянском городе Турине проходила международная промышленная выставка, один из разделов которой был посвящен деятельности попечительств о народной трезвости. Представленные на ней материалы по Архангельской губернии были удостоены золотой медали и диплома выставки.

В чем же основные причины того, что противоалкогольная пропаганда, широко развернувшаяся на рубеже XIX—XX вв. во многих странах, не принесла желанных плодов? Разумеется, у каждого государства они свои. В России, прежде всего, социально-экономические (низкий уровень образования, культуры, материального положения большей части населения и т.п.). Неудача противоалкогольной пропаганды среди подрастающего поколения была также результатом несовпадения слова и дела: в школе детям говорили о вреде спиртных напитков, о безнравственности пьянства, а общество в целом снисходительно-добродушно относилось к потреблению алкоголя детьми и подростками. Более того, как мы показали ранее, сами родители чаще всего становились (и становятся до сих пор!) первыми «алкогольными воспитателями» своих детей. Нередко дурной пример подают и учителя. Еще в 1926 г. на Международном съезде по борьбе с алкоголизмом представитель Германии с сожалением констатировал, что только 1% немецких педагогов — абстиненты. Именно в этом он видел причину того, что противоалкогольная пропаганда у него на родине «топчется на месте», хотя в формальных мероприятиях и различного рода указах недостатка не было.

К тому времени (вторая половина 1920-х годов) у нас в стране санитарно-просветительская работа среди молодежи велась на очень низком уровне и была явно недостаточной. В результате многие дети, подростки, молодежь считали алкоголь совершенно безвредным продуктом, а 30,7% обследованных в 1929 г. В.Липским и И.Тельбаумом подростков говорили о том, что спиртное полезно «от разных болезней», «для аппетита» и в других случаях.

Положение настоятельно требовало *включения вопросов противоалкогольной пропаганды в учебные программы*. И такая программа, рассчитанная на школьников всех возрастов, была составлена. В отличие от предыдущего опыта, занятия с детьми проводили врачи. Школьники старших классов собирали сведения о количестве несчастных случаев в связи с алкоголизмом, числе противоправных нарушений и преступлений, совершенных в алкогольном опьянении. Некоторые из них подсчитывали долю затрат на алкоголь в бюджете семьи. Все это ложилось в основу самостоятельных докладов, с которыми учащиеся выступали перед своими сверстниками и родителями.

С 1923-го по 1931 г. в СССР проводился так называемый *детский поход на взрослых*: были проведены сотни противоалкогольных демонстраций, митингов, маевок. Например, 1 ноября 1928 г. в г. Сормово состоялась демонстрация, в которой участвовали пять тысяч учащихся школ ФЗО. Они шли под лозунгами: «Не пей!», «Твоя рюмка водки – кусок мяса, отнятый у сына», «Твоя повседневная пара пива – разутые и раздетые дети» – и тому подобными (Маюров А.Н., 2000).

В 1930-х годах вопросы противоалкогольной пропаганды включались в планы переподготовки школьных учителей, предусматривались программами педагогических и медицинских вузов и училищ.

Казалось бы, испытаны многие методы и формы антиалкогольной пропаганды среди подрастающего поколения, но опыт этот ни в начале столетия, ни позднее не дал ожидаемого эффекта. Алкоголизация молодежи не только не уменьшалась, но и росла. Рост ее вызвал у ряда специалистов, работающих в этой области, пессимистический настрой. Другие же, напротив, говорили о том, что ни в коем случае нельзя опускать руки, следует искать новые формы и методы антиалкогольного воспитания.

Внедрение этих форм и методов, а затем детальный их анализ позволил специалистам сделать ряд практических выводов в отношении как плюсов, так и минусов противоалкогольной пропаганды и профилактики раннего алкоголизма. В частности, практика показала, что начинать антиалкогольное просвещение в старших классах поздно, оно должно быть начато еще в детском саду. Второе, что убедительно доказала практика, – в антиалкогольном воспитании подрастающего поколения важнейшей составляющей является организация досуга детей и подростков, развитие здоровых интересов и увлечений. Третье – то обстоятельство, что тактика антиалкогольной работы среди подростков требует тонкого учета психологии пубертатного возраста, свойственных именно подросткам мотивов и установок, ценностей и потребностей, регулирующих в числе прочего и алкоголизацию.

Появление такой грозной проблемы, как наркомания, не было характерно для России примерно до начала 1990-х годов, поэтому и в школах до недавнего времени не возникало вопросов об употреблении учащимися ПАВ в размерах эпидемии. Единичные случаи наркомании школьников в крупных городах были, о чем сообщали на закрытых заседаниях горono, но еще мало кто из педагогов знал, что такое зависимость от ПАВ.

Многие из нас успели выучиться еще в той, «нормальной» школе, когда ученики и ученицы ходили в форме, а в классах стояли удобные парты, когда рубль был целым состоянием и обычный школьный обед стоил 20 копеек, когда учебники выдавались бесплатно на год и они были одинаковы для всей страны. Среди этих учебников были написанные такими известными учеными, как Перышкин, Александров, Колмогоров... Это было не так уж и давно.

Потом исчезла школьная униформа, подорожали обеды, с учебниками получилась полная неразбериха, а для того, чтобы поступить в школу, теперь необходимо заниматься с репетиторами и сдавать сложные психологические тесты, как будто те, кто эти тесты не может сдать, виноваты в этом! Впрочем, и после окончания школы, чтобы поступить в вуз, стало нужно также заниматься с репетиторами. Базиса, полученного в школе, оказалось недостаточно для продолжения образования.

Наряду с этим в школьных туалетах появились «нюхачи» и «торчки», распространились «ханка», «колеса» и т.д., а учителя лихорадочно начали изучать брошюры о первых признаках наркомании и токсикомании у учеников. На уроках русского языка можно услышать: «Я тащусь». По телевидению во весь экран – призыв: «Живи в кайф». В некоторых школах пытались даже пойти на компромисс и оборудовать «места для курения учащихся» (за что раньше вызывали родителей, многие из которых, используя более доходчивые аргументы, навсегда отбивали у детей охоту закурить в школе).

До начала 1990-х годов школьное обучение имело четкую образовательную доктрину. Важной особенностью системы российского школьного обучения была дидактика, т.е. учет принципов, закономерностей, целей, содержания, форм и методов обучения сообразно возрасту и способностям ребенка. Именно поэтому российское образование до недавнего времени было конкурентоспособным по своему качеству.

Следуя принципу «новое – это хорошо забытое старое», полезно вспомнить конкретные положительные моменты начального и среднего обучения. Нетрудно вспомнить, что в России в школах существовала и система антиалкогольного воспитания:

- проводились беседы, лекции, собрания и конференции по антиалкогольной и антитабачной тематике;
- висели плакаты, имелись наглядные пособия, демонстрировались фильмы, выпускались стенные газеты, посвященные здоровью;
- часто выступали врачи, милиционеры, спортсмены, актеры, летчики и другие профессионалы и знаменитости, которые призывали вести здоровый образ жизни и не курить.

*Ученые подчеркивали, что, согласно принципам той же самой дидактики, главной целью в противоалкогольном воспитании является воспитание нравственности.*

Правда, тогда еще не говорили об общечеловеческих ценностях, и мало кто из учащихся знал, что покровители учеников – преподобный Сергей Радонежский, святой праведный Иоанн Кронштадский, равноапостольные Кирилл и Мефодий, пророк Наум.

Для привития нравственных норм А.В.Зосимовская (1972) предлагала применять три типа аргументации: научно-теоретическую, эмпирическую и логическую. Н.Н.Малинская (1983) попыталась с учетом данных психофизиологии обосновать содержание и средства противоалкогольного воспитания учащихся разных возрастных групп. Так, при создании специальных средств, предназначенных для обращения к младшим школьникам, учитывали, что для них характерны конкретно-образное мышление, ма-

лая концентрация внимания, наглядно-образный характер памяти, яркая эмоциональная окраска фона. При разработке средств обучения и воспитания младших школьников отдавали предпочтение более насыщенным наглядным пособиям. На этом этапе школьники должны были усвоить понятие: алкоголь — это плохо.

Задачей обучения и воспитания школьников среднего возраста являлось дальнейшее закрепление отрицательного отношения к алкоголю путем расширения и углубления знаний о его биологических свойствах, действии на организм, возможных последствиях его употребления. На данном этапе излагались факты вреда алкоголя.

С медико-социальной точки зрения в антиалкогольном воспитании наиболее важными признаны следующие принципы:

- раннее начало противоалкогольной ориентации школьников;
- целенаправленность и преемственность в проведении противоалкогольного воспитания и противоалкогольной пропаганды;
- планирование противоалкогольной работы в школе в соответствии с фазами и стадиями формирования у детей установок в отношении употребления алкоголя;
- учет в противоалкогольной работе психологических особенностей разных возрастных групп учащихся;
- соответствие гигиенического и нравственного, эмоционального и содержательного аспектов в противоалкогольной ориентации учащихся;
- организация полноценного досуга и повышение общественной активности учащихся;
- комплексный подход к противоалкогольной работе;
- личное участие старшеклассников в противоалкогольной работе.

По мнению педагогов и психологов, превентологов и наркологов, с учетом обширной пропаганды и рекламы наркотиков в современном обществе, переживающем бурный период демократизации, антинаркотическая контрпропаганда прежними средствами не оказывает должного эффекта. В связи с этим предлагаются следующие средства: распространение информации с одновременным формированием у школьников навыков ее критической переработки, а также навыков принятия решений; использование игровых программ воспитания трезвости; формирование здорового образа жизни; целевая работа с группами риска; работа с семьями.

Узловыми вопросами в профилактической работе со школьниками, по мнению С.В.Березина и К.С.Лисецкого (2001), являются: широкий набор средств пропаганды, выбор объектов профилактики и компетентность разработчиков и исполнителей программ. В дополнение к этим принципам, по нашему мнению, следует добавить, что средства контрпропаганды могут быть целенаправленными, адекватными и результативными только благодаря изначально правильному определению объекта приложения программ (группа или индивид, семья, окружающие значимые лица). Поэтому наряду с созданием организационных форм и конкретных технологий реализации целевых программ наиважнейшей проблемой профилактической работы является подготовка как специалистов узкого профиля (школьных психологов, дефектологов, конфликтологов, психиатров-суицидологов, психотерапевтов—специалистов различных модальностей), так и большого класса вспомогательного персонала (социальных работников для групп взаимопомощи, помощников-добровольцев для работы в общественных и профессиональных организациях). Сегодня подготовка кадров для сферы услуг профилактической антинаркотической направленности стоит на одном из пер-

вых мест в системе организации воспитания и здорового досуга, поскольку эта работа включает подчас не отдельно взятые, а одновременно связанные разделы:

- и общую культурно-воспитательную работу;
- и пропаганду здорового образа жизни (превентологическое воспитание);
- и психологическое воспитание с психокоррекцией;
- и общественные меры воздействия, реабилитационной помощи;
- и решение правовых вопросов.

Представляет интерес анализ программ противоалкогольного воспитания, реализуемых в школах городов России. Одна из первых экспериментальных программ противоалкогольного воспитания школьников была разработана в Архангельске, а затем апробирована в Москве. Эта программа учитывала два следующих важных методологических принципа:

1. Противоалкогольное воспитание является составной частью нравственного воспитания и обуславливает высокий нравственно-ценностный потенциал личности — лучшую гарантию нетерпимого отношения к алкоголизации.
2. Противоалкогольная работа в школе должна проводиться преимущественно силами учителей; излишняя фиксация детей на вопросах употребления спиртного исключается, поводы к беседам противоалкогольного плана должны логически вытекать из содержания изучаемого предмета.

Оценка эффективности предлагаемой системы противоалкогольной работы с учащимися была проведена на базе одной из школ Архангельска. В частности, были сопоставлены информированность школьников о вредном влиянии алкоголя и установка на его употребление (показатели до начала эксперимента и через год после него). Во время первого опроса методом анонимного анкетирования были опрошены 118 учащихся 3—4-х классов и 111 учащихся 9—10-х классов. В конце учебного года повторно опрошено 99 учеников 3—4-х классов и 127 школьников 9—10-х классов.

Перед началом обследования был утвержден *комплексный план противоалкогольной работы в школе*, который включал в себя три основных раздела.

1. *Работа с учителями.* Для преподавателей читались лекции по противоалкогольной тематике, комплексно освещающие проблему пьянства с разъяснением возможностей каждого предмета в преподнесении материала. В учительской создали методический уголок, где были представлены все брошюры по данной тематике, методические рекомендации и материалы для учителей.
2. *Работа с родителями.* В каждом классе школы врач проводил беседы с родителями на тему «Алкоголь и дети». Заключительная лекция для родителей была прочитана в конце полугодия по школьному радио. Для родителей были организованы консультации психиатра по вопросам воспитания трудных подростков, на которых родители получали разъяснение о том, когда, что и как они должны сказать сыну или дочери о пагубности и недостойности алкоголизации.
3. *Работа с учащимися.* Учителя включали в структуру своего предмета материалы на противоалкогольную тему для всех классов, начиная с первого. Врач читал лекции для учащихся 7—10-х классов, широко используя наглядные пособия (плакаты, выставки, планшеты), ежемесячно для них в кинолектории правовых знаний демонстрировали фильмы противоалкогольного характера, которые заканчивались словом педагога. Документальные ленты чередовались с мультфильмами. Для трудных подростков, а также для учащихся, замеченных в употреблении алкоголя, проводили экскурсии в психонаркологический стационар

с целью наглядной демонстрации последствий алкоголизации. Подростков и юношей, неоднократно замеченных в употреблении алкоголя, обследовал психиатр на предмет наличия ранних проявлений алкогольной зависимости и психических отклонений. С ними проводили индивидуальные психотерапевтические беседы.

Анализ полученных материалов свидетельствует о том, что в школе в результате проведенной врачами и учителями противоалкогольной работы расширились пути получения учащимися 3–4-х и 10–11-х классов информации противоалкогольного плана, что в свою очередь способствовало статистически значимому увеличению их информированности о вредном влиянии алкоголя на организм человека (табл. 15). Важным каналом информации для младших школьников стали также родители и родственники, радиопередачи, кинофильмы, журналы и газеты, брошюры и плакаты.

Знания, приобретенные учащимися в ходе противоалкогольного воспитания, определенным образом проявлялись в оценках ими возможности употребления спиртных напитков в различных ситуациях. Как показывают результаты опроса, представленные в табл. 16, у школьников (особенно младших классов) отмечается выраженная тенденция к растущему критическому восприятию алкоголизации. Интересно отметить, что во время повторного анкетирования более 1/3 учащихся 3–4-х классов не признались, что употребляли спиртные напитки. По-видимому, возможная неискренность в ответах во многом обусловлена изменившимся восприятием учащимися алкоголизации как нравственно недостойного поведения.

Таким образом, сравнительные результаты анкетирования учащихся до и после проведения противоалкогольной работы в школе свидетельствуют о том, что негативному действию на детей алкогольных обычаев микросоциальной среды может эффективно противостоять противоалкогольное воспитание и пропаганда. Подростки, информированные о вреде употребления алкоголя, более активно осуждают пьянство, у них реже встречается безразличное отношение к поведению пьяных и меньше трудностей в его квалификации. Следует отметить, что противоалкогольное воспитание, проводимое в структуре нравственного воспитания, должно начинаться как можно раньше, с детского сада, и быть направлено в целом на семью ребенка.

Недостаток современных программ по воспитанию здорового образа жизни зачастую связан с несоблюдением принципов дидактики, что приводит к упрощению и разбивке знаний, а также к непониманию того, что в основе здорового образа жизни лежит не безопасность, а нравственность.

По мнению Т.И.Петраковой (2000), основная цель педагогической концепции в первичной профилактике состоит в поддержке подростков, равно как и взрослых, в приобретении ими осведомленности об их собственных ощущениях и в знании, что эти ощущения могут рассматриваться как «здоровые или нездоровые» для них самих. Решения этой задачи можно добиваться, делая упор на следующих факторах, обуславливающих формирование личного мнения:

- *личный опыт*: «что я наблюдаю вокруг себя и что испытываю при этом»;
- *личные устремления*: быть принятым в члены той или иной группы, быть «кем-то», быть важной персоной;
- *некоторые ценности*, считающиеся в обществе важными;
- *факты и информация*, влияющие на формы поведения.

Первичную профилактику надо начинать как можно раньше, предпочтительно в то время, когда ошибочные мнения у школьников обычно уже сформировались

Таблица 15

**Пути получения школьниками информации противоалкогольного плана  
(в % от числа опрошенных)**

Источник получения информации	3–4-е классы		9–10-е классы	
	Первый опрос	Повторный опрос	Первый опрос	Повторный опрос
Друзья	8,5	6,1	28,6	34,6
Родители и родственники	41,5	62,6*	64,0	69,3
Радиопередачи	37,3	51,5*	78,4	72,4
Телепередачи	83,1	81,8	86,5	86,6
Кинофильмы	39,8	59,6*	69,5	74,8
Газеты и журналы	40,7	56,6*	79,3	77,2
Брошюры и плакаты	16,1	29,3*	70,3	66,1
Беседы врача	18,8	63,6*	73,9	85,0*
Беседы с учителями	22,9	54,5*	67,6	78,7*

\* Различия достоверны при  $p < 0,05$ .

Таблица 16

**Оценка учащимися возможности употребления спиртных напитков  
в различных ситуациях (в % от числа опрошенных)**

Положительная оценка алкоголизации	3–4-е классы		9–10-е классы	
	Первый опрос	Повторный опрос	Первый опрос	Повторный опрос
По праздникам	40,7	21,2*	84,7	83,4
В выходные дни	4,3	3,0	12,6	7,1
При встрече с друзьями	16,1	6,1*	45,9	36,2*
Ежедневно	0,9	1,0	0,9	0,8

\* Различия достоверны при  $p < 0,05$ .

(«я буду курить, поскольку мои друзья курят тоже», «мы должны напиваться, чтобы знать, о чем говорить» и т.д.) Важно знать факторы, приведшие к таким воззрениям.

Так как люди нередко ведут себя в группе иначе, чем наедине с собой, будет недостаточно предоставить им возможность сопоставления их собственных чувств с чувствами других. Следует дать им шанс жить в гармонии со своими чувствами. Вторая цель должна давать как подросткам, так и взрослым возможность приобретать необходимые навыки и умения для того, чтобы вести жизнь, свободную от наркотиков, алкоголя и других ПАВ. Это требует приобретения определенных навыков и умения обходиться без некоторых вещей, держаться особняком в толпе, разрешать конфликты, уметь испытывать разочарования и выражать свои чувства.

Влияние среды проживания, семьи и ситуации в школе на употребление (или неупотребление) наркотиков неоспоримы. Поэтому первичная профилактика должна распространяться на эти факторы на долговременной основе с целью формирования атмосферы, благоприятной для реализации фундаментальных человеческих потребностей. Приходится признать, что некоторые призывы улучшить жизнь путем употребления наркотиков нередко содержатся в песнях, в местных традициях, рекламе.

Такое положение ведет к пониманию того, что профилактику следует начинать с взрослых.

Т.И.Петракова предлагает пять подходов для анализа собственного отношения к наркотикам:

1. *Воспоминания о своих пробах.* Иногда бывает полезно вспомнить о собственных первых пробах употребления того или иного вещества, например, сколь плох был вкус первой сигареты. Стоит произвести повторную оценку результатов этих проб.

2. *Анализ личных проблем, которые привели к пробам ПАВ.* Не является ли злоупотребление наркотиками весомым ответом на эти проблемы?

3. *Влияние ценностей общества.* Эти ценности часто отражаются в традициях, песнях, поговорках, в содержании кинофильмов, радио- и телевизионных программ и т.д. Когда дело касается таких ценностей, зачастую возникают некоторые вопросы, относящиеся к темам здоровья и жизни как таковой. Что такое здоровье и сколь ценно оно для меня? Существует ли какой-либо смысл моей жизни и стоит ли жить вообще?

4. *Анализ современной доступной информации.* Когда этот процесс завершен, должен иметь место следующий подход.

5. *Освоение всей новой информации.* Для достижения этой цели используется ролевая игра в качестве педагогического средства. Пятый подход особенно важен для тех людей, которые хотят изменить свое отношение к наркотикам и обрести новые формы поведения.

Существует три цели первичной профилактики:

1. *Укрепление отрицательного отношения к наркотикам (и любым ПАВ).* Оно состоит в оказании помощи как подросткам, так и взрослым, дабы они могли жить в соответствии с ценностями, которые считаются здоровыми, и принять определенную точку зрения на проблему ПАВ. Это непростой процесс, поскольку нередко существует несоответствие отношений действиям.

2. *Приобретение навыков и умений противостояния.* Учась противостоять давлению среды и соблазнам рекламы, идеализирующей и придающей привлекательность употреблению ПАВ, мы должны приобретать следующие способности: устанавливать контакт с другими во избежание ощущения изолированности; разрешать конфликты, не прибегая к наркотикам и не доводя дело до разочарований в результатах. Необходимо приобретать навыки и умения для ведения жизни, свободной от наркотиков. Наблюдения в ходе лечения наркоманов свидетельствуют о том, что дефицит соответствующих навыков и умений был одной из причин, приведшей к наркомании.

3. *Создание обстановки доверия и доброжелательности.* Основной приоритет в школьной среде должен быть отдан личности, ее формированию, а не таким категориям, как успеваемость, дисциплина и т.д.

Обучение взрослых, профессионально связанных с детьми и подростками, сводится к умению вести дискуссии «с личностной направленностью» и является долговременным полезным «инструментом» создания атмосферы здоровья в школах. Показателями эффективности деятельности можно считать остановку или сокращение роста распространенности злоупотребления ПАВ среди детей и подростков, сокращение численности правонарушений, связанных с распространением и употреблением наркотиков, возросшую компетентность населения в отношении проблемы наркоманий и ее последствий.

Следует различать кратковременные, отставленные и долговременные показатели эффективности. К первым относятся результаты, полученные сразу после проведения акций, уроков или курсов. К отставленным показателям эффективности можно отнести результаты, полученные спустя 1–3 года и более после начала вмешательства. И, наконец, долговременным эффектом профилактической работы является изменение отношения к наркотикам, алкоголю и другим ПАВ на границе смены поколений.

*О.Л.Романова и Т.И.Петракова (1992) относят к методам первичной профилактики (ПП) следующие традиционные и инновационные формы работы.*

- *Мозговой штурм* – применяется для стимуляции дискуссии по конкретной теме или опросу. Подростков просят свободно высказывать свои идеи и мнения без каких-либо комментариев со стороны тренера или товарищей. Идеи фиксируются в письменном виде, а мозговой штурм продолжается до тех пор, пока не закончится отведенное на него время или не истощатся идеи.
- *Рассмотрение конкретных случаев* – это чтение и анализ учениками (в ходе дискуссии) записанных текстов, представляющих истории или ситуации, относящиеся к данной проблеме. Конкретные случаи представляются таким образом, чтобы ученики почувствовали свою включенность в ситуацию и сконцентрировались на решении практических вопросов.
- *Классная дискуссия* под руководством тренера является одним из наиболее ценных методов обучения. Она может быть использована в начале занятия для усиления его интенсивности, а в конце – для подведения итогов. Большинство уроков, содержащихся в любых методических пособиях по ПП, включают какую-либо форму классной дискуссии.
- *Драматические представления* могут быть в форме ролевых игр, радиопередач, телевизионных шоу и т.п. Это деятельность, которая мотивирует учеников за счет активного включения в ее процесс, для тренировки поведения или изучения предмета, вызывающего наибольший интерес.
- *Исследования* предполагают обеспечение учеников материалами, над которыми они затем работают, обрабатывая, оценивая их и т.д. Подростки могут также искать материалы и собирать информацию самостоятельно. Иногда ученики выступают перед классом. Такие *выступления* могут осуществляться индивидуально или группой учеников (панельные выступления части класса).
- При изучении проблемы, в отношении которой существует несколько точек зрения, *панельная дискуссия* позволяет ученикам проводить самостоятельное исследование, подбирать аргументы в пользу защищаемой позиции. Понимание существа проблемы резко возрастает, когда ученики хорошо знают различные точки зрения по поводу ее решения.
- *Ролевое моделирование* мотивирует учеников, так как требует от них активности и тренировки поведения. Ученики действуют так, как в реальной жизни, или по крайней мере так, как они хотели бы действовать в реальной ситуации. Иногда тренер раздает роли, а иногда – только подает идею и просит учеников импровизировать.
- *Традиционная лекция* – передача информации от тренера прямо к ученикам. В некоторых случаях это наилучший путь сообщения информации. Обычно этот метод используется в комбинации с другими для обеспечения высокой мотивации и необходимого уровня научения.

- Большинство уроков, согласно любому методическому пособию по ПП, включает *рабочие листки*. Учеников просят заполнить их индивидуально или малой группой в процессе кооперативного обучения. Некоторые листки заполняются во внеклассное время. Листки требуют обсуждения всем классом и обязательной своевременной обратной связи.

Обучение специалистов может проходить на семинарах-тренингах, эффективность которых впоследствии оценивается самими участниками.

Конструктивные методы антинаркотического обучения в целом основываются на том, что дети в каждом возрасте получают строго определенную информацию о ПАВ в строгой последовательности. Проводится целенаправленная работа по развитию навыков общения, принятию решений, формированию позитивных взаимоотношений с окружающими, воспитанию самоуважения, развитию «Я»-концепции, задаются альтернативы употреблению ПАВ. Детей учат управлять своим состоянием и справляться со стрессом.

Главный недостаток этих программ – отсутствие цели отказа от ПАВ. Ведь сама по себе здоровая жизнь – это только средство для достижения цели: развития высших ценностей в себе и самоактуализации. Например, скинхэды также не употребляют алкоголь и другие ПАВ, но делается это исключительно для того, чтобы быть более выносливыми в драке, а не более добрыми и интеллектуальными. Поэтому нравственно-ценностные характеристики в методологии построения профилактических программ должны иметь ведущее значение.

Методологические аспекты первичной профилактики зависимости от ПАВ у детей имеют ряд особенностей (элементов):

1. *Групповая работа с учащимися*. Для нее необходимы навыки работы с группой, умение проводить группу через основные этапы формирования – ориентировку, конфликт, развитие, членство. Особенность такой группы в том, что все ее участники должны получить информацию, приобрести знания, развить навыки.
2. *Работа в малых группах*, которые служат задачам кооперативного обучения, – взаимодействие учащихся лицом к лицу (при этом используются индивидуальные оценки обучения), приобретение навыков взаимодействия (лидерство, умение общаться, принимать решения и преодолевать конфликты, развитие доверия).
3. *Упражнения–энергизаторы* для повышения концентрации внимания и снятия усталости;
4. *Установление положительной эмоциональной атмосферы* в группе (классе) при проведении занятий (недопустимость критиканства, уважение чувств окружающих, конфиденциальность).

Все это требует иных методических и технологических подходов к превенции. Если психотерапия и психология в недавнем прошлом занимались преимущественно устранением последствий, то проблемы сегодняшнего дня ставят задачу диагностики ресурсов личности, прогнозирования возможных расстройств и обоснование стратегий первичной профилактики. Акцент переносится на личность в среде обитания. Нозоцентрический подход постепенно уступает место антропоцентрическому.

Для помощи школьникам в социальной и психологической адаптации в Северном государственном медицинском университете (г. Архангельск) была разработана *методика деловой игры «Мозаика»*, позволяющая моделировать коллективное мыш-

ление (Сидоров П.И., Кузнецов В.Н., 2002). Эта методика апробирована среди подростков (160 человек) для решения самых различных задач – от проблемы наркомании до планирования коллективных дел. Есть опыт проведения в данном формате международной телеконференции со школьниками г. Тромсе (Норвегия).

При работе по этой методике с наркозависимыми в качестве отправной точки было взято психологическое состояние общества. Основная рабочая гипотеза – в обществе сложился комплекс стратегий мышления и формирования ценностей, которые ведут к девиантному поведению. Одним из таких вариантов поведения и является употребление наркотиков.

Можно схематично изобразить стратегию мышления, приводящую к употреблению наркотика. Подросток, как и человек любого другого возраста, имеет свой «набор желаний». Но в этом возрасте более, чем в каком-либо другом, свойственно хотеть очень много, однако осуществить реально можно еще очень мало. Научиться получать подросток может, копируя старших. Но в нашем обществе почти отсутствует модель успешного стабильного развития, которую он мог бы «примерить» на себя (например, жизнь реального человека, своего соседа, который чего-то добился). У нас вообще таких стабильно успешных людей пока крайне мало. В этом одно из важных отличий нашего общества от западного.

В подобных условиях возникает стремление найти простой, «магический» путь. На помощь приходит наркотик. Однако после употребления наркотика эти противоречия только усиливаются, что приводит к движению по замкнутому кругу.

Основная цель, к которой стремились авторы методики, – запустить принципиально другие стратегии мышления и формирования ценностей. Соответственно, сформированные здоровые ценности определяют и здоровое поведение. Для этого в качестве структурной была принята модель построения русского общества, существовавшая в России до XIX в. Использовались игровые техники П.Г.Щедровицкого, лингвистические подходы Л.С.Выготского и М.М.Бахтина, а также педагогический опыт построения коллективных творческих и ролевых игр. Методика игр не требует больших материальных затрат, для этого необходимы только помещение, столы, стулья и бланки, которые заполняются участниками в процессе работы.

В начале работы участникам предлагается проблема (или вопрос), варианты решения которой они должны выработать за определенное время. Проблема может быть прямо связана с наркотической зависимостью или косвенно затрагивать эту тему (например: что тебя могло бы заставить принять наркотик?). В течение игры или прорабатывается одна и та же проблема, или вопросы меняются в зависимости от динамики и цели игры (психотерапия или поиск коллективного решения).

Игра проводится в несколько переходов в зависимости от количества человек. Количество участников должно быть квадратом какого-либо числа (например, 36 участников – 6 команд по 6 переходов, 25 участников – 5 команд по 5 переходов и т.д.). Также на каждый столик необходимо определить по одному супервизору, в функции которого входит вовлечение в процесс всех участников.

В результате проведения методики мы получаем комплексный результат деловой игры.

*Во-первых*, остается банк данных по вариантам решения поставленной задачи. Каждый участник может вернуться к наработанному и продолжить развитие идеи. Результат не пропадает, а становится частью жизни. Подросток видит свою роль в формировании реальности.

*Во-вторых*, каждый участник получает навык взаимодействия с командой. Этот навык состоит из таких компонентов, как умение находить нестандартные пути решения проблемы, способность встраивать свое мнение в коллективное мнение команды, умение слушать и слышать партнеров, развивать общие идеи.

*В-третьих*, в методике неизбежно табуируются такие привычные поведенческие паттерны, как концентрация только на своих идеях и переживаниях, стремление уйти от общения с другими, получить удовольствие пассивным путем. Также вытеснялось привычное стремление сравнивать себя с другими и искать виновных в своих проблемах и неудачах (известно, что подобное поведение ведет к невротическому типу реагирования и девиантному поведению).

По результатам проведенных игр можно выделить следующие этапы (стадии) изменения стратегий мышления индивидуума.

I. *Этап «первичной команды»* (ознакомительный). Каждый предлагает свои уже работанные стереотипные идеи в общую «копилку». На этом этапе преобладают чувства интереса, азарта; эмоции можно описать как положительные.

II. *Этап истощения собственных идей*. Участнику нечего больше предложить. Запас идей кончился. Так как ведущий продолжает требовать другие варианты, то на этом этапе возникает агрессия как защитная реакция на фрустрацию, возникают споры и конфликты по процессу ведения игры.

III. *Этап формирования истинной команды*. Предлагаются вновь созданные варианты. Это этап проявления здоровых стратегий и творчества. Каждый развивает идею партнера. Вновь появляются чувства со знаком «плюс». Но от ведущего на этом этапе требуется внимание к каждому участнику каждой команды, чтобы вовлечь всех в работу, так как появляются «выпадающие» из общей деятельности участники.

Если на первом этапе каждый ощущал себя отдельно от других, возможно, демонстрировал себя и свои идеи, то на третьем этапе демонстрация заменяется коллективной работой, каждый участник выступает как часть команды. Последнее и является наиболее важным результатом работы. Методика становится моделью формирования общества.

Это общество может быть как малой группой (класс, учебная группа, производственный коллектив и т.д.), так и большой общностью людей (город, государство). Необходимо соблюдение принципа вовлечения в деятельность всех частей целого. Если это учебная группа, то участвуют все ее члены. Если же это университет, школа или город, то необходимо участие представителей всех слоев и структур. Модель должна быть полной. Отсутствие частей недопустимо. Это принцип построения мозаики: картина не закончена, когда не хватает даже маленького кусочка. Эта модель формируется с учетом каждого мнения, исключает пассивность, ответственность разделяется между участниками. Таким образом создается модель здорового сообщества.

Безусловно, пилотные результаты требуют более тщательного подтверждения. Необходимо детальное исследование стратегий мышления участников и динамики формирования поведенческих стереотипов.

Проиллюстрировать вышесказанное можно примером конкретной работы, проведенной в летнем лагере отдыха с группой детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет. Была определена цель, имеющая отношение к наркотикам. Тем не менее группа соскользнула на обсуждение темы, связанной с проведением досуга. Но поскольку сохранялись все вышеуказанные принципы, можно было надеяться на формирование конструктивного навыка.

Игра проводилась как часть профилактической и педагогической работы, связанной с проблемой наркотической зависимости. Основной ее целью была мобилизация творческого потенциала детей, создание атмосферы сотрудничества, самостоятельности, которая сочеталась с принятием ответственности за свою деятельность. Участникам задачи игры определялись как необходимость ответить на два вопроса: самые важные интересы в их жизни и реальные мероприятия по реализации этих интересов.

До этого работа в летнем лагере проводилась «по инерции», дети осуществляли различные дела несколько механически, не вникая в их реальную цель. Сформировался костяк лидеров, научившихся правилам поведения, что, с одной стороны, тормозило развитие младших ребят, с другой – препятствовало свободному потоку идей по планированию деятельности.

В этих условиях было необходимо нарушить привычный стереотип, сделать несостоятельными устоявшиеся правила игры, чтобы дать ход новым тенденциям, позволить каждому участнику почувствовать себя полноценным членом команды.

Были получены интересные результаты. В качестве основных интересов детьми выдвигались ценности с постепенным углублением их важности по мере исчерпания известных вариантов.

Так, вначале дети говорили о таких вещах, как: общение с друзьями; успех в работе; личная жизнь (семья, люди, которые тебя бы любили, возможность знать, что ты не одинок); образование, хорошая профессия; новые знакомые, близкие люди.

Постепенно стали появляться все более «высокие» идеи: охрана окружающей среды (познание законов природы и восстановление разрушенного); путешествия (в рамках программы охраны окружающей среды); достойная жизнь (когда не сделано ничего, о чем можно было бы жалеть); моральный стержень (жизнь без нарушения законов общества); создание чего-либо нового, чем можно остаться в памяти людей.

В результате пришли к таким понятиям, как свобода и право выбора, возможность не зависеть ни от чего; стремление к независимости в обществе; развитие, самоизменение, преодоление внутренних барьеров, борьба с комплексами; мир (согласие) с самим собой; необходимость принимать других людей такими, какие они есть, независимо от расы, религии, пола; терпимость к людям (толерантность); гармония с собой и окружающим миром; внутренняя сила и уверенность в себе.

Прослеживается интересная тенденция – стремление к тому, чтобы занять свое место в мире, развиваться, обретая силу, уверенность, терпимость.

Рассматривая итоги игры, можно привести общие направления поиска причин наркомании, полученные в результате ее проведения. Таковыми оказались:

- незрелость личности, неспособность к адаптации в современных социальных условиях, отсутствие «идеологического стержня», оторванность от традиций современного общества;
- поиск «нового пути», попытка реализации себя вне реального социума, построение виртуального мира, поиск в нем новых резервов;
- доступность самих наркотиков и их пропаганда.

На втором этапе игры был поставлен вопрос о путях решения проблемы наркомании. Соответственно выдвигаемым причинам участники игры предложили следующие направления работы:

- развитие духовности общества с расширением информации о последствиях действия наркотика, создание «идеологического стержня», структурирование социума;
- «силовой» путь, связанный с ограничением доступности наркотических веществ.

Таким образом, новая методика направлена не на поиск причин или «борьбу с наркоманией», а на формирование здоровых интересов и ценностей, когда проблемы решаются в процессе работы или становятся предметом личностной работы. В настоящее время в СГМУ разрабатывается интернет-вариант методики, что позволит включить в деятельность сразу несколько регионов, в том числе зарубежных, а значит – получить доступ к другим культурным пластам. Методика применяется в качестве как деловой игры, когда необходимо решить какую-либо конкретную проблему, используя новые ходы, так и психотерапевтического метода, ведущего к изменению когнитивно-поведенческих паттернов участников.

Поскольку только сильная личность может противостоять аддикции, находить эффективные пути и формы самоутверждения и развития, лучшая *стратегия первичной профилактики состоит в усилении нравственно-ценностного, творческого и содержательного потенциала личности.*

Итак, особенность современного антинаркотического и антиалкогольного воспитания состоит в инновационных методах обучения, которые заставили педагогическую теорию отказаться от абсолютного образовательного идеала (всесторонне развитой личности) и перейти к новому идеалу – максимальному развитию способностей человека к саморегуляции и самообразованию. Этот подход предполагает:

- фундаментальность;
- целостность;
- сущностность;
- акмеологичность;
- использование информационных технологий;
- разработку открытых систем интенсивного обучения;
- применение модульного обучения;
- системность.

Основные технологии и стратегии первичной профилактики алкоголизма и наркотизма представлены моделями, основанными на следующих мотивационно-установочных принципах: морали, отказа, углубления знаний, эмоционального воздействия, укрепления здоровья.

В настоящее время существует множество профилактических программ по предупреждению зависимости от ПАВ среди детей и подростков. Чаще всего используется эмоциональное обучение, умение справляться с жизненными проблемами, тренинг отказа и коррекция неправильного понимания групповых норм ровесников. Цель этих профилактических программ, независимо от их теоретической основы, – передача информации о последствиях злоупотребления алкоголем и употребления других ПАВ. Особый упор делается на непосредственные последствия интоксикации и нарушения социальных норм.

Как показали исследования, *программы, основанные на эмоциональном обучении, незначительно влияют на профилактику.* Так, программа эмоционального обучения HLAY (Here's Looking at You), первый раз использованная в 1970 г. в Сиэтле, а позднее реализованная во всех штатах США, показала незначительное влияние на такие переменные, как знания, установка по отношению к употреблению алкоголя в будущем. Программа не повлияла также на потребление алкоголя в будущем (Kim S., 1988). Новая версия этой программы, разработанная R.DeBuis (1989), также не внесла изменений в эффективность знаний об алкоголе и не повлияла на самооценку ее участников.

*Программы, основанные на изменении восприятия окружения и тренинге отказа*, принесли более ощутимые результаты. В SMART (Self-Management and Resistance Training) проводилось сравнение программ, использующих технику обучения отказу от употребления алкоголя, и программ эмоционального обучения. Первые оказались более эффективными, так как снижение употребления алкоголя среди школьников через два года после обучения составило 39%. Этот результат получается при использовании комбинированного показателя — количества и продолжительности употребления алкоголя в последнее время (Graham H., 1990).

Оценка *другой программы — LST (Life Skills Training), направленной на развитие личности и социальных умений* (формирование общественного натиска, направленного против курения или употребления ПАВ), показала влияние на употребление алкоголя в случае, когда программу проводили ровесники. Не отмечен эффект программы при проведении ее учителями (Botvin G. et al., 1990).

Оценка *проекта DARE (Drug Abuse Resistance Education) — широко разрекламированной программы, предназначенной для пятиклассников и шестиклассников*, показала неодинаковые результаты. Позитивные изменения в результате работы со школьниками по этой программе коснулись уровня самооценки, установок по отношению к различным ПАВ, осознания негативных последствий алкоголизма, а также изменения собственных установок к отношению ровесников к употреблению ПАВ. Однако не замечено позитивных изменений в отношении употребления алкоголя в будущем. Как показали отсроченные исследования, в некоторых подгруппах были отмечены существенные позитивные изменения по следующим характеристикам: употребление алкоголя среди учащихся из группы риска, поиск сильных ощущений, погоня за новостями, склонность к чувству скуки (Clayton R., 1991).

Наиболее эффективными оказались *многоаспектные программы*, принимающие во внимание самые различные стороны употребления алкоголя и других ПАВ. Среди таких программ наибольшей популярностью пользуются Midwestern Prevention Project (описанные ранее в разделе «Моделирование многопрофильных программ», см. главу 2).

В 1980-х гг. в США действовали тысячи неформальных групп, занятия в которых проводили родители, озабоченные проблемой употребления ПАВ молодежью. Оценка деятельности таких групп показала, что благодаря их воздействию произошли существенные изменения в законодательстве, в отношении самого общества к проблемам зависимости. Кроме того, установлено, что дети абстинентов чаще воздерживаются от пьянства, чем дети из семей, где родители часто употребляют алкоголь (Shain M., 1990).

Существующая в США в настоящее время система антиалкогольного и антинаркотического обучения и воспитания формировалась в течение последних трех десятилетий. Первоначально просвещение концентрировало свое внимание на информации о наркотиках (на практике — *выявление групп риска, информирование подростков о наркотиках и последствиях их употребления, приемы устрашения*). Анализ этой работы показал, что все перечисленные приемы оказывают действие только при условии системности и постоянства. Результаты проведения программ убедительно доказывают необходимость соблюдения принципов дидактики и педагогической психологии.

Наркомания не имеет границ, поэтому в последнее десятилетие в США активно поддерживаются организации, внедряющие превентивные программы в других странах. Одной из них является благотворительная организация «Life Skills International»,

учрежденная в 1991 г. и курирующая антинаркотические программы более чем в 30 странах мира. Основой этих программ является *формирование жизненных навыков* (ФЖН).

Цель программы ФЖН – обучение подростков здоровому образу жизни и навыкам отказа от потребления ПАВ. Достижению цели способствуют следующие задачи: развитие социально-психологической компетентности и выработка навыков самозащиты, повышение эффективности общения и критичности мышления, адекватность самооценки и принятия решений, умение избегать риска и стрессов, постоять за себя и разрешать конфликты.

Практика реализации программы позволила выделить ряд условий ее эффективности: адаптированные и организованные школьные контингенты (без группы риска); специальная углубленная работа с группами риска; разнообразие и многовариантность методического обеспечения в формировании навыков и активных моделей поведения; профессионально подготовленные педагоги; отказ от тактики запугивания и сенсационности; честный, открытый и аргументированный диалог с подростками; активное вовлечение детей в моделируемые проблемные ситуации; тренинги социальной компетентности.

Программы ФЖН построены на восьми базовых принципах (Спрангер Б.Е., 1993, 1994).

1. *Всесторонность*, включающая усвоение знаний, непрерывность обучения, развитие навыков компетентности и позитивных отношений со сверстниками, участие в общественной жизни.
2. *Участие родителей* (выполнение специальных домашних заданий, участие в семинарах).
3. *Тренинги* с поведенческим закреплением актуальной информации.
4. *Сотрудничество* всех заинтересованных ведомств и структур.
5. *Культурная адекватность*, которая обеспечивается адаптацией технологических подходов к конкретной этнокультуральной среде.
6. *Оценка эффективности*, которая производится в ходе мониторинга и обеспечивает необходимые уточнения и дополнения.
7. *Ценностная ориентация* на позитивные характеристики социального поведения (самодисциплина, ответственность, честность, обязательность и т.п.).
8. *Связь с обществом* через выработку навыков эффективной коммуникации в многоуровневом социуме (семья, школа, населенный пункт и т.п.)

По данным NIDA (1999), в США действует около четырех тысяч общественных организаций по борьбе с наркотиками, которые позволили за последние 15 лет примерно вдвое снизить распространенность употребления ПАВ. Если молодой человек в возрасте до 21 года удерживается от курения, спиртного или наркотиков, вероятность рекрутирования его в армию наркоманов практически равна нулю.

Не случайно именно подходы, отработанные в программе ФЖН, легли в основу Концепции профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде, утвержденной приказом Минобразования России (№ 619, от 28.02.2000), а также рекомендаций отечественных авторов (Дмитриева Т.Б. с соавт., 2000; Сирота Н.А. с соавт., 2001; Коробкина З.В., Попов В.А., 2002; Березин С.В. с соавт., 2003; Менделевич В.Д., 2003, и др.).

В целях обеспечения единого подхода к формированию принципов и основных механизмов антинаркотической работы в системе образования России при Министерстве образования РФ создан Федеральный экспертный совет по проблемам профилактики

злоупотребления ПАВ. В его состав включены представители не только системы образования, но и органов и учреждений иной ведомственной принадлежности (Министерство здравоохранения и социальной работы, МВД), а также общественных организаций. К основным задачам совета относятся экспертная оценка материалов и программ в сфере профилактики злоупотребления ПАВ среди несовершеннолетних и молодежи, определение единой позиции по вопросам осуществления взаимодействия с общественными и религиозными организациями, а также со средствами массовой информации в сфере профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде.

Минобразования России, органы управления образованием субъектов Российской Федерации активно взаимодействуют со средствами массовой информации. Вопросы профилактики наркомании среди несовершеннолетних и молодежи освещаются на страницах многих общероссийских и региональных печатных изданий (журналы «Нарконет», «Наркостоп», «ОБЖ», «Вопросы наркологии», «Наркология»; газеты «Пока не поздно», «Учительская газета» и другие). Концепция профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде, а также иные материалы антинаркотической направленности размещены в интернете на сайте [Narkotiki.ru](http://Narkotiki.ru).

В то же время следует признать существование ряда негативных тенденций в обеспечении деятельности по профилактике злоупотребления ПАВ среди детей, подростков и молодежи (Тростанецкая Г.Н., 2002). В субъектах Российской Федерации остро ощущается нехватка учебно-методических материалов по вопросам антинаркотической работы. Органы управления образованием и образовательные учреждения испытывают недостаток необходимой информации, финансовых и кадровых ресурсов для полноценной профилактической работы. К профилактической работе привлекаются лица, не имеющие специальной подготовки, ответственность возлагается на другие, непедагогические, структуры (милицию, здравоохранение, комиссии по делам несовершеннолетних и т.п.).

Для более успешного решения проблемы профилактики злоупотребления ПАВ среди детей, подростков и молодежи необходимо:

- обеспечить разработку и реализацию региональных программ профилактики злоупотребления наркотиками, противодействия незаконному обороту их, причем каждый регион должен иметь программу с учетом своих особенностей;
- ускорить принятие Федерального закона «О противодействии распространению наркомании и токсикомании в Российской Федерации»;
- обеспечить повышение эффективности деятельности органов государственной власти и местного самоуправления по выявлению и учету детей школьного возраста, не посещающих или систематически пропускающих по неуважительным причинам занятия в образовательных учреждениях, в целях оказания им необходимой помощи, обеспечения получения ими обязательного основного общего образования;
- осуществить дополнительные меры по развитию физической культуры и спорта, активного творческого досуга и занятости несовершеннолетних и молодежи, развитию сети учреждений дополнительного образования детей;
- обеспечить дальнейшее развитие и стабилизацию психологической службы в системе образования, развитие сети образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого и открытого типов, других образовательных учреждений для несовершеннолетних с проблемами

в развитии, обучении, поведении и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ;

- организовать подготовку, переподготовку и повышение квалификации работников образовательных учреждений;
- обеспечить учебно-методическими пособиями кабинеты профилактики наркомании при образовательных учреждениях;
- проводить ежегодный мониторинг наркоситуации во всех субъектах Российской Федерации;
- разработать, издать и внедрить в образовательный процесс учебные программы для проведения в образовательных учреждениях антинаркотического просвещения, пропаганды здорового и безопасного образа жизни;
- создать в ряде субъектов Российской Федерации центры реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.

В качестве иллюстрации к этому параграфу приведем сообщение о негативных последствиях употребления пивом среди молодежи. В связи со значительной экспансией рекламы можно заметить, что количество молодых людей и девушек с пивными бутылками в руках в нашей стране резко увеличилось.

Как показали исследования Е.С.Скворцовой (1997), для данной аудитории информационное воздействие (сообщение о негативных последствиях приема алкоголя) является эффективным.

#### **Примерное сообщение о профилактике злоупотребления пивом и пивного алкоголизма среди молодежи**

**Тема: О наиболее распространенных стереотипах любителей пива.**

#### **1. Является ли пиво алкогольным напитком?**

Да, пиво представляет собой натуральный алкогольный напиток, который содержит большое количество соединений, образующихся в процессе ферментации и поступающих в него из растительного сырья. Основными компонентами пива являются вода (91–93%), углеводы (1,5–4,5%), этиловый спирт (3–7%) и азотсодержащие вещества (0,2–0,65%). Прочие компоненты обозначают как минорные. Этанол, поступающий в организм с пивом, не оказывает дегидратирующего эффекта благодаря высокому содержанию воды в этом напитке, иными словами, при употреблении пива, в отличие от водки, нельзя влить в себя смертельную дозу алкоголя. Однако необходимо отметить, что в последнее время на рынке алкогольной продукции появилась новая разновидность пива с высоким содержанием алкоголя – до 12% (strong beer). Употребление такого пива в таком же количестве, что и обычного, безусловно, влечет за собой цепь негативных последствий, обусловленных сочетанным токсическим действием алкоголя и других биологически активных соединений (Williams D., 1966).

#### **2. Правда ли, что в компании пиво пьют не ради алкоголя, а ради вкуса?**

Большинство людей припоминают, что вначале им не нравился вкус пива, они скорее находили его противным. Однако питье воспринималось как символ взрослости. Если новичок имел смелость заявить об отсутствии приятного вкуса у символа, ему говорили: «Ничего, вскоре тебе это понравится». Но до тех пор, пока человек не заставит себя влить несколько раз пиво в глотку, он не научится оценивать его вкус.

Многие отказываются пить безалкогольное пиво под тем предлогом, что у него хуже вкус. Сотрудники кафедры психологии из университета штата Вирджиния про-

вели исследование. Как альтернатива безалкогольному пиву было использовано популярное пиво, содержащее 5,7% алкоголя. Тест выявил, что участники не смогли определить, какое пиво содержит алкоголь, с большей вероятностью, чем случайность. Ряд других исследований подтвердил, что регулярно потребляющие пиво не смогли точно определить по вкусу, является оно крепким, средним или очень слабым по содержанию алкоголя. Таким образом, как бы ни пытались скрыть это «пивоманы», они пьют пиво не ради вкуса, а ради алкоголя (Pols R.G., 1992).

### 3. Правда ли, что пивной алкоголизм менее опасен, чем водочный?

Любой алкоголизм одинаков, так как симптомы данного заболевания неспецифичны, т.е. независимо от вида алкогольного напитка при алкоголизме происходит формирование психической и физической зависимости. Какой напиток вызвал данную зависимость, в будущем уже не важно.

Говорят, что пивной алкоголизм формируется медленнее водочного. Это трудно считать правилом. Возможно, он формируется более незаметно и обманчиво. В Германии, где традиционно употребляют пиво, многие страдают именно пивным алкоголизмом. Чрезмерное употребление пива резко снижает производительность труда. Вред есть даже от так называемого «безалкогольного» пива, поскольку алкоголь в нем все же присутствует, хотя и в очень небольшом количестве. Например, нередки случаи, когда у имеющих алкогольную зависимость лиц очередной запой начинается именно со стакана безалкогольного пива (Harding R., 1991).

Стоит отметить, что человеку, страдающему алкоголизмом, переход с водки на пиво тоже не даст много пользы. Организм все равно потребует свой «эквивалент», то есть заставит покрывать качество количеством. Один пациент наркологической клиники, совершив такой «переход», выпивал в день не менее ведра пива. Но в некоторых случаях пиво используется алкоголиками либо для выхода из запоя, либо в третьей стадии алкоголизма, когда толерантность организма к алкоголю падает. А вот лечения пивной алкоголизм требует такого же, как водочный и винный. Поэтому лучше просто навсегда отказаться от употребления пива.

### 4. Полезно ли пиво для сердца?

Сторонники пива утверждают, что содержащаяся в нем углекислота расширяет капиллярные сосуды слизистой оболочки органов пищеварения и способствует более быстрому поступлению жидкости в кровь. И это, по их словам, достоинство. Однако когда пиво быстро всасывается в организм, резко повышая ОЦК, при большом количестве выпитого возникает варикозное расширение вен и расширение границ сердца. Рентгенологи называют это явление синдромом «пивного сердца» или синдромом «капронового чулка». Если злоупотреблять пивом, сердце провисает, становится дряблым, а его сократительная функция теряется. Недавно обнаружено, что алкоголь может приводить к обморочным состояниям. Даже социальная выпивка может иногда вызвать слабость и головокружение — не из-за опьянения, а из-за того, что алкоголь нарушает тонус кровеносных сосудов. Алкоголь расслабляет также стенки сосудов, и они уже не регулируют кровяное давление при перемещениях тела. Кроме того, алкоголь способен понижать кровяное давление, причем даже при умеренном опьянении. «Мы были удивлены таким эффектом», — говорит кардиолог клиники Мейо в Шотландии Виренд Сомерс, один из авторов исследования, на основе которого и сделаны эти выводы. В течение исследования были изучены эффекты умеренного опьянения на четырнадцати здоровых молодых людях, чей средний возраст составлял 26 лет. Кровяное давление измерялось перед выпивкой, после выпивки, а также в процессе ее. Выяснилось, что систолическое кровяное давление упало на 14, а диастолическое — на 8 мм ртутного столба. Сомерс считает, что некоторые люди, у которых часто случается расширение сосудов, могут быть уязвимы даже для небольших количеств алкоголя (Richardson P.I., 1996).

Почти все авторы, проводившие анализ связи риска развития болезней сердечно-сосудистой системы с потреблением пива, сходятся в том, что оно увеличивает вероятность развития ишемической болезни сердца. Аналогичным образом исследование влияния разных алкогольных напитков на сосудистый тонус показало, что потребление пива ассоциируется с более высоким уровнем систолического и диастолического артериального давления. Ухудшению функции сердечной мышцы могут способствовать и некоторые химические добавки. Так, например, некоторые фирмы-производители для повышения пенообразования добавляют в пиво соединения кобальта. Будучи химическим аналогом кальция, кобальт занимает его место в сердечной мышце. Однако свойственные кальцию функции при возбуждении и сокращении миокарда кобальт выполнять не может. Это способствует снижению сократительной способности сердечной мышцы, увеличению объемов сердца, так называемой сердечной недостаточности (Nanji A., 1985; Seigneur M., 1990).

### 5. Полезно ли пиво для кишечника?

В последнее время участились сообщения о том, что некоторые вредные привычки позволяют уберечься от рака кишечника. Если верить этому, то получается, что нужно пить вино да еще и курить. Однако это напоминает рассуждения о болезни Альцгеймера (вариант старческого слабоумия) у курильщиков, что якобы среди курящих эта патология почти не встречается. Конечно, предполагается вывод, что курение каким-то образом защищает от болезни Альцгеймера. Но на самом деле все проще: большинство курильщиков до этого просто не доживают, так как умирают раньше от других, вызванных табачным дымом, заболеваний, чаще всего от сердечно-сосудистых болезней и рака (Kunze E., 1986).

Какие же вещества в хмеле являются канцерогенными? Технологи пивоварения пишут о так называемых горьких веществах хмеля, классифицируемых на общие, мягкие и твердые смолы. Если снова вспомнить о табаке, то именно смолы в нем способствуют развитию рака у курильщиков. К сожалению, какие бы целебные свойства ни приписывались хмелю, его смолы неминуемо делают свое пагубное дело. В материалах ВОЗ указано, что потребление именно пива достоверно повышает риск развития рака толстой кишки (WHO, 1994).

### 6. Как влияет пиво на детородную функцию?

Современные медики полностью отрицают целесообразность рекомендации пива детям и беременным женщинам. В Санкт-Петербурге, например, это нашло отражение даже в правилах торговли, принятых в 2000 г. В них прямо говорится: беременным пиво не продавать. В этом городе требуется, чтобы у прилавков, где торгуют пивом и алкогольными напитками, на видном месте была размещена информация «О противопоказаниях к применению алкогольной продукции». Новые правила торговли обязывают уведомлять граждан о том, что хмельные напитки особенно вредны беременным и кормящим женщинам, подросткам до 18 лет, сердечникам, гипертоникам, почечникам, печеночникам и т.д.

Поклонники пива пишут: «Наши предки знали, что пиво повышает мужскую потенцию». На самом деле алкоголь оказывает вредное влияние на яички и яичники. При этом одинаково вредно как частое опьянение, так и систематический прием значительных количеств алкоголя. Под влиянием злоупотребления алкоголем наблюдается жировое перерождение семенных канальцев, разрастание соединительной ткани в паренхиме яичек. Особой выраженностью токсического действия на железистую ткань яичка обладает пиво, которое намного легче других алкогольных напитков проникает через гематотестикулярный барьер — препятствие между кровью и тканями яичек, вызывая жировое перерождение железистого эпителия семенных канальцев.

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

Кроме того, стоит помнить о фитоэстрогенах (подробнее в главе 3). В результате их действия у мужчин начинают накапливаться женские половые гормоны. Становится шире таз, разрастаются грудные железы, из которых начинает выделяться молозиво. У мужчины на три дня в месяц набухает слизистая оболочка носа и отмечается носовое кровотечение. «Скорая помощь», которую обычно вызывают в таких случаях, не в состоянии помочь, поскольку врачи не знают истинных причин этого кровотечения. Случается, что у мужчины, большого любителя пива, развивается злокачественная опухоль грудной железы. Следует указать, что при злоупотреблении алкоголем, раньше или позже — в зависимости от индивидуальных особенностей и выносливости организма, нарушается также и половая потенция, что связано со снижением условных и безусловных рефлексов, вследствие тормозного действия на подкорковые центры.

У женщин наблюдаются расстройства регулярности менструального цикла, пропорционально выпитому пиву растет вероятность заболеть раком грудной железы. Опасно пить пиво матери, вскармливающей грудного ребенка. У малыша возможны эпилептические судороги, а со временем может возникнуть и эпилепсия. Из-за токсического действия на надпочечники, алкоголь ингибирует выработку в них андрогенов, обуславливающих половое влечение. Расплата за злоупотребление — снижение либидо (полового влечения), а в далеко зашедших случаях возможно развитие вторичной фригидности (полового равнодушия). При приеме спиртных напитков во время беременности у женщин обнаруживаются тератогенные свойства (т.е. склонность вызывать уродства у плода), возможно формирование у будущего ребенка генетически детерминированной (запрограммированной) наследственной склонности к алкоголизму (Pols R.G., Hawks B.V., 1992; Piendl A., 1983, 1985).

Как сообщается в газете «Интернэшнл гералд трибьюн» (1994), проведенное Американским центром по контролю заболеваний исследование показало, что повышение налогов на пиво на 20 центов привело к снижению заболеваемости подростков болезнями, передаваемыми половым путем, в частности, гонореей почти на 9%. Автор исследования Н. Chesson (1996) объясняет данное явление тем, что выпивка влияет на суждения, и подростки под действием пива склонны вступать в половые связи, в том числе с многочисленными партнерами, не пользуясь презервативами.

### **7. Правда ли, что в пиве много витаминов, минеральных и органических веществ?**

Минеральные соединения поступают в пиво из солода, других исходных материалов и с водой. В биологически значимых количествах в пиве присутствуют ионы калия, натрия, кальция, магния, фосфора, серы и хлора. Пиво отличается от вина высоким содержанием калия. Необходимо отметить, что при употреблении большого количества пива избыточное поступление калия и воды резко увеличивает образование мочи и усиливает выделение почками натрия и хлора, приводя в итоге к деминерализации организма. По содержанию кальция (около 80 мг/л), магния (около 80 мг/л), фосфора (около 140 мг/л), а также железа, меди, цинка и других микроэлементов, содержание которых не превышает 1 мг/л, пиво не отличается особыми преимуществами.

Витамины поступают в пиво в основном из солода, богатого витаминами группы В. Однако в процессе приготовления пива концентрация витаминов неизбежно снижается, в результате содержание витамина В<sub>1</sub>, или тиамина составляет

0,005–0,15 мг/л, а витамина В<sub>2</sub>, или рибофлавина – 0,3–1,3 мг/л. Таким образом, употребление в день 10 литров пива с максимальной концентрацией витамина В<sub>1</sub> способно обеспечить 100% суточной потребности в этом витамине.

В пиве есть и иные витамины. Высокое содержание витамина С, или аскорбиновой кислоты (20–50 мг/л) часто обусловлено тем, что ее добавляют в пиво в процессе производства для предотвращения процессов спонтанного окисления других компонентов. В пиве наблюдаются также высокие концентрации никотиновой (5–20 мг/л) и фолиевой кислоты (около 110 мкг/л). В малых количествах присутствуют витамин В<sub>6</sub>, пантотеновая кислота и биотин.

Содержание полифенолов в пиве примерно в 10 раз ниже, чем в натуральном виноградном вине, и колеблется в пределах 150–300 мг/л. Потребление пива и крепких алкогольных напитков ассоциируется с повышенным риском развития злокачественных образований в нижних отделах мочевыводящих путей, что связывают именно с низким содержанием полифенолов.

Горькие вещества поступают в пиво из хмеля и придают напитку специфический горьковатый привкус. Как уже говорилось выше, эти вещества подразделяют на мало- и высокосмолистые. В зависимости от технологии приготовления и хранения пива они могут подвергаться полимеризации, окислению и, соответственно, изменять свои изначальные свойства. Горькие вещества пива наряду с другими экстрактивными веществами хмеля относятся к категории психоактивных соединений. Они оказывают седативное, снотворное, а в больших дозах и галлюциногенное действие. Помимо этого, они обладают бактерицидными (разрушают бактерии), бактериостатическими (приостанавливают рост бактерий) свойствами и оказывают стимулирующее действие на секрецию желудочного сока. Последнее лежит в основе индивидуальной непереносимости пива, которое у людей с повышенной чувствительностью к действию стимуляторов желудочной секреции вызывает неприятные ощущения в области желудка и рефлюкс-реакцию.

Биогенные амины были обнаружены в пиве относительно недавно. Они сразу привлекли к себе внимание из-за способности оказывать выраженное биологическое действие. Уже давно известно, что пиво противопоказано больным, принимающим ингибиторы моноаминоксидазы. Смысл этих рекомендаций стал ясен после того, как в пиве были обнаружены кадаверин, путресцин, гистамин и тирамин. При употреблении пива в большом количестве биогенные амины провоцируют развитие гипертензии (повышенного артериального давления), вызывают головную боль и могут привести к поражению почек.

Фитоэстрогены представляют собой растительные аналоги женских половых гормонов и также попадают в напиток из хмеля. Содержание их в хмеле достигает значительных величин – от 20 до 300 мг на 1 кг растительной массы. В пиве их меньше (1–36 мг/л). Тем не менее, этого количества достаточно для отчетливого гормонального воздействия на организм человека. Весьма вероятно, что изменения эндокринного статуса (феминизация мужчин и маскулинизация женщин) у лиц, злоупотребляющих пивом, связаны, в основном, с эффектами фитоэстрогенов.

## ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Какие конкретно черты современного стиля жизни прежде всего необходимо было бы изменить в целях оздоровления, подсказывает анализ важнейших факторов риска заболеваний. На сегодняшний день таковыми являются: курение, злоупотребление алкоголем, неправильная диета, малоподвижный образ жизни, употребление ПАВ, особенно распространенное среди молодежи.

Говоря о профилактике социальных недугов и поддержании здорового образа жизни, можно согласиться с Д.Д.Венедиктовым (1987). Он указывал на важность формирования представлений о здоровье и его градациях для индивидуума и всего населения в такой форме, которая могла бы дать в руки врачей и руководителей здравоохранения методологический инструмент, пригодный для практического решения актуальных медицинских и медико-социальных программ.

Модифицируя определение ВОЗ, В.П.Войтенко (1992) предлагает определять здоровье как *состояние, мерой которого является физическое, душевное и социальное благополучие*. Одновременно возникает вопрос об этой самой мере. Понятно, что без медицинской антропологии определения и измерения здоровья не может быть в принципе, но в аспекте наркологической превентологии нас интересуют и другие составляющие. Признавая социальный компонент взаимодействия человека с миром, мы говорим о психологии индивидуальности, о структуре личности и об экологии психофизиологического развития, позволяющей гармонично и оптимально преодолевать неблагоприятные воздействия среды, адаптироваться для сохранения гомеостатичности. Измерение здоровья, таким образом, сводится к некоторому эталону, в котором, соответственно признанной биосоциальной сущности человека, одинаково важно и морально-нравственное, и телесное содержание. Критерии психического и соматического здоровья человека неразрывно связаны с термином «зрелая личность». Именно личности предстоит сказать свое слово, решая задачу выживания или гибели от безумия наркотиков и алкоголя.

Скорее всего, состояние здоровья/нездоровья — это санологический диагноз. Санология — теория и практика измерения, охраны, укрепления и воспроизводства здоровья (Войтенко В.П., 1992).

Социальный компонент взаимодействия человека с миром несет огромные саногенные потенции, и непризнание этого ведет к антибиологическим проявлениям, что хорошо видно на примере растущих тенденций саморазрушения: алкоголизма, наркомании, курения, суицидов.

Как лучше и эффективнее пропагандировать здоровый образ жизни? Как минимизировать условия и почву для развития социальных недугов? Большинство исследователей предлагают делать акцент на установки и убеждения как главные элементы в пропаганде здорового и минимизации девиантного образа жизни.

Общеизвестными средствами реализации этой стратегии являются:

- Кампания в СМИ.
- Советы других людей.
- Советы врача.
- Наблюдаемая болезнь члена семьи или знакомого.
- Информация в прессе.

Изменение установок и формирование убеждений являются центральной темой психологических исследований наркологической превентологии. Начиная с 1950-х гг. проводятся исследования реагирования людей на попытки обучения и пропаганды здорового образа жизни. Рассмотрим такие обучающие воздействия, как информационные и основанные на страхе.

### **Информационные воздействия в пропаганде здорового образа жизни**

Для изменения поведения необходимо целенаправленное информирование, которое следует проводить, опираясь на взаимосвязь между поведением и знаниями

о сущности здорового образа жизни и жизненной активности. Например, мотивация людей к занятию спортом и здоровой диете требует убеждений в полезной роли физической культуры и культуры питания в поддержании здоровья, а также осознания важности такого поведения.

Проблема информационного воздействия только на первый взгляд кажется элементарно простой. На самом деле изменение поведения с использованием информации включает несколько различных этапов, или процессов (McGuire W.I., 1969).

На первом этапе необходимо завладеть вниманием слушателя, что дается не легко, учитывая количество информации, поступающей из СМИ. На втором достигается понимание, так как информация, чтобы быть эффективной, должна быть понятна слушателю настолько, чтобы заставить задуматься о здоровье. Третий этап – присвоение, то есть восприятие слушателем идеи, которая передана в сообщении. Четвертый – запоминание и сохранение информации в памяти слушателя. На пятом этапе происходит изменение поведения согласно переданной информации.

Эффективности информационного воздействия и ускорению изменения поведения в сторону здорового образа жизни способствуют следующие факторы:

- внушающая доверие компетентность в данном вопросе человека, от которого исходит информация;
- в случае наркотической зависимости – широкая известность и авторитетность информатора, особенно из числа тех, кто занимается охраной здоровья;
- привлекательность информатора;
- убежденность говорящего (по крайней мере, создание впечатления об этом) в правильности того, что он говорит;
- общность или сходство говорящего и слушателя. T.Demborski (1978), например, открыл, что студенты-афроамериканцы охотней прислушивались и поддавались убеждению о необходимости гигиены полости рта, если им об этом говорил стоматолог-афроамериканец;
- простота структуры и краткость самого сообщения, так как сложные по структуре сообщения хорошо воздействуют только на уже подготовленную, образованную аудиторию;
- соответствие подбора аргументов составу аудитории (если слушатели хорошо проинформированы или скептически относятся к данной информации, следует проводить двустороннюю аргументацию, т.е. так строить свои доказательства, чтобы в них были представлены различные точки зрения, но одновременно отвергалась противоположная точка зрения; если слушатели не принимают части аргументов, следует приводить более простую аргументацию);
- понятность и четкость выводов, повторяемых в заключение для того, чтобы слушатель не делал их самостоятельно. Необходимо также удостовериться в правильности восприятия переданной информации. Например, информация о физических упражнениях должна не только четко показывать конкретную пользу для здоровья, но и указывать определенное число и тип упражнений.

Требования, предъявляемые к человеку – источнику информации (в частности, информации о здоровом образе жизни), были сформулированы S.M.Agonson (1995):

1. На наши мнения оказывают влияние люди честные и компетентные.

2. Вера в честность коммуникатора может укрепиться, а эффективность его работы повысится, если он будет защищать позицию, находящуюся в явном противоречии с его собственными интересами.

3. Вера в честность коммуникатора может укрепиться, а эффективность его работы повысится, если он не будет производить впечатление человека, пытающегося повлиять на наше мнение.

4. Когда дело касается тривиальных мнений и поступков, то человек, который нам нравится и с которым мы можем себя идентифицировать, повлияет на нас больше, чем позволяет само содержание его мнений и поступков.

5. Когда дело касается тривиальных мнений и поступков и когда человек нам нравится, мы склонны поддаться его влиянию даже в том случае, если совершенно ясно, что он пытается повлиять на нас и извлечь для себя определенную выгоду.

### **Обучающие воздействия, основанные на страхе**

В профилактике зависимости от ПАВ и в профилактике ВИЧ обучение – один из наиболее часто используемых подходов. Исходя из убеждения, что человек быстрее начнет изменять свое поведение при возбуждении в нем страха и тревожности, структура сообщений составляется так, чтобы непосредственно или опосредованно вызывать страх перед ВИЧ и другими последствиями наркотизации с целью соответствующего изменения поведения (например, сексуального). Именно поэтому анти-никотиновые кампании часто опираются на убеждение в опасности развития рака легких и болезней сердца.

Мнения исследователей насчет эффективности этого воздействия противоречивы. С одной стороны, существуют доказательства того, что данный метод эффективен, например, при воззвании бросить курить и вовремя делать флюорографию (Leventhal H., Mace W., 1970). С другой стороны (Janis I., 1967), жизнь убеждает, что уровень страха должен быть умеренным, так как чрезмерные эмоции страха могут негативно повлиять на принятие модели здорового образа жизни.

При использовании воздействий, основанных на запугивании, необходимо соблюдать ряд условий для повышения эффективности сообщения:

- четко и понятно для слушателя определять шкалу вредностей, в которой неправильное поведение ведет к угрозе для жизни;
- убедить слушателя в том, что последствия негативного поведения реальны и могут коснуться его лично;
- ясно и доступно изложить способы, позволяющие избежать опасного поведения;
- убедить слушателя в том, что он способен выполнить данные советы и избежать негативных последствий своего поведения.

Метод изменения установок как способ побуждения к ведению здорового образа жизни достаточно эффективен, если опирается на реальный опыт. При этом установки на изменение поведения должны выделяться в преподносимой информации, не вступая в противоречие с повсеместно принятыми нормами (Norman N.M., Tedeschi J.T., 1989).

В психологии существует понятие «*влияние*», которое означает воздействие на мысли и поступки других людей с помощью исключительно психологических средств: вербальных, паралингвистических или невербальных. Характерной особенностью их является то, что у человека, на которого оказывается влияние, существует возможность ответить на него психологическими средствами.

По феноменологии переживания существующие методы влияния можно разделить на следующие:

- *убеждение* – сознательное аргументированное воздействие на человека или группу людей с целью изменения их суждения, отношения, намерения или решения;
- *внушение* – сознательное неаргументированное воздействие на человека или группу людей с целью изменения их состояния, отношения к чему-либо и predispositions к определенным действиям;
- *заражение* – передача своего состояния или отношения другому человеку или группе людей, которые каким-то образом (пока не найдены объяснения) перенимают это состояние или отношение. Передаваться состояние может как произвольно, так и произвольно;
- *пробуждение импульса к подражанию* – способность вызывать стремление быть подобным себе. Стремление подражать и подражание могут быть произвольным или произвольным;
- *формирование благосклонности* – привлечение к себе произвольного внимания адресата путем проявления собственной незаурядности и привлекательности;
- *просьба* – обращение к адресату с призывом удовлетворить потребности или желания инициатора воздействия;
- *принуждение* – угроза применения инициатором своих контролируемых возможностей для того, чтобы добиться от адресата требуемого поведения.

Надо отметить, что только убеждение является конструктивным видом влияния. Остальные из перечисленных относятся к спорному виду, так как могут содержать в себе и конструктивные, и деструктивные элементы. К последним относятся деструктивная критика и манипуляции. При этом, говоря о проблеме влияния, следует иметь в виду не морально-этическую плоскость, а конструктивность влияния, т.е. степень полезности и созидательности данного способа влияния.

Разумеется, подчеркивает М.В. Сандлер (1988), здоровый образ жизни не включает в себя установленные раз и навсегда стандартные формы поведения. При выработке рекомендаций и составлении информационных программ необходимо учитывать специфику трудовой деятельности, индивидуальные особенности образа жизни. Информация и рекомендации зависят от возраста, пола, национальных и этнических обычаев, ценностных и нравственных установок, потребностей и способов их удовлетворения.

И, конечно же, кроме формирования установок с целью пропаганды здорового образа жизни, важно, руководствуясь принципами необходимости и достаточности, позаботиться об обеспечении *здоровых условий жизни*, что решается системой социально-экономических и медицинских, гигиенических и санитарно-эпидемиологических мероприятий. Здесь подразумевается рациональный режим труда и отдыха в учебных заведениях, на местах работы и в быту: обеспечение системы общественного питания; неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенических требований во всех общественных местах; правовое урегулирование образа жизни и поведения человека.

Рассматривая содержание и структуру информационной пропаганды, целесообразно выделить два ведущих направления:

- *рациональная пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья* (гигиена труда и отдыха, физическая культура и культура питания, закаливание как

элемент физической и экологической культуры, санитарная и медицинская активность населения в сочетании с личной гигиеной и психогигиеной, а также сексуальной культурой);

- *профилактическая контрпропаганда факторов, разрушающих здоровье* (пьянство, курение, самолечение и т.п.)

Только при сочетанном и грамотном применении составляющих пропаганды здорового образа жизни могут быть решены задачи оздоровления населения, так как при верном отношении к пропаганде, но при неправильном гигиеническом воспитании профилактика несостоятельна (Сандлер М.В., 1988)

Кроме способов изменения установок, эффективно влияющих на поведение человека, существует ряд других методов пропаганды здоровья: клинические методы (обращение врача, использование психологических и бихевиоральных техник терапии), обращения средств массовой информации, работа в школах и на производстве, создание групп самопомощи, реализация программ, воздействующих на общественность.

### **Пропаганда здорового образа жизни средствами массовой информации**

Для здорового образа жизни культура использования свободного времени — результат воспитания и развития личности — имеет определяющее значение. А здесь господствующее положение занимает «газетно-телевизионный» тип времяпрепровождения: от 13–15% — у молодежи до 35% — у лиц старшего возраста (Тарасенко В.И. с соавт., 1991).

В современном обществе мало кто может устоять перед влиянием телевизора, радио, газет и других СМИ. Как показали исследования, в типичном американском доме телевизор включен в среднем около 6 часов в сутки, при этом 65% населения смотрит телевизор ежедневно. Особенно много времени проводят у телевизора дети и подростки. Очевидно, что телевидение можно рационально использовать и для пропаганды здорового образа жизни. Тем не менее, как показывают результаты исследований, эффективность данной формы воздействия относительно низка. Это особенно ярко проявилось при проведении антитабачных и антинаркотических кампаний, кампаний за использование автомобильных ремней безопасности (Lau R.R. et al., 1980; Morrison A. et al., 1976; Robertson L.S. et al., 1974).

В то же время некоторые кампании, в которых ТВ-воздействия несли на себе большую информационную нагрузку и проводились в течение длительного времени, оказались достаточно эффективными. А если при этом телевизионные воздействия сопровождались еще и индивидуальным инструктажем, эффект был значительно выше. Так, в частности, положительный эффект замечен при длительном цикле передач, посвященных профилактике стенокардии. Наиболее значительными были результаты профилактики курения и атеросклероза с информацией о необходимости контроля уровня холестерина, но без заметного воздействия на такой патогенный фактор, как избыточная масса тела (Bond L.A., Rosen J.C., 1980).

Западными психологами определено несколько основных тем, отражение которых в СМИ отличается от того, как большинство родителей пытается представить их своим детям (Ле Мастерс, 1974):

- *взаимоотношения полов* — преподносятся кино и телевидением преимущественно на чисто физическом уровне, даже если зрителей хотят убедить в том, что это «любовь»;

- *насилие* – к 14 годам средний американский ребенок увидит на телеэкране уже около 18 000 убийств;
- *идеализация социальной инфантильности* – идеал, предлагаемый телевидением нынешней молодежи в США, например, отнюдь не Авраам Линкольн. Герои фильмов чаще всего так же молоды и инфантильны, как и сами зрители, и стремятся создать иллюзию, что «добиться раннего богатства и славы можно, имея лишь скромный талант, внешнюю привлекательность и огромную пробивную силу»;
- *ориентация на материальные ценности* – делается откровенная попытка подменить понятие счастья понятием материального успеха, под которым подразумевается обладание вилами и машинами. На телеэкране в избытке присутствуют врачи, адвокаты, люди других престижных профессий и почти полностью отсутствуют банковские клерки, владельцы маленьких магазинов, продавцы, разнорабочие;
- *гедонизм* – показ на самом деле нереального, но с виду легко достижимого мира, полного развлечений и наслаждений;
- *коммерциализация* – постоянно подчеркивается, что умение делать деньги является главным достоинством человека.

Во многом похоже обстоит ситуация с пропагандой здоровья и в России. Как справедливо замечено Н.С.Ростарчук (1999), газет и журналов, освещающих проблемы общественного здоровья подрастающего поколения, – единицы. Тем не менее автор, ссылаясь на данные социологического исследования в области потребностей обучения здоровью, проведенного в 10 городах России, показала, что:

– каждый третий школьник получает информацию из печатных изданий (книг, газет, журналов); каждый пятый выразил желание получать такую информацию из периодической печати;

– 41,2% педагогов отнесли СМИ к важнейшим источникам информации о здоровье учащихся;

– 66,2% родителей получают эту информацию из газет и журналов.

Попытка автора узнать, какую именно информацию получают эти заинтересованные в обучении здоровому образу жизни группы населения, дала плачевные результаты. На телевидении нет ежедневной или ежевечерней социальной рекламы, направленной против алкоголизма, наркомании, курения. Даже не существует вечерней строчки, где сообщались бы телефоны срочной наркологической помощи, доступной клиники, телефон доверия для подростков. Понятие полезности заменено понятием броскости. Например, в «Комсомольской правде» в декабре 1997 г. было опубликовано пять заметок по алкогольной проблеме. Четыре из них посвящены скорее пропаганде алкоголизма: как грамотно набраться, похмелиться и чем закутить, о пользе вин, о том, что делать «деткам», когда родители пьют шампанское (оказывается, рекомендуется наливать его детям с 12 лет, иначе – сами возьмут). Даже в интервью с известным спортсменом вмонтирован рекламный, по сути, текст: «Стакан вина, выпитый спортсменом за ужином, конечно, не повлияет на его форму». В других выпусках этой газеты даются рецепты коктейля «Кровавая Мери» и других, которые можно приготовить... в подворотне.

Выступая на конференции, посвященной проблеме общественного здоровья подростков, отраженной в зеркале российской прессы, Н.С.Ростарчук, в частности, сказала:

«...зато коммерческий успех имеет сегодня журнал «ПТЮЧ», в котором не хватает только подзаголовка: «Для наркоманов». Журнал зарегистрирован в Министерстве печати и информации РФ — все в порядке. Но стоит открыть его, вникнуть в содержание, и волосы, извините, дыбом встают. Например, страница называется «Героин и все, все, все». Это значит, все о героине. Что именно? «Героин — мой любимый наркотик. Лена, 16 лет, школьница, посетительница ночных клубов». Еще цитата: «Героин вряд ли опасен для здоровья. Вещество, хоть и делает зависимым, не вредит ни нервной системе, ни прочим органам». «Торчки (это выделено красным шрифтом) могут дожить до вторых седин. Больными их делает не героин, а обстоятельства, в которых они делают уколы». И далее рассказывается, как избежать эти обстоятельства: шприц чтобы чистый был, героин качественный и так далее.

Рассказывается, как в доброй Швейцарии о наркоманах заботится государство: оно само дает героин особо нуждающимся и, цитирую, «в придачу сигарету с кокаином, чтобы... никто не брал у «барыг».

Другой номер этого же журнала открывает письмо читателя. Цитата будет длинновата, но она о многом говорит. Сначала читатель объясняется в любви журналу: наконец-то он нашел то, что искал. А дальше рассказывает о себе. Цитирую фрагмент письма, оно дано на первой странице, что само по себе говорит о многом: «...Что было вчера, я помню смутно. Я любил, меня любили. В ..., во все места, куда только можно. Были поцелуи, крепкие объятия. Сколько человек их было — не помню. Может пять, может десять. Я благодарен Богу за то, что он сделал меня «голубым».

«...Сейчас, — продолжаю письмо, — я один. Голова раскалывается пополам. Все болит. Винт, план, клен, ЛСД, экстази... все осталось во вчерашнем дне». И заканчивается письмо так: «Вообще, все, что вы делаете для молодежи, — очень здорово».

В каждом номере, объясняли мне сами ребята, школьники, даются советы по конкретным наркотикам: какой для какого случая употреблять, как и чего не стоит делать. Например, не стоит в одурманенном состоянии садиться за руль — лучше потом принять наркотик. Какой лучше для дискотек, какой — для компаний дома. Такую бы трогательную заботу о подрастающем поколении всему нашему государству!»

Автор приходит к неутешительным выводам о том, что уповать на цензуру невозможно, но очевидно, что проблема здоровья подростков не является приоритетной для наших СМИ. Весьма зыбким будет упование на профессиональный долг журналистов.

«Мечтаю о том времени, когда наше государство сформулирует, наконец, национальную идею, о необходимости которой так много и так безрезультатно говорится сегодня. Мечтаю, что этой национальной идеей станут ДЕТИ. Они ведь — будущее страны, они ведь и означают — быть или не быть России цивилизованным государством».

Итак, информационно-пропагандистская и воспитательная деятельность является важнейшей частью противоалкогольной политики. Каковы же основные ее принципы? По мнению Ю.П.Лисицына, П.И.Сидорова (1990); Г.Б.Ткаченко (1999), она должна:

- базироваться на научных данных;
- формировать конструктивные навыки и стратегии преодоления стрессовых ситуаций;
- ориентироваться на параметры здорового образа жизни гармоничной личности;

- быть основанной на дифференцированном подходе к работе с различными группами населения;
- исходить из алкогольных традиций населения и осторожно минимизировать их влияние;
- считать приоритетной работу с подрастающим поколением;
- использовать предыдущий положительный и отрицательный опыт.

Почему воздействия в СМИ настолько различаются по своей направленности и эффективности? Прежде всего, это связано с разнообразием видов и форм преподнесения информации. К каждой социальной группе населения должен быть дифференцированный подход, а пропаганда здорового образа жизни должна иметь дифференцированный интенсивный (за счет информационной нагрузки) и экстенсивный (по частоте и длительности воздействия) характер. В таком случае она носит кумулятивный эффект и имеет воздействие. Понятие «доза» применимо и к информационной нагрузке, что требует особого изучения и разработки специалистами.

Таким образом, работу по пропаганде здорового образа жизни необходимо проводить с учетом качества информационного воздействия, а также требований, предъявляемых к коммуникатору, характеристик аудитории в совокупности или личностных качеств информируемого. Из различных способов влияния наиболее конструктивным является убеждение. Необходимым условием пропаганды с помощью телевидения являются длительность воздействия и объем передаваемой информации.

При проведении работы по пропаганде здорового образа жизни, которая является важным звеном наркологической превентологии, необходимо учитывать еще одну важную форму воздействия – рекламу.

### **РЕКЛАМНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Говоря о рекламе, нельзя забывать, что это только способ воздействия, который можно использовать в самых разных целях. Сегодня у населения отношение к рекламе неоднозначное.

Прежде чем выяснить роль рекламы в профилактике зависимостей, думается, будет уместным напомнить историю рекламы и рекламного искусства, представить основные принципы рекламы как механизма психологического воздействия на потребителя.

Слово *reclamare* (лат.) означает – «выкрикивать». Известно, что издавна торговцы использовали для привлечения внимания к своим товарам не только словесные обращения, но и элементы наружной рекламы. Рекламные объявления и вывески были известны в Месопотамии, в Древней Греции и Риме.

В XII–XV вв. в Западной Европе появились первые цехи ремесленников со своими рекламными атрибутами – гербами и знаменами. Неграмотное население очень хорошо воспринимало рисунки на них. В XVII в. в Англии стали выходить первые рекламные газеты, а первое рекламное бюро было создано в XVIII в. во Франции. Рекламой занимались известные художники, писатели, поэты. Например, Даниэль Дефо являлся одним из самых известных рекламистов своего времени, он издавал газету «Ревью». Некоторые рекламные афиши даже стали произведениями искусства и отражением культуры своей эпохи, что не удивительно, поскольку их авторами были художники с мировыми именами – Анри Тулуз-Лотрек, Д. Моор, К. Юон, С. Игумнов, А. Дейнека. Более 100 рекламных объявлений в стихах осталось после В.В. Маяковского, привнесшего этот своеобразный жанр в поэзию.

В 1898 г. русский исследователь рекламы Александр Веригин писал, что реклама, действующая в согласии со своеобразными законами культуры, оказала бы величайшую услугу России. Он полагал, что русская реклама подобна хлебу, железу, телеграфной и телефонной связи.

Реклама конца XX в. — начала XXI в. отличается от той, что была сто лет назад. В начале XX в. психологи, которые занимались изучением рекламы, считали, что на волю покупателя можно повлиять, зная особенности психических процессов и методы воздействия на них. В конце 1950-х годов возникло движение «консьюмеризм», целью которого стала защита прав потребителя. В результате деятельности этого движения появляется множество законов, создаются общественные организации, регулирующие рекламную деятельность и ограничивающие манипуляционные тенденции в рекламе, принимается международный кодекс рекламной практики.

В экономической и промышленной сферах разрабатывается целая серия рекламных направлений:

- *public relation* — деятельность по обеспечению благоприятного имиджа фирмы;
- *direct marketing* — мероприятия, основанные на личном письменном обращении рекламодателя к клиенту;
- *sales promotion* — деятельность по вовлечению клиента в процесс потребления товара, формирование соответствующих предпочтений посредством презентаций, дегустаций, лотерей;
- *personal saling* — деятельность, обеспечивающая продажу товара в процессе личного контакта.

Эти виды рекламной деятельности называются маркетинговой коммуникацией.

### Психология рекламы

Учитывая структурно-функциональную организацию процессов, лежащих в основе поведенческих мотиваций, можно представить себе следующую схему возможных путей и механизмов эффективности воздействия рекламы на формирование убеждений и целеполагание в действиях объекта (рис. 16).

Если же принять во внимание условно-рефлекторный механизм подкрепляющих форм поведения у наркозависимых (Судаков К., 2002, 2003; Шабанов П.Д., 2003), то потенциальная значимость рекламы в аспектах наркологической превентологии еще более возрастает. Без преувеличения можно говорить о физиологическом, а точнее — о психофизиологическом воздействии рекламы.

В настоящее время выделяются две *теоретические тенденции в развитии психологии рекламы*. Первая появилась в результате разработок по исследованию психических процессов и рассматривала главным предназначением рекламы фактор социального воздействия с учетом переработки информации. Данный подход традиционно называют немецким, так как наибольшего расцвета это направление рекламы получило в Германии. Второе направление возникло в США. В качестве основного воздействия в нем рассматривались потребности людей в процессе их «опредмечивания» рекламой. В настоящее время отличительной чертой рекламы является переход от искусственного создания потребностей к процессу воздействия на мотивацию выбора. Из схемы на рисунке 23 видно, что «рычаги воздействия» могут регулироваться по вектору направленности и по силе.

Одним из направлений рекламы была попытка создания *модели структуры психологического воздействия*. Первая модель была описана при помощи *формулы AIDA*.

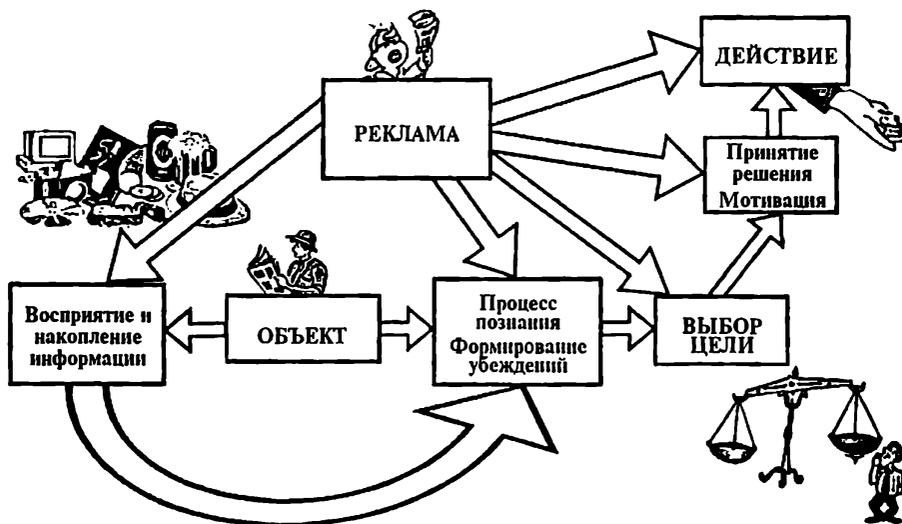


Рис. 23. Возможные «точки приложения» и механизмы влияния рекламы на поведение.

Ее автор, Элмер Левис, в 1896 г. считал, что воздействие рекламы всегда начинается с привлечения внимания (*attention*), затем она должна вызвать интерес (*interest*), потом желание (*desire*) и после этого, как правило, возбуждать деятельность по приобретению товара (*activity*). Позже в формулу был внесен еще один элемент – мотив (*motive*), в результате чего она приобрела вид *AIMDA*. Между привлечением внимания и поступком существует сложная цепь причинно-следственных связей, определяемых достаточным количеством психологических и других факторов. Но недостаток этой модели состоит в отсутствии объяснения механизмов взаимодействия элементов данной формулы, в результате которого рекламное воздействие, начинаясь привлечением внимания, заканчивается покупкой товара. Формула не раскрывает связи между рекламным воздействием и заранее предполагаемым результатом. В данную формулу не включались такие важные переменные, как потребности и мотивы, память, эмоции, ассоциативное мышление, социально-психологические и другие установки, которые играют очень важную роль в процессе принятия решения о покупке рекламируемого товара или пользовании услугой под воздействием рекламы. В настоящее время некоторые авторы все-таки ссылаются на формулу *AIDA* (*AIMDA*), хотя большинство специалистов выступает с ее критикой.

Несколько позже была предложена формула *ACCA*, включающая такие составляющие, как внимание (*attention*), восприятие аргументов (*comprehension*), убеждение (*conviction*) и действие (*action*). В качестве одного из основных элементов психологического воздействия в этой формуле используется убеждение, т.е. стратегия воздействия на мышление человека. И хотя данная модель недооценивает роли потребностей в структуре рекламного воздействия, ее положительный момент в том, что она принимает во внимание процессы мышления.

В 1953 г. Г.Гольдманом была предложена формула *DIVABA*, которая является аббревиатурой немецких названий шести этапов процесса продажи товара: 1) определение потребностей и желаний потенциальных покупателей; 2) отождествление по-

ребительских нужд с предложением рекламы; 3) «подталкивание» покупателя к необходимым выводам о покупке, которые ассоциируются с его потребностями; 4) учет предполагаемой реакции покупателя; 5) вызов у покупателя желания приобрести товар; 6) создание благоприятной для покупки обстановки. Данная модель ориентируется на потребности покупателя и демонстрирует понимание роли процесса принятия решений, роли сравнения, осознанного выбора. Формула использует законы мышления, механизм «обратной связи», учитывает роль эмоций и позитивного отношения человека к товару и продавцу.

Новый этап в разработке идеи описания психологической структуры рекламного воздействия в виде краткой формулы начался в 1961 г., когда американским рекламистом Расселом Колли была предложена модель *DAGMAR*. Формула образуется из начальных букв английской фразы: *Defining advertising goals – measuring advertising results* (определение рекламных целей – измерение результатов рекламы). Согласно этой модели, акт покупки проходит четыре фазы: 1) узнавание марки товара; 2) ассимиляция – осведомление адресата о качестве товара; 3) убеждение – психологическое предрасположение к покупке; 4) действие – совершение покупки адресатом рекламы. Эффект рекламы измеряется как прирост числа покупателей на каждой из указанных фаз. Отличие модели *DAGMAR* от подходов, ориентированных только на действия, заключается в исходной посылке: совершение покупки определяется всеми основными элементами комплекса маркетинга.

В качестве концепции психологического воздействия рекламы в ряде случаев используется модель *социально-психологической установки*, или *аттитюда* (*attitude*). Данная модель предполагает, что в процессе рекламного воздействия у субъекта возникает готовность к реализации цели, которая имеет сложную многокомпонентную структуру: познавательный (когнитивный), эмоциональный (аффективный) и поведенческий (конативный) компоненты. Предполагается, что социально-психологическая установка оказывается эффективной для поведения, если между ее компонентами нет противоречий и диспропорций. Преобладание одного компонента над другими приводит к ослаблению установки, к снижению степени ее влияния на поведение человека. Достоинством данного подхода можно считать попытку использования системы психологических понятий для научного анализа максимального количества участвующих в нем психических процессов. Так, познавательный компонент предполагает анализ процессов переработки информации: восприятия, внимания, памяти, принятия решений, прогнозирования, планирования, мышления; эмоциональный компонент – анализ эмоциональных состояний, отношений и др.; конативный – анализ поступков, неосознаваемых факторов, влияющих на эти поступки, и т.п. Однако в направлении, развиваемом на основе теории аттитюда, не учитывается определяющая роль объективных потребностей человека как основного фактора потребительского поведения.

В последнее время в психологии рекламы в качестве объяснительного принципа чаще используются те модели, в основу которых положены *ситуативные факторы поведения* потребителей. Одним из ярких примеров этого является теория «базиса отсчета» Музафера и Кэролин Шериф. Специфика ее в том, что она рассматривает поведение человека в максимально конкретизированных условиях в определенный момент времени.

Факторы, определяющие психологический настрой человека в любой момент времени, могут быть различными. Со стороны бывает крайне сложно предсказать или

объяснить причины конкретного поступка человека. Эти факторы делятся на «внешние» (люди, погодные условия и др.) и «внутренние» (воспоминания, сложившееся отношение к чему-либо, состояние здоровья и т.д.). Каждый человек, в соответствии с теорией «базиса отсчета», сознательно или бессознательно всегда выбирает некоторые из этих внутренних и внешних факторов, игнорируя другие. Способность к отсеиванию факторов время от времени может меняться. С течением времени селективность поступков человека начинает превращаться в схему. Он приобретает склонность отдавать предпочтение одним вполне определенным вещам, игнорируя другие. Возникают так называемые «якоря» (аналог психологической установки и метода «якорения»). Это происходит потому, что *человеку от природы дано схематизировать опыт*, чтобы, по-видимому, избежать информационной перегрузки. Однако чаще всего стимулов так много, они так разнообразны, что схематизации нет. Реклама в данном случае «наводит порядок» в поле значимых факторов. Реакция зависит от того, насколько схема, заданная рекламодателем, соответствует потребностям покупателя.

Справедливо замечание о том, что *в создании рекламы большое место занимают мифы*. Мифом реклама становится после того, как человек лично ознакомился со свойствами товара. Реклама как создание мифов ярко проявляется в разработке имиджа и брэндов. Под имиджем понимается положительный образ фирмы, товара или человека, созданный при помощи рекламы. Брэнд – это торговая марка, имеющая фирменное название, графическое решение, фирменный стиль. Покупка вещи под воздействием имиджа или брэнда связана с воздействием на самооценку. В результате подобной покупки человек начинает ассоциировать себя с определенной группой людей. Поэтому очень часто *покупка бесполезных товаров связана именно с воздействием на психику человека*. С мифами связано также воздействие на психику людей через описание жизни кумиров общества (особенно молодежных), рок- и кинозвезд, известных спортсменов. Здесь следует отметить позитивный вклад рекламы в наркологическую превентологию.

Подражание любимому герою можно использовать в качестве профилактики употребления алкоголя и других ПАВ среди подростков и молодежи. Явление подражания многими психологами объясняется как потребность в самоактуализации, осуществляемой при помощи модных вещей, неординарных поступков. С другой стороны, мифы на определенном этапе развития становятся реальностью через подражание их героям и событиям.

В рамках имиджа и брэнда В.Н.Дружинин (2001) отмечает следующие основные закономерности психических процессов, связанных с рекламным воздействием:

- опредмечивание в конкретной ситуации цифр, геометрических фигур получает сильную эмоциональную окраску и, подкрепляясь потребительской мотивацией, влияет на поведение;
- белые поля газет усиливают действие публикации при прочтении одинаковых по размеру мелких объявлений;
- решающую роль имеет относительная величина публикации;
- количество повторений рекламы имеет большее воздействие, чем величина рекламных полос, текста. Так, объявление в одну четверть страницы лучше воспринимается, если повторится четыре раза, чем объявление размером в страницу, прочитанное один раз;
- в рекламе действует закон контраста: в процессе восприятия явно заметные различия кажутся преувеличенно большими;

- большое значение имеет цветовой контраст: синий – желтый, красный – зеленый и т.д.;
- ослабление освещения рекламы вызывает иное цветовое впечатление, так как цвета красной половины спектра становятся более темными, чем фиолетовые, зеленый становится светлее желтого, синий – светлее красного;
- в рекламе нецелесообразно использование рукописных шрифтов, шрифт может также нести эмоциональную окраску;
- женщины способны лучше воспринимать рекламу, где содержатся рисунки, тогда как мужчины предпочитают текст без рисунков;
- женщины легче воспринимают неконкретные даты – «послезавтра», «в ближайшую субботу» и т.д., тогда как мужчины предпочитают конкретные цифры.

Знание психологии рекламы и имиджа очень важно для оценки их возможностей в антинаркотической пропаганде и пропаганде здорового образа жизни, так как обычно эти вопросы скрыты от специалистов, работающих с пациентами, имеющими расстройства восприятия и поведения.

### **Реклама и здоровье**

Реклама возникает в условиях изобилия товаров и услуг, при этом всегда входит в стоимость товара, поэтому необходим контроль за монополизацией рекламы. И в то же время реклама не должна наносить ущерб здоровью распространением некачественных и вредных товаров.

Как же используются особенности психологии рекламы на практике, например, в рекламе фармацевтической и алкогольной продукции?

Рост числа аптек во многом связан с влиянием рекламы лекарств. Особенность лекарств как товара состоит в том, что их покупка зачастую связана с сохранением здоровья и качеством жизни. Поэтому реклама лекарств пользуется таким спросом у людей. Вот лишь один из примеров того, насколько реклама важна в привлечении внимания. Известный журналист В.Шендерович в приложении к газете «Невское время» (1997) рассказывал, как политический деятель и миллиардер Брынцалов предлагал миллион долларов за то, чтобы попасть в программу «Куклы»: «Пишите что угодно, поливайте грязью, но делайте это не реже двух раз в месяц» (цит. по: Лапин И.П., 2000).

По мнению И.П.Лапина, реклама имеет свои «козыри» (в приведенном выше случае – манипулятивные приемы):

1. Максимальная активность рекламы всегда направлена на наиболее распространенные проблемы – ожирение, облысение, алкоголизм, табакокурение. Но даже если проблемы останутся неразрешенными, человеческая доверчивость по отношению к рекламе не изменяется.
2. В рекламе используются как известные, так и малоизвестные термины, привлекающие интерес новизной и вызывающие «почтение». Очень много слов связано с суевериями: экстрасенс, шаман, парапсихолог, эзотерический астролог.
3. Часто используется обещание помочь тотчас – «полное излечение от алкоголизма и наркомании за один сеанс», «полное снятие тяги к алкоголю за один сеанс по фото» и т.д. Действительно, из истории разных стран и эпох давно известен парадокс – чем невероятнее обещание или неправда, тем легче в нее поверят.
4. Игра на актуальности момента – часто здоровье стараются совместить в сознании с бизнесом. В бизнесе могут преуспевать только здоровые люди.

5. Ошеломление громкими титулами врачующих: «Магистр ордена магов», «Академики всемирной магии» и т.д. В силу этого в научной среде стало рискованно, по признанию многих ученых, называть свои титулы, присужденные высокими научными организациями — академик, почетный доктор, так как обыватели по инерции могут принять за академика какой-либо мифической академии.

6. Привлечение модой, «прикольными» словечками, приставками, преувеличивающими значение слова — супер, экстра (супербиоконкомплекс, суперсжигатель жира) и т.д.

7. Обращение к комплексу неполноценности человека путем использования слов — «эксклюзивные», «престижные», «элитные» в расчете на то, что редко кто не захочет примкнуть к элите.

8. Частое повторение броских неологизмов, переиначивающих принцип «повторение — мать учения»: «сникерсни», «оттянись со вкусом», «ведь ты этого достойна» и т.д.

Исключительно большое место в рекламе, в частности алкогольной, принадлежит телевидению. Еще четверть века назад P.Lorenz (1976) подчеркивал, что телевизор в семье стал «соучастником» потребления алкоголя, при этом особенно вредным оказывается его влияние на детей. J.Casiso и соавт. (1982) исследовали в программах трех телевизионных станций США частоту событий, связанных с использованием алкогольных и неалкогольных напитков. Частота первых за 30 мин составляла в среднем 2,11, вторых — 2,69. При демонстрации драматических передач частота первых увеличивалась до 4,45 за 30 мин, комедий — до 3,53 и, наоборот, снижалась до 0,33 в передачах для детей. Авторы отмечают связь между содержанием телевизионных программ и употреблением этанола телезрителями. R.G.Rychtarik и соавт. (1987) в течение 5 мин демонстрировали детям 8—11 лет отрывки из популярной телепередачи, узловыми моментами которых было употребление алкогольных напитков взрослыми. В последующем с помощью специальной методики оценивали усвоение детьми стереотипов «алкогольного поведения». Авторы показали прямую связь между употреблением алкоголя взрослыми на телеэкране и восприятием детьми алкогольных обычаев. P.M.Kohn, R.G.Smart (1987) наблюдали большую по сравнению с мужчинами восприимчивость женщин к влиянию телевизионной рекламы алкоголя, вызывающей у них существенное увеличение потребления спиртных напитков.

Телевидение может способствовать увеличению так называемых «кластерных» (или расширенных) суицидов среди молодых людей и подростков. В 1986 г. M.C.Gould и D.Shaffer указали на увеличение числа суицидов среди молодых людей после демонстрации телепрограммы, в которой рассказывалось о суициде подростка.

Серьезные опасения относительно вклада телевидения в «алкогольное воспитание» подтверждаются анализом частоты трансляции эпизодов алкоголизации в наиболее зрелищное время (с 20 до 23 ч) по всем телевизионным каналам США, проведенным L. Wallack с соавторами (1987). Оказалось, что 80% всех телевизионных передач включали в себя один или два эпизода, ассоциированных с алкоголизацией, а непосредственное употребление спиртного наблюдалось в 60% всех передач.

Однако не все исследователи разделяют такую точку зрения. Например, So-bell L.C. et al. (1986) отрицают связь между демонстрацией в телепрограммах алкогольных сцен с рекламой спиртных напитков и повышением потребления алкоголя здоровыми лицами. В качестве подтверждения они приводят эксперимент с группой канадских студентов-добровольцев (умеренно пьющих и физически здоровых), ко-

торым демонстрировали популярную телепрограмму: в одном случае с многочисленными алкогольными сценами, а в другом – с купюрами подобных сцен. Показ сопровождался рекламой пива либо безалкогольных напитков. После видеофильма студентам предлагалось дегустировать один из сортов легкого пива без ограничения объема. О цели эксперимента испытуемые узнавали лишь после его завершения. Объем выпиваемого пива (около 0,5 л) оказался независимым от наличия или отсутствия алкогольных сцен в видеофильме или рекламы спиртных напитков.

Приведенные исследования, как нам представляется, не совсем корректны, так как не учитывают различное влияние проалкогольной информации (ее характер и частоту повторения) на разные половозрастные, социальные, профессиональные группы, на отдельные категории употребляющих спиртные напитки и злоупотребляющих ими.

В качестве оправдывающих проалкогольную рекламу мотивов говорится, в частности, о необходимости отчисления части выручаемых доходов от продаж рекламируемых товаров на выпуск информации о последствиях злоупотребления алкоголем. При этом признается необходимость ограничения времени передач, рекламирующих спиртные напитки, важность указания концентрации алкоголя в пиве, демонстрации предупреждающих надписей на этикетках алкогольных напитков и др. В результате в США со времени отмены «сухого закона» в 1933 г. не существует общегосударственных запретов на рекламу алкоголя.

Под угрозой законодательных мер запретительного или ограничительного характера существует множество соглашений между частными алкогольными компаниями и рекламными фирмами по добровольным ограничениям рекламы. Некоторые страны под давлением определенных групп, обеспокоенных алкогольными проблемами, уже приняли законы, ограничивающие содержание рекламы и полностью запретили рекламу либо всех, либо крепких алкогольных напитков. Существует директива 1989 г. Совета европейских сообществ по телевизионным передачам, которая гласит, что телереклама алкогольных напитков должна удовлетворять следующим критериям:

- не должна быть направлена на несовершеннолетних;
- не должна связывать потребление алкоголя с усилением физических возможностей;
- не должна создавать впечатление, что потребление алкоголя способствует социальному или сексуальному успеху;
- не должна заявлять, что алкоголь имеет терапевтические свойства или является успокаивающим или стимулирующим средством;
- не должна поощрять неумеренное потребление алкоголя и, соответственно, представлять трезвость или умеренность в негативном свете;
- не должна подчеркивать, что высокое содержание алкоголя является позитивным свойством напитка.

Г.Б.Ткаченко (1999) отмечает, что во многих странах, учитывая огромное влияние электронных средств массовой информации на людей, а особенно на молодежь, реклама ПАВ на телевидении и радио запрещена добровольно либо законодательно. Во многих странах также добровольно или законодательно в программах и изданиях, рассчитанных на молодежь, запрещен маркетинг алкоголя.

Во Франции закон, ограничивающий рекламу всех напитков, содержащих более 1,2% алкоголя, был принят в 1991 г. Закон запрещает здесь любую рекламу алкоголя,

направленную на молодежь, любую его рекламу по телевидению или на спортивных площадках, а также спонсорство спортивных мероприятий производителями алкоголя. Реклама алкоголя допускается только в прессе для взрослых, в местах производства и продажи и во время специальных мероприятий. В каждую такую рекламу должно быть включено медицинское сообщение о том, что воздействие алкоголя опасно для здоровья. Не разрешается реклама алкоголя не только в СМИ, но и с помощью плакатов, вне ресторанов и в иных местах.

Доказано, что скрытая реклама (криптореклама) более опасна, чем открытая. Иногда спонсорская деятельность направлена на проведение рекламы в обычных телевизионных программах или с помощью напечатанных в газетах фотографий. Это часто видно в спортивных программах телевидения посвященных, например, автогонкам. Во многих странах скрытая реклама в СМИ запрещена.

В ряде стран проводились исследования по оценке влияния запрета рекламы алкоголя на его потребление. Оказалось, что временный запрет рекламы алкоголя на 14 месяцев в Британской Колумбии или полный ее запрет в Норвегии и Финляндии не повлияли на общее потребление алкоголя в этих странах. Другие исследования показали, что влияние запретов рекламы достоверно значимо. Более явно проявляется влияние рекламы на молодежь. В Калифорнии реклама вызвала большую predisposedность к выпивке среди учащихся средних школ. Главный вывод исследователей: эффект рекламы заключается не в мгновенном воздействии на потребление, а в том, что она является мощным способом формирования в обществе взглядов на потребление алкоголя, ассоциируя алкоголь с приятными моментами жизни и оставляя вне поля зрения его вредное влияние.

В России реклама алкоголя регламентирована следующими законодательными актами:

1. Основы законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан», принятые в 1993 г. Статья 19 «Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье» содержит запрещение рекламы алкогольных напитков в СМИ.

2. Федеральный закон «О рекламе», принятый в 1995 г., предусматривает запрет рекламы алкоголя в телевизионных программах. Статья 16 вводит ряд ограничений рекламы алкогольных напитков, которая не должна:

- содержать демонстрацию процессов потребления алкогольных напитков; создавать впечатление, что употребление алкоголя имеет большое значение для достижения общественного, спортивного или личного успеха, либо для улучшения физического или психического состояния;
- дискредитировать воздержание от употребления алкоголя, содержать информацию о положительных терапевтических свойствах алкоголя;
- обращаться к несовершеннолетним, использовать образы лиц в возрасте до 35 лет, пользующихся популярностью у несовершеннолетних и лиц до 21 года;
- распространяться в радио- и телепрограммах с 7 до 22 часов местного времени;
- распространяться в любой форме в программах, печатных изданиях для несовершеннолетних;
- распространяться в детских, учебных, медицинских, спортивных, культурных организациях, а также располагаться ближе 100 метров от них.

Госдума в 1995 г. приняла проект закона «О внесении дополнений в Уголовный кодекс РСФСР и Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР» (о ненадлежащей рекламе). Согласно этим дополнениям, если лицо в течение года нарушало российское

законодательство о рекламе и к нему применяли меры административного взыскания, то оно несет уголовную ответственность и может быть наказано лишением свободы на срок до двух лет, исправительными работами и штрафом в размере от 50 до 100 минимальных зарплат.

В большинстве европейских стран реклама алкоголя, преимущественно средствами телевидения и радиовещания, запрещена или ограничена законом. В то же время от 1/4 до 1/3 стран вообще не имеют никаких ограничений на рекламирование спиртных напитков в газетах и журналах, в кино и на улицах, в эфире. Обращает на себя внимание высокая частота саморегуляции, определяемой правилами, разработанными самими фирмами-производителями. Так, по правилам, принятым в Великобритании, реклама алкоголя не должна быть обращена к молодым людям. Любой человек, показанный употребляющим алкоголь, должен быть старше 21 года. Дети не должны изображаться в такой рекламе, за исключением семейных сцен и на заднем плане толпы. Для телевизионных программ возраст, в котором может быть показан пьющий, увеличен до 25 лет. Возможно, поэтому на телевидении в алкогольной рекламе редко используются профессиональные футболисты и поп-звезды.

Очевидно, что половинчатые и непоследовательные меры по ограничению рекламы не могут реально сдерживать расширение алкогольного рынка. Кроме того, нельзя не учитывать тенденцию роста приграничного, спутникового и кабельного телевидения, что рушит всю систему правового регулирования рекламы алкоголя. Попытка правительства Швейцарии потребовать в 1987 г. от руководителей кабельной сети, транслирующей зарубежные спутниковые программы, заменять рекламу алкоголя на видеоклипы провалилась под давлением экономических обстоятельств.

М. Minkler и соавт. (1987) проанализировали характер рекламы алкоголя в журналах для женщин в США и отметили, что женщины очень серьезно относятся к подобным рекламным объявлениям, размещаемым в журналах. В 1983–1986 гг. алкоголь занимал в женских журналах первое место среди рекламируемых товаров (15,1% от общего числа рекламных объявлений). Для сравнения приводится частота рекламирования безалкогольных напитков (2,3%), лекарств (14,3), предметов косметики (11,6) и гигиены (5,8%). Тематика рекламирования алкоголя включала вопросы здоровья, престижа, социальной активности, секса, романтичности и удовольствия.

В Канаде в 1982 г. была проведена интенсивная кампания против алкоголизма с использованием всех средств массовой информации, после которой на выборке из 200 человек было проверено и подтвердилось значительное снижение частоты чрезмерного потребления спиртных напитков. В Норвегии в 1981 г. населению страны через средства массовой информации было предложено прекратить употребление алкоголя после 23 часов в фиксированную субботу, и оказалось, что число воздерживающихся поднялось до 70%. J. Rootman (1985) считает, что воздействие на поведение населения в отношении здоровья будет эффективным только в сочетании с воздействиями на другие виды поведения. Отмечается важность учета адресности программы (все население, подростки, беременные женщины и т.д.).

Влияние алкогольной рекламы на молодежь проявляется очень быстро, а на взрослое население — через больший промежуток времени. Регулирование рекламы необходимо для поддержки других мер алкогольной политики. В то же время необходимо учитывать, что индустрия приспосабливается к запретам. Так, при частичном запрете рекламы она перемещается из одних СМИ в другие, при полном запрете начинает использовать методы скрытой рекламы и спонсорство.

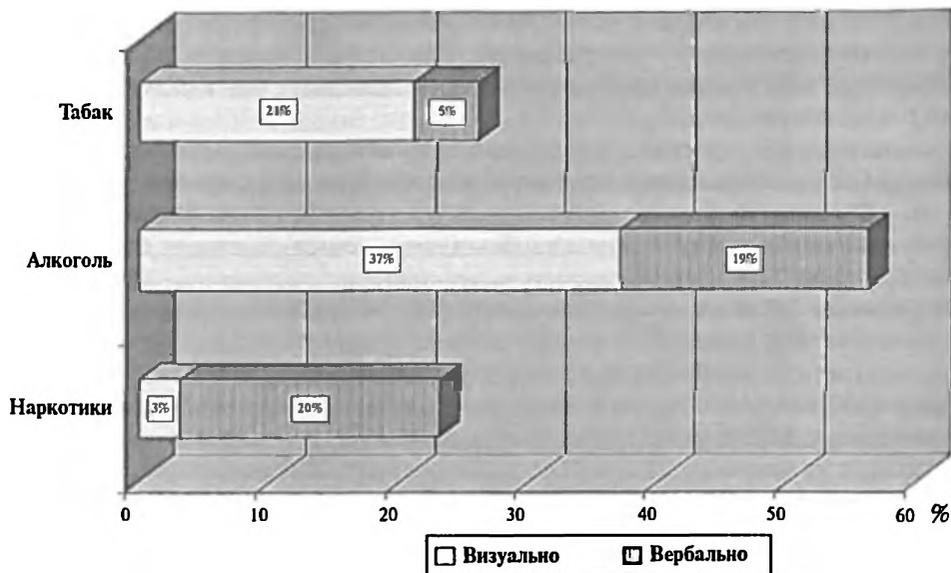


Рис. 24. Упоминание наркотических веществ в средствах массовой информации США.

Американское агентство по контролю за наркотиками (ONDCP) подготовило исследование, в котором анализируется появление наркотических веществ в популярных музыкальных видеоклипах (ECAD Newsletter, v. 9, № 55, 2002). Выборка включала 300 видеофильмов, транслировавшихся в течение шести недель на трех музыкальных сетях США. Результаты исследования показали, что ПАВ появлялись в визуальном ряду в 45% от общей выборки и упоминались вербально в 33% случаев. Наркотики возникали чаще в вербальной форме, чем в визуальной, в то время как алкоголь и табак, наоборот, чаще встречались в визуальном ряду (рис. 24).

В предыдущих исследованиях ONDCP было выявлено, что в 98% полнометражных фильмов и 77% телевизионных шоу так или иначе рекламируется алкоголь. На фоне этих цифр отображение ПАВ в музыкальных видеоклипах кажется скромным, хотя оно подается исключительно как приятное и модное, расширяющее круг потенциальных потребителей. Все это – продолжение сформировавшейся тенденции расширенного проникновения наркотической субкультуры в разнообразные культурно-досуговые сферы. Такая экспансия идеологически освещена наркофилософией «нового самопознания», «вхождения в иные миры», «единения с мировым духом» и т.п. Она уже имеет вполне оформленные культуральные феномены в виде таких музыкально-танцевальных стилей, как «кислотный рок», «рейв» и т.д. Нельзя не признавать тот факт, что наркогенная субкультура стала составной частью молодежного образа жизни.

В июне 2003 г. ECAD провела на базе Санкт-Петербургского университета семинар «Наркоэпидемия как объект журналистского контроля». В выпуске газеты ECAD, посвященной этому семинару (№ 3, 2003), отмечается, что современное законодательство не в состоянии отследить весь объем пропаганды наркотиков, поэтому большее значение должно придаваться нравственным нормам, не позволяющим вести даже косвенную пропаганду наркотиков в СМИ.

Было отмечено, что наряду с этим ситуация требует серьезного финансирования контрпропаганды. Не случайно и в США, и в других странах работа СМИ по антинар-

котической пропаганде считается прибыльным и престижным делом. В России примеров подобных подходов очень немного. Например, правительство Татарстана ежегодно устраивает конкурс на получение журналистами грантов по антинаркотической тематике. Из 55 млн руб., направляемых на реализацию республиканской программы противодействия наркотикам, 4,5 млн выделяются на поддержку СМИ (12%).

На семинаре отмечалась необходимость создания медиасоветов для выработки единой политики СМИ против наркотиков, введения в практику учебных семинаров, тренингов и других форм просветительской деятельности для журналистов.

В выступлениях многих журналистов подчеркивалось, что и для детской, и для юношеской аудиторий СМИ поставляют один и тот же набор информации: секс-пропаганда; молодежная мода; преступность; мифологизация наркотиков; рок-звезды; места и способы развлечений... С сожалением приходится признавать, что подростки и молодые люди в результате систематической обработки СМИ в принципе готовы к употреблению наркотиков. Реализация идеологии здорового образа жизни в СМИ экономически пока не вполне обеспечена.

По мнению Г.В.Зазулина (2003), каждому этапу становления российской антинаркотической политики соответствует особый характер отражения проблемы в СМИ. Так, период 1991–1998 гг. определялся декриминализацией административной и уголовной ответственности за потребление наркотиков. В СМИ резко возросло количество публикаций, которые в силу неподготовленности авторов принесли больше вреда, чем пользы. Отсутствие правового ограничения на публикацию наркотической информации способствовало формированию моды на наркотики.

В период 1999–2003 гг. действовал Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», на основе которого были внесены поправки в ст. 4 Закона о СМИ и новую редакцию Кодекса РФ об административных правонарушениях. Однако остановить поток наркотической информации пока не удастся. Реально ст. 6.13 КоАП пока к журналистам не применяется. Необходимо разъяснение Генеральной прокуратуры РФ по вопросу толкования законодателем понятий «реклама», «пропаганда».

Директор Российского представительства ЕСАД Г.В.Зазулин предлагает:

1. Лицензировать деятельность юридических и физических лиц, пишущих на наркотические темы, оказывать им государственную поддержку. Без этого нет мотивов учиться различать антинаркотическую и наркогенную информацию.
2. Ввести на факультетах журналистики элективный курс «Наркоэпидемия как объект журналистского контроля».
3. В администрациях субъектов Федерации и городов ввести должности кураторов антинаркотических программ.
4. Толкование понятия «реклама наркотиков» должно быть широким и основываться на Законе «О рекламе».

Реклама связана с такими понятиями, как «правда», «интеллект». Как показали исследования Н.Л.Смирновой (1997), в российском обществе стереотип женской и мужской интеллектуальности практически не различается. В России представление об интеллектуальной личности формируется к 16 годам. При этом российское понимание интеллекта отличается преобладанием морально-этического компонента.

С другой стороны, понятие «правда» связано с категорией «духовность». Поэтому духовные компоненты правды невозможно описать только при помощи когнитивного понимания. Психологические аспекты духовных состояний неразрывно связаны

с глубокими структурами личности, ценностными переживаниями и недостаточно осознаваемыми высшими ценностями. Потребность в правде, стремление к ней основаны на единстве мнения и веры, осознаваемого и неосознаваемого, индивидуально-личностных особенностей человека и его восприятия себя как частицы мироздания. Вследствие этого, целеустремленно стараясь «жить по правде», человек не только «строит», творчески преобразует себя, но и постепенно поднимается в своем духовном развитии, вырываясь из навязываемых стереотипов рекламы (Знаков В.В., 1987).

В заключение отметим, что сколь бы коварными ни казались манипуляторы, в большинстве своем они бессильны против тех людей, которые знают, чего хотят, интересы которых хорошо увязаны друг с другом, точно «подогнаны» между собой и под ведущие личностные ценности.

### ПРОФИЛАКТИКА РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Растущая распространенность алкоголизации и наркотизации подростков заставила большинство стран в последние десятилетия искать эффективные формы ранней профилактики и коррекции девиантного поведения несовершеннолетних. Прежде чем подробно рассмотреть отечественную практику в этой области, обратимся к опыту зарубежных коллег.

Недавно исполнилось 45 лет первой *специализированной консультации для несовершеннолетних* в Чехословакии, которая начала свою работу в Праге в 1957 году. Противоалкогольная консультация (если переводить ее структуру на язык, принятый в отечественной наркологии) объединяет в себе элементы медицинского вытрезвителя и наркологического диспансера. Здесь занимаются ранним выявлением, лечением и профилактикой алкоголизма, а также санитарно-просветительной работой с подростково-юношеским контингентом (Mecier J., 1982). Ныне эта противоалкогольная консультация выросла в наркологический диспансер для несовершеннолетних. Такие диспансеры рекомендовано создавать в городах с населением более 1 млн человек.

В Японии среди четырех типов исправительных школ для несовершеннолетних преступников существует и *медицинская школа*. Ее учениками являются правонарушители в возрасте от 14 до 26 лет, имеющие серьезные психические дефекты. До 26-летнего возраста здесь оставляют правонарушителей с психическими расстройствами, чье освобождение в более раннем возрасте считается невозможным с точки зрения общественной безопасности (J. Ministry of Justice, Japan, 1980).

Большую практику работы с несовершеннолетними правонарушителями имеет государственная психиатрическая служба США. Еще в 1972 г. в Чикаго была создана *экспериментальная юношеская психиатрическая клиника*, которая совместно с другими воспитательными организациями осуществляет комплексное лечение и обследование малолетних преступников и правонарушителей. В штат клиники включены психиатры, психологи и социальные работники. Возраст пациентов — от 13 до 18 лет. Большинство из них направляются в клинику воспитательными учреждениями. Все подростки проходят лечение и обследование добровольно.

В терапевтический процесс здесь активно вовлечены родители больных. Клиника также постоянно консультируется и сотрудничает с представителями полиции, с лицами, ответственными за условно-досрочное освобождение из заключения, надзирателями за условно освобожденными несовершеннолетними преступниками и с местными социальными работниками. Регулярные беседы дают социологам

и врачам возможность глубоко проникнуть в психологические проблемы патронируемых семей.

Сотрудничество с представителями полиции заключается в совместном решении вопросов по оказанию скорой психиатрической помощи. Благодаря этому работники полиции нередко самостоятельно во время дежурств выявляют лиц с эмоциональными расстройствами и применяют к ним адекватные меры. Лица, осуществляющие надзор над условно осужденными несовершеннолетними преступниками, лучше квалифицируют поведение своих подопечных. Получив на консультациях специальные знания, они могут в дальнейшем своевременно направлять подростков на психиатрическое обследование. Экспериментальная клиника представляет собой одну из новых форм исследования психического здоровья и преступности несовершеннолетних (Weissman S. et al., 1974).

В Чикаго разработана программа по вовлечению учащихся младших и старших классов в решение проблем профилактики употребления алкоголя и наркотиков (Safer L.A., Harding C.G., 1993). Центральная часть программы – 30-минутная живая музыкальная игра, которая включает всех в диалог, следующий вслед за игрой. Этот диалог помогает определить, как подростки воспринимают проблемы злоупотребления алкоголем и наркотиками. Существенной деталью программы является то, что сочетание игровых и обучающих компонентов дает подросткам возможность осмыслить те реальные ситуации, с которыми они сталкиваются в жизни, и учит их находить адекватные решения. Кроме того, в эту программу входит телепередача под названием «Прямо скажи нет» (just say no). Учащиеся активно участвуют в ней. По мнению авторов, она более эффективна, чем традиционные формы профилактических программ, построенных по принципу «учи и проповедуй» (teach and preach). Программа имеет две цели: 1) оценить эффективность живого театра в профилактике алкоголизма и наркоманий; 2) через ролевую игру и следующий за ней диалог узнать мнение подростков о злоупотреблении алкоголем, чтобы использовать эти данные для выработки рекомендаций по повышению качества профилактики.

Особый интерес представляют программы взаимопомощи подростков. Одна из них называется «Добровольные помощники» (Akita J., Mooney C., 1982). Создатели этой программы исходили из того, что для многих подростков характерны негативные особенности поведения: трудности общения, прогулы, употребление ПАВ. Такие подростки, когда у них возникает стресс, чаще обращаются за советом и помощью к сверстникам, а не к взрослым.

Программа намечает первоначальное выявление проблем, а впоследствии – средства и способы помощи в их решении силами учеников и учителей. Обучение добровольных помощников длится 30 часов (2,5 дня), а затем они обучаются в школе четыре раза по 2 часа с интервалом в 1–2 недели. Модули включают в себя работу в группах по обучению правилам эффективного общения и обратной связи, умению формировать эмоциональное доверие и слушать других, навыкам принятия решений, а также усовершенствованию навыков общения, осознанию уникальности личности и возможностей каждого человека, признанию приоритета объединения усилий людей. На поддерживающие занятия приглашаются специалисты по наркологии и суицидологии.

Во многих учебных заведениях США существует особый институт социальных работников-консультантов (каунселоров). Консультант выявляет проблемных детей, исследует причины возникновения девиаций, вырабатывает корректирующую про-

грамму, в рамках которой он взаимодействует с администрацией, преподавателями, родителями, врачами и психологами. В число задач, стоящих перед консультантами, включается и работа с детьми из семей, в которых родители пьют или употребляют наркотики, а также с детьми, уже в школе приобщающимися к алкоголю и наркотикам. Разработана специальная теория консультирования, выпущено несколько руководств по этой теме (Щетлин М.Г., 1993).

Kalhy Baird (1980) описала использование «терапии сверстниковых групп» в подростковом противоалкогольном комплексе госпиталя св. Антония (Колумбус, штат Огайо). Подростковый комплекс (отделение), открытый в 1978 г., располагает 29 койками. Организаторы исходили из того, что лечение подростков в окружении сверстников будет более эффективным, так как именно в этой среде, как правило, идет их приобщение к употреблению алкоголя, и влияние сверстников в этом плане очень значимо. На лечение принимаются только лица, страдающие алкоголизмом. Была разработана специальная программа обучения персонала, включающая вопросы клиники алкоголизма и особенности подросткового периода.

Пациентов направляют на лечение школы, суды по делам молодежи, родители, врачи, социальные службы. Перед поступлением в отделение собирается подробный объективный анамнез. Программа лечения включает медицинские и психологические, интеллектуальные и религиозные элементы. Цель программы – полное воздержание от употребления алкоголя и осмысленная трезвость. Основой лечения является поведенческая терапия, которая учит подростков хорошо себя чувствовать в быту без употребления алкоголя. На лечение принимаются подростки обоего пола. Хотя большинство пациентов направляются в госпиталь против воли, лечение проводится добровольно. Те, кого не удалось убедить лечиться, выписываются.

Персонал строго требует от подростков соблюдения следующих правил: не курить при групповой терапии, в гимнастическом зале, во время лекций, кинофильмов и дискуссий, в постели; обязательно носить госпитальную одежду; не портить госпитального имущества; соблюдать тихий час; не играть в азартные игры и не хранить имущество и продукты в комнате; обязательно выполнять все лечебные мероприятия; ходить в другие отделения госпиталя только группами; не заходить в комнаты противоположного пола; не звонить и не отвечать по телефону. Почта пациентов вскрывается в присутствии медицинского персонала или воспитателя. Основанием для отчисления из госпиталя являются: наличие и употребление наркотиков; сексуальный контакт с другими пациентами; хулиганское поведение; сокрытие нарушений поведения другими пациентами.

За хорошее поведение предусматривается поощрение – разрешается носить домашнюю, а не госпитальную одежду, смотреть телевизионные передачи и др.

При поступлении подростка в госпиталь проводят недельную дезинтоксикационную терапию, вместе с тем он проходит различные тестирования, которые помогают выявить особенности личности. Прием в психотерапевтическую группу осуществляют сами подростки, выясняющие, насколько искренне желание лечиться у вновь поступающего. Лечебная программа включает сочетание индивидуальной и групповой психотерапии, физическую, восстановительную и профессиональную терапию, занятия спортом и развлекательные мероприятия. Пациентов учат ориентироваться в жизни без употребления этанола. После выписки родители и бывшие пациенты встречаются с сотрудниками для решения вопросов адаптации. Многие подростки посещают общества анонимных алкоголиков. Треть из 359 подростков, пролеченных

в 1979 г., через год не употребляли алкоголь, еще у одной трети один—два раза были срывы, но затем установилось воздержание, у остальных же ремиссия не наступила.

К. J. Кьерр с соавт. (1993) приводят результаты программы ВОЗ по антиалкогольному воспитанию подростков, реализованной в Норвегии. Целью ее было отсрочить начало и свести к минимуму употребление алкоголя. Программа строилась на выявлении различных факторов, вызывающих желание употребления алкоголя, а также была направлена на выработку навыков резистентности к нему. В течение двух месяцев на занятиях речь шла о том, как подростки относятся к употреблению алкоголя; каковы мотивы, побуждающие их к этому; что они знают о спиртных напитках; употребляют ли алкоголь они сами, их друзья, намерены ли они употреблять алкоголь в будущем. Авторы сообщают, что сами подростки после цикла проведенных занятий отмечали уменьшение употребления алкоголя и ориентацию на безалкогольное будущее.

D. M. Robertson, N. Heather (1982) описывают разработанный ими курс профилактики злоупотребления алкоголем для несовершеннолетних правонарушителей. Конечной целью занятий было обучение контролируемому потреблению этанола. Курс состоял из ряда занятий длительностью 1,5 часа, проходивших один раз в неделю. Группы были небольшими. На занятиях использовались приемы поведенческой психотерапии. Кроме того, участники курса занимались самостоятельно по специально разработанному руководству. Авторы полагают, что курс поведенческой терапии для данной группы более эффективен, чем лекции с противоалкогольной тематикой и обычное лечение, требующее обязательного воздержания от спиртного после его окончания.

S. J. Braukmann с соавт. (1985) анализируют эффективность исправительных программ для подростков-правонарушителей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, с использованием так называемых «групповых домов». Пребывание в таком доме снижало интенсивность алкоголизации. Причем там, где группы подростков проживали под наблюдением супружеской пары, исполняющей роль «родителей», лечебно-реабилитационная работа была более эффективной, чем в «групповых домах», руководимых обычными штатными сотрудниками.

Представляет интерес шведский опыт реабилитации подростков с зависимостью от алкоголя и наркотиков в общинах. Это, как правило, частные организации, финансирование которых осуществляется из разных источников, в том числе и за счет средств, отпускаемых правительством на социальные нужды (система государственных социальных заказов). В Швеции существует целая сеть подобных организаций. Примером одной из них является «Хассела» («Солидарность»). Она включает в себя несколько общин и многочисленные представительства в различных городах страны. Основной задачей этой организации является проведение поэтапной социальной реадaptации подростков, ранее употреблявших алкоголь и другие психоактивные вещества.

Община «Хассела» расположена в небольших деревнях, вдали от крупных городов. Они представляют собой комплексы зданий, включающие в себя офисы, дома для проживания воспитанников и хозяйственные постройки. Жилые здания рассчитаны на одновременное проживание 10—16 человек (в отдельных комнатах по 1—2 человека).

Возраст подростков, принимаемых в общины, 12—16 лет. В учебное время воспитанники посещают школу, а во время летних каникул трудятся на территории коммуны. Они выполняют работу по ремонту зданий, благоустройству территории, обслуживанию техники. Таким образом они зарабатывают деньги, которыми могут распоряжаться без ограничения. Общины, как правило, имеют обширные приусадебные

хозяйства, различную технику (автомашину, трактора, катера). Одна из них содержит поле для гольфа, что приносит ей стабильный доход. В качестве воспитателей в общине работают учителя, психологи и социальные работники.

С просьбой принять подростка в общину обращаются социальные службы, полиция или непосредственно родители подростка. Поступление в «Хассела» для многих подростков – последняя возможность избежать тюремного заключения и вернуться к нормальной жизни без наркотиков и алкоголя. Пребывание в общине строго добровольное. Общим принципом работы всех общин «Хассела» является коллективный быт воспитанников, отвлечение их от прежней жизни путем организации коллективного труда, занятий спортом и т.д.

На этапе адаптации подросток должен включиться в жизнь общины, отличающуюся строгостью внутреннего распорядка и значительными ограничениями в распоряжении личным временем. Ограничены и возможности видеться с семьей.

Воспитанник живет в такой общине три–четыре месяца, после чего он может быть переведен в другую, имеющую более мягкие правила внутреннего распорядка. Здесь шире используется личная инициатива подростка, он получает возможность свободнее распоряжаться своим временем, деньгами, больше времени видеться с семьей.

Результатом этого этапа может стать возвращение подростка в семью, но чаще возникает необходимость продолжить пребывание в одной из общин с еще более свободным режимом. В них воспитанник может общаться со своими сверстниками за пределами общины, часто встречается с семьей, жить некоторое время в своей семье, работать и зарабатывать деньги. Жизнь в таких общинах практически не отличается от нормальной жизни подростка в семье, она продолжается от нескольких месяцев до полутора лет. По окончании этого срока воспитанник возвращается в семью, но, как правило, контакт его с общиной не прерывается. Организация поддерживает связь с подростками на протяжении некоторого времени, организуя для них ежегодные семинары и диспуты по различным проблемам наркомании и алкоголизма. Некоторые из воспитанников в дальнейшем получают работу в организации «Хассела» – в качестве воспитателей.

Обобщая зарубежный опыт, важно подчеркнуть профилактическую направленность и комплексный медико-социальный характер деятельности противонаркологических консультаций для несовершеннолетних, диагностико-селективных центров и консультаций для трудной молодежи, различных психотерапевтических сообществ типа шведских коммун. Следует отметить и тот факт, что в психосоциальной реабилитации трудных подростков, в частности, в системе предупреждения правонарушений и алкоголизма несовершеннолетних, действенным зарекомендовало себя существование учреждений закрытого типа. В условиях психиатрического стационара от общества изолируются подростки-правонарушители с психическими дефектами, страдающие алкоголизмом и наркоманией, проводятся лечебные мероприятия. Примером подобных учреждений служат медицинская школа для несовершеннолетних правонарушителей с психическими заболеваниями в Японии, экспериментальная юношеская психиатрическая клиника и подростковое отделение госпиталя св. Антония в США.

Немалый опыт работы органов здравоохранения с несовершеннолетними правонарушителями, злоупотребляющими алкоголем и имеющими различные психоневрологические отклонения, есть и в нашей стране. При организации этой работы исходили из того, что она может быть успешной лишь при комплексных усилиях всех заинтересованных общественных институтов как в коррекции начальных проявле-

ний психосоциальных отклонений у несовершеннолетних, так и в проведении оздоравливающих микросоциальную среду мероприятий. В организационном плане эту функцию в 1980-х гг. пытались взять на себя подростковая психиатрическая и наркологическая службы. Именно они реализовали медико-социальное направление ранней профилактики алкоголизма, состоящей в комплексной работе с подверженным развитию заболевания контингентом подростков, уже начавших часто употреблять спиртное и состоящих на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних.

Подростки, злоупотребляющие алкоголем и больные алкоголизмом, являлись объектом подростковой наркологической службы. Рассмотрим направления деятельности такой службы, структуру и принципы ее построения, эффективность в рамках «медико-центрического подхода» периода «развитого социализма» на примере Архангельска, где в 1974 г. впервые в СССР на базе Архангельского медицинского института был создан подростковый наркологический кабинет.

*Структура подростковой наркологической службы* была представлена здесь тремя традиционными звеньями. *Первое звено* – подростковый наркологический кабинет, с 1978 г. работавший в структуре областного наркологического диспансера. На базе кабинета обследовано несколько тысяч подростков и юношей в возрасте до 18 лет, злоупотребляющих спиртными напитками. Треть из них прошли амбулаторное лечение по поводу различных нервно-психических расстройств и алкоголизма. *Второе звено* – подростковые палаты в психиатрическом стационаре, плановое лечение в которых было начато с 1976 г. За это время стационарное лечение здесь прошли более тысячи подростков. *Третье звено* – отделение ранних форм алкоголизма при одном из промышленных предприятий, открытое в 1978 г. и проработавшее до развала предприятия в 1993 г. В этом отделении пролечено с привлечением к трудотерапии более 200 юношей. В целом отделение было рассчитано на лечение впервые выявленных лиц с сохранным профессиональным статусом, относительно высоким образованием, нормальной установкой на лечение. Все это создавало хорошую реабилитационную среду и позволяло проводить в отдельных палатах лечение подростков старше 16 лет и юношей с привлечением их к работе на современном производстве.

Многолетний опыт работы службы позволил выделить ряд достаточно *специфических трудностей организации лечебно-профилактической помощи подросткам*, злоупотребляющим спиртными напитками. Они заключаются в следующем:

1. Психологические особенности подростково-юношеского возраста, проявляющиеся, в частности, в полной анозогнозии, непрочных социальных связях, отсутствии видения перспективы жизни, выраженности реакции эмансипации, протеста и делающие практически невозможным амбулаторное лечение.

2. Отсутствие преемственности между амбулаторным, стационарным и реабилитационным звеньями подростковой наркологической службы.

3. Подростковый алкоголизм, как правило, – признак порочности среды, в то время как «терапия», оздоровление микросоциальной среды – чрезвычайно неблагодарная задача.

4. Многоведомственность усилий и сложности их координации. В лечебно-профилактической помощи трудным и злоупотребляющим алкоголем подросткам заинтересованы школа и ПТУ, милиция и здравоохранение. Однако единой программы и общего методического руководства в этом плане нет. Необходимы совместные решения и действия по антиалкогольной пропаганде, профилактике правонарушений, лечению и реабилитации наркологического контингента подростков.

5. Частота преморбидной патологической отягощенности у трудных подростков, требующей строго дифференцированного подхода к санированию почвы ранних форм алкоголизма.

6. Затрудненность коррекции нравственно-этического статуса и педагогическая запущенность контингента, усложняющие контакт и выработку социально значимых установок.

С учетом перечисленных трудностей лечебно-профилактической работы и особенностей контингента был выработан ряд *организационных принципов подростковой наркологической службы*:

1. Микрорайонно-групповой характер антиалкогольной работы в целом и лечения в частности, требующий помещения в стационар всей алкоголизирующейся группы во главе с лидером, лечение которого лучше проводить отдельно (госпитализироваться должны, естественно, только подростки с официально установленным алкоголизмом).

2. Оздоровление микросоциальной среды и лечение алкоголизма у родителей.

3. Коррекция и санирование биологической почвы (астено-невротическое состояние, патохарактерологическое развитие личности, органическая церебральная недостаточность и т.п.).

4. Комплексность и единство в проведении медико-социальных мероприятий и усилиях по нравственному развитию личности у наркологического контингента подростков.

5. Сочетание корректирующего и компенсирующего направлений в антиалкогольной работе с подростками. Первое предполагает прямое фронтальное воздействие на алкогольное поведение несовершеннолетних. Но попытки коррекции поведения и перевоспитания, как правило, вызывают негативную реакцию у объекта воздействия. Компенсирующее направление имеет то преимущество, что влияет косвенно и в большей степени непринужденно. Оно связано с созданием противодействующих обычаев алкогольной группы сил, с формированием у подростков негативных по отношению к алкоголю установок, таких нравственных и эстетических качеств, которые противодействуют возникновению социальных отклонений в их сознании, деятельности и поведении.

6. Непрерывность реабилитационных мероприятий на протяжении всего периода: от момента выявления алкоголизма у подростка до его совершеннолетия. Групповой характер потребления и психическая взаимозависимость, практическая невозможность амбулаторной терапии требуют жесткой последовательности в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий. Необходимо привнесение игровых методов, в частности, спорта в систему реабилитационных мероприятий.

Выделенные принципы определяли структурно-функциональные особенности всей системы наркологической помощи подросткам до начала 1990-х гг.

Остановимся на основных разделах и направлениях деятельности подросткового наркологического кабинета и в целом подростковой наркологической службы.

Создание первого в стране подросткового наркологического кабинета было вызвано необходимостью совершенствования работы по профилактике алкоголизации и алкоголизма несовершеннолетних. *Перед кабинетом ставились следующие задачи*: выявление и диспансерный учет больных алкоголизмом; выявление и профилактический учет подростков, злоупотребляющих спиртными напитками (угрожаемый контингент); динамическое диспансерное наблюдение за пациентами; диагностиче-

ская, консультативная и психопрофилактическая помощь подросткам; амбулаторное лечение подростков с острыми проявлениями алкоголизма и поддерживающее противорецидивное их лечение; осуществление неотложной госпитализации при психических состояниях, тяжело протекающих алкогольным и токсикоманическим абстинентных синдромах; направление на плановое стационарное лечение; медико-социальная работа с неблагополучными семьями; проведение медицинского освидетельствования подростков, привлекаемых к уголовной ответственности, а также трудовой экспертизы и экспертизы алкогольного опьянения; изучение злоупотребления алкоголем, заболеваемости алкоголизмом, анализ эффективности лечебной и профилактической помощи; осуществление мероприятий по социальной и трудовой реабилитации, связь с наркологическими стационарами и консультативно-методическая помощь подростковым кабинетам амбулаторно-поликлинических учреждений; организация широкой профилактической и санитарно-просветительской работы.

*Выявление угрожаемого по алкоголизму контингента* проводилось, во-первых, в процессе обследования несовершеннолетних, направляемых в диспансер тем или иным учреждением, во-вторых, в ходе активных профилактических осмотров подростков: а) состоящих на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних; б) доставляемых в медицинский вытрезвитель и задержанных милицией в состоянии опьянения; в) проходящих через комиссии по делам несовершеннолетних; г) замеченных в употреблении спиртных напитков в учебном заведении; д) находящихся в детской воспитательно-трудовой колонии.

*Обследование* включало в себя социально-психологический, психиатрический, неврологический, соматический аспекты. Объективные сведения собирались у родителей. Характеристики на обследуемых запрашивались из инспекций по делам несовершеннолетних, учебных заведений, с мест работы. На каждую взятую на учет семью составлялся индивидуальный план лечебно-воспитательных мероприятий, реализуемых общими усилиями медицинских работников, сотрудников милиции, школы и общественных организаций.

*Учет* выявляемого контингента проводился по трем основным группам в зависимости от степени алкоголизации и алкоголизма, определяющей объем социально-медицинских мероприятий.

1. Группа риска, в которую входят подростки с асоциальными формами поведения, эпизодически употребляющие спиртные напитки.

2. Подростки с начальной стадией алкоголизма – с изначально своеобразным злокачественным развитием злоупотребления спиртным. «Злокачественная алкоголизация», или так называемый аггравирующий алкогольный дебют, часто имитирует клинику алкоголизма. Четкое дифференцирование у этих подростков индуцированных «масок» и клинических признаков болезни зачастую затруднено.

3. Подростки с выраженными симптомами физической зависимости от алкоголя, с абстинентным синдромом.

*Работа с неблагополучными семьями* включала в себя:

- проведение лекций и бесед противоалкогольного плана, в том числе пропаганду правовых и педагогических знаний для родителей;
- выявление родителей, нуждающихся в лечении от алкоголизма и/или пограничных психических состояний и заболеваний;
- консультации для родителей по проблемам воспитания трудных подростков.

Опыт показывает, что психотерапевтическое воздействие на трудных подростков должно быть конкретным и целенаправленным, убедительным (аргументированным, доказательным), систематическим и достаточно продолжительным. Чтобы проводимая психотерапия была действенной и целенаправленной, врач подросткового кабинета должен учитывать характер и выраженность асоциальных установок, особенности алкоголизации конкретного подростка. Психотерапевтически значимые доводы полезно подкреплять достоверными фактами из жизни лиц, хорошо известных воспитуемому. Сроков продолжительности психотерапии назвать нельзя. Она продолжается столько, сколько необходимо.

В ходе проведения *рациональной психотерапии* использовалась сильнейшая по своей эффективности наглядная пропаганда – посещение психонаркологических стационаров. Демонстрация больных с тяжелыми проявлениями алкогольной деградации, детей-олигофренов, родители которых страдали алкоголизмом, больных острыми и хроническими алкогольными психозами, как правило, создавала между врачом и пациентом глубокий неформальный контакт, способствующий эффективному психотерапевтическому воздействию.

В лечении *несовершеннолетних* особенно важен комплексный медико-социальный подход. Индивидуально для каждого подростка составлялся план лечебных мероприятий, реализуемых совместными усилиями медицинских работников, школы, милиции, семьи и общественности.

Объем оказываемой несовершеннолетним медико-социальной помощи определялся в зависимости от того, в какую группу динамического диспансерного наблюдения они были включены.

В работе с подростками группы риска основное внимание уделялось профилактическим мероприятиям, направленным на оздоровление микросреды подростка, а в случае необходимости – усилению противоалкогольного воспитания. Динамическое наблюдение осуществлялось не реже четырех раз в год.

В лечебно-воспитательную работу с подростками, у которых определялись начальные клинические признаки алкоголизма, помимо описанных выше мероприятий включались полноценная дезинтоксикационная терапия, терапия психофармакологическими средствами и систематическая глубокая личностно ориентированная психотерапия. Лечение подростков этой группы не требовало применения специфической противоалкогольной терапии. Динамическое наблюдение осуществлялось не реже шести раз в год.

У подростков третьей группы к проводимым мероприятиям присоединялось активное противоалкогольное лечение медикаментозными средствами. Динамическое наблюдение определялось сроками используемого метода поддерживающей терапии.

Вторым звеном подростковой наркологической службы являлось *подростковое наркологическое отделение* (или соответствующие изолированные палаты в психиатрическом стационаре). Терапия раннего алкоголизма (вторичная профилактика) проводилась с учетом общепринятых этапов лечебного процесса. Первый этап – купирование запоя, явлений абстиненции, утренних расстройств, непосредственно связанных с алкогольной интоксикацией, установление психотерапевтического контакта с больным и подготовка к активной терапии (симптоматическое лечение). Второй этап – подавление болезненного влечения к алкоголю, выработка отвращения к спиртным напиткам, непереносимости их. Третий этап – динамическое наблюдение

ние и поддерживающая терапия — являлся непосредственным продолжением второго и осуществлялся теми же средствами и методами.

А.Е.Личко и В.С.Битенский (1991) для купирования абстинентного синдрома у подростков рекомендуют широко использовать пирроксан — внутримышечно (2–3 мл 1% раствора 2–3 раза в сутки), а при смягчении явлений абстиненции — перорально (по 15 мг 2–3 раза в день). При вегетативной лабильности у подростков можно использовать грандаксин (50–100 мг 2–3 раза в день).

При депрессии и тревожном состоянии используют феназепам (1–2 мг 3 раза в день) и антидепрессанты: амитриптилин или пиразидол. При галлюцинациях можно назначить сибазон (седуксен, реланиум) в инъекциях. При дисфориях с гневливостью — неулептил.

Для подавления первичного влечения к алкоголю наиболее широко используются психотропные средства: неулептил, сонапакс, меллерил, а также эглонил, этаперазин и малые (субрвотные) дозы апоморфина.

Условно-рефлекторный метод также находит применение у подростков, но лечебный эффект его нестойкий. Используется в основном апоморфин (по общепринятым методикам, применяемым у взрослых больных). Сенсibiliзирующая терапия у подростков используется редко, так как они активно уклоняются от лечения.

Психотерапевтические методики могут применяться у подростков, хотя эффективность их меньше, чем у взрослых. Эффективность индивидуальной рациональной психотерапии зависит от типа психопатии или акцентуации характера подростка, на фоне которых возник ранний алкоголизм.

Так, подростка с неустойчивым типом психики оставит равнодушным разъяснение вреда алкоголя для здоровья и социального статуса в настоящем и будущем. Для подростка эпилептоидного типа забота о собственном здоровье, своем будущем, опасность пострадать или подвергнуться нападению в беспомощном состоянии «отключения» могут оказаться достаточно волнующими проблемами. Для доказательства вредных последствий употребления алкоголя эпилептоидному подростку полезно показать результаты его обследований. Для подростков гипертимного и истероидного типа необходимо постараться найти поле деятельности, более привлекательное, чем выпивка, и предложить им иные способы удовлетворить жажду общения с товарищами. При лабильной и шизоидной акцентуации психотерапия должна быть направлена на преодоление тех трудностей и жизненных проблем, которые подтолкнули к алкоголизации. Эмоционально-лабильный подросток, страдающий от эмоционального отвержения в семье, нуждается в друге-психотерапевте.

Групповая психотерапия может быть успешной, если она ставит не прямые противопоалкогольные цели, а служит способом отвлечения от алкоголя. В противном случае группа лишь спланирует собранных подростков в алкогольную компанию, а к групповым обсуждениям вреда алкоголя они относятся безразлично или иронически.

Г.М.Энтин (1990) рекомендовал всех находящихся под наблюдением нарколога подростков разделить на четыре группы:

1. Употребляющие спиртные напитки эпизодически (21% всех состоящих под наблюдением). По отношению к ним применяются меры воспитательного характера, оздоровление микросреды, коррекция поведения, а при необходимости — симптоматическое лекарственное лечение. Частота наблюдения — один раз в 1–2 месяца;

2. Систематически злоупотребляющие алкоголем и имеющие признаки начального привыкания к нему (60% состоящих под наблюдением) — это подростки группы

риска. Они нуждаются в наблюдении не реже одного раза в месяц, могут привлекаться к амбулаторному, а в ряде случаев и стационарному лечению;

3. Подростки, которым устанавливается диагноз раннего алкоголизма (12%);

4. Подростки, которым устанавливается диагноз хронического алкоголизма I–II и II стадий (7%).

На стационарное лечение направляются подростки, у которых установлен ранний и хронический алкоголизм. Младших подростков (до 16 лет) помещают в подростковые психиатрические отделения, а старших (16–17 лет) можно госпитализировать в наркологические отделения для взрослых.

Купирование абстинентного синдрома, дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию подросткам проводят теми же средствами, что и взрослым больным. В практике активно использовались нейролептические препараты (неулептил, сонапакс, хлорпротиксен, карбидин). При психопатических расстройствах — модитен-депо, при депрессиях — антидепрессанты (амитриптилин, азафен, пиразидол). Транквилизаторы не применяют в связи с большим риском привыкания к ним. При лечении подростков используются также условно-рефлекторные методики, сенсibiliзирующая терапия (фуразолидон, фурадонин, метронидазол). Не рекомендуется проводить лечение тетурамом и имплантацию эсперала.

Врач подросткового кабинета направлял подростка, больного алкоголизмом, на стационарное лечение только с согласия родителей и, как правило, с согласия самого подростка. Лечение в стационаре организовывалось таким образом, чтобы в одном отделении не сосредоточивалось более 3–5 подростков, иначе группа (особенно при групповой психотерапии) начинает терроризовать отделение изнутри. А снаружи товарищи по компании, в опьянении посещая попавших на лечение, создают серьезные трудности персоналу. Поэтому при стационарном лечении обычно придерживались тактики рассредоточения, раздробления алкогольной группы.

В 1980-х гг. в наркологической клинике рельефно выступила тенденция к использованию методов *поведенческой терапии*. И практика показала, что в тех случаях, когда эффект лечения зависит не столько от вида терапии, сколько определяется сроками лечения, применение немедикаментозных методов более обоснованно. В частности, эффективна групповая поведенческая терапия. Она особенно показана больным молодого возраста, для которых традиционное курсовое лечение не подходит ввиду повышенного динамического психоэмоционального стереотипа. Молодые больные соглашались на абсолютное воздержание в качестве цели лечения с большой готовностью, они более нетерпимо относятся к срыву партнера по группе. Ряд специалистов указывает на то, что молодые пациенты неблагоприятно воспринимают излишнюю авторитарность и менее доверяют молодым врачам (Gwinner P.D., 1977). Установлению более демократичных, доверительных отношений между молодым врачом и пациентами может помочь активное привнесение физкультуры и спорта в процесс проводимого лечения. Практика показала, что программа физической тренировки в течение пяти недель стационарного лечения от алкоголизма существенно увеличивает период воздержания после лечения (Sinyor D. et al., 1982).

В практике работы *отделений ранних форм алкоголизма* (третье звено подростковой наркологической службы) есть опыт применения в 1978–1981 гг. изолированной трудотерапии и комплексного ее сочетания со спортивно-игровыми мероприятиями. Кроме подростков в наблюдаемую группу включались молодые люди в возрасте до 25 лет. Рассматриваемый контингент состоял, в основном, из неквалифицированных

рабочих ( $87,7 \pm 3,2$ ), поступивших на лечение преимущественно под давлением родственников, администрации или милиции ( $68,8 \pm 3,4$ ). Курс лечения продолжался три месяца. Больные получали традиционную медикаментозную терапию, работали посменно на предприятии и занимались физкультурой (регулярный бег трусцой по утрам в течение 20 минут, волейбол, теннис и др.).

Значительные трудности у больных молодого возраста отмечались в первые дни поступления в условия жесткого лечебно-трудового режима (организованный коллективный труд, требование выполнения норм выработки, соблюдение режима работы). Это проявлялось, в частности, в том, что нарушения режима отмечались почти у половины молодых больных ( $44,3 \pm 4,8$ ). Однако уже через месяц первоначально напряженные отношения с администрацией и медицинским персоналом нормализовались. Улучшились и межличностные связи в коллективе больных, возросла их двигательная активность и инициатива. Проведение свободного интервью в конце лечения обнаружило, что больший эмоциональный резонанс и удовлетворение больные молодого возраста получали от занятий физкультурой, нежели от работы, хотя и оплачиваемой.

Наши данные подтверждают мнение В.Г.Запороженко (1999) о том, что ручной монотонный, лишенный элементов творчества физический труд не может рассматриваться в качестве фактора терапии алкоголизма, тем более его ранних форм. Эти же данные подтверждают, что одним из элементов лечебного процесса, создающим активный динамический стереотип и привносящим творческое начало в довольно однообразный режим наркологического стационара, являются физкультура и спортивно-игровые мероприятия. Они особенно значимы для больных молодого возраста, в первую очередь для тех из них, кто страдает от эмоциональной депривации и гиподинамии. Рациональное сочетание физического труда и спортивных игр – реальный путь повышения эффективности лечения больных с ранними формами алкоголизма. Лечебная физкультура и спортивные игры в комплексе с активной противоалкогольной терапией – один из вариантов поведенческой терапии алкоголизма, целью которой является изменение ценностных ориентаций больного в отношении собственного здоровья, привитие установки на оздоровление образа жизни в целом.

Надо отметить, что лечение в отделении ранних форм алкоголизма при предприятии получали подростки, которых переводили из подростковых палат психиатрического стационара после завершения первого этапа лечения. Это были те пациенты, у которых удавалось выработать неформальную установку на дальнейшее добровольное лечение.

Важным разделом деятельности врачей подростковой наркологической службы являлось участие в обеспечении полноценной *социальной реабилитации* (третичной профилактики) подростков. Врач был заинтересован в том, чтобы его пациенты продолжали после лечения учиться или были вновь трудоустроены. Поддерживался тесный контакт с учебными заведениями и производственными коллективами, которые брали шефство над несовершеннолетними.

Основные положения реабилитации взрослых – апелляция к личности больного, принципы партнерства, применение разносторонних (лечебных, воспитательных и др.) усилий, постоянное сочетание биологических и социально-психологических методов, ступенчатость в их осуществлении (Кабанов М.М., 1978, 1985) – всецело сохраняют свое значение и для подростковой психиатрии и наркологии. Наряду с этим *подростковый возраст диктует соблюдение ряда особых реабилитационных правил* (Личко А.Е., 1985):

- 1) минимум «полного отдыха» и максимум усилий на вовлечение подростка в постоянную активную деятельность;
- 2) госпитализация только в случаях действительной необходимости и всегда минимальная по продолжительности;
- 3) реабилитационные мероприятия всегда нацелены на то, чтобы подросток получил достаточное образование и профессиональную подготовку;
- 4) максимум усилий на адаптацию в семье;
- 5) постоянное общение со сверстниками.

Какова же *эффективность лечебно-реабилитационной помощи подросткам, больным алкоголизмом*? Одну из первых попыток оценить эффективность лечения больных алкоголизмом в молодом возрасте предпринял Н.И. Григорьев (1900), показавший, что при средней шестимесячной продолжительности терапии примерно каждый пятый больной в течение года поступал в стационар повторно. Большие трудности в лечении алкоголизма у несовершеннолетних и непродолжительность ремиссий, сложность организации профилактической работы отмечают многие авторы (Стрельчук И.В., 1974; Веселовский В.В. и др., 1976; Соцевич Г.Н., Энтин Г.М., 1983; Пятницкая И.Н., 1988; Сидоров П.И., Митюхляев А.В., 1999; McKay J.R. et al., 1992; и др.).

Как показывают исследования, противоалкогольное лечение подростков имеет значительные трудности прежде всего в силу психологических особенностей контингента, полной анозогнозии, группового характера алкоголизации и психической взаимозависимости. Добиться полного воздержания от употребления алкоголя при выписке подростка из стационара и возвращения в привычную социальную среду исключительно трудно. Можно говорить лишь о более или менее благоприятном изменении образа жизни и формы поведения. Поэтому при оценке эффективности медико-социальных мероприятий приходится отказываться от принятого показателя — продолжительности ремиссии и ориентироваться на такие общие показатели, косвенно отражающие «ремиссию» у подростков, как социальный статус, наличие или отсутствие противоправных действий и изменений в стиле поведения. Указанные критерии представляются приемлемыми хотя бы потому, что алкоголизация в подростково-юношеском возрасте является одной из форм нарушения поведения (Личко А.Е., 1983). К тому же эффективность лечения алкоголизма в этом возрасте определялась комплексом социально-медицинских мероприятий, в которых ведущую роль играли именно социальные воздействия в сочетании со строгим и многоплановым контролем.

С целью выяснения результатов медико-социального воздействия на подростков и оценки эффективности деятельности подростковой наркологической службы было предпринято анкетирование матерей пациентов, обследованных и пролеченных за 10 лет на базе подросткового наркологического кабинета, подростковых палат стационара и отделения ранних форм алкоголизма при промышленном предприятии.

Была сделана попытка проследить судьбы подростков, относящихся к категории «трудных», «угрожаемых», к «группе риска»; выяснить, как часто реализуется возможность заболеть алкоголизмом при неблагоприятных внешних воздействиях и тяжелой семейной ситуации, при порочной микросоциальной среде и той или иной патологической отягощенности преморбида. Не менее важной представлялась задача проследить судьбы тех, кому в подростковом возрасте диагностировали алкоголизм, установить, какое количество лиц прекращает злоупотребление алкоголем, а какое обнаруживает злокачественное прогрессирующее течение заболевания, как часто и в какие сроки формируется исходная стадия болезни.

Срок катamnестического наблюдения составил от 2 до 10 лет (в среднем  $6,4 \pm 0,2$ ). Средний возраст контингента на период сбора катamnеза составил  $22 \pm 0,2$  года. Было разослано 993 анкеты, получены заполненными 254.

При общей медико-социальной характеристике контингента на период сбора катamnеза были выделены две группы молодых людей (некогда подростков): обследованные впервые на базе подросткового наркологического кабинета и обследованные на базе медико-санитарной части детской воспитательно-трудовой колонии. Сравнение этих групп позволило в известном приближении оценить значимость для социального прогноза изоляции подростка-правонарушителя из порочной, как правило, микросреды.

Молодые люди из первой группы достоверно чаще служили в армии, были жены и имели детей. Часть из них, оставаясь в условиях алкогольного окружения, быстро декомпенсировалась в наркологическом плане. У каждого третьего отмечались прогулы на работе из-за пьянства, у каждого шестого – увольнения по той же причине, каждый второй доставлялся в медицинский вытрезвитель, а в запущенных случаях направлялся в лечебно-трудовую профилакторий (ЛТП). На момент сбора катamnеза четверть контингента первой группы имела II ст. алкоголизма.

У молодых людей, подростками попавших в воспитательно-трудовую колонию, алкоголизм II ст. на этот период встречался в два раза реже, а III ст. алкоголизма вообще не было выявлено. Но практически каждый второй представитель этой группы снова совершал правонарушение (среднее число лет, проведенных в заключении каждым из этого контингента, составляло  $3,2 \pm 0,1$  года; среднее число судимостей –  $1,5 \pm 0,06$ ).

Отсюда можно сделать вывод, что направление подростка, совершившего правонарушение и «угрожаемого» по алкоголизму, в воспитательно-трудовую колонию по существу заменяет алкогольный тип развития личности на асоциальный. Конечно, изоляция подростка из алкогольной микросреды необходима, но она должна быть предпринята до развития грубой деформации личности и совершения преступления, проходить в условиях, более адекватных всестороннему развитию и реабилитации (в интернате, специальной школе или специальном ПТУ, реабилитационном центре или психотерапевтическом сообществе).

Если разбить исследуемый контингент на три группы по степени алкоголизации (эпизодическое употребление алкоголя, бытовое пьянство и алкоголизм), то в них на период сбора катamnеза прямо пропорционально увеличивалось число тунеядцев и осужденных, лиц, часто меняющих место работы, и прогульщиков, входящих в асоциальную компанию и попадающих в медицинский вытрезвитель, а также лиц, нуждающихся в консультации психонарколога.

Важным социализирующим моментом для исследуемого контингента на рубеже 1970–1980 гг. являлась служба в рядах Вооруженных сил, которая рассматривалась нами как модель положительной социальной среды. На службу в армию из перечисленных выше попадали юноши только группы риска и с I ст. алкоголизма. Обращал на себя внимание тот факт, что юноши, прошедшие службу в армии, достоверно чаще хорошо работали, и среди них не было ни одного осужденного или тунеядца.

Среди не служивших в армии юношей из группы риска 27,5% имели судимости, а в группе больных с I ст. алкоголизма таковых было 37,5%. По мнению родителей юношей, прошедших службу, армия повлияла на них положительно (на 85,7% представителей группы риска и 81,2% больных с I ст. алкоголизма). В группе с I ст. алко-

голизма ко времени катamnестического исследования абстинентный синдром сформировался у 7,1% прошедших службу и у 40,9% не служивших. Нуждались, по мнению родителей, в консультации психонарколога соответственно 23,1% и 68,2%. Если подростки с I ст. алкоголизма оставались в условиях порочного алкогольного окружения, то часто они уже через полгода—год обнаруживали признаки физической зависимости от алкоголя. Если же юноши попадали в здоровое социальное окружение, в том числе на службу в армию, то зачастую (у каждого пятого) можно было наблюдать обратную динамику начальных клинических проявлений и улучшение социальной адаптации.

Представляется важным ответить на вопрос об эффективности проводимых медико-социальных и лечебно-реабилитационных мероприятий. Среди факторов, отражающих позитивные сдвиги у подростков, прошедших курсовое лечение (по сравнению с лицами, уклонившимися от него), можно отметить: продолжение образования (на 5,8% больше учащихся и студентов); меньший процент лиц, имевших судимости (на 14,7%); достоверно меньший показатель общей смертности (на 4,7%); больший процент прошедших службу в армии с положительным влиянием армейского коллектива на личность молодого человека (на 7,3%).

Таким образом, *катamnестическое исследование* позволило выявить прогностически значимые для развития алкоголизма состояния преморбидной личности и условия микросреды, оценить позитивные сдвиги в результате проведения медико-социальных реабилитационных мероприятий и коррекции социальной среды. Все это убеждает в необходимости раннего участия психонаркологов в профилактике нарушений поведения, ведущих, в частности, к алкоголизму у несовершеннолетних. Подростковая наркология фактически является профилактической наркологией, ориентированной на работу с группой риска, с подростками, подверженными развитию заболевания в силу алкогольного образа жизни их родителей и асоциальности микросреды. Практическая наркология сегодня должна быть вооружена специфическими и надежными методами скрининга для выявления потенциального алкоголизма. Это одна из возможных ее задач. Вся профилактическая антиалкогольная деятельность системы здравоохранения должна опираться на максимально раннее выявление лиц с несовершенной этанолаксилирующей системой и другими биологическими, социальными, психологическими факторами риска по развитию алкогольной заболеваемости.

Широкое развитие наркологической помощи подросткам в Российской Федерации началось после выхода в свет приказа Министерства здравоохранения СССР № 1270 от 12.12.80 «О дальнейшем улучшении психоневрологической помощи населению», которым была предусмотрена организация *подростковых наркологических кабинетов* в составе наркологических диспансеров. К 1985 году в 60 административных территориальных единицах было открыто 69 подростковых наркологических кабинетов, штаты которых выделялись за счет ставок психиатров-наркологов, работающих с взрослыми пациентами. В ряде наркологических и психиатрических учреждений были выделены палаты для стационарного лечения этого контингента.

Очередным шагом в развитии наркологической помощи населению, в том числе подросткам, явился приказ Министерства здравоохранения СССР от 25.06.85 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма». Этим приказом в штаты республиканских, краевых, областных наркологических диспансеров были введены должности участковых психиатров-наркологов для проведения антиалкогольной пропаганды и профилактической работы среди подростков, а также должности участковых медицинских сестер

и фельдшерской социальной помощи. Принятые меры способствовали быстрому развитию сети подростковых наркологических кабинетов. В 1986 г. такие кабинеты работали на 68 территориях РСФСР, причем создавались они не только в региональных центрах. Общее же их число достигло 81. С их организацией значительно активизировалась профилактическая антиалкогольная работа среди учащихся школ, профессионально-технических училищ и техникумов, выросли показатели привлечения к диспансерному и профилактическому наблюдению подростков, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, а также систематически употребляющих алкогольные напитки и наркотически действующие вещества. Улучшились и качественные показатели деятельности наркологической службы, вырос охват подросткового контингента амбулаторным и стационарным обследованием и лечением.

Вместе с тем анализ статистических отчетов по специальным формам материалов проверок, проводимых комиссиями Минздрава РСФСР на местах, показал, что в организации наркологической помощи больным подросткам и работе по формированию у подрастающего поколения здорового образа жизни имелись серьезные недостатки (Сидоров П.И., Никифоров И.А., 1989, 1991). В частности, подразделений наркологической службы, специализированных для оказания помощи подросткам, было недостаточно. Подростковые наркологические кабинеты, открытые только в республиканских (АССР), областных и краевых центрах и в ряде крупных городов, оказывали лечебно-профилактическую помощь преимущественно населению этих городов, а нуждающиеся в наркологической помощи подростки из других городов и сельской местности оставались вне поля зрения специалистов. В большинстве случаев не были созданы отделения или изолированные палаты для оказания стационарной наркологической медицинской помощи подросткам.

В целом сеть подразделений, оказывающих наркологическую помощь несовершеннолетним, была недостаточно развита, а в ряде регионов практически отсутствовала, сводясь к одному подростковому кабинету (ПК) в региональном диспансере, где работали в лучшем случае два специалиста. Естественно, они просто физически были не в состоянии охватить всех проживающих на обслуживаемой территории школьников и другие организованные контингенты детей и подростков.

И по сей день в организации наркологической помощи подросткам остались прежние недостатки: маломощность ее звеньев; незавершенность структуры и слабая преемственность в работе; малодоступность наркологической помощи подросткам районных городов, сел и деревень; отсутствие координации межведомственных профилактических усилий и многое другое.

Время привнесло в эту работу новые трудности, связанные с социально-экономическими изменениями в стране, которые существенно затронули сферу деятельности наркологической службы. Среди основных причин фактического развала государственной наркологической службы в стране В.Ф.Егоров (1997) выделил следующие:

- бесконтрольное наводнение рынка огромным количеством алкогольных напитков с одновременным значительным снижением их стоимости (в пропорции к стоимости основных продуктов питания), из-за чего годовое потребление алкоголя на душу населения (по оценочным экспертным данным) увеличилось в 1,5–2 раза;
- ликвидация административных механизмов борьбы со злоупотреблением алкоголем (прекращение деятельности комиссий по борьбе с пьянством и алкоголизмом при исполнительных органах власти, на предприятиях и учреждениях; самоустранение милиции от работы с пьяницами и от применения к ним административного ан-

тиалкогольного законодательства), что в свою очередь лишило амбулаторное звено наркологической службы основного источника первичного выявления больных алкоголизмом и средства осуществления активного диспансерного наблюдения за ними;

– ликвидация лечебно-трудовых профилакториев, а вместе с ними и всего института принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями;

– разгосударствление промышленных предприятий, после чего их новые хозяева, во-первых, отобрали у наркологической службы занимаемые ею помещения, где были развернуты наркоотделения, и, во-вторых, ликвидировали фельдшерские наркологические пункты и общественные наркопосты, что практически привело к ликвидации промышленной наркологии как таковой;

– появление огромного количества негосударственных структур наркологического профиля (например, только Московской городской комиссией по лицензированию медицинской деятельности на 20 февраля 1997 года было выдано 140 лицензий по специальности «наркология» различным юридическим и физическим лицам; а частные фирмы, как известно, занимаются в основном только выведением больных из запоя и купированием наркотической абстиненции);

– сокращение бюджетного финансирования наркологических учреждений и как результат – нерегулярно получаемая медицинским персоналом заработная плата и ее низкий уровень.

Эти объективные обстоятельства, серьезно осложнившие деятельность наркологической службы, усугубились отсутствием должного внимания к проблемам алкоголизма и наркомании со стороны администраций многих регионов и руководителей местных органов здравоохранения.

Тревожным признаком является снижение показателей заболеваемости алкоголизмом среди подростков при одновременном увеличении заболеваемости наркотоксикоманиями. В то же время отмечается рост числа отравлений бытовыми химическими веществами, употребляемыми подростками с целью вызвать состояние одурманенности и приводящими к формированию токсикоманий, чему в немалой степени способствует бесконтрольная продажа этих веществ детям и подросткам. Эти данные свидетельствуют о том, что среди подростков формируется субкультура предпочтения наркотиков и токсикоманических средств традиционному ранее потреблению алкоголя.

Состояние наркологической помощи детям и подросткам нуждается в серьезном улучшении и совершенствовании. В последние годы Минздрав России пытался уделять довольно пристальное внимание проблемам детско-подростковой наркологии. Приказом МЗ РФ № 287 от 29.09.97, отменившим приказ № 1177 от 3.11.87, для амбулаторного приема установлена одна должность психиатра-нарколога на 20 тыс. детско-подросткового населения с рекомендацией в дальнейшем ежегодно пересматривать число штатных должностей в зависимости от количества больных, впервые выявленных в отчетном году, и численности группы профилактического наблюдения. Для оказания амбулаторной наркологической помощи детско-подростковому населению сельских районов установлено не менее 0,5 должности психиатра-нарколога, в стационарных подразделениях – одна должность психиатра-нарколога на 15 коек для лечения детей и подростков и одна должность врача-психотерапевта на 25 коек (вместо 0,5 должности психиатра-нарколога). Должность заведующего отделением для лечения детей и подростков введена вместо 0,5 должности врача из расчета до 25 коек в отделении, а на 25 и более коек – сверх должностей врачей. В штатах областных (республиканских, краевых) наркологических учреждений устанавливает-

ся одна должность заместителя главного врача по детско-подростковой наркологии и одна — психиатра-нарколога по организационно-методической и консультативной работе среди детей и подростков. В стационарах для лечения детей и подростков, употребляющих ПАВ, введена также одна должность психолога на 15 коек и одна должность специалиста по социальной работе на 25 коек, а кроме того, — одна должность психолога на одну должность участкового психиатра-нарколога для амбулаторного приема населения. Этими мерами была обеспечена реальная возможность увеличения специализированного коечного фонда для оказания стационарной помощи несовершеннолетним с наркологической патологией, для активной лечебной, психокоррекционной, психотерапевтической работы с ними.

Проанализировав состояние наркологической помощи несовершеннолетним, М.Г.Цетлин с соавт. (1997) внесли следующие предложения:

- создать систему социолого-эпидемиологического мониторинга наркологической ситуации среди детско-подростковых контингентов;
- развернуть во всех регионах сеть детско-подростковых наркологических кабинетов; эти кабинеты, организационно входящие в структуру территориальных НД, предпочтительно располагать на базе детских поликлиник; следует уделить внимание созданию комплексных детско-подростковых центров, ориентированных на выявление как соматических, так и наркологических заболеваний;
- организовать в каждом регионе стационарную помощь детям и подросткам с наркологической патологией, предпочтительно — в виде самостоятельных отделений или изолированных палат в наркологических стационарах;
- создать в регионах службы медико-социальной и медико-психологической помощи проблемным детям и подросткам и их реабилитации, которые должны входить в единые региональные системы экстренной медико-социальной помощи детям с девиантным поведением или находящимся в кризисных ситуациях (беспризорные, беженцы и т.п.);
- всячески поддерживать общественные инициативы по созданию широкой сети учреждений, ведущих консультативную, профилактическую и реабилитационную работу; такие учреждения, организуемые на автономной частной, общественной, благотворительной, конфессиональной основе, привлекающие к своей работе энтузиастов, в том числе бывших больных, в то же время должны входить в государственную систему наркологической помощи детям и подросткам;
- соответствующим ведомствам (МВД, Минюст, Госпрокуратура, МЗ, Минтруда и соцзащиты, Минобразования) необходимо подготовить в полном объеме нормативно-правовую документацию, четко регламентирующую и обеспечивающую проведение профилактической работы по предупреждению вовлечения несовершеннолетних в потребление ПАВ;
- обратить внимание соответствующих ведомств на необходимость ускорить разработку и внедрение в систему среднего и высшего образования целевых обучающихся (дифференцированных для различных возрастных групп) программ по проблемам здорового и безопасного, в том числе в отношении ПАВ, поведения и шире — образа жизни, создать систему подготовки специалистов для такой работы;
- администрациям всех территорий необходимо разработать и принять к исполнению региональные программы профилактики и преодоления потребления алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ детьми и подростками, изыскать средства для их финансирования;

– ведущим научным учреждениям (НИИН, С.-Петербургский ПНИ им. В.М.Бехтерева, Северный (г. Архангельск), Хабаровский, Владивостокский государственные медицинские университеты, Красноярский медицинский институт) поручить разработать и предложить к внедрению региональные базовые организационно-методические модели детско-подростковой наркологической службы;

– разработать стратегическую концепцию и активно проводить широкую антинаркотическую кампанию.

Эти очень хорошие и нужные предложения продолжают быть актуальными и по сей день. Однако в большинстве своем они остались только на бумаге, поскольку в профилактике алкоголизма и наркомании среди подростков в настоящее время есть ряд принципиальных *проблемных ситуаций*, которые имеют решающее значение для построения эффективных антиалкогольных и антинаркотических программ для несовершеннолетних. Корни этих проблем во многом связаны с аномией – состоянием общества, которое характеризуется негативным отношением к существующим нравственным нормам (Пелипас В.Е. и др., 1999; Сидоров П.И., Митюхляев А.В., 1999; Мирошниченко Л. и др., 2000; Надеждин А.В., 2000).

### **1. Отсутствие в обществе нормы-предписания, запрещающей употребление спиртных напитков и других ПАВ подростками:**

- нет внятной позиции государства и общества по вопросам профилактики алкоголизма и наркомании;
- употребление алкоголя и других ПАВ в подростковой среде считаются вполне допустимыми и нормальными явлениями;
- позиция общества, прежде осуждавшего пьянство и наркотизацию, требовавшего от подрастающего поколения соблюдать принцип абсолютной трезвости, стала более терпимой и либеральной;
- подростки не встречают ограничений (кроме денежных) в приобретении и употреблении спиртных напитков и других ПАВ. Они не ощущают внимания общественности к проблемам пьянства и наркотизма. В то время как для взрослых, оказавшихся в состоянии сильного опьянения в общественных местах, существуют медицинские вытрезвители в качестве воплощения общественных санкций, подростки считают допустимым пребывание своего сверстника в таком виде на дискотеке, а взрослые относятся к подобному поведению с безразличием или дистанцируются от него, закрывая глаза на это явление.

### **2. Проалкогольный и пронаркотический характер подростковой субкультуры:**

- потребление спиртных напитков и других ПАВ стало элементом образа жизни подростков; выросла доля потребителей и злоупотребляющих; снижен порог чувствительности к нарушению трезвости; пристрастие к алкоголю и другим ПАВ оказываются незначимым и для формирования дружеских связей; социальная среда не противодействует развитию злоупотребления спиртными напитками;
- в молодежной среде сложилась и активно себя воспроизводит наркогенная и алкогольная субкультура, практически неконтролируемая обществом.

### **3. Своеобразная анозогнозия алкоголизма и наркотизма в подростковой среде:**

- подростки воспринимают алкоголизм и наркоманию как дурные привычки, которые можно преодолеть;
- подростки реально беспомощны в ситуациях, когда хотят помочь другу или члену семьи, они считают первичную профилактику задачей родителей, также не подготовленных к ее решению;

- основными «агентами» вторичной профилактики считаются сверстники;
- медикам подростки отводят едва ли не последнее место, слабо осознавая медицинские аспекты интоксикации, не придавая особого значения развитию зависимости.

#### **4. Необоснованные претензии подростков на самостоятельность в принятии решения об употреблении алкоголя и других ПАВ:**

- подросток не может самостоятельно и адекватно решать вопросы, связанные с потреблением алкоголя и других ПАВ;
- подростки считают индивидуальную активность и личную позицию наиболее эффективным средством противодействия часто не осознаваемому ими алкогольному и наркотическому давлению среды, которое выражается, в частности, в отсутствии поддержки трезвеннических установок, в терпимом отношении к злоупотреблению алкоголем и другими ПАВ, в бездействии по вопросам профилактики, в неконтролируемости групповой алкоголизации и наркотизации несовершеннолетних.

#### **5. Неготовность семьи к воспитанию здорового образа жизни детей и последовательному формированию нравственно-ценностных иммуногенов алкоголизации и наркотизации:**

- деформация института семьи в ходе рыночных реформ и резкого расслоения общества по социально-экономическому вектору. Высокие уровни распространенности раннего алкоголизма и наркомании «от бедности» и «от сытости»;
- маргинализация общества проявилась в нарушении преемственности поколений, протестном позиционировании молодежной субпопуляции, росте потребительско-инфантильных настроений как почве девиантного образа жизни.

#### **6. Девальвация приоритетов гигиенического и нравственного воспитания в школе, отсутствие методологической и кадровой базы системного антиалкогольного и антинаркотического воспитания:**

- снижение морального авторитета учителя и учительства в рыночной ситуации;
- отсутствие эффективных программ формирования жизненных навыков, безопасности жизнедеятельности, антиалкогольной и антинаркотической пропаганды.

#### **7. Низкая эффективность государственной наркологической службы (в том числе подростковой и детской):**

- методологическая неадекватность нозоцентрических подходов наркологии к организации первичной профилактики в рамках превентивной наркологии;
- отсутствие системного подхода к поддержке общественных и негосударственных форм медико-социальной помощи и реабилитации.

Приоритетными направлениями в организации профилактики зависимости от ПАВ у подростков в настоящее время в России являются:

- 1) концептуальная разработка и скорейшая практическая реализация государственной политики в отношении предупреждения массового вовлечения детей и подростков в потребление алкоголя, наркотиков и других ПАВ;
- 2) разработка и повсеместное внедрение целевых обучающих программ, охватывающих детей от дошкольного до старшего школьного возраста;
- 3) активное формирование адекватного современным реалиям общественного мнения в отношении поведения, связанного с потреблением алкоголя и наркотиков, механизмов содержательного информирования и эффективного воздействия в этом направлении на массовое сознание, семейные установки и традиции, представления и системы оценок в подростковой среде;

- 4) обеспечение системного отслеживания, социально-психологического мониторинга всего спектра доминирующих представлений, взглядов, мнений, оценок в отношении алкоголя и наркотиков в среде детей и подростков, а также среди родителей и преподавателей, их связь с действующими социальными нормами и установками;
- 5) организация повсеместно доступного, низкопорогового, доверительного контакта специалистов-наркологов, психологов, социальных работников с детьми и подростками, имеющими те или иные наркотические проблемы и нуждающимися в совете, консультации, помощи, а также с членами их семей.

Несмотря на общие для здравоохранения и образования проблемы, на многих российских территориях новые формы медико-социальной помощи населению активно внедряются, исходя из местных потребностей и условий. Так, например, *подростковые медико-психологические центры* (с различными вариантами их названий и набором структурных подразделений) открыты в Псковской, Воронежской, Московской, Читинской, Белгородской, Курганской, Новосибирской, Томской, Омской, Нижегородской, Амурской, Самарской, Иркутской, Смоленской, Архангельской областях, в Хабаровском крае, в Республиках Татарстан и Башкортостан.

В частности, в Омске с 1995 г. работает *городской детско-подростковый наркологический диспансер* (ДПНД), где психиатры и психологи проводят диагностику и лечение острых проявлений алкогольной и наркотической зависимости, индивидуальную и групповую психотерапию у детей и подростков, семейную психотерапию. Большое внимание уделяется совместной с образовательными учреждениями и УВД, учреждениями соцзащиты и культуры консультативно-методической работе. Широкий медико-социальный подход к лечению юных алкоголиков и наркоманов дает высокую эффективность.

В Новгороде с 1996 г. действует *лечебно-профилактическая программа «Вероника»*, цель которой — прервать формирование химической зависимости у школьников. В реализации программы принимают участие наркологическая служба области, психологи и педагоги школ, сотрудники инспекции по делам несовершеннолетних УВД, а также общественные организации.

В Чите на базе областного наркологического диспансера организована и с 1997 г. действует *группа «Алатин»* (сейчас во всем мире сотни таких групп помощи подросткам из пьющих семей, а первая была создана в 1957 году в Калифорнии). Здесь подростки получили возможность открыто обсуждать свои проблемы, порождаемые острым эмоциональным и социальным неблагополучием.

В настоящее время активно развиваются новые формы и технологии медико-социальной и медико-психологической работы с подростками, которую ведут специалисты нового профиля — социальные работники и медицинские психологи; их подготовка активно началась в медицинских вузах страны. В частности, в СГМУ такая подготовка по шведской модели идет с 1991 г. на базе Международного социального колледжа, организованного совместно с университетом г. Умео (Швеция).

В Архангельске с 1993 г. функционирует *Центр социальной помощи подросткам* (ЦСПП), в структуре которого до 2001 года работал приют. Управлением образования мэрии г. Архангельска был определен социальный заказ центру на обучение и проживание детей. С 1996 г. это учреждение именуется Архангельским муниципальным *центром психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям и под-*

ростам, а его приют был передан вновь созданному *Социально-реабилитационному центру для несовершеннолетних детей*.

Первоначально ЦСПП, где трудились 44 сотрудника, среди которых люди самых разных профессий, в том числе и социальные педагоги, представлял собой комплексное детско-подростковое амбулаторно-стационарное учреждение социальной помощи. Оно включало в себя несколько подразделений — приют на 30 мест (проживание до шести месяцев); начальную школу; отдел дополнительного образования «Досуг»; школу начального профессионального образования, готовящую радиоператоров и мотористов-рулевых; свой флот (два пассажирских теплохода и буксир); отдел «Здоровье», оказывающий медицинскую и психологическую помощь детям и подросткам. Деятельность этих подразделений была направлена на проведение профильной для учреждения профилактики и практической помощи, а также осуществление социальной реабилитации детей и подростков, возраст которых колебался от 7 до 17 лет. Однако формировались они преимущественно не по возрастному принципу, а по характеру деятельности и оказываемой медико-социальной помощи.

В работе центра можно выделить ряд основных направлений комплексной реабилитации детей и подростков. Это, в частности, выявление, диагностика и квалификация тех или иных нарушений в развитии и поведении ребенка; коррекция этих нарушений; психологическая помощь, направленная на преодоление трудностей в обучении; развитие интеллектуальных, коммуникативных и творческих способностей детей и подростков; обучение школьников навыкам безопасного для здоровья поведения и др.

Опорными блоками ЦСПП были приют и отдел «Досуг», последний более многочисленный по количеству посещавших его детей, добровольно выбирающих занятия в том или ином кружке или объединении. Главная цель «Досуга» — увлечь ребят интересным делом, возможностью творческого самовыражения и самоутверждения, то есть дать то, чего они до прихода сюда были лишены, поскольку большая часть кружковцев — дети из неблагополучных семей, к тому же уже отличившиеся девиантными формами поведения.

В составе этого отдела работает вокально-инструментальная студия «Провинция», ансамбль которой в 1996/97 учебном году стал победителем областного конкурса молодых эстрадных исполнителей «Северная звезда». В творческом объединении «Гитара» ребята овладевают навыками игры на шестиструнной гитаре, аккомпанементом, изучали основы музыкальной грамоты. Здесь есть кружки и секции общей физической подготовки. Объединение «Домашний парикмахер» не только дает навыки парикмахерского искусства, но и учит своих воспитанников правилам личной гигиены, умению подобрать свой стиль, создать собственный имидж. В кружке декоративно-прикладного творчества ребята учатся резьбе по дереву, а также изготовлению декоративной мебели и предметов домашнего обихода. За первые пять лет существования центра через отдел дополнительного образования «Досуг» прошло около 1200 детей и подростков, более половины из них — из группы риска. Таким здесь в противовес общепринятому всегда была «зеленая улица».

Школа начального профессионального образования также рассчитана преимущественно на тех, кто состоит на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних и даже имеет судимости. Это в основном троечники, получившие «средний» балл по принципу «три пишем, два — в уме», дабы избавить от них школу. Не возьми их под опеку центр, они остались бы на улице — без профессии, без средств к существова-

нию. После окончания при центре школы начального профессионального образования более 50 радиооператоров нашли свое применение в армии, Гидрометеослужбе и других организациях. Мотористы-рулевые, получившие здесь знания по устройству судов, судовых силовых установок, их эксплуатации и ремонту, тоже выходят в жизнь с профессией, востребованной в портовом городе. А собственный флот, на котором ребята проходят практику, – это гордость центра, поскольку он дает прекрасную возможность вывезти детей в летнее время из приюта на природу, а подростков, направленных в центр инспекцией по делам несовершеннолетних, оторвать от привычной асоциальной компании и дать пример других взаимоотношений, иных интересов и увлечений.

Следует заметить, что большинство работников центра – мужчины (психолог, руководители кружков, педагоги). Общаясь с ними, дети из неполных семей, выросшие без отца, восполняют недополученный опыт общения на уровне «отец – сын (дочь)», «воспитатель – воспитуемый», на конкретном примере получают представление о роли мужчины в обществе. И это для них очень важно.

Находящийся сейчас в структуре Социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних приют был открыт в ЦСПП в 1994 году. Основной задачей его стало оказание социальной поддержки безнадзорным детям и подросткам, организация их временного проживания, оказание правовой, медико-психолого-педагогической помощи и дальнейшее жизнеустройство. Судьбу ребенка определяют социальные работники центра. Чаще всего развитие процесса идет двумя путями: либо возвращение ребенка в семью после решения конфликтных ситуаций, либо определение в интернат или детский дом в случае лишения родителей их прав на ребенка. Последний вариант наиболее характерен для семей, где один или оба родителя алкоголики, и наименее благоприятен с точки зрения медико-социальной реабилитации ребенка. Если ребенок возвращается в семью, то он находится под наблюдением службы патронажа центра и, как правило, посещает кружки и секции отдела досуга. Подобная преемственность стационарных и амбулаторных реабилитационных мероприятий позволяет сформировать у детей и подростков более стойкие установки на здоровый образ жизни.

Поскольку в приют чаще всего попадают дети школьного возраста, и живут они там длительное время, при центре организована начальная общеобразовательная школа, которая работает в режиме пятидневной недели с продолжительностью уроков 40 минут. Цель этой школы – заложить основы всестороннего развития детей, обеспечить формирование прочных навыков осознанного чтения, грамотного письма, развитой речи. В год здесь обучается в среднем 40 детей. В школу учащиеся (с разным уровнем обученности, в разном психическом состоянии, многие – с девиантным поведением) поступают на протяжении всего учебного года. Поэтому учебный процесс начинается здесь только после совместной работы психиатра, педиатра, социального педагога.

Дети, да и подростки, попадают в приют чаще всего запущенными, далеко не всегда здоровыми. Поэтому помимо проведения санитарно-гигиенических мероприятий они проходят здесь обследование и лечение у педиатра, психиатра, психотерапевта. Детям назначают курсы общеукрепляющих и оздоровительных процедур, массаж, фитотерапию и лечебную физкультуру. С каждым ребенком (особенно подростком) проводится индивидуальная работа по формированию активной установки на здоровый образ жизни. Все дети, проживающие в приюте, участвуют

в кружках и секциях центра, ежедневно занимаются уборкой жилых помещений, моют посуду, стирают личные вещи, словом, живут домашним бытом, которого у многих из них прежде не было. Покидая приют, дети оставляют свои отзывы, пишут «письма» этому дому и его обитателям. И сколько в этих строках искренней благодарности! Тринадцатилетняя Оксана (отца нет, мать лишена родительских прав), уходя в интернат, написала: «Моим любимым и дорогим... Я вас никогда не забуду».

В 1997 году центр был включен в список опорно-образовательных учреждений федеральной целевой программы «Развитие социального обслуживания семьи и детей», входящей в президентскую программу «Дети России». Министерство общего и профессионального образования РФ выразило коллективу Архангельского муниципального центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям и подросткам признательность «за внимательное отношение к детям группы риска и профессиональное решение их проблем».

В научно-методическом плане проведением медико-социальной и психосоциальной реабилитации детей и подростков руководят преподаватели Международного социального колледжа при СГМУ. С этой целью в рамках договора университета и центра сформирована научная программа. Помимо исследовательского раздела она содержит и задачи по оказанию практической помощи. Все сотрудники центра прошли переподготовку в Международном социальном колледже (Сидоров П.И., Вязьмин А.М., 1998).

В 2003 году исполнилось 15 лет экстренной *психологической помощи по телефону доверия*, организованному на добровольных началах (Марченко В.Н., 2003). В его работе приняли участие около 150 добровольцев. В основном это были студенты факультетов клинической психологии и социальной работы СГМУ. Кроме того, в роли волонтеров выступали и бывшие наркоманы, алкоголики. Им работа на телефоне доверия давала возможность реализовать свой жизненный опыт, почувствовать себя востребованными и развивать в себе такие личностные ценности, как гуманизм и бескорыстие (следует заметить, что 75% из них имели стойкую ремиссию, возможно, участие в такой работе способствовало этому обстоятельству).

Только за последние пять лет волонтерским линиям и профессиональному каналу доверия свои горькие тайны около ста тысяч человек, обратившихся на «телефон доверия». Это были обращения по самым различным поводам, но чаще всего — в связи с психологическими и социальными проблемами, связанными с употреблением алкоголя и наркотиков, с насилием и унижением, с кризисными ситуациями. Среди абонентов подростки в возрасте до 15 лет составили 9,6%, молодые люди от 15 до 29 лет — 29,3%. На каналы добровольной помощи молодежь обращалась в два раза чаще. К настоящему времени подготовку в школе консультантов-волонтеров прошли около 300 человек. Волонтерские группы социальной помощи на дому осуществили около 600 посещений. Это было конкретное участие в судьбах людей с проблемами алкоголизма и наркомании, обратившихся за психологической или гуманитарной помощью.

В рамках реализации программы медико-социальной помощи беспризорным детям с наркологическими проблемами, разработанной Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (фонд «НАН») совместно с наркологическим диспансером №12 г. Москвы, в Юго-Западном округе Москвы с 1992 г. функционирует новое по форме учреждение социальной помощи населению — *Центр медико-психологической помощи детям и подросткам с приютом-убежищем*

при фонде «НАН». Этот приют предоставляет временное убежище (на срок до 6 мес.) детям и подросткам до 16 лет с различными формами и степенью тяжести дезадаптации, оказавшимся в кризисной ситуации. Приют стал интересной моделью «открытой» стационарной службы оказания социальной, медицинской, психологической, правовой помощи дезадаптированным детям.

Центр медико-психологической помощи детям и подросткам – первый в Москве специализированный приют для детей, убежавших из дома, утративших его по каким-либо причинам или решивших временно «отделиться» от своих родителей, независимо от их (родителей) желания. В приют поступают дети покинутые, брошенные, утратившие семейные и родственные связи, оставшиеся без надзора, попечения и крова, бродяжничающие (в том числе задержанные за бродяжничество сотрудниками милиции). В приют приходят также (преимущественно – самостоятельно) дети, оказавшиеся в трудной ситуации в связи с проживанием в конфликтных, дисфункциональных, распадающихся, патологических семьях. Речь идет об эмоциональной и социальной депривации в семье, обусловленной тяжелой материальной ситуацией, отсутствием приемлемых бытовых условий, условий для учебы, адекватного общения, наличием тягостной морально-психологической атмосферы – с физическим насилием над детьми (вплоть до нанесения увечий, актов incesta и т.п.), с вовлечением детей в пьянство, потребление наркотиков, воровство, проституцию, другие противоправные действия. До поступления в приют некоторые дети состояли на учете в детских комнатах милиции. Свое пребывание в приюте они рассматривают прежде всего как способ ухода от конфликтной ситуации, в том числе – с правоохранительными органами.

О значимости наркологической проблематики для этих детей убедительно говорит тот факт, что в 98% случаях это дети из семей, где алкоголем зачастую злоупотребляют оба родителя или пьют мать и сожитель, а также старшие братья и сестры. В 15% случаев отмечено употребление наркотиков и токсикоманических средств (отдельные эпизоды; в единичных случаях – систематическое употребление транквилизаторов и других психотропных препаратов; иногда – курение гашиша, проба «маковой соломки»).

Программа медико-социальной помощи, действующая в приюте, включает следующие разделы: комплексное медицинское, психологическое, наркологическое и социальное обследование детей; оказание лечебной и социальной помощи; разработка и реализация индивидуальных программ психокоррекции, личностной и социальной реадaptации и реабилитации детей. При этом одна из целей программы – обеспечение непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий при возвращении детей в семью, в учебные и учебно-воспитательные учреждения системы образования.

В наркологическом плане особенно показательной оказалась старшая возрастная группа (14–16 лет). Туда поступают дети из семей алкоголиков, не раз подвергавшиеся жестокому обращению. У них примерно с 10–11 лет начало формироваться девиантное (и делинквентное) поведение, спектр проявлений которого быстро расширялся. После ухода из дома эти дети жили на вокзалах или в подвалах, чердачных помещениях. Большинство из них эпизодически (с частотой 1–2 и более раз в месяц) употребляли в различных алкоголизирующих компаниях спиртные напитки, в том числе и крепкие. Алкоголизация в данном случае может быть расценена как привычное бытовое пьянство, обусловленное ситуационным принятием групповых норм поведения. Большин-

ство из этих подростков периодически пробовали наркотики или таблетированные лекарства («колеса»), свойственные наркосцене московского региона.

Необходимо подчеркнуть следующее парадоксальное явление. Несмотря на то, что основной причиной ухода из дома у многих детей является пьянство родителей, они, находясь в «бегах», сами начинают употреблять алкогольные напитки. И объясняют свое стремление выпить желанием «повысить настроение», не проводя при этом никакой параллели с пьянством родителей, а наоборот, как бы абстрагируясь от него, вытесняя из памяти о своем прошлом психотравмирующие моменты. Во время беседы дети формально соглашались с доводами о вреде алкоголя и тех неприятностях, которые они уже имели в связи с алкогольным поведением; при этом у них почти полностью отсутствует адекватная эмоциональная реакция, но отмечаются моменты критического отношения к себе, своему поведению.

Появление таких алкоголизирующихся детей в приюте чревато не только развитием конфликтных ситуаций, но и вовлечением других детей в добывание спиртных напитков. При этом необходимо учитывать, что дети, находящиеся в приюте, в силу своей психологической неустойчивости, незрелости психики весьма внушаемы, и если появляется лидер с негативными установками, они легко могут вовлечься в различные эксцессы и конфликты, вплоть до ухода из приюта вслед за лидером.

Анализ контингента детей, находящихся в приюте, показывает, что наиболее существенную роль в их бродяжничестве сыграли именно проблемы алкоголизации, наркотизации, а также другие формы отклоняющегося от социальных норм поведения окружающих. Специфические проблемы наркологического характера у этих детей складываются из следующего:

- алкоголизм или злоупотребление алкоголем в семье (родители, старшие братья и сестры);
- возможность и приемлемость группового и личного потребления алкогольных напитков, а также наркотиков и других психоактивных веществ во время бродяжничества;
- алкогольные эксцессы, имеющие место в приюте или – чаще – вне его во время кратковременных отлучек.

В этой связи аналогичные учреждения будут занимать особое место в деле помощи детям и семьям больных алкоголизмом и наркоманиями. Кроме того, данные учреждения могут и должны стать центрами первичной профилактики наркологических заболеваний, детской и подростковой преступности и проституции.

Только за три первых года через приют прошло более 500 детей. Опыт показал, что уже с первого дня пребывания в приюте дети преодолевают имеющийся дефицит общения, получают необходимое внимание и, следовательно, возможность положительного эмоционального контакта. Многие из них отвечают на добро добром. Это положение подтверждает обоснованность пребывания детей в приюте в течение длительного времени (3–6 месяцев) для формирования и закрепления позитивных поведенческих реакций, устранения предпосылок к девиантному поведению в будущем.

Результаты работы приюта можно признать успешными как в плане позитивной динамики личностно-поведенческого статуса детей, так и в отношении употребления табака, алкоголя и других ПАВ. Более 35% детей по собственному желанию вернулись в семьи или были взяты под опеку; 30% помещены в различные детские учреждения; остальные – по истечении срока или самовольно – покинули приют, значительная часть из них повторно, иногда неоднократно вновь возвращались в него (Валентик Ю.В. и др., 1997).

В ряде наркологических диспансеров России в начале 1990 г. стали открываться *отделения медико-социальной помощи подросткам*. В качестве примера можно привести опыт работы такого отделения в уже упомянутом наркологическом диспансере №12 г. Москвы.

Структурно отделение включает: амбулаторно-поликлиническую часть, стационары дневного и круглосуточного пребывания (последний играет роль приюта, прежде всего – для детей из семей алкоголиков и наркоманов).

В амбулаторно-поликлинической части реализуются лечебная, послелечебная и профилактическая программы. Они тесным образом взаимосвязаны между собой и направлены на выявление, лечение и социальную реабилитацию подростков, имеющих химическую зависимость, и членов их семей, детей из семей алкоголиков и наркоманов, а также на профилактику химической зависимости у детей и подростков.

В соответствии с этим лечебная программа ведется по трем направлениям: работа с химически зависимыми детьми и подростками; работа с семьями; работа с детьми из семей алкоголиков и наркоманов. Она состоит из следующих компонентов:

- первичные прием и консультирование, ознакомление пациентов с программой лечения, психологическая диагностика;
- индивидуальное консультирование и индивидуальная психотерапия;
- психокоррекционные группы (основанные на идеологии «12 шагов» общества анонимных алкоголиков);
- психотерапевтические группы.

В лечебной программе работают психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники (консультанты). Последние – из числа бывших алкоголиков и наркоманов, длительное время не употребляющих ПАВ.

Послелечебная программа предусматривает:

- организацию групп самопомощи («12-шаговые» группы АА, АН, Ал-Анон, Алатин);
- участие в лечебной программе выздоравливающих алкоголиков и наркоманов в качестве помогающих консультантов;
- совместную с выздоравливающими подростками работу местных структур, отвечающих за организацию досуга подростков, по формированию социально приемлемых форм активности в свободное от учебы и работы время (клубы по интересам, спортивные и туристические секции и т.д.).

Профилактическая программа осуществляется в целях понижения уровня заболеваемости алкоголизмом и наркоманией среди населения. Она ставит следующие задачи:

- повышение уровня знаний населения по вопросам химической зависимости (лекции, семинары, беседы);
- создание обучающих программ для специалистов, работающих с детьми и подростками (врачи, учителя, сотрудники УВД и т.д.), проведение семинаров, тренингов, лекций;
- создание на базе учебных заведений психолого-образовательных программ по проблемам химической зависимости (лекции, уроки, психологические группы);
- образовательно-психологическая, психокоррекционная и психотерапевтическая работа с детьми и подростками из группы риска – из семей алкоголиков и наркоманов, из асоциальных, дисфункциональных и неблагополучных семей (психокоррекционные и психотерапевтические группы, лекции).

Создание отделения существенно расширило возможности оказания наркологической помощи, а также организации процесса психологической и социальной реабилитации детей, имеющих наркологические проблемы. Лежащие в основе работы отделения принципы добровольности обращения, участия в лечебных и послелечебных программах, а также принцип анонимности обеспечивают более активное обращение детей и родителей в отделение по сравнению с подростковым кабинетом наркологического диспансера, где сохраняется традиционная система постановки на учет, наблюдения за контингентом и осуществления лечебно-реабилитационного процесса (Зыков О.В., 1997; Валентик Ю.В. и др., 1997).

В дальнейшем на базе наркологического диспансера №12 г. Москвы была разработана концепция «Реабилитационного пространства», предусматривающая разноплановые акции с подростковым контингентом групп риска по алкоголизации и наркотизации. В структуре «Реабилитационного пространства» функционируют социальная служба (подразделения «Ребенок на улице», «Ребенок дома»), программы «Дорога к дому», «Зебра», «12 шагов», «Перекресток», «Телефон доверия». Работа строится в мультидисциплинарном режиме, объединяя врачей, социальных работников, психологов (Блистинова З.А. и др., 2000).

Все приведенные примеры свидетельствуют о том, что в последние годы активно внедряется медико-социальная стратегия помощи подросткам, отягощенным наркологической проблематикой. Основными характеристиками этой системы являются: экстранозологичность и экосистемность, комплексность и полимодальность, междисциплинарность и солидарность, конструктивность и концептуальность. В настоящее время происходит переход от использовавшейся длительное время медико-центрической модели наркологической помощи к полипрофессиональной (полицентрической) – медико-социопсихологической модели. Это означает отход от доминирования методов биологического воздействия в пользу комплексных лечебно-реабилитационных программ, включающих разнообразные социо- и психотерапевтические технологии, реконструирующие личность подростка и повышающие уровень ее психосоциальной адаптации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение главы повторим, что наиболее важным педагогическим аспектом *наркологической превентологии* является пропаганда здорового образа жизни, воспитание семьей и школой у детей и подростков стремления следовать его нормам. При этом следует помнить, что здоровый образ жизни – понятие более широкое, чем просто соблюдение неких гигиенических или педагогических правил. Это прежде всего создание условий для наиболее полного раскрытия человеческого потенциала подрастающих поколений через воздействие социальной среды на главные элементы их здоровой социализации.

Особенность современного антинаркотического и антиалкогольного воспитания состоит в инновационных методах обучения, которые заставили педагогическую теорию отказаться от абсолютного образовательного идеала – всесторонне развитой личности и перейти к новому идеалу – максимальному развитию способностей человека к саморегуляции и самообразованию.

Большое значение в распространении норм и требований здорового образа жизни отводится средствам массовой информации и рекламе. К сожалению, сегодня

реклама зачастую выполняет обратную функцию, пропагандируя нездоровый, а то и деструктивный образ жизни.

Эффект рекламы алкоголя заключается не в мгновенном воздействии на его потребление, а том, что она является мощным способом формирования взглядов на алкоголь в общественной жизни, ассоциируя его с приятными моментами жизни и оставляя вне поля зрения вредное влияние.

Профилактика асоциальных форм поведения среди подростков должна быть ранней и начинаться с профилактики алкоголизации, так как доказано, что она (часто вместе с табакокурением) предшествует наркотизации. На этапе приобщения детей и подростков к алкогольным напиткам наибольшее влияние оказывают питейные традиции и обычаи, на этапе дальнейшего развития алкоголизации – социально-психологические факторы (состав семьи, контроль со стороны семьи, употребление алкоголя в семье, досуг, успеваемость в школе, отношение референтной группы к употреблению вещества). На развитие наркотизации влияет фактор контроля со стороны родителей.

# ПРЕВЕНТИВНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В данной главе представлен историко-аналитический обзор использования алкоголя и наркотиков в лечебных и этнокультуральных целях. В рамках этого нам представляется также важным, отбросив то, что называют честью мундира, поднять серьезную проблему алкоголизации и наркотизации врачей и студентов медицинских вузов.

Морально-этические и интеллектуально-мнестические нарушения, формирующиеся на определенном этапе развития алкоголизма или наркотизма у врачей и студентов, вызывают выраженное снижение профессиональных и социальных функций, а зачастую приводят к невозможности дальнейшей работы по специальности. Проблема осложняется тем, что по роду своей деятельности врачи имеют доступ к ПАВ; они больше, чем представители других социальных групп населения, осведомлены об особенностях действия наркотиков и алкоголя. С другой стороны, интенсивность работы, различные личностные и эмоциональные проблемы, оставшиеся нерешенными, могут вызвать реакцию «бегства» к наркотикам или алкоголю. В этом случае под угрозой находится жизнь не только самого врача, но и общества в целом.

Результаты изучения частоты и особенностей развития зависимостей у врачей позволяют отметить сравнительно раннее их приобщение к систематическому употреблению алкоголя и наркотиков, что в свою очередь обуславливает начало болезни в молодом возрасте. Это ставит задачу эффективной профилактики зависимости от ПАВ в студенческой среде, воспитания у студентов медицинских вузов здорового образа жизни.

## ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Практически все основоположники медицинской науки причисляли вино к лекарственным веществам. И это понятно, поскольку внешние эффекты, производимые спиртными напитками, были наиболее яркие и зримы как для врача, так и для больного.

Авиценна писал, что «умеренное употребление вина способствует прохождению пищи, улучшает пищеварение... и восстанавливает притупившийся аппетит». По подсчетам И.И.Брехмана (1976), более двухсот лекарственных прописей, приведенных в Каноне Авиценны, приготавливаются на вине. Приведем в качестве примера майсусак (лилейное вино) – сложное лекарство, состоящее из цветков лилии, гвоздики, шафрана, тибетского мускуса и других ингредиентов. Оно рекомендовалось Авиценной при болезнях желудка, печени, кровотечениях и сердечной слабости. Некоторые «лечебные» вина, описанные в Каноне, имеют еще более сложный состав. Авиценна придавал лечебному и профилактическому действию вина очень

большое значение, но многократно предостерегал от чрезмерного его употребления. Он видел в вине средство, мобилизующее собственные силы организма, что ясно из слов, которыми он заканчивает раздел о напитках: «Вознесем же хвалу Аллаху, который сделал вино лекарством, помогающим прирожденным силам».

Гомер писал о благовонных и сладко-душистых винах. Византийская сельскохозяйственная энциклопедия «Геопоника» (X в.н.э.) сообщает, что в вино издавна добавляли еще и многие ароматические травы. Много лечебных «вин» сложного состава в странах Юго-Восточной Азии. Так, японцы до сих пор на Новый год пьют хмельной напиток «о-тосо», настоянный на различных травах.

Алкоголь играл важную роль на протяжении всей истории китайской медицины. Даже китайские иероглифы, обозначающие слова «алкоголь» и «медицина», имеют одинаковый корень, а старая китайская поговорка гласит: «Алкоголь лучше всех лекарств». В классическом издании 2000-летней давности «Каноны медицины Желтого Императора» есть глава с названием «Спиртной отвар», которая содержит много ссылок на использование этого снадобья при лечении различных болезней. Постоянно подчеркивали целебную и профилактическую роль алкоголя китайские лекари и более позднего времени. Знаменитый «Compendium of Materia Medica» Ли Шизхена перечисляет 75 различных алкогольных напитков. Некоторые рекомендовались как общеукрепляющее, другие — для лечения определенных болезней. Некоторые, по описанию, стимулировали аппетит, способствовали пищеварению, действовали как общетонизирующее, применялись для «прогревания поясницы». Другие смягчали почечные расстройства, способствовали перенесению холода и даже улучшали внешность. Вина из желтого риса, виноградные вина, спирт из тростника и многие другие напитки, ферментированные и дистиллированные, применялись в китайской фармакологии. И каждому приписывались определенные полезные свойства.

Эту очевидную связь алкоголя с медициной и лечением показывает китайский тост «за здоровье», который означает больше, чем формальное приветствие: существует истинная, глубокая вера в то, что употребление спиртного件 полезно. В общем понятии алкогольные напитки могут излечивать от многих болезней и предотвращать другие, помогают сохранять здоровье, дают силу и, в конечном счете, предотвращают деградацию в старости. Употребление спиртного в медицинских целях и сегодня не является в Китае оксюморонам в большей степени, чем это было до недавнего времени в западных странах. Можно ожидать, что увеличивающееся число накапливаемых научных наблюдений о долголетиим умеренно пьющих подстегнет многих признать то, что в Китае было известно всегда: умеренное употребление спиртного件 полезно для здоровья, а злоупотребление может причинить вред.

Исходя из традиционной китайской философии, потребность в алкоголе имеет не только физический и материальный смысл, но и является настолько сильным стимулятором человеческих чувств, что он может изменить судьбу человека в сторону удачи или несчастья (Xiao J., 1995). Человеческая натура воплощает в себе добро и зло. И употребление алкоголя может усиливать каждое из этих чувств.

Конфуций не был против употребления спиртного, но предостерегал от «чрезмерного употребления» на том основании, что это может привести к драке. Выпивка была хорошим и приятным занятием в умеренных количествах, но не тем, в чем надо переусердствовать. В употреблении алкоголя видели даже нравственную ценность, поскольку он мог гармонизировать кровь и улучшить состояние здоровья, создавать настроение человеку или группе людей, разгонять меланхолию и добавить счастье

в жизнь. Эти идеи остаются в Китае жизненными и по сей день. Умеренное потребление спиртного здесь не только приемлемо, оно считается нравственной нормой, а то и необходимостью, в то время как злоупотребление им рассматривается как зло.

Широкое применение вина в медицинской практике Древней Греции явилось логическим следствием его возросшего социального значения. В «Гиппократовом сборнике» перечислено более 250 растительных средств, используемых в качестве лекарств. И первое место среди них по частоте упоминания занимает виноградное вино. Гиппократ был последователем Асклепия, считавшегося первым врачом, который применял вино в лечебных целях и говорил по этому поводу: «Едва ли могущество богов равняется пользе, приносимой вином».

Вино употреблялось в качестве самостоятельного лечебного средства (как внутреннего, так и наружного применения) и в виде растворителя других лекарственных веществ. Применение тех или иных сортов вин было высоко дифференцировано. Однако можно предположить, что при таком широком их использовании непременно должны были возникать случаи привыкания к алкоголю. К тому же в некоторых «рецептах» врач намеренно назначал довольно большие дозы вина. Например, при воспалении почек, согласно Гиппократу, может наступить «большая болезнь полых вен, идущих от головы». Для лечения этого страдания он рекомендовал в течение 13 дней ежедневно пить такое количество белого мендейского вина, чтобы началось носовое кровотечение, а затем продолжать пьянствовать, чтобы не дать ему остановиться (Шувалов А.В., 1979).

Еще во времена Авиценны, а возможно и раньше, известно было стремление уменьшить вред алкоголя, ослабить опьянение и похмельные явления. В таких случаях Авиценна рекомендовал определенные прописи. Первое упоминание облегчающего действия на организм опохмеления принадлежит Гиппократу, советовавшему, «если голова болит от пьянства», выпить котилию (0,27 г) «чистого вина» (Шувалов А.В., 1979). По Салернскому кодексу здоровья, «рута, с нею шалфей опьянение винное гонят».

Есть и современные рецепты отрезвляющих средств. В Германии найден якобы чудо-порошок, который отрезвляет за несколько минут. Он состоит из продуктов ферментации кислого молока, различных овощей и орехов кола. Авторы считают возможным добавлять порошок к пищевым продуктам (маргарин, напитки, консервы и др.), так как он не содержит химических добавок и совершенно безвреден (цит. по: Брехман И.И., 1976).

Известен и другой путь «уменьшения» вредного действия алкоголя, когда противодействующие вещества добавляются в бутылку со спиртом. Наиболее распространенной добавкой такого рода является корень женьшеня. В КНДР выпускаются три сорта женьшеневой водки («сам-суль», «сам-ро», «сам-бяк»), которая, как утверждают, менее вредна и в небольших дозах не дает последующих неприятных ощущений. В нашей стране женьшеня очень мало, поэтому не может быть и речи о том, чтобы тратить его на немедицинские цели. И.И.Брехман (1976) предложил для этой цели вместо женьшеня элеутерококк, который по действию весьма ему близок, а в ряде случаев даже превосходит.

На основании экспериментальных исследований И.И.Брехманом с сотр. (1976) разработана рецептура приготовления водки с добавлением экстракта корней элеутерококка (по 20 мл на литр водки). Такой алкогольный продукт под названием «Золотой рог» выпускается во Владивостоке. Он прошел успешные испытания практи-

ческого использования в закрытых регионах Магаданской области. Однако необходимо подчеркнуть, что элеутерококковая водка не является лекарственным препаратом, просто она несколько менее вредна. При приеме внутрь даже чуть больше умеренной дозы человек не ощущает нежелательного последствия алкоголя. Достоверно доказано, что добавленный в водку элеутерококк уменьшает выраженность постинтоксикационного синдрома. И все-таки, как нам кажется, сама идея уменьшения негативных последствий алкогольной интоксикации с помощью различных добавок и композиционных материалов является самообманом. Никакое подобное «усовершенствование» водки не меняет ее токсической сущности.

В этом же плане иллюстрацией нетрадиционного мышления некоторых исследователей является рекомендация добавлять в спиртные напитки фолиевую кислоту для профилактики мегалобластной анемии у больных хроническим алкоголизмом (Kaunitz J.D., Lindenbaum J., 1977). Учитывая системное действие этанола, такого рода рекомендации можно продолжать бесконечно.

Мы считаем попытки смягчить токсический эффект этанола, как и любую симптоматическую коррекцию его последствий, малоэффективным направлением в наркологии. Это своеобразный антиалкогольный оппортунизм, истоки которого кроются в уже указанных недостаточных знаниях врачами вопросов клинической и социальной наркологии.

Следствием этих же причин явилось и прямое назначение врачами спиртных напитков больным с «лечебными целями». Так, в 1898 г. в парижских больницах было израсходовано на терапевтические цели более 3 млн литров красного вина и 35,7 тыс. литров рома, что при расчете душевого потребления больными превышало таковое у каждого здорового жителя Парижа (Jasquet L., 1899).

Наиболее драматично выглядят проблемы «алкогольной терапии», когда речь идет о лечении детского контингента. В этих случаях врач зачастую оказывается инициатором приобщения детей к спиртному. Раннее приобщение детей к употреблению спиртных напитков на рубеже XX в. было связано, конечно, прежде всего с распространенностью алкогольных обычаев и различными культурными факторами. В то же время медицинская общественность еще не была готова глубоко и всесторонне обосновать недопустимость алкоголизации детей и ее последствия. Более того, оставался дискуссионным вопрос о лекарственных свойствах этанола. Так, по материалам Г.П.Горячкина (1896), врач являлся инициатором знакомства детей с алкоголем в 47,4% случаев. Примером недостаточной последовательности врачей в вопросах допустимости употребления алкоголя детьми может служить мнение А.Комба (1904), который писал, что «алкоголь — драгоценное, очень полезное лекарство для детей, но вне этого условия он вреден им, он возбуждает, но не укрепляет, и что его не должно давать детям, пока они не достигнут по крайней мере шестилетнего возраста; от 6 до 12 лет здоровый ребенок может пить немного разведенного водой вина, а от 12 до 18 лет — треть стакана чистого вина».

В то время все еще существовала наука энотерапия, которая открывала широкую дорогу применению алкоголя в качестве лечебного средства. Необходимо было поставить все точки над «i», сказав определенно, полезен или вреден алкоголь. В 1915 г. Пироговский съезд русских врачей принял резолюцию о вреде алкоголя, которая гласила: «...нет ни одного органа в человеческом теле, который бы не подвергнулся разрушительному действию алкоголя; алкоголь не обладает ни одним таким действием, которое не могло бы быть достигнуто другим лечебным средством, действующим по»

лезнее, безопаснее и надежнее; нет такого болезненного состояния, при котором необходимо назначать алкоголь на сколько-нибудь продолжительное время».

Тем не менее, дискуссии о лекарственных свойствах алкоголя, о роли врача в общении населения и детей к спиртному продолжались. Так, по данным Т.М.Богомоловой (1928) и А.И.Исхаковой (1929), врач в 6% случаев был инициатором знакомства детей с алкоголем, по данным И.Канкаровича (1930) – в 1,5%, по данным Михайлова (1930) – в 0,2% случаев. По наблюдениям Б.С.Сигала (1929), в дни прекращения продажи спиртных напитков число рецептов в ленинградских аптеках, выданных на спирт, увеличивалось в 10–15 раз.

Изучением мнения врачей о возможности использования алкоголя в качестве лечебного средства занимались Т.И.Вяземский (300 анкет) в 1911 г. и приват-доцент А.С.Шоломович (387 анкет) в 1927 г. Большинство анкет были заполнены профессорами, доцентами и врачами московских клиник. 66% из числа опрошенных отнесли спиртные напитки к лечебным средствам, из них 15% считали умеренное употребление алкоголя безвредным для взрослых, но вредным для детей, 9% находили допустимым назначение детям вина как лечебного средства, 2% одобрили ежедневные умеренные выпивки как взрослых, так и детей. Лишь 34% врачей совершенно не признавали за алкоголем лечебных свойств (Шоломович А.С., 1928). Сложившаяся ситуация не могла не отразиться на единстве и широте фронта противоалкогольной работы среди населения.

Отголосками описанных тенденций является широкая рекомендация применения алкогольных напитков с лечебной целью таким авторитетным изданием, как «Большая медицинская энциклопедия». «В лечебной практике алкогольные напитки применяются в следующих случаях: 1) при упадке питания и угнетении пищеварительной функции, обусловленных нарушениями общего обмена веществ при алиментарной дистрофии и гипоавитаминозах; 2) в периоде выздоровления после перенесенных инфекционных и других заболеваний, сопровождаемых упадком питания и вялостью функции пищеварительных органов; 3) при шоке, обмороке и сосудистой слабости как средство, рефлекторно повышающее деятельность дыхательного и сосудисто-двигательного центров; 4) при травмах, сопровождающихся резкими болевыми ощущениями и кровопотерями; 5) при длительном вынужденном пребывании на холоде, общем охлаждении организма и отморожении отдельных частей; 6) при лихорадочных состояниях, сопровождающихся общим тяжелым состоянием. Небольшое количество алкогольных напитков предохраняет организм от чрезмерного сгорания жиров, белков, углеводов и несколько ограничивает повышение температуры тела» (Петровский К., 1956). Рекомендации по применению этилового спирта в медицинской практике содержатся и в пособии для врачей «Лекарственные средства» М.Д.Машковского (2000).

Проведенный нами анализ литературы обнаружил очень широкое проникновение алкоголя во многие области медицины. И если его применение в качестве аппликационного или склерозирующего средства может иметь показания, то использование спиртовых растворов для парентерального питания и в качестве секреторных средств, для наркоза и премедикации, снятия напряжения и адаптации представляется в современной ситуации анахронизмом.

Не пытаясь обсуждать показания и эффективность конкретных методик, проиллюстрируем лишь широту фронта алкоголизации в медицине. Так, И.Ф.Горя, М.А.Кириан (1968), «несмотря на малое число наблюдений, не позволяющее делать

каких-либо выводов», настойчиво рекомендуют внутривенное введение 33% спирта в терапии отека легких больным с повреждением центральной нервной системы. Спиртоновокаиновые блокады применяются в терапии генитального и анального зуда (Попов И.С., Сербин В.И., 1968); в обезболивании при гнойных заболеваниях пальцев кисти (Шерметов С.Г. и др., 1968); в лечении тромбофлебитов геморроидальных вен (Агзамходжаев С.М., Куликова Т.Н., 1967; Орынбаев Т. и др., 1969); в терапии невралгии тройничного нерва (Старобинский И.М. и др., 1977); в лечении глоссалгии (Макиенко М.А., 1957), сочетающемся с эффективной аппликацией языка алкоголем (Евдокимов А.И. и др., 1974); при гайморитах, остеомиелитах челюстей, перидонти-тах, альвеолитах, пульпитах (Вайсблат С.Н., 1962; Ланкин Б.Н., 1980; и др.). Инъекции спирта используются в лечении врожденного частичного гигантизма пальцев у детей (Величко С. Д., 1969) и в лечении кавернозных гемангиом и лимфангиом лица (Агапов В.С., 1969; Кабаков Б.Д., 1975; Криштопенко Л.С. и др., 1985), в терапии слюнных свищей (Бакулев А.Н. и др., 1973) и сальных кист (Вернадский Ю.И., 1973). Особенно много рекомендаций в отношении использования спиртовых и спиртоновокаиновых растворов при лечении переломов костей (Головин Г.В., 1959; Дмитриева В.С., 1966; Лукьяненко В.И., 1968; Вернадский Ю.И., 1973; и др.).

Б.Д.Кабаков (1967) и М.Д.Дубов (1969) находят, что спиртоновокаиновые растворы снимают послеоперационные боли и улучшают условия регенерации тканей в стоматологии, а Б.Н.Ланкин (1980) доказывает, что «растворы спирта должны найти более широкое применение в повседневной стоматологической практике».

Некоторые клиницисты рассматривают этанол как эффективное средство противошоковой терапии при обмороке и коллапсе (Harvey W., 1964). Наркоз с помощью алкоголя еще недавно использовался в анестезиологии (Рачек П.М., 1949; Алтаев С.В., Дамир Е.А., 1967). Ф.М.МсCarthy, J.Hayden (1978) обращают внимание на более высокую ценность водки для премедикации по сравнению с другими алкогольными напитками, рекомендуя ее для седативной премедикации в амбулаторной стоматологической практике. С их точки зрения, назначение внутрь небольших доз 40% этанола на пустой желудок (60–90 мл для больного с массой тела 80 кг) обеспечивает «достаточный седативный эффект при максимуме безопасности».

П.И.Долнаков (1969) рекомендует при обморожениях спиртовые ванны и компрессы. А.Д.Жгенти и соавт. (1974) разработали показания и противопоказания к применению различных грузинских вин («Цинандали», «Цоликаури», «Киндзмараули», «Саперави») при ряде заболеваний внутренних органов. Многие авторы рекомендуют включение алкоголя в состав смесей для парентерального питания (Гланц Р.М., Усиков Ф.Ф., 1977; Рябов Г.А., Юрасов И.И., 1978; Савчук Б.Д., 1979; Расулов А.Р., 1980; и др.), учитывая только его высокий энергетический эквивалент (1 г спирта дает 29,7 кДж, или 1 моль – 7 ккал).

Особняком стоят работы зарубежных авторов, в которых с привлечением статистического материала отстаивается точка зрения, что умеренное употребление алкоголя благоприятно действует на общее состояние здоровья, в частности, на деятельность сердечно-сосудистой системы.

В Канаде в рамках национального исследования состояния здоровья населения изучалась общая заболеваемость в большой группе случайно выбранных лиц (17 249 человек). Из них регулярно пьющими (ежемесячно или чаще) оказались 8 570 человек. Показатели общей заболеваемости с учетом всех случаев временной нетрудоспособности, числа койко-дней, количества обращений к врачу у пьющих были не

выше, чем у непьющих. Правда, у пьющих был более высокий риск возникновения несчастных случаев. И чем большим было количество принимаемого алкоголя за неделю, тем выше был этот риск (Richman A., Wapen R.A., 1985).

Приверженцы точки зрения относительно благотворного действия умеренных доз алкоголя на организм обычно объясняют это действие способностью алкоголя снижать стресс и противодействовать его отрицательным последствиям. Модным стало и утверждение, будто алкоголь увеличивает содержание холестерина в составе липопротеидов высокой плотности в кровяном русле, за счет чего избыточный холестерин удаляется из тканей, а также признание за алкоголем способности понижать свертываемость крови и агрегацию тромбоцитов, что в целом якобы уменьшает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Указывается на полезность некоторых ингредиентов в ряде спиртных напитков, например, витаминов и микроэлементов в пиве, оптимального сочетания натрия, калия и железа в вине. Правда, сторонники этой позиции обычно делают оговорку, что употребление алкоголя противопоказано в любых количествах больным алкоголизмом и лицам с наследственной отягощенностью по алкоголизму (Baum-Baicker C., 1985). Другие авторы предпочитают говорить не о «благоприятной», а о «безвредной» дозе, подчеркивая этим, что злоупотребление алкоголем является причиной ряда серьезных осложнений (Becker C.E., 1984).

В этом же ключе многие гастроэнтерологи усматривали в алкоголе средство стимуляции желудочной секреции, задержки опорожнения желудка, влияния на частоту и течение пептической язвы и др. Эти представления не были подкреплены научно обоснованными фактами и, как правило, являлись результатом неправильно интерпретированных клинических наблюдений (Langman M.J.S., Bell G.D., 1982). Полученные в последние годы данные внесли существенные коррективы в подобные представления, хотя многие аспекты остаются спорными.

В обзоре А.Е.Успенского, В.П.Листвиной (1988) рассмотрены вопросы участия алкоголя в углеводном обмене и возможности использования его в лечении сахарного диабета. Наиболее общим и характерным проявлением алкоголизации является гипогликемия (Williams H.E., 1984; Willims B.L. et al., 1987). Алкогольная гипогликемия обсуждается как возможность лечения «инсулиннеустойчивого» сахарного диабета (Baicker C., 1985; Bitech R., 1987). Механизм действия инсулина заключается в проведении глюкозы через клеточные мембраны. В случае патологического уплотнения мембран инсулинзависимый транспортный механизм может нарушаться. Этанол способен вызвать разжижение (флюидизацию) мембран и облегчить за счет этого прохождение глюкозы через мембраны. Доза алкоголя подбирается исключительно индивидуально. Однако в любом случае применяют только растворы этанола (водка), но не какие-либо вина; исключают прием алкоголя натошак и напоминают, что общая доза не должна превышать количество алкоголя, способного покрыть 6% от суточной энергетической потребности. При массе 80 кг и росте 182 см это составляет около 22 г в расчете на 100% алкоголь. При этом рекомендуется быть внимательным в отношении возможности развития тяжелой гипогликемии, особенно у лиц с избыточной массой тела (Petzoldt R., 1985).

Любопытно, что некоторые больные алкоголизмом, находясь после лечения в состоянии ремиссии, обнаруживают у себя повышенное стремление к употреблению сладостей, чего не отмечали ранее, причем этот феномен является показателем относительно устойчивой ремиссии. Однако повышенное содержание сахара в крови у таких больных не выявляется (Grane M. et al., 1987).

Среди «положительных» эффектов алкоголя A.R.Mills, R.Passmore (1989) особо выделяют повышение аппетита, сосудорасширяющий и калоригенный эффекты, транквилизирующее и снотворное действие, которые по качеству и безопасности превосходят аналогичные эффекты, вызываемые стандартными лекарственными средствами. Авторы подчеркивают роль алкоголя в повышении комфортности существования лиц пожилого возраста, замечая, что говорить о положительных эффектах этанола можно при дозах не более 80–100 г в сутки для мужчин и 40–60 г для женщин. Однако «легальные» дозы алкоголя существенно варьируют в литературе разных стран и явно повышены в странах Европы с традиционно развитым виноделием (Франции, Италии, Румынии, Молдавии). Универсально безвредной дозой алкоголя считается 12 г чистого алкоголя в день (цит. по: Чернобровкина Т.В., 1992).

Наконец, есть в современной литературе описание развития алкоголизма в случаях назначения врачами спиртного в терапевтических целях. S.B.Blume (1973) приводит несколько историй ятрогенного алкоголизма. Так, одному из больных с «нервным истощением» врач рекомендовал ежедневно выпивать три бутылки портера. Меньше чем через год больной поступил в клинику с острым алкогольным галлюцинозом.

Среди последних достижений медико-биологической науки можно привести небезразличное для наркологии сообщение о превентивной роли ацетальдегида в лечении вирусных гепатитов (Мельцер И.М., 1999). Так, на контингентах взрослых и детей, больных разными формами гепатитов, была проверена эффективность препарата эпсорин, представляющего спиртовой экстракт пантов оленя, в отношении его вирусэлиминирующей способности. Было доказано, что определенные «физиологические» концентрации ацетальдегида, образующегося из этилового спирта, способствуют повышению неспецифической адаптивной реактивности организма с сенсбилизацией и апоптозом гепатоцитов, пораженных вирусом гепатита (Кершенгольц Б.М. и др., 1981; Мельцер И.М., 1999).

Таким образом, за последнее столетие отношение медицинской науки к возможности использования этанола в лечебной практике претерпело существенную эволюцию, однако и сегодня недопустимость алкоголизации больных не является, к сожалению, общепризнанной истиной. Явно недостаточной остается подготовка врачей в области социальной и клинической наркологии, недостаточно требовательной выглядит их позиция в деле утверждения трезвого образа жизни как пациентов клиник, так и населения в целом. Особенно это заметно при обращении к материалам зарубежных авторов. Немецкий исследователь С.Wagner (1987) провел анкетный опрос главных и ведущих врачей 63 больниц ФРГ в отношении употребления алкоголя больными в период госпитализации. На вопрос о возможности полного прекращения употребления алкоголя больными (включая алкоголиков) в период их стационарного лечения только 25,2% опрошенных дали положительный ответ. Запрет на употребление алкоголя больными наиболее эффективно соблюдается в частных клиниках и небольших специализированных психиатрических больницах. Чаще всего больные получают алкоголь от посетителей, а также через магазины, киоски и автоматы по продаже пива, размещенные на территории больниц. В абсолютном большинстве клиник сохраняется либеральное отношение персонала к алкоголизации больных в период стационарного лечения независимо от строгости терапевтического режима.

Большинство врачей в своей практике сталкивались с необходимостью оказания той или иной медицинской помощи больному, находящемуся в состоянии алкогольного опьянения либо принимающему спиртное на фоне проводимой терапии. Изве-

Таблица 17

## Взаимодействие этанола с различными лекарствами

Лекарства	Механизм	Клинический эффект
<b>Анальгетики (ненаркотические)</b>		
Ацетилсалициловая кислота и содержащие ее препараты Амидопирин	Синергизм раздражающего действия Антагонизм	Ухудшения течения гастрита, желудочное кровотечение Усиление распада этанола
<b>Анальгетики (наркотические)</b>		
Ацетилсалициловая кислота и содержащие ее препараты Кодеин Промедол Морфин	Синергизм раздражающего действия Синергизм	Ухудшения течения гастрита, желудочное кровотечение Увеличение угнетения ЦНС, остановка дыхания, смерть
<b>Успокаивающие</b>		
Барбитураты Хлоралгидрат Ноксирон (глутетимид)	Синергизм Перекрестная толерантность	Увеличение угнетения ЦНС, остановка дыхания, смерть Уменьшение седативного эффекта, если этанол не употреблялся
<b>Транквилизаторы</b>		
Элениум (хлордиазепоксид) Седуксен (диазепам) Андаксин (мепробамат)	Синергизм Перекрестная толерантность	Увеличение угнетения ЦНС, остановка дыхания, смерть Уменьшение седативного эффекта, если этанол не употребляется
<b>Нейрорептики</b>		
Аминазин (хлорпромазин)	Синергизм	Увеличение угнетения ЦНС
<b>Антигистаминные препараты</b>		
Димедрол (дифенгидрамин) Пипольфен (дипразин)	Синергизм	Увеличение угнетения ЦНС
<b>Местные анестетики</b>		
Новокаин (прокаин) Тримекаин (мезокаин)	Перекрестная толерантность	Снижение анестезирующего действия, если этанол не употреблялся
<b>Противовоспалительные препараты</b>		
Бутадион (фенилбутазон) Кортикостероиды	Антагонизм	Снижение противовоспалительного действия, если этанол не употреблялся
<b>Прочие</b>		
Трихопол (метронидазол) Тетрациклины	Антагонизм Синергизм	Антабусподобное действие Усиление антимикробного действия

стно, что сочетание приема некоторых лекарств с употреблением спиртных напитков иногда сопровождается неожиданными фармакологическими эффектами.

Различают два основных фармакологических взаимодействия: синергизм и антагонизм. Систематическое употребление этанола может вести к развитию еще одного варианта взаимодействия — перекрестной толерантности: когда больной трезв, действие лекарства, например, барбитуратов, ослабляется, а когда он пьян, их действие усиливается (синергизм). На основании материалов F.M.McCarthy (1972), N.Lery, J.M.Rouzioux (1977), D.W.Szymaltis (1977) о сочетании различных лекарственных веществ с этанолом, А.Ж.Петрикас (1981) систематизировал механизмы взаимодействия и клинические эффекты (см. табл. 17). В обзоре П.В.Сергеева и Т.В.Чернобровкиной (1975) подробно обсуждаются взаимопотенцирующие и фармакобиохимические свойства алкогольно-барбитуровых сочетаний.

Учитывая возможную фармакологическую несовместимость с этанолом, вышеназванные авторы рекомендуют не выписывать больному хроническим алкоголизмом более 4—6 доз одного лекарства, назначать седативные средства в состоянии абстиненции только по абсолютным показаниям, так как они могут спровоцировать у больного запой, тщательно регистрировать в истории болезни назначаемые препараты. Все пациенты должны обязательно предупреждаться о возможности неблагоприятного взаимодействия выписываемого вещества с алкоголем. Необходимо помнить и о свойстве перекрестной толерантности в случаях сочетанной лекарственной терапии или при приеме медикаментов на фоне алкоголя.

Время от времени в различных странах проводились и проводятся антиалкогольные кампании, устанавливается «сухой» закон. Но практически во всех случаях эти жесткие меры не дают желаемого эффекта из-за ошибок и перегибов. В СССР в 1985 г. активная противоалкогольная пропаганда на ряде направлений сопровождалась избыточной драматизацией с попытками буквального механистического искоренения алкоголя в любом его виде. Так, президиум АМН СССР вынужден был специально разбирать требование академика АМН СССР Ф.Г.Углова и академика Н.П.Дубинина о недопустимости использования кефира для питания детей первого года жизни, так как он содержит этиловый спирт и в конечном счете «разрушает генофонд советского народа». Специальная комиссия исследовала 63 образца детского кефира. Результаты показали, что концентрация спирта в них колеблется от 0,034 до 0,009%. Изучили также 36 образцов грудного молока, содержание эндогенного этанола в нем колебалось от 0,0045 до 0,002%. Было убедительно показано, что максимальное количество этилового спирта, которое ребенок первого года жизни может получить с кефиром, сопоставимо с тем, что он получает за день с грудным молоком матери.

Однако дискуссия о кефире на этом не закончилась. Представители Союза борьбы за народную трезвость Б.И.Искаков, С.И.Жданов, О.А.Хоперская (1989) предприняли попытку обосновать предельно допустимую дозу (ПДД) этанола для взрослых и детей, превышение которой может вызвать повреждение генетического аппарата клеток. Величина ПДД оценивалась как 10—30 мг/кг в сутки для мужчин, 3—10 мг/кг для женщин и 1—3 мг/кг для детей. На этом основании авторы настаивали на исключении кефира из питания беременных женщин и грудных детей, так как он содержит до 2% этанола, и предлагали заменить его безалкогольным йогуртом.

В настоящее время применяется большое количество спиртосодержащих препаратов, в том числе в виде настоек или жидких экстрактов растительного лекарственного сырья. Если применение этанола в технологическом процессе извлечения дей-

ствующих веществ иногда необходимо, то наличие его в препаратах, предназначенных для отпуска больным, не всегда оправдано. Полученные в последние годы научные данные, в прикладном их значении, опровергают широко бытующее представление о «целебном» действии небольших доз алкоголя при простудных и некоторых иных заболеваниях.

Говоря об истории применения алкоголя в лечебной практике, нельзя не рассмотреть историю пива. Пиво, наряду с натуральным виноградным вином, относится к числу наиболее древних и наиболее сложных по составу алкогольных напитков. Помимо алкоголя оно содержит значительное количество ценных в пищевом отношении компонентов. Поэтому пиво и его полуфабрикат сусло нередко использовались как элемент зимнего рациона питания. Более того, пиво входило в арсенал средств народной медицины. Считалось, что пиво способствует повышению аппетита, ускоряет рост и физическое развитие, укрепляет здоровье. Во время эпидемий холеры пиво входило в перечень основных народных средств профилактики этого заболевания.

Эмпирический народный опыт был взят на вооружение врачами средневековой Европы, которые широко применяли этот напиток для лечения разных заболеваний. Особенно отчетливое позитивное действие пиво оказывало при истощении, расстройствах пищеварения, болезнях почек и мочевого пузыря. Его назначали также при бронхиальной астме, бессоннице, кожных заболеваниях. Использовать этот напиток для лечения холеры стали после того, как Р.Кох, открывший возбудитель туберкулеза, экспериментально доказал, что холерные вибрионы погибают после обработки пивом (Нужный В.П., 1997).

Пиво, как и вино, представляет собой натуральный алкогольный напиток, который содержит большое количество соединений, образующихся в процессе ферментации и поступающих в него из растительного сырья. Этиловый спирт (около 30 г/л) наряду с углеводами является главным компонентом, обеспечивающим калорийность этого напитка, которая составляет около 400–450 ккал/л, поэтому потребление пива способствует увеличению массы тела и даже может привести к ожирению. Кроме того, пиво обладает способностью стимулировать аппетит и приводить к избыточному потреблению пищи. Этот механизм лежит в основе роста массы тела у некоторых любителей этого напитка. Углекислый газ, содержащийся в пиве, побуждает пить его небольшими глотками, препятствует быстрому употреблению больших объемов напитка, формирует ощущение насыщения и утоления жажды. Показано также, что углекислый газ стимулирует желудочную секрецию и кровоток в мышцах, мозге, печени, легких и почках (Williams D., Philpott J., 1966; Spath G., 1993).

Этанол, поступающий в организм с пивом, не оказывает дегидратирующего эффекта благодаря высокому содержанию воды в этом напитке. Несмотря на большое количество жидкости, потребляемое любителями пива, существенного увеличения осмотического давления крови и других жидких сред организма у них не наблюдается, что обуславливается изотоническими свойствами напитка. Пиво, в отличие от вина, содержит незначительное количество высших спиртов (50–100 мг/л), а метиловый спирт в нем практически отсутствует (Bianchi C., 1969; Baxter D., 1996).

В биологически значимых количествах в пиве присутствуют ионы калия, натрия, кальция, магния, фосфора, серы и хлора. Пиво отличается от других алкогольных напитков и, в частности, от вина содержанием калия (160–450 мг/л). Употребляемое в количестве 1 л в день, оно способно примерно на 30% обеспечить суточную потреб-

ность организма в этом элементе. При этом в пиве относительно мало натрия (около 120 мг/л). Данное обстоятельство используют некоторые врачи, которые рекомендуют пациентам, страдающим гипертонической болезнью и нуждающимся в ограничении натрия, пить пиво в умеренном количестве – 0,5–1,0 л в день (Devereux A., 1986).

С другой стороны, в пиве относительно недавно обнаружены биогенные амины. Это привлекло к себе внимание из-за способности последних оказывать выраженное биологическое действие. Еще тридцать лет назад было отмечено, что пиво противопоказано больным, принимающим ингибиторы моноаминоксидазы. Это связано с тем, что в пиве были идентифицированы кадаверин, путресцин, гистамин и тирамин. Концентрации этих веществ в напитке не превышают 1–3 мг/л. Часть их, видимо, разрушается в кишечнике. Тем не менее, при употреблении пива в большом количестве биогенные амины провоцируют развитие гипертензии, вызывают головную боль и могут привести к поражению почек (David J.P., 1995).

При массивном употреблении пива избыточное поступление калия и воды резко увеличивает образование мочи и усиливает выделение почками натрия и хлора, приводя в итоге к деминерализации организма. Многие подсаливают этот напиток перед употреблением. По той же причине к пиву традиционно подают соленые закуски. По содержанию кальция (около 80 мг/л), магния (около 140 мг/л), а также железа, меди, цинка и других микроэлементов, содержание которых превышает 1 мг/л, пиво почти не отличается от апельсинового сока (Devereux A., 1986; Oakley G.P., 1993; 1994).

В пиве, в отличие от натурального вина, содержится большое количество витаминов В<sub>1</sub> или тиамина (0,005–0,15 мг/л) и рибофлавина (0,3–1,3 мг/л). Употребление пива в количестве 1 л в день может обеспечить 40–60% суточной потребности в этих витаминах. Вместе с тем большое количество тиамина в пиве имеет и негативную сторону, поскольку витамин ускоряет процесс деградации фенольных соединений пива и способствует выпадению их в осадок. Пиво содержит витамин С или аскорбиновую кислоту (20–50 мг/л). Аскорбиновую кислоту в пиво часто добавляют в процессе производства; 1 л пива примерно на 70% обеспечивает суточную потребность в этом витамине. Пиво может служить также источником никотиновой кислоты (5–20 мг/л) и фолиевой кислоты (110 мг/л). Необходимо учитывать, что многие витамины присутствуют в пиве в фосфорилированной форме и потому хорошо усваиваются (Нужный В.П., Забирова И.Г., 1995).

Органические кислоты присутствуют в пиве в виде солей. В наибольшем количестве представлены соли лимонной кислоты (около 130 мг/л), которая выступает в качестве антиоксиданта и повышает стабильность напитка. Установлено, что лимонная кислота пива снижает продукцию мочевой кислоты, стимулируя образование мочи, и поэтому предупреждает образование некоторых камней в почках (фосфатов, уратов). Помимо лимонной кислоты, в пиве содержатся соли пировиноградной (60 мг/л), уксусной (около 90 мг/л), глюконовой (около 30 мг/л) и щавелевой (около 15 мг/л) кислот. Эти кислоты хорошо абсорбируются в кишечнике и активно включаются в процессы обмена веществ. Фенольные соединения пива можно отнести к наиболее ценным в биологическом отношении его компонентам. С действием именно этих соединений связывают также положительные эффекты натурального виноградного вина на здоровье. Достаточно хорошо изучены их антиоксидантное и мембраностабилизирующее действие, способность блокировать процесс атероматоза, ингибировать агрегацию тромбоцитов, предупреждать образование тромбов и нормализовать липидный обмен (Kobayashi H., 1987; John D., Foils Ph. D., 1995).

Вместе с тем установлено, что фенольные соединения, наряду с другими минорными компонентами пива, обеспечивают его бактерицидное, бактериостатическое действие и облегчают абсорбцию минеральных веществ и других компонентов пищи (Kunze E., 1986; Devereux A., 1986).

Потребление пива и крепких алкогольных напитков, в отличие от вина, ассоциируется с повышенным риском развития злокачественных образований в нижних отделах мочевыводящих путей, что также связывают с низким содержанием полифенолов.

Горькие вещества пива, наряду с другими экстрактивными веществами хмеля, относятся к категории психоактивных соединений. Они оказывают седативное, снотворное, а в больших дозах — и галлюциногенное действие. Помимо этого они обладают бактерицидными, бактериостатическими свойствами и оказывают стимулирующее действие на секрецию желудочного сока. Последнее лежит в основе индивидуальной непереносимости пива, которое у людей с повышенной чувствительностью к действию стимуляторов желудочной секреции вызывает неприятные ощущения в области желудка и рефлюкс-реакцию (Piendl A., 1983).

Фитоэстрогены представляют собой растительные аналоги женских половых гормонов и также попадают в напиток из хмеля. В пиве их содержится до 36 мг/л. Этого количества достаточно для оказания отчетливого гормонального воздействия на организм человека. Изменения эндокринного статуса (феминизация мужчин и маскулинизация женщин) у лиц, злоупотребляющих пивом, связаны в основном с эффектами фитоэстрогенов.

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что пиво обладает выраженным биологическим действием. При этом отчетливые токсические эффекты причудливым образом сочетаются с положительными, благоприятными для здоровья. Полагают, что негативное действие пива не проявляется при употреблении его в количестве, не превышающем 1 л в день (Нужный В.П., 1997). Простой расчет показывает, что при данном уровне потребления пива обычной крепости (содержание этилового спирта 3–5%) в организм взрослого человека поступает около 40 г этанола в сутки. Максимальное содержание этанола в крови при этом достигает, по-видимому, 0,3–0,6 г/л. Суточная нагрузка этанолом в этом случае не превышает границы доз риска, рассчитанных рядом экспертов и признанных в качестве ориентиров организациями, ответственными за охрану здоровья населения в ряде стран (ВОЗ, 1994). Такой уровень потребления пива гарантирует, очевидно, и от проявления негативных эффектов минорных соединений этого напитка. При систематическом превышении указанной дозы возрастает вероятность реализации токсического действия этилового спирта и манифестации нежелательных биологических эффектов соединений, входящих в состав пива.

Механизмы токсического действия этилового спирта и других компонентов пива взаимосвязаны. При этом этанол способен модифицировать или усиливать токсическое действие ряда минорных соединений и наоборот. В связи с этим необходимо отметить, что в последнее время на рынке алкогольной продукции появилась новая разновидность пива с высоким содержанием алкоголя — до 12% (strong beer). Употребление такого пива в общепринятом для этого напитка количестве, безусловно, влечет за собой цепь негативных последствий, обусловленных сочетанным токсическим действием алкоголя и других биологически активных соединений.

Не менее актуальными, но мало изученными остаются вопросы, связанные с привлечением для нужд медицины наркотических веществ. Как свидетельствует история,

основные открытия для медицины некоторых групп наркотиков — опиатов, метадона, кокаина, конопли, галлюциногенов имеют давний срок. Наркотические вещества играли важную роль в мифологии, обрядах, находили отражение в языках народов.

В европейской медицине производные мака и опиума называли *pacotica* вследствие снотворного действия и способности изменять психическое состояние.

Название *оріон* имеет греческое происхождение и обозначает растительный сок. Действие продуктов мака связано с содержащимися в них алкалоидами, которых насчитывается от 25 до 90. Еще в 1889 г. Е. Краерелин писал, что «морфинизм является заболеванием высших слоев общества». Это происходило хотя бы потому, что морфий всегда стоил очень дорого. Краерелин приводит статистические данные, говорящие о том, что 75% морфинистов — мужчины, причем половину из них составляют врачи. Во второй половине XX в. эта ситуация начала катастрофически меняться — морфинистами становились люди самых разных сословий и профессий, но хуже всего было то, что морфий перебрался в молодежную среду.

Огородный мак растет практически во всех географических широтах. Это растение требует большого количества солнечного света, тепла и совсем немного воды. Выращивают мак в торговых, хозяйственных и фармацевтических целях. По причине распространения наркомании выращивание мака во многих странах запрещено или строго контролируется.

Опыт употребления опиатов уходит своими корнями далеко в прошлое. Растение пришло к нам из Месопотамии. Мак знали в Малой Азии, Египте, Греции и в других странах. Археологические раскопки показывают, что в Европе мак выращивали уже 4 тыс. лет назад. Письменные документы, подтверждающие использование мака в лечебных целях, известны с VII в. до н. э. Некоторые врачи уже в V в. (Гиппократ, Плиний, Цельс, Вергилий) предостерегали от опасных свойств мака как лекарства, имеющего различные названия «мекоикон», «диакодон», «тебаикум» и др.

Мак и опиум вместе с исламской экспансией в VIII в. достигли Индии и Китая. Вначале эти вещества употреблялись как лекарство, позднее мак начали выращивать с целью продажи и распространения как наркотика. В Турции обычай употребления опиума начал распространяться с XV в.

В Китае курение опиума в XVII в. приобрело такие размеры, что император Юнг Чинг в 1729 г. издал указ, запрещающий продавать и курить опиум. Китаю пришлось защищаться от британского импорта опиума из Индии. История отметила три «опиумные войны» (1839—1842; 1856—1858; 1859—1860). И все же, несмотря на победу в них, правительство Китая вынуждено было разрешить импорт опиума. Хотя это было сделано с ограничением, импорт опиума возрастал в огромном количестве — от 40 тыс. бочек в 1840 г. до 180 тыс. бочек в 1886 г. Число курильщиков опиума возросло с 2 млн в 1858 г. до 100 и даже 120 млн в 1878 г. Только в 1906 г. англичане попытались ограничить «нравственно необоснованную» торговлю опиумом. Однако было поздно, так как китайцы к тому времени уже давно освоили собственное производство опиума, и высшая мера наказания (263 случая только в 1934 г.) не повлияла на его распространение. По статистическим данным, в 1936 г. в маньчжурских городах от опиумной наркомании умерло свыше 6 000 человек. В настоящее время в Юго-Восточной Азии, в так называемом Золотом треугольнике (Бирма, Лаос, Таиланд), расположен центр мирового нелегального производства этого вещества (Секiera С., 1994).

Кажется неправдоподобным, но свойства опиума вызывать зависимость были известны вплоть до конца XIX в., хотя первые предостережения об опасных свой-

ствах этого вещества появляются между V и II вв. до н. э. Однако эти предостережения не возымели должного действия. Возможно, на мнение врачей влиял авторитет Гиппократ, который подчеркивал целебные свойства опиума.

Производные опиума — морфий, кодеин, героин известны с XIX в. Два опиумных алкалоида — морфин и кодеин были открыты в начале XIX в. В 1804 г. врач из г. Падерборн (Германия) F.Serturner выделил морфий; в 1832 г. выделен кодеин.

Морфий по иронии судьбы впервые попробовали для лечения... наркоманов с опиумной зависимостью. У больных это вызвало замену одной зависимости на другую, еще большую.

Впрыскивание (*injection*) лекарственных препаратов было предложено эдинбургским доктором А.Вудом в 1853 или 1855 г. Ему обычно приписывают также изобретение шприца, однако на самом деле прототипом современного шприца является шприц Праваца. Изобретение этого способа введения лекарственных веществ по своим отдаленным последствиям было не самым полезным для человечества, поскольку сыграло решающую роль как в распространении и формировании новых злокачественных форм лекарственной зависимости, так и в распространении ряда инфекционных заболеваний.

Изобретение Вуда довольно редко использовалось вплоть до конца XIX в. и было все еще «новейшим» методом во времена, когда практиковал доктор А.П.Чехов. При этом, однако, небезынтересно, что один из современников Антона Павловича, доктор А.Липский, написавший статью «Впрыскивание» для знаменитой энциклопедии Брокгауза и Эфрона, уже тогда отмечал, что «путем впрыскивания вводят в организм преимущественно наркотические вещества и возбуждающие». Буквально через несколько лет после предложения Вуда появились первые большие группы людей, зависимых от морфия, который до этого времени «для немедицинских целей использовался разве только отдельными самоубийцами» (Покровский В.В., Кожевникова Г.М., 1998).

Морфинизм развивался необычайно быстро в XIX в. и в первой половине XX в. вследствие войн, ведшихся в Европе и Соединенных Штатах Америки. Раненым в госпиталях очень часто вводили морфий. Выработанную зависимость называли морфиномания, или военная болезнь. Первыми жертвами этого «медицинского прогресса» стали солдаты, раненные во время гражданской войны в США 1863—1865 гг. и во время франко-прусской войны 1870 г. Их страдания облегчали впрыскиваниями морфина, в результате из госпиталей они выходили с выраженной зависимостью. Таким образом изобретение Вуда поспособствовало распространению не только новой технологии введения наркотиков, но и внедрению ранее не применявшегося наркотика. Уже в 1880 гг. болезненная зависимость от инъекций морфия была хорошо известна, и морфинисты были обычным явлением в так называемых «цивилизованных» странах. В последующем столетии быстрый эффект от внутривенных введений лекарственных препаратов стал широко использоваться для введения других ПАВ.

Еще об одной отрицательной стороне впрыскиваний, или, как мы их теперь широко научно называем, «инъекций», человечество узнало несколько позже. Доктор Липский в 1898 г. писал: «Недостатки впрыскиваний заключаются в некоторой болезненности операции, в образовании нарывов, хотя и чрезвычайно редком, в возможности поранения сосуда и нерва и в опасности введением загрязненного шприца или жидкости вызвать гнилостное заражение крови». Сегодня об этом прекрасно знают все медики, но, тем не менее, в подавляющем большинстве случаев они пред-

почитают другим методам терапии разного рода инвазивные процедуры. Любопытно, что и в отдаленных сельских районах Африки врачеватель, владеющий шприцем (зачастую одним на всю деревню), пользуется гораздо большим уважением, чем дипломированный врач, раздающий таблетки. Этим же психологическим феноменом объясняется фатальная склонность российских врачей к агрессивной парентеральной терапии.

Как замечает В.В.Покровский с соавт. (1998), доктор Липский не мог даже предполагать, что уже через пятьдесят лет вспыскивание станет одним из главнейших факторов передачи инфекции и биологического отбора, благодаря которому менее чем через сто лет произойдет глобальное распространение нескольких инфекционных заболеваний, которые раньше не существовали или из-за малой способности к распространению не обращали на себя внимания.

Уже в конце XIX в. появилась новая социальная и медицинская проблема – наркомания. Несмотря на это, смеси алкоголя и производных опиума являлись официальными средствами лечения, вызывая у пациентов тяжелейшие полинаркомании. Злоупотребление наркотиками сравнивали с алкоголизмом. Считая морфинизм менее вредным, некоторые врачи советовали... принимать опиаты. В то время практически не существовало запретов на употребление и продажу веществ из группы опия.

Английский химик С.Р.Адлер в 1874 г. синтезировал героин. До 1890 г. было проведено много исследований по изучению его свойств, в том числе и на людях. В 1899 г. Н.Дрессер, который и дал новому синтезированному веществу название, заявил, что героин является хорошим средством от кашля, воспаления гортани при туберкулезе и астме. Он также заявил, что героин снимает зависимость от опиума. В том же году фармацевтическая фирма Bayer ввела героин на рынок как противоболевое и успокаивающее средство. В 1910–1920 гг. героин находился в списке американской фармакопеи, но в это время уже начинает появляться множество исследований и публикаций, указывающих на вред данного средства. И в 1920 г. героин изымают из больниц, а несколько позднее и вообще из медицины. Однако начинает развиваться «черный» рынок распространения наркотиков.

К опиатной группе наркотиков относится и метадон, синтезированный во время Второй мировой войны в Германии. Впервые его использовали как противоболевое средство. История открытия и применения метадона в чем-то напоминает историю героина. В России метадон запрещен для оборота (Федеральный закон от 08.01.1998 «О наркотических средствах и психотропных веществах»).

Как показали 10-летние исследования английских врачей W.P.Dole и M.E.Nyswander (1981), пытавшихся применять метадон для лечения наркоманов, этот метод является неэффективным и очень рискованным, приводящим к новой зависимости.

Метадон пытались использовать в некоторых странах – Англии, Германии, Италии, США, Канаде, Швеции для заместительной терапии при опиатной наркомании. К сожалению, 80% пациентов убегали из центров лечения и возвращалась к употреблению наркотиков. Описаны случаи снижения преступности среди пациентов с метадоновой зависимостью, но это касалось только тех из них, кто навсегда сумел порвать с обществом наркоманов и преступников (D.F.Musto, 1998; V.P.Dole, M.E.Nyswander, 1980; NIDA, 1990).

К наркотическим веществам, вызывающим большое число смертельных исходов при употреблении, относится *кокаин*. Ботаникам известно свыше 200 видов кокаиновых кустарников (Erythroxylaceae). Наиболее известным является Erythroxylon

доса. Это куст высотой от 1 до 5 м, растет в Андах (Боливия, Перу, Колумбия). В настоящее время распространен в Южной Америке, западной части Индии, на Мадагаскаре, в Индонезии. Растет он на высоте от 600 до 1000 метров над уровнем моря. Листья коки собирают четыре раза в год. Никто до сих пор так и не знает, каков ежегодный объем продукции этого растения. Перу является главным производителем и экспортером наркотика. Известно, что перуанские индейцы ежегодно потребляют до 4,5 млн кг листьев коки, до 1,5 млн кг экспортируют для производства кока-колы (Sekiera С., 1994).

Что известно об этом наркотике? Индейцы Перу издавна знают действие листьев коки – повышение настроения, снижение чувства голода и жажды. Исследования гробниц показали, что коку потребляли еще 2500 лет до н. э. Она была известна инкам, а позднее – конкистадорам.

Как и множество других наркотиков, кокаин имеет свою легенду. Она рассказывает о том, как сын бога Солнца и Луны первый Великий Инка Манко Капак, спустившись когда-то на остров посреди озера Титикака в Перу, принес людям божественное растение, чтобы оно веселило грустных и уставших, а истощенным добавляло силы. Этим растением и была кока.

Скорее всего, инки употребляли листья для религиозных обрядов, а выращивание коки в других целях строго наказывалось. Тот, кто входил в кокаиновый лес, в знак уважения должен был поклониться растениям. Листья коки первоначально употреблялись только духовниками высшего уровня для облегчения контакта с божествами. Листья коки были нарисованы на гербе инков, а одна из их первых правительниц звалась Мама Кока. Листья жевали во время проведения различных групповых встреч. Огромные расстояния, преодолеваемые путешественниками, истощающая работа, горячий климат становились переносимыми благодаря употреблению так называемой «кокады» – листьев коки с завернутыми внутри кусочками гашеной извести. Она давала чувство эйфории и силы в течение 40 минут, поэтому являлась своеобразной мерой расстояния, так как за это время путешественник преодолевал около 2–3 км. Подобным образом измеряли расстояние горцы в польских Татрах (мерой служила выкуренная трубка табака).

Когда испанцы в XVI в. завоевали Перу, они запретили выращивание и потребление коки. Однако запреты были малоэффективными, и кока по-прежнему распространялась. Индейцы жевали ее листья несколько раз в день. Этот обычай сохранился в Перу до наших дней среди как мужчин, так и женщин. Для того чтобы почувствовать большее наслаждение при жевании коки, индеец оставался в одиночестве несколько дней практически без еды. Он жевал листья и погружался в мир видений и грез, иногда приятных, иногда кошмарных. Когда запас листьев заканчивался, индеец возвращался домой.

Начало современной кокаиномании было положено в 1856 г., когда американец S.Percy обратил внимание на удивительное онемение губ, которое вызывает кока. В 1855 г. Garnecke впервые синтезировал алкалоид, который назвал «эритроксилин». Позднее A.Newmann вновь получил этот алкалоид и назвал его «кокаин». В медицину кокаин попал в период между 1870–1880 гг. благодаря французскому хирургу P.Recluse. Некоторые считают, что этому способствовал офтальмолог К.Коллер, применивший кокаин для обезболивания. С того времени кокаин активно использовался в лечебных целях. Однако с течением времени его заменили лидокаином, прокакаином, медокаином и др.

Начиная с 1886 г., мировая пресса сообщает о случаях кокаинизма. Предупреждения врачей вызвали незначительное снижение случаев употребления кокаина. Однако в 1920–1930 гг. в Европе, Америке и Азии кокаинизм вновь возрос благодаря производству синтетического кокаина немецкими фирмами. Между Первой и Второй мировыми войнами употребление кокаина становится модным в определенных кругах общества. Появилась кокаиновая субкультура, в которую входили артисты, интеллектуалы, писатели, а также гангстеры, торговцы, дамы «света» и «полусвета». Кубисты, футуристы, дадаисты использовали кокаин в поисках вдохновения. Кокаин называли «снег», «пудра», «коко», «кокс» и вдыхали повсеместно.

Во Франции закон, запрещающий использование ПАВ, существует с 1916 г. Несмотря на это, в 1924 г. только в самом Париже, согласно данным полиции, насчитывалось около 24 000 кокаинистов. Появление на черном рынке героина вытеснило кокаин. В настоящее время кокаин производят на Ямайке, Суматре, в Австралии, Южной Америке. Мировой столицей кокаинового картеля считается г. Медельин в Колумбии.

Опасными наркотическими веществами являются *производные конопли*. Среди множества ее видов чаще всего используется один из нескольких видов индийской и мексиканской конопли (*Cannabis indica*, *Cannabis mexicana*, *Cannabis sativa*). В настоящее время существует миф о «слабых» наркотиках, якобы не вызывающих изменений в организме. Однако это не так. Доказана высокая токсичность одного из производных каннабиса – тетрагидроканнабинола, вызывающего серьезные изменения в сердечной ткани, слизистых бронхов и мозговой ткани, вызванные нарушением обмена медиаторов (Jones R.T., 1976; Keup W., 1990).

Встречаясь с журналистами во время рабочего визита в Москву в марте 2003 г., заместитель генерального секретаря ООН, исполнительный директор управления ООН по контролю за наркотиками и преступностью Антонио Мариа Коста отметил призрачность различий между «легкими» и «тяжелыми» наркотиками. В том числе и потому, что «легкие» наркотики становятся все более «тяжелыми». Если в 1970-х гг., в эпоху «детей-цветов», активное вещество в марихуане составляло 1%, то сегодня – 12–14, а в некоторых образцах превышает 20%. Поэтому ощутимый вред может принести выкуривание всего нескольких сигарет с марихуаной (ECAD Newsletter, v. 3, №59, 2003).

Каннабис используется человечеством примерно столько же времени, сколько и алкоголь. Коноплю применяли в ритуальных, культовых и культуральных целях. Ее курили японцы, монголы, индийцы, китайцы, египтяне, а позднее – европейцы и жители Южной Америки. Об этом рассказывают старейшие книги мира Веды, Ригведа, Авеста, об этом повествовали также древние греческие и римские писатели. Само название *Cannabis indica* указывает на родину конопли. Коноплю до сих пор перерабатывают для производства волокна.

В средневековой Европе каннабис уже был повсеместно выращиваемым и используемым. В Персии в XII в. появилась секта исмаилитов (гашишинов), которые под воздействием гашиша совершали множество самых страшных убийств, использовали террор против своих противников. В Латинскую Америку конопля была завезена в VII в. из Индии. Исторические факты свидетельствуют о том, что коноплю использовали в самых разных целях. Например, в Африке ее подмешивали в еду шахтерам для снятия у них чувства усталости. Часто коноплю использовали для защиты от оводов и москитов (Jones R.T., 1976).

Следующая группа наркотических веществ, вызывающих галлюцинации в сочетании с чувством страха, тревоги, угрозы, называется *галлюциногенами*. Это название (вошедшее и в терминологию ВОЗ) скорее всего принадлежит G.Hoffer, H.Osmond, J.Smythies (1954). H.Osmond ввел термин «психоделик», что значит «ведущий к обнаружению души, психики и ее проявлений» (*psyche* – душа, *delos* – видимый, манифестирующий).

Галлюциногены известны людям, особенно жителям Южной и Северной Америк, с давних времен. Сначала их получали из растений, позднее из грибов, а иногда, в исключительных случаях, из других источников (буфотенин, например, получали из яда одной из разновидностей жаб). Галлюциногены использовали в культовых и религиозных обрядах для достижения индивидуальных и групповых омамов.

Ситуацию кардинально изменило открытие синтетического соединения – диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД-25). Это произошло в 1943 г. в химической лаборатории фармацевтической фирмы Sandoz в Базеле (Швейцария). Незадолго до этого, в 1938 г., A.Hofmann проводил эксперименты с алкалоидами спорыньи. Опыты на животных не показали ничего интересного. Тогда A.Hofmann сделал попытку провести эксперимент на себе. Он почувствовал странные, неприятные и ужасающие фантастические переживания. Через два часа после введения омамы исчезли. Тогда ученый повторил через несколько дней эксперимент, используя меньшую дозу вещества. Эксперимент едва не стоил ему жизни, так как организм испытал сильнейшую интоксикацию. В настоящее время считается, что «психический эффект галлюциногенов равен эффекту водородной бомбы» (Hofmann A.). Доктор A.Hofmann впервые выделил из грибов псилоцин и псилоцибин.

Начиная с 1956 г. средства массовой информации популяризировали ЛСД как «лекарство, быстро и легко дающее ощущение счастья». Первоначально ЛСД использовали в лечении депрессивных состояний (Facts about Hallucinogens, ARF, 1985). Производные ЛСД были «с успехом» использованы во Второй мировой войне – это газ VZ, являющийся химическим оружием (Белогуров С.Б., 1999).

В истории наркомании значительную роль играли грибы. В Мексике известным галлюциногеном является псилоцибин – активная составляющая гриба *Psilocybe mexicana*. Это вещество используется в религиозных и медицинских целях мексиканскими индейцами. Аналогичным псилоцибину является псилоцин, или теонанакатл – так ацтеки называли галлюциногенные грибы вида *Psilocybe*.

На протяжении всей истории человечества алкоголизация и наркотизация, регулируемые сложившимися обычаями и традициями, играли роль традиционных адаптогенов. Не случайно в странах, где употребление алкоголя и наркотиков ограничено культурными нормами, моральными или религиозными принципами, значительная часть населения страдает невротическими расстройствами. Так, в ряде стран Африки и Северной Америки, где употребление спиртного не распространено и алкоголизм встречается редко (менее 5% населения), обнаружен высокий уровень (50% населения) нервно-психических заболеваний (Максимова Н.Ю., 1996; Westemeyer J., 1981).

Та же картина наблюдается и с употреблением наркотиков. Среди хмонгов, живущих в Азии и занимающихся выращиванием мака, распространено употребление опиума и, следовательно, высок процент заболевания наркоманией (20% населения). Однако невротических нарушений почти нет. У той же народности, проживающей в США (где хмонги уже не имеют такого широкого доступа к опию и его производ-

ным), уровень заболевания наркоманией значительно ниже (1% населения), зато невротические расстройства выявляются почти у 90% населения (Репу С.Л., 1987). Таким образом, люди, столкнувшиеся с невозможностью изменить свое отрицательное эмоциональное состояние продуктивным путем и не имеющие эффективных способов психологической защиты, оказываются перед выбором: невроз или употребление токсикантов.

Другим мексиканским галлюциногеном является ололиукви (*ololiuqui*); его используют ацтеки. В их языке «ололиукви» означает «округлый», так как семена этого растения имеют округлую форму.

К группе галлюциногенов относится еще множество других растений: несколько десятков кактусов и грибов, корни и кора деревьев, фрукты, лианы, а также мескалин (пейотл, как называют его мексиканские индейцы). В 1927 г. вышел учебник Куп Бeringer «Der Meskalinrausch», что вызвало некоторое снижение интереса к мескалину. Следующая волна интереса к мескалину была связана с открытием сходства мескалина с адреналином и норадреналином. Возник вопрос: нельзя ли попробовать мескалин в качестве средства лечения шизофрении, изменяя метаболизм в организме больного? Однако исследования показали, что действие мескалина вызывает рвоту, которая проходит при следующей инъекции его. После этого наступают вегетативные нарушения – головокружение, головная боль, ослабление пульса, слабость. Затем появляются выраженные зрительные и слуховые обманы. В более тяжелых случаях дело заканчивается смертью в результате остановки дыхания и сердечно-сосудистой недостаточности (Facts about Hallucinogens, ARF, 1985).

К галлюциногенам относятся также производные растений, называемые диметилтриптамин – «кохоба» (*cohoba*) и диэтилтриптамин – «йопо» (*yopo*). Первое является производным индола, который химики открыли в кохобе – порошке, вдыхаемом местными аборигенами в западной Индии. В районе Амазонки похожее вещество называется йопо. Этот порошок получают из деревьев рода *Piptadenia* (*Anadenanthera*) *peregrina* и *Piptadenia colubrina*, принадлежащих к семейству мимозовых.

Кохоба содержит буфотенин – так называемый жабий яд. По своему составу и действию он напоминает синтетический диэтилтриптамин. Буфотенин найден в железах и подкожной клетчатке жабы (*Bufo marinus*), в зернах и листьях растений *Piptadenia*, в красном мухоморе. Это вещество найдено также в моче шизофреников, тогда как в моче здоровых людей его нет.

К группе галлюциногенов относятся и такие вещества, как *hakudufha*, *yakee*, *parica*, *erepa*, *miristycun*, используемые для вдыхания. Они выделены из коры дерева *Virola calophylla* (семейство мускатных). Индейцы, живущие на границе Бразилии и Венесуэлы, растирают сок этого дерева до порошкообразного состояния и вдыхают при помощи специальных устройств. Средство, называемое *erepa*, вызывает слюнотечение, рвоту, потение, головные боли, наркотические омамы.

Гармин, гармалин, банистерин – так местные жители называют южноамериканскую лиану *Banisteria*, или *Banisteria caapi*, содержащую алкалоид, названный *Lewen*, банистерин или телепатин. Оказалось, что с точки зрения химического строения подобное соединение присутствует в турецкой или сирийской руте (*Peganum harmala*). Галлюциногенное действие имеют только гарминовые алкалоиды. К галлюциногенам растительного происхождения относится ибобаин – индоловый алкалоид, выделенный из растения *Tabernaemontana iboga*, растущего в Конго. Состав этого растения полностью еще не изучен.

Галлюциногенное действие имеют мухомор красный (*Amanita muscaria*) и мухомор коричневый, или тигровый (*Amanita pantherina*). Оба растения содержат микоатропин, но второе менее изучено, так как представляет токсикологическую опасность.

Если подвести некоторый итог, то можно сказать, что открытие наркотических свойств многих веществ сопровождалось сотнями искалеченных жизней, разбитых семей и чередой несчастий. Наркотики растительного происхождения не уступают по своим фармакодинамическим свойствам синтетическим препаратам и вызывают сильнейшие осложнения вплоть до смертельного исхода.

Совершенно особую страницу врачебной практики составляет *использование наркотических соединений при эвтаназии*. Единственной страной в мире, где врачам законодательно разрешено проводить эвтаназию неизлечимо больным по просьбе последних, являются Нидерланды. Однако реальная клиническая практика любой страны знает такие примеры.

До недавнего времени самым известным врачом, пропагандирующим эвтаназию, был Джек Кеворкян из штата Мичиган, предлагавший утвердить новую медицинскую специальность – «obituary doctor» (доктор для похорон, или врач-терминатор). По мысли Д.Кеворкяна, вся территория США должна быть поделена на участки, обслуживаемые участковыми врачами-терминаторами. Сам Кеворкян помог уйти из жизни 15 пациентам, которым предлагались на выбор два способа. Первый представлял собой несколько модифицированный метод доктора Менгеле – с помощью окиси углерода; во втором использовалось собственное изобретение Кеворкяна – «мерситрон» (сострадаватель). «Мерситрон» представляет штатив с тремя капельницами: в одной – сильное снотворное из группы барбитуратов, во второй – миорелаксанты и курареподобные препараты, в третьей – хлорид калия, останавливающий сердце. Краник должен поворачивать сам пациент. Д.Кеворкян отбывает ныне пожизненное заключение.

В разгар первой волны дискуссий о роли врача в возможной эвтаназии в больницах США ежедневно умирало 6 тыс. человек, и 70% из них уходили из жизни добровольно, попросив лечащего врача отключить систему жизнеобеспечения или дать смертельную дозу лекарства (Кутелов С., 1994).

По данным Д.У.Милларда (1996), 30% врачей Британии одобряют помощь в уходе из жизни.

На сегодня самым зловещим врачом-убийцей является британец Гарольд Шипман, отбывающий пожизненное заключение за доказанные убийства 15 доверившихся ему – семейному врачу – пожилых людей. «Доктор» убивал их, вводя смертельную дозу диаморфина. В июле 2002 г. расследование было возобновлено с целью установления причины смерти еще около 500 его пациентов! Речь идет не об эвтаназии, а о хладнокровных массовых убийствах. Все это подтверждает мысль о том, что стоит совершить хоть один шаг против человечности – будет и второй, и десятый... Признание эвтаназии неизбежно индустриализирует убийства на медицинском поле. Орудием этих убийств уже стали наркотики.

Еще одна сфера жизни человека, связанная с попыткой использования веществ, изменяющих психическое и физическое состояние человека, – спорт. В последнее время спорт перестал быть чистой, благородной игрой, представляющий идеал гуманизма и самоактуализации возможностей человека. Все чаще можно услышать мнение о том, что спорт – это соревнование фармакологов. Спортсменам помогают вещества, которые называются стимуляторами, энерджайзерами и ингибиторами.

К первой группе относятся препараты амфетамина, ко второй — моноаминоксидазы. Это вещества, дающие увеличение чувства энергичности. Они тормозят действие адреналина и норадреналина и часто используются для снятия депрессии у спортсменов, а также в целях допинга (Segura J., 1991).

Английское слово Dope обозначает — наркотик, наркоман, секретная информация о лошадях на скачках, обман, надувательство, болван, дубина, идиот, одурманивать, фальсифицировать. В определении допинга представляется важным два момента: первый — употребление препарата или злоупотребление им для получения высоких спортивных результатов. Из этого определения исключаются случаи, когда препарат назначается врачом и используется вне спортивных соревнований. Вторым аспектом — мотив и ситуация приема, когда допинг принимается вопреки традициям и запретам. Использование допинга приносит моральные и этические осложнения в любую спортивную команду. При использовании допинга игра перестает быть чистой, благородной, стимулирующей формирование характера и воспитание силы воли. Игра под влиянием допинга превращается в мошенничество, представление примитивных инстинктов, агрессивное поведение лиц, которые используют допинг. Человек, употребляющий допинг, становится втрое зависимым. Во-первых, от группы или команды, которую представляет, во-вторых, от наркотического вещества, от самого себя (деформация нравственных норм и ценностей), в-третьих, от страха быть уличенным в употреблении допинга. Спортсмен, который рискует потерей свободы, реагирует сильным когнитивно-эмоциональным диссонансом, ведущим в конечном итоге к невротическим реакциям и к потреблению алкоголя, сильнейших наркотиков (опиатов, транквилизаторов). Иногда дело может завершиться суицидом или его попыткой. Подобные факты известны в истории спорта (Jensen — 1960 г., Tom Simpson — 1967 г., Jaques Anquetli — 1980 г., Morris Feranti — 1990 г., Ferdi Kuber, Rudi Altig и др.).

К наиболее часто употребляемым допингам относятся препараты из трав, корней, грибов, а также витамины и др. Многие из них в настоящее время находятся под жестким контролем. Однако невозможно уследить за всем, так как многие из этих препаратов используются в медицине, но не являются наркотиками. Например, б-блокаторы, снимающие тремор рук, используются в стрельбе из лука. Международный олимпийский комитет (МОК), после гибели в 1960 г. велосипедиста Йенсена, ввел жесткие правила по отношению к стимуляторам. В последнее время процент выявления спортсменов, принимающих допинг, невысок — в среднем 2% (Segura J., 1991).

Большим риском для спортсмена является употребление анаболических стероидов — группы органических соединений, к которым принадлежат стерол, желчные кислоты, сапонины, половые гормоны. Они собирают огромный урожай смерти и сравниваются с действием рака, съедающего спорт (Holzst B., 1993). Анаболические стероиды запрещены, так как многие из них являются наркотическими веществами, усиливающими активность в спорте. К наиболее часто употребляемым относятся — болластерон, болденон, кластебол, дростанолон, фуразабел, метадон, нандролон, оксиместерон, тестостерон и др. Помимо того, что употребление спортсменами данных препаратов фальсифицирует игру, следует отметить огромный вред, наносимый анаболиками организму человека. Это маскулинизация у женщин, подавление половых функций у мужчин, раннее развитие и деформация трубчатых костей, угри и развитие всевозможных инфекционных осложнений, изменения настроения, приводящие к агрессии, депрессивным состояниям, суицидальным мыслям, изменение метаболизма энзимов и снижение защитной функции печени, аритмия сердца.

У спортсменов, принимавших большие дозы анаболиков, страдает эндокринная система. Немецкая толкательница ядра Хейди Кригер, в молодости напичканная анаболиками, превратилась в мужчину с бородой и была вынуждена сменить пол. Анаболики бьют по яичникам, почкам, печени. Это проблемы спринтеров, метателей, тяжелоатлетов, борцов-тяжеловесов.

В проведенных исследованиях выявлено, что в 1992 г. из 87 808 обследованных спортсменов насчитывалось 857 культуристов. Среди них 217 человек принимали допинг. После аферы Бена Джонсона на играх в Сеуле 1988 г. в большинстве стран проводятся систематические исследования на предмет выявления допинга. Появились случаи развития клиники наркотической зависимости от низкопробных пищевых добавок, используемых лицами, занимающимися спортом, пациентами с диагнозом физического истощения.

На зимней Олимпиаде в Солт-Лейк-Сити «прославился» гормон дарбепоедин, который обнаружили в крови двух наших лыжниц. Этот препарат помогает насыщать кислородом организм, однако может привести к моментальной смерти. В настоящее время, как считают специалисты, решиться на применение этого вида допинга могут разве что спортсмены-камикадзе.

Диуретики (буметанид, канренон, фуросемид и другие) применяются, чтобы замаскировать использование других препаратов, а также для регуляции веса, уменьшения жидкости в организме. Но беда в том, что вместе с жидкостью они выводят и массу необходимых для нас веществ. В итоге могут возникнуть сбои в сердечно-сосудистой системе, печени и почках, появятся аллергические реакции и т.д. На допингах этого класса попались гимнастки Алина Кабаева и Ирина Чачина, олимпийская чемпионка по синхронному плаванию Мария Киселева.

Допинговые скандалы XIX зимних Олимпийских игр (2002), когда медалей лишились несколько российских спортсменов, а некоторых даже не допустили на игры, оказались психологическим потрясением не только для команды, но и для всей страны. Созданное по инициативе Международного олимпийского комитета (МОК) в 1999 г. Всемирное антидопинговое агентство (ВАДА) активно контролирует соблюдение спортсменами Антидопингового кодекса Олимпийского движения. Так, в 2001 г. бюджет ВАДА составлял 14 млн долларов США, 5 млн из которых пошли на научные исследования, 3,5 млн — на проведение 3500 тестов во внесоревновательный период, 1,25 млн — на образовательные программы. Последние становятся сегодня главным приоритетом, так как без соблюдения принципов этики и честной игры у спорта нет будущего.

Профилактическая деятельность должна быть направлена не только на запрещение и изъятие наркотических и допинговых веществ, но также на распространение знаний, касающихся патогенного действия психоактивных и допинговых препаратов на организм и психику. Формирование характера, просоциальных установок является основой для развития здоровой личности, не страдающей зависимостью от каких-либо ПАВ.

## **ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ И НАРКОТИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ**

Проблема потребления алкоголя медицинскими работниками обретает особое значение в силу особенностей их деятельности, в которой большое значение имеют пропаганда здорового образа жизни, а главное — личный пример.

М.М. Glatt (1979), изучавшая причины алкоголизма врачей (среди мужчин, лечившихся в госпиталях по поводу алкоголизма, насчитывалось 2–4% врачей), пишет, что длительные эмоциональные и физические нагрузки, разочарование в жизни, необходимость расслабиться после многих часов работы побуждают многих врачей прибегать к созданию привычного психологического комфорта, знакомого со времен студенческой жизни.

Многие исследователи относят профессию врача к факторам повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками (Gallegos K.V., Talbott G.D., 1999). Особенность профилактики, лечения и реабилитации врачей, больных зависимостью от ПАВ, состоит в отсутствии целевых превентивных программ и малой успешности лечения.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками связано с высоким риском суицидов среди врачей. Как показали исследования, проведенные в США, уровень суицидов на 100 000 населения составляет среди мужчин-врачей старше 25 лет 36, тогда как среди женщин-врачей – 41 (среди женщин, не работающих врачами, – 12). Подобные показатели были получены и в Англии, где уровень суицидов среди незамужних женщин-врачей был в 2,5 раза выше, чем у незамужних женщин в целом (Hays L.R., Cheever T. et al., 1996; Lindeman S., Laara F., 1996).

Очень часто врачи, совершившие суицид, имели прежде нерешенные социальные проблемы, трудности в работе и семье. Доступность лекарств и знание их токсичности являются важными факторами при совершении самоубийства у врачей. Как предполагают, у женщин-врачей сочетание алкоголизма и суицида связано с фактором эмоциональной дестабилизации. Самый высокий риск наблюдается среди врачей-психиатров, за ними следуют окулисты и анестезиологи (Lindeman S., Laara F., 1997).

В США более 684 000 врачей. Женщины составляют 19,5% от их числа. По оценке национального института психического здоровья (программа эпидемиологического исследования ЕСА), 137 397 врачей (131 124 мужчины и 6 273 женщины) страдают алкоголизмом, а 48 829 чел. (42 423 мужчины и 6 406 женщин) – наркоманией и токсикоманией (Robins L., 1991). Распространенность алкоголизма и наркомании среди врачей США приведена в табл. 18.

По данным других исследователей (Bissel L., De Clonr, 1983; Niven R.G. et al., 1984; Брук Д. и др., 2000), обобщивших материалы работ за тот же период, от 8 до 12% врачей злоупотребляют алкоголем и наркотиками, что не отличается по распространенности от остального населения. Троекратное отличие этих данных от данных Института психического здоровья США (27,2%) говорит, скорее всего, о существенном драматизме в восприятии проблемы и очень напоминает стремление «сохранить честь мундира». Перефразируя классика, можно сказать, что «мундир» не менее дорог каждому из нас, но истина дороже.

Таблица 18

**Распространенность алкоголизма и наркомании среди врачей США  
(по данным Института психического здоровья США, 1991)**

Категория	Всего		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Больные алкоголизмом	137 397	20,1	131 124	95,4	6 273 6	4,6
Больные наркоманией	48 829	7,1	42 423	86,8	406	13,2

К. Rawnsley (1984) показал, что в Шотландии средняя частота первого поступления в психиатрические учреждения по поводу алкоголизма за один год составила среди врачей 171, а по остальным группам населения – 67 случаев. У врачей в три раза выше смертность от цирроза печени. Автор видит причины высокой частоты алкоголизма у врачей в характере алкоголизации в медицинских учреждениях, сильных эмоционально-стрессовых факторах врачебной деятельности. Эту точку зрения поддерживают Р. Caviston, А. Paton (1986), также обнаружившие в три раза большую частоту алкогольного цирроза печени у врачей по сравнению с населением в целом. По их подсчетам, в Великобритании 2–3 тыс. врачей больны алкоголизмом, а регулярно употребляют спиртные напитки около 90% врачей.

Когда в 1988 г. в рамках ежегодного опроса медицинских работников Франции перед ними были поставлены вопросы социальной направленности, против рекламы алкогольных напитков (включая пиво) высказались только 60% студентов-медиков и 75% практикующих врачей общего профиля (Stroebe T., 1988). Приведенные данные косвенно свидетельствуют о большой доле среди врачей лиц с проалкогольной ориентацией.

Заметить зависимость врача от ПАВ, в том числе от алкоголя, можно прежде всего по негативным изменениям в таких сферах, как семья, взаимоотношения с окружающими, финансы, духовное и эмоциональное здоровье, физическое здоровье и только потом – выполнение врачебных обязанностей. То есть первым, с чего начинаются нарушения у врача-алкоголика или наркомана, является семья, последним – работа. Чем раньше будут выявлены эти проблемы, тем более благоприятен прогноз для лечения.

Идентификация возможных алкогольных проблем врачей по приведенному списку сфер социальных контактов, предложенному Институтом психического здоровья США:

#### **Семья**

1. Отказ от выполнения семейных обязанностей.
2. Контроль в семье за поведением супруга-алкоголика, за употреблением им ПАВ.
3. Ссоры, непонятная, необычная агрессивность, ярость зависимого супруга.
4. Самоизоляция супруга-алкоголика, невозможность добиться у него согласия встретиться со специалистом по лечению зависимостей, эмоциональное и физическое проявление гнева, растущее одиночество. Созависимость детей. Попытки детей восстановить нормальную жизнедеятельность семьи.
5. Развитие асоциального поведения детей: депрессия, беспорядочная половая жизнь, побеги из дому, попытки приема наркотиков и других ПАВ.
6. Сексуальные проблемы супруга-алкоголика: импотенция, внебрачные связи.
7. Разобщенность супругов, развод или сепарация.

#### **Межличностные взаимоотношения**

1. Изоляция и отказ от общественной жизни, церкви, друзей, хобби, отдыха, коллег.
2. Скованное поведение во время вечеринок, в гостях.
3. Проблемы с правоохранительными органами, ДТП.
4. Непредсказуемость поведения во время пребывания в обществе.
5. Частые проявления поведения, связанного с риском для жизни.

#### **Служебные и рабочие характеристики**

(при появлении этих факторов риск неблагополучия очень высок)

1. Многочисленные перемены работы в течение последних пяти лет.

2. Частые внезапные переезды.
3. Частые госпитализации.
4. Сложная и тщательно рассказанная история болезни.
5. Длительные промежутки безработицы.
6. Отсутствие рекомендательных писем или письма с отрицательным отзывом.
7. Работа, не соответствующая квалификации специалиста.
8. Снижение профессиональной состоятельности.

#### **Физическое состояние**

1. Несоблюдение правил личной гигиены.
2. Небрежность в одежде и внешнем виде.
3. Множественные проявления физического нездоровья или осложнения болезней.
4. Употребление лекарств, частое выписывание рецептов.
5. Частые госпитализации.
6. Постоянные уходы с работы по поводу визитов к врачу или стоматологу.
7. Несчастные случаи и травмы.
8. Серьезные эмоциональные срывы.

#### **Административная работа**

1. Постоянные нарушения дисциплины, опоздания на работу.
2. Грубое, резкое отношение к персоналу.
3. Синдром «хлопанья дверями».
4. Частое прописывание ПАВ или получение лекарств в аптеке.
5. Жалобы пациентов на поведение доктора.
6. Отсутствие на работе в связи с частыми и неожиданными больничными.

#### **Больница**

1. Опоздания с проведением обходов, неподобающее поведение во время их.
2. Снижение качества выполнения своих служебных обязанностей — заполнение историй болезней, выписных эпикризов.
3. Несоответствующие назначения или прописывание чрезмерно большого количества препаратов.
4. Сообщения персонала (медсестры, секретари, санитарки и др.) об изменении поведения, «сплетни» и «слухи».
5. Соучастие в незаконных и уголовно наказуемых действиях.
6. Сообщения из приемного покоя во время дежурства об отсутствии на рабочем месте или недоступности для персонала и больных.
7. Воспрепятствование и отказ от физического осмотра или сдачи мочи на содержание ПАВ.
8. Употребление алкоголя во время выполнения служебных обязанностей.

Психологический портрет принимающего наркотики врача обычно складывается из следующих характеристик: дистресс и депрессия, психологическое выгорание и психическое напряжение, соматические заболевания и хроническая усталость, эмоциональная изоляция и уход от ответственности, потребление наркотиков тайно и в одиночку, попытки скрыть зависимость с обилием защитной мотивации, профессиональная деградация (на последних стадиях наркомании).

Провести раннее выявление проблем врача, злоупотребляющего ПАВ, достаточно сложно. Это связано в первую очередь с умалчиванием членов семьи, друзей, коллег и даже пациентов. Особенно трудно диагностировать зависимость от ПАВ у женщин-врачей. Лечение врачей с алкогольной и наркотической зависимостью также имеет ряд специфических особенностей. Прежде всего это частая неблагоприятность прогноза даже в случае лечения в антиалкогольном или антинаркотическом центре (Hoffman N.,

1996). Не слишком эффективны для них и программы анонимных алкоголиков (АА) или какие-либо обычные реабилитационные программы по поддержанию трезвости.

Многие врачи знают о биопсихосоциальных и генетических причинах алкоголизма и критично, недоверчиво относятся к лечению. Признание алкоголизма вызывает у них чувство вины, стыда и нежелание обсуждать проблему с лечащим врачом. Но даже и осознание наличия заболевания еще не означает, что врач реально начнет менять свою жизнь и поведение. Это обычные проявления интеллектуализации или «диванное» лечение на словах.

Не менее сложный вопрос — копинг сопутствующих лечению расстройств (чаще всего это бессонница). Желательно уменьшение курения, приема кофе и пищи, богатой белками; необходимы нормальное, сбалансированное питание в течение всего дня, теплые ванны, массаж; рекомендуется легкое чтение. Если пациент страдает бессонницей, должна быть обеспечена возможность консультации в любое время дня и ночи, так как в этом случае высока вероятность суицида.

Вовлечение семьи в процесс лечения — мощный поддерживающий фактор. Семья знает о заболевании гораздо раньше и больше, чем друзья и коллеги. Естественно, что осознавать себя супругом или ребенком алкоголика очень больно. Но задача психотерапевта — показать необходимость совместных действий и то, каким образом, изменяя собственное поведение, можно помочь супругу или родителю в сложной работе над достижением трезвости.

Оценка эффективности лечения зависимости от ПАВ среди медиков осложняется многими причинами: некоторые исследования по лечению медиков включают не только врачей, но и медсестер, стоматологов, студентов медвузов; значительна разница в методах, продолжительности, интенсивности лечения; авторы очень часто верят самообсервациям пациентов-врачей о полном излечении; алкоголь и некоторые препараты могут не обнаруживаться в моче, если были приняты в течение одних-двух суток до исследования, и т.д. (Gallegos K., Talbott G., 1999).

На основании обследования 100 врачей, участвовавших в психотерапии по специальной реабилитационной программе (Georgia Impaired Physicians Program) в течение 1982—1987 гг., выявлено, что 77 пациентов-врачей находились в ремиссии от 5 до 10 лет, 1 умер, 22 не смогли отказаться от употребления ПАВ. На основании результатов реализации этой программы G. Talbott (1999) предложил следующие критерии нормального процесса лечения зависимости от ПАВ и успешного достижения продолжительной ремиссии у врачей:

- количество посещений мероприятий 12-шаговой программы АА за неделю;
- частота встреч со спонсором и деловые взаимоотношения с ним;
- проведение регулярных анализов мочи на содержание алкоголя и наркотиков;
- мониторинг основных стадий реабилитации и эмоциональных изменений (вина, злость, депрессия, тревога, бессонница и т.д.);
- отслеживание каждого случая приступа компульсии или obsessions (секс, работа, еда, никотин, азарт и т.д.);
- оценка состояния после психотерапии, лечения, приема лекарств;
- оценка семейных взаимоотношений;
- состояние физического здоровья;
- количество свободного времени в неделю;
- осложнения, которые возникли в период прохождения 12-шаговой программы и терапии;

- количество времени, посвящаемое физической нагрузке в неделю;
- оценка стрессоров, связанных с работой (профессиональный статус, обязанности на работе, отношение к пациенту на месте работы);
- изменения финансового положения;
- обучение изменениям в процессе отвыкания от ПАВ;
- самооценка качества программы лечения;
- оценка «малых частей» программы выздоровления.

Необходимо учитывать, что лечение зависимости является многостадийным процессом, в котором для конечного эффекта каждая из следующих стадий значима (T.Gorski, 1989):

- полный отказ от всех ПАВ;
- твердое намерение изменить свою жизнь для успешного выздоровления;
- изучение настоящей истории своего заболевания и выздоровления;
- изучение навыков, необходимых для начала и продолжения трезвости;
- оценка возможностей излечения в результате прохождения программы;
- умение не отказываться от программы, несмотря на возможные стрессы, проблемы и поведение окружающих.

Во всех 50 штатах США существуют программы по лечению врачей, страдающих от наркотической зависимости. Большая часть этих программ разработана государственными медицинскими учреждениями. Например, в штате Массачусетс врачи, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, могут быть направлены в Центр лечения врачей (Physician Health Services – PHS) Массачусетского медицинского общества. В штате Массачусетс врач, у которого выявлено злоупотребление наркотическими веществами, не лишается лицензии на занятие лечебной деятельностью, если не поступают заявления о том, что он причиняет вред здоровью пациентов, и если в течение 30 дней будет получено подтверждение о том, что он проходит лечение по программе PHS. Между PHS и врачом подписывается трехлетний контракт, который может быть продлен.

Ниже приведены некоторые условия контракта.

- Врач должен отказаться от употребления запрещенных наркотических веществ, действующих на психику, и алкоголя, а также добровольно прекратить лечебную практику на время, пока не избавится от наркотической зависимости.
- Врач будет иметь группу поддержки, состоящую из помощника руководителя PHS (тоже врача), терапевта, наблюдающего врача по месту работы, который может подтвердить наступление абстиненции (отказ от употребления наркотических веществ), и врача, оказывающего ему медицинскую помощь в случае необходимости. Обязательным является посещение собраний групп поддержки, в том числе групп, специально созданных для врачей.
- Необходимо два раза в неделю сдавать мочу на анализ (токсикологический) в течение первых трех месяцев действия контракта, а затем один раз в неделю до окончания срока контракта. Время предоставления пробы мочи определяется произвольно специалистами, контролирующими ход лечения.
- Если у врача наступает рецидив, он обязан немедленно прекратить работу с пациентами и начать лечение. В этом случае ему предлагают заключить новый контракт.

Если врач не выполняет условия контракта, об этом ставятся в известность руководитель PHS и Медицинский регистрационный комитет. Если комитет предпримет

в отношении врача дисциплинарные меры, то о наличии химической (наркотической) зависимости у врача станет общеизвестно (Брук Д. и др., 2000).

Согласно постановлению палаты представителей Американской медицинской ассоциации (American Medical Association House of Delegates), «врач несет моральную ответственность за сокрытие известных ему случаев, когда его коллеги не могли проводить лечение на должном уровне по причине психических заболеваний, в том числе наркотической и алкогольной зависимости» (1972).

В настоящее время в США только 8 из 50 штатов приняли закон, предписывающий врачам сообщать о случаях злоупотребления их коллегами наркотическими веществами. В штате Массачусетс, например, Закон об обязательном сообщении действует в отношении всех врачей, которые были многократно замечены в состоянии алкогольного опьянения, имеют наркотическую или алкогольную зависимость или занимались врачебной практикой, находясь под действием алкоголя, наркотических веществ, будучи в состоянии физической недееспособности или психической неустойчивости. О таких медицинских работниках требуется сообщать в медицинский лицензионный комитет штата или в Центр лечения (Брук Д. и др., 2000).

Проблема наркотизации и алкоголизации врачей актуальна и требует дальнейшего изучения и исследования. Многие врачи, пройдя программу лечения зависимости от ПАВ, начинают сами активно участвовать в общественной работе по профилактике наркомании, алкоголизма и табакокурения.

Отечественных исследований алкоголизации и наркотизации врачей немного. Л.Ф.Тихомировой (1985) было проанализировано потребление алкоголя у 851 врача различных специальностей. Среди обследованных врачей-мужчин 11,9% употребляли алкоголь реже 1 раза в месяц (в основном это лица старше 50 лет, имеющие соматическую патологию). Остальные 88,1% употребляли спиртные напитки чаще 1 раза в месяц (из них 69,3% реже 1 раза в неделю, 27% – 1 раз в неделю и 3,2% – чаще 1 раза в неделю).

Из обследованных врачей-женщин 51,5% отмечали, что употребляют алкоголь реже 1 раза в месяц или не употребляют совсем. Большинство в этой группе составили лица старше 40 лет (67,9%), а также имеющие соматическую патологию. Врачи-женщины, употребляющие алкоголь чаще 1 раза в месяц, составили 48,5% (из них 96,9% – реже 1 раза в неделю и лишь 3,1% – 1 раз в неделю). Употребляющих алкоголь чаще 1 раза в неделю среди врачей-женщин не было. Прослеживается тенденция к более низкому употреблению алкоголя этой категорией обследованных.

В качестве группы риска среди врачей различных специальностей автор выделил лиц, потребляющих алкоголь раз в неделю и чаще. У анестезиологов этот показатель составил 36%, хирургов – 27,4%, рентгенологов – 14,3%, физиотерапевтов – 9,1%, акушеров-гинекологов – 6,1%, стоматологов – 4,9%.

Л.Ф.Тихомирова (1985) справедливо подчеркивает, что наличие вредных привычек находится в обратной зависимости от таких положительных факторов, как творчество, учеба, занятия физической культурой и спортом. В результате проведенного исследования выявлено, что только 47% мужчин-врачей занимаются домашней работой, лишь 28% – спортом и физической культурой, деловую квалификацию и профессиональный уровень повышают только 26%. Следовательно, в свободное время мужчины-врачи предпочитают пассивные виды отдыха. Из женщин-врачей 78,5% преимущественно заняты домашней работой, затрачивают на ее выполнение 4 ч

и более ежедневно. Только 10% из них занимаются физкультурой и спортом, столько же имеют творческие занятия.

Глубокий анализ производственных, микросоциальных, психологических факторов, особенностей клинических проявлений алкоголизма у врачей проведен в комплексном исследовании В.Ф.Мельникова (1985, 1988), предложившего систему конкретных профилактических мер. В общей совокупности заболевших врачей с учетом основной специальности терапевты составили 20%, хирурги — 16, стоматологи — 15, врачи скорой помощи — 12, санитарные врачи — 7, гинекологи — 5, психиатры — 5, организаторы здравоохранения и патологоанатомы — по 3, рентгенологи, инфекционисты и дерматологи — по 2, прочие специалисты — 8%. Относительный показатель заболеваемости на 100 работающих врачей данной специальности был наиболее высок для хирургов (8), стоматологов (7), врачей скорой медицинской помощи (6). Автор обоснованно предполагает, что это явление в какой-то степени объясняют особенности профессиональной деятельности хирургов и врачей скорой помощи, часто возникающие стрессовые ситуации, разъездной и сменный (включая ночное время суток) характер работы, относительно большой процент врачей-мужчин этих специальностей. Менее ясны причины этого явления в среде стоматологов. В изучаемой группе не встретились представители таких распространенных специальностей, как педиатрия и невропатология.

Дебютирование алкогольной болезни среди медицинских работников приходилось преимущественно на молодой возраст: 20–24 года (23%), 25–29 лет (33%), 30–34 года (31%), 35–39 лет (9%), после 40 лет (4%).

Продолжительность хронического алкоголизма у большинства больных-врачей была довольно велика: до 5 лет — 7%, 5–9 лет — 20%, 10–14 лет — 38%, 15–19 лет — 21%, 20–24 года — 9%, 25 лет и более — 5%. У всех пациентов-медиков диагностированы II и III стадии алкогольной болезни.

Как показали исследования, проведенные среди 23 врачей-алкоголиков (Юрченко Л.Н. и др., 1997), чаще это были городские жители (82,6%). Среди них были терапевты, анестезиологи, хирурги, гигиенисты. Из них меньшее число сумели сохранить первый брак, чем пациенты, не являющиеся врачами (контрольная группа), большая часть врачей-алкоголиков жила вне семьи. У врачей-алкоголиков по сравнению с контрольной группой чаще наблюдалось в анамнезе наличие черепно-мозговой травмы с потерей сознания. Алкоголизм у врачей протекал на фоне выраженного депрессивного синдрома с суицидальными высказываниями и поступками. Результаты лечения у них чаще были отрицательными. Мотивировкой для лечения у врачей-алкоголиков были семейные и профессиональные проблемы, но не необходимость лечения алкоголизма или изменение образа жизни. При этом 35% признавали у себя наличие алкоголизма, 20% его отрицали, 45% признавали неблагополучие, но при этом отрицали наличие зависимости от алкоголя. Несмотря на наличие специальных знаний об алкоголизме, врачи не отличались критическим отношением к заболеванию.

Говорить о специфике «врачебного» алкоголизма сложно. Обучение в медицинском вузе можно рассматривать как «тормозящий» фактор в развитии влечения к алкоголю. Депрессивный фон абстинентного синдрома является отражением преморбидных свойств, а также напряженных гиперответственных условий работы врачей. При этом выраженность защитных механизмов — отрицания (алкогольная анозогнозия) и рационализации — такая же, как и у не медиков. Наркологи и психиатры не-

доценивают тяжесть алкоголизма у своих коллег, а также излишне оптимизируют прогноз.

По сравнению с общей популяцией, число разводов и нарушений семейного статуса у врачей-алкоголиков больше. Эмоциональные расстройства у жен врачей выше в первые 15 лет становления профессиональной карьеры мужа.

Представляется уместным рассмотреть особенности алкоголизации студентов высшей школы, выделив направления совершенствования антиалкогольной работы в их среде. Практически во всех проанализированных нами социально-гигиенических и клиничко-социальных исследованиях алкоголизации студентов использовался метод опроса в различных модификациях — от заочной анкеты до интервью по телефону и клинического интервью. Наиболее трудно сопоставимы между собой данные о распространенности и частоте употребления спиртных напитков среди студентов, так как авторы не только различных стран, но даже одной и той же страны в один и тот же исторический период использовали качественно отличные друг от друга методы выявления употребляющих и не употребляющих алкоголь, различные классификации по возрасту и т.д. Вследствие такого разнопланового подхода к оценке алкоголизации студентов обобщение данных существенно затруднено (табл. 19). Можно, однако, отметить рост объема потребления алкоголя и увеличение частоты алкоголизации студенческой молодежи в последние десятилетия, частоту сочетания алкоголизации с употреблением наркотиков, увеличение распространенности ранних форм женской алкоголизации.

Социологи и психологи в качестве основных причин тяги молодежи к алкоголю указывают на растущее психологическое напряжение, неумение правильно использовать свободное время, отчуждение, неустроенную жизнь, несостоятельность семьи в вопросах воспитания. Неблагополучие в семье и столкновение с действительностью, мода и конфликт с социальными нормами — таковы основные причины роста алкоголизации и алкоголизма среди студенческой молодежи.

Большинство опрошенных J. Desque и соавт. (1976) студентов, злоупотребляющих спиртными напитками, ответили, что они пьют, чтобы чувствовать себя свободнее и веселее. Основным мотивом алкоголизации студентов в 40% случаев является стремление к «удовольствию» и «приятным ощущениям». При этом 90% пьющих заявили, что не собираются покончить с этой привычкой (Battistich V.A., 1978). По данным S. Monagco и соавт. (1978), ведущими причинами потребления алкоголя студентами университета в Перудже (Италия) являлись «чувство тоски, тревоги, депрессия, утомление, ослабление памяти». В большинстве случаев алкоголь употребляется студентами, чтобы повысить настроение и улучшить самочувствие, снять беспокойство и облегчить общение. У каждого 20-го студента в США В.Н. Hamilton (1985) обнаружила проблемы, связанные с алкоголизацией. Y. Lamontagne и R. Elie (1985) показали, что в 1984 г. по сравнению с 1978 г. алкоголизм среди канадских студентов-юношей уменьшился на 1,2% и возрос на 0,4% среди девушек, однако общее число алкоголизирующихся студентов не изменилось. При этом большинство студентов стали употреблять вина, некрепкие алкогольные напитки.

В 1980-х гг. исследователи алкоголизации студентов пытались выяснить ее причины, мотивы и условия, а также отношение к алкоголю, чтобы обосновать систему антиалкогольного воспитания в высшей школе. Так, L.J.O. Brein (1982) отметил, что студенты младших курсов университетов в качестве показателей опасности употребления этанола выделяют лишь частоту его приема и количество. Совершенно незна-

Распространенность и частота алкоголизации студентов

Авторы	Год	Страна	Контингент обследованных	Доля употребляющих алкоголь, %	Частота употребления алкоголя, %
Block M.	1970	США	Студенты	33–60	
Battistich V.A.	1978	США	145 студентов	82	
Celentano D.D., McQueen D.V.	1978	США	Студенты штата Мэриленд	77,02 — мужчины 63,3 — женщины	
Adams W.G.	1979	Австралия	Студенты последнего курса университета	92 — мужчины 96 — женщины	
Fill G., Scheda V.	1981	ВНР	900 студентов университета		55 — мужчины и 32 — женщины выпивают еженедельно
Ochodi O.G.	1981	Нигерия	500 студентов		87 — пьют регулярно
Reiskin H., Wechsler H.	1981	США	252 студента	95	
Lutcowich J.M., Lutcowich M.	1982	США	800 студентов четырех колледжей	92	16,5 — мужчины и 21,6 — женщины пьют реже 1 раза в неделю; 21,5 — мужчины и 30,5 женщины 1–3 раза в неделю
Harford T.C., Spiegler D.L.	1983	США	3 036 студентов		57 — мужчины и 47 — женщины отмечают частое употребление
Rooney F J.	1983	США	4 941 студент колледжей		21,1 — регулярно пьют пиво
Johnson O.G.	1985	Англия	104 студента-медика	81	
Guerra M. et al.	1985	Италия	1 000 студентов высших школ Флоренции	85 — мужчины 79 — женщины	11 — злоупотребляют спиртным
Clark D.C.	1986	США	116 студентов-медиков		25 — злоупотребляют спиртным
Madix J.F.	1986	США	133 студента-медика старших курсов	96	
Quero D. et al.	1986	Испания	2 921 студент университета, в том числе медфакультета	90,2 — мужчины 73,3 — женщины	

Soucif M.I. et al.	1986	АРЕ	2 711 студентов Каирского университета	42	
Engs R.C., Redell K.H.	1987	США	209 студенток-медсестер	87	46 — раз в неделю
Poldmgo F. et al.	1987	Италия	401 студент медицинского и педагогического вузов	78,1	15,2 — выпивают ежедневно; 8,1 — злоупотребляют спиртным
Snoitum J. R.	1987	США	120 студентов колледжей	98	мужчины — 104 порции в месяц; женщины — 39
Engs R.C., Banson D. J.	1988	США	170 студенток мед. факультета	72	8 — «тяжелые» пьяницы
Madonutti G.B.	1988	Италия	1 006 студентов медучилища	77	75,6 — умеренно; 10,8 — регулярно
Long P.	1988	Норвегия	64 медсестры		46,5 — умеренно; 39,5 — злоупотребляют
Ляхович А. В.	1985 1988	Территория бывшего СССР	1 500 студентов вузов, Московский энергетический институт (МЭИ) и Латвийский гос. университет (ЛатГУ)		МЭИ: 46,6 — юноши и 42,2 — девушки употребляют алкоголь ЛатГУ: 66,7 и 27,6 соответственно
Госкомитет по народному образованию	1990	Территория бывшего СССР	1815 учащихся ПТУ, вузов		48 — учащиеся ПТУ; 56 — студенты вузов; девушки/юноши — 1/1
Сидоров П.И.	2000	РФ	Студенты архангельских вузов		30 — пробовали наркотики; 42 — еженедельно выпивают; 2 — физически зависимы от алкоголя; 56 — курят
Ткаченко Г. Б.	1999	РФ	Башкирский педагогический институт, Башкирский госуниверситет		80,8 — студенты БГПИ; 68,6 — студенты БГУ
Брук Д. с соавт.	2000	США	Студенты старших курсов медицинских учебных заведений	87,5 — алкоголь 10 — марихуану 10 — сигареты 2,8 — кокаин	
Разводовский Э.Ю.	2003	Беларусь	103 белорусских студента-медика 103 мусульманских студента-медика (из Сирии, Кувейта, Ливана, Пакистана)	93,2 30,0	

чима для студентов информация о социодемографических и медицинских последствиях употребления спиртного. R.S.Engs (1982), сопоставив отношение к алкоголю студентов-медиков Австралии и США, обнаружила более критичное отношение к проблеме алкоголизма у австралийских студентов. Она отмечает преобладание легкого и умеренного употребления этанола студентами, изучающими медицину и юриспруденцию, по сравнению с другими.

J.Kinney и соавт. (1982) показали трудности психологической перестройки студентов-медиков на восприятие больных алкоголизмом как «действительно больных». R.S.Carman и соавт. (1983) установили, что ведущей причиной потребления этанола студентами является желание уйти от личных психологических трудностей.

Изучая проблему потребления алкоголя студентами-медиками первого курса, R.Gardner и соавт. (1983) отметили необходимость профилактики стрессорных факторов, провоцирующих алкоголизацию. J.S.Peterson, H.A.Allen (1983), S.I.Chomak и соавт. (1987) обнаружили среди студентов-мужчин большее (в 1,7 раза) потребление алкоголя по сравнению со студентами-женщинами и большую частоту социальных осложнений, связанных с алкоголизацией. D.Carthy и соавт. (1983) показали отсутствие связи между информированностью студентов о токсических эффектах этанола и реальным поведением, связанным с его потреблением. J.E.Buckley и R.S.Ambler (1980) среди источников информации студентов о действии алкоголя называют семью (85% случаев); врачей (75%); общество анонимных алкоголиков (70%); публикации в печати (67%); личный опыт (64%); специальные учебные программы (61%); радио и телевидение (53%); преподавателей (51%); продавцов алкогольных напитков (2%). Установлено, что пьющие друзья были источником информации об этаноле у 57% непьющих, 74% пьющих иногда и у 85% регулярно пьющих студентов. Никто из последних не имел непьющих друзей, тогда как у непьющих студентов только 7% друзей регулярно пили.

Эту же тенденцию обнаружил E.R.Shore (1985), показавший преобладающее влияние на алкогольное поведение студентов непосредственного окружения в колледже, нежели собственного предыдущего опыта и традиций семьи. Несколько иные данные приводят R.Gardner и соавт. (1986) на основании лонгитудинального исследования студентов медицинского колледжа. Злоупотребляющие алкоголем студенты (25% выборки), как правило, много пили еще до поступления в колледж, были более агрессивны и не ориентированы на глубокие межличностные контакты. Злоупотребление алкоголем у студентов не обнаружило связи с социодемографическими характеристиками, преобладающим фоном настроения, успеваемостью и алкогольными обычаями семьи. Эти студенты оказались наименее чувствительными к внешним влияниям, в том числе со стороны сверстников.

Таким образом, перечисленные зарубежные исследователи подчеркивают сравнительно низкую информативность и эффективность противоалкогольных учебных программ, преобладающее давление «проалкогольных» источников информации об этаноле, ведущую роль сверстников и групповых форм поведения студентов в развитии алкоголизации.

Среди отечественных исследователей также возрастает интерес к вопросам алкоголизации студентов. Так, Ю.Е.Рахальский и соавт. (1977), опросив студентов III–IV курсов медицинского вуза, выяснили особенности их отношения к алкоголю. Было обнаружено, что 1/5 (20,9%) мужчин и 1/3 (30,6%) женщин допускали в качестве «нормы» еженедельное употребление алкоголя. У 9% мужчин и 1% женщин обнару-

жены признаки амнестического опьянения. Опохмеляются по утрам 9% студентов и 1,6% студенток. У 5,4% обследованных женщин возникали реальные конфликты в связи с употреблением спиртного. Д.М.Менделевич и соавт. (1982) опросили 600 студентов (II и IV курсов технического и гуманитарного вузов) с целью изучения их ориентации в проблеме алкоголизма. Анализ полученных результатов показал большую терпимость студенчества к употреблению алкоголя; относительно более высокий уровень алкоголизации отмечался среди лиц, прибывших на обучение из сельской местности и проживающих в студенческих общежитиях. С переходом на старшие курсы усиливается положительное отношение студентов к употреблению спиртных напитков. Среди студентов технического вуза уровень алкоголизации юношей достоверно ниже по сравнению с девушками, это соотношение обратно пропорционально для контингента обследованных из числа студентов гуманитарного вуза, где алкоголизация юношей достоверно выше, чем девушек. В целом только у 3–10% обследованных выявили высокий уровень антиалкогольной активности.

Проведя интервьюирование более 2 тыс. студентов нескольких вузов Томска, В.Б.Миневич и Ю.И.Прядахин (1985) обнаружили у 0,2% мужчин ежедневное употребление алкоголя, у 5% – 2–3 раза в неделю, у 28,7% – 2–3 раза в месяц, у 32,2% – 1 раз в месяц и у 33,8% – реже 1 раза в месяц. Под угрозой развития злоупотребления алкоголем и алкоголизма, по мнению авторов, находились 4,4% мужчин и 2,8% женщин.

Очевидно, что у абсолютного большинства медицинских работников стереотипы алкоголизации формируются в период обучения в вузе. Исходя из концепции определяющего влияния малых групп на формирование и становление личностных особенностей потребления алкоголя, А.В.Басов (1985) взял в качестве объекта исследования студенческую группу. При таком подходе положительным моментом является то, что все студенты хорошо знают друг друга, группа имеет свой социально-психологический статус, во многом определяющий действия каждого ее члена. Студенты в группе объединены не только формальной структурой, но и большим набором неформальных отношений, в том числе в связи с употреблением алкоголя. Ставилась задача оценить уровень потребления спиртного каждым студентом в группе и связанные с этим особенности поведения с точки зрения как самого испытуемого, так и других студентов.

В среднем мужчины-студенты, по их собственным оценкам, потребляют алкоголь 4,5 раза в месяц по 460 г водки за один прием. По мнению группы, оценивавшей потребление каждым студентом, эти показатели составляют соответственно 4,5 раза и 380 г. У женщин, по их оценкам, потребление алкоголя составляет в среднем 1,14 раза в месяц по 140 г водки за один прием, в то время как по экспертным оценкам одnogруппников эти показатели составляют соответственно 1,74 и 180. Мужчины, оценивая свои уровни потребления, указали ту же частоту потребления, что и эксперты (4,5 раза в месяц). Что касается количества алкоголя, употребляемого за один прием, то расхождение оценки испытуемых (460 г водки на один прием) с оценкой одnogруппников в качестве экспертов (385 г) можно, вероятно, отнести на счет максимальной оценки мужчинами своих возможностей. Но более правдоподобно, что частота потребления алкоголя является легко фиксируемым самим потребителем феноменом, в то время как точно подсчитать количество выпиваемого при наблюдении со стороны довольно сложно.

Тот факт, что женщины, оценивая уровень своего потребления, дают заниженные показатели в сравнении с экспертными оценками как частоты (1,14 против 1,74), так

и количества выпиваемого за один раз (140 г против 180), отражает давно наблюдавшуюся многими исследователями тенденцию к стремлению женщин скрыть случаи потребления алкоголя. Это объясняется важностью для них внешнего, социального осуждения подобного явления, а также особенностями воспитания.

На вопрос о том, может ли он отнести себя к «любителям выпить», 50% студентов-мужчин ответили положительно, остальные затруднились ответить.

Оценивая ситуацию в целом, А.В.Басов (1985) отмечает широкое распространение алкоголизации среди студентов-медиков старших курсов, отсутствие четко сформированных антиалкогольных установок у будущих врачей.

Не менее важной, как показывают различные опросы студентов, является проблема наркотизации учащейся молодежи.

Исследуя типологию отношения студентов к наркомании, Н.Н.Маликова (2000) опросила более тысячи студентов Екатеринбурга (медакадемия, технический университет, госуниверситет). Были выделены основные модели поведения молодежи в отношении потребления наркотических веществ (табл. 20).

Основным типом отношения молодежи к проблеме употребления наркотиков оказалось равнодушие. Этот вывод касается не только молодежи, его можно в полной мере экстраполировать на все российское общество, относящееся к наркоманам как к отверженным, изгоям и в большинстве случаев равнодушно созерцающее развитие их самоуничтожения. Компания по нейтрализации наркотиков должна быть направлена в первую очередь на преодоление этого равнодушия. Наличие опыта употребления не определяет заданность оценок наркотизации молодежи. Собственный опыт употребления наркотиков многих привел к осознанию пагубности последствий этого, потому они зачастую пытаются предостеречь других. Именно этим объясняются различия между «амбивалентными» и «лояльными» группами «экспериментаторов», «любителей» и «наркоманов».

Из комплексных исследований проблем наркотизации, проведенных среди студентов, заслуживает опыт НИИ комплексных социальных исследований Санкт-Петербургского государственного университета и службы профилактики наркозависимости комитета по делам семьи, детства и молодежи администрации Санкт-Петербурга, описанный П.Д.Шабановым и О.Ю.Штакельбергом на основании данных, предоставленных А.А.Козловым (2000).

Для опроса респондентов использовалась анкета, состоящая из 84 вопросов. Исследование проведено на обширной территории — 20 районов Санкт-Петербурга. В исследовании принимали участие 7 229 респондентов. Авторы оценивают, что их исследование охватило примерно 1% молодежи города. Исследователи пытались выяснить уровень наркотизации молодежи, ситуацию с доступностью и возможностью приобретения наркотиков, факторы, влияющие на уровень наркотизации, и на основе полученных данных описать «стратегии построения системы мер антинаркотической направленности, степень личной потребности молодежи в контакте и помощи служб, занимающихся вопросами профилактики наркозависимости».

Как показывают авторы исследования, в опросе принимали участие школьники и гимназисты — 52%, учащиеся лицеев и ПТУ — 23%, студенты — 15%; 6% опрошенных имели иной род занятий. Наркомания была названа ими одной из наиболее острых проблем после таких социальных недугов, как бедность, рост преступности, безработица, загрязнение окружающей среды. При этом 47% опрошенных считают, что «наркомания угрожает человечеству», 40% полагают, что «наркомания поражает толь-

Таблица 20

**Модели отношения студенческой молодежи по отношению к наркотикам  
(Маликова Н.Н., 2000)**

Тип (модель) отношения	Характерные особенности		Число опрошенных, %
	Употребление наркотиков	Отношение к употреблению наркотиков	
«Чистые»	Не употребляют	Активно противодействуют	26,5
«Равнодушные»	Не употребляют	Предпочитают «не замечать»	26,8
«Экспериментаторы»: а) амбивалентные б) лояльные	Имеют опыт однократного употребления «легких» или синтетических наркотиков	а) активно противодействуют б) предпочитают «не замечать»	3,2 8,6 5,4
«Любители»: а) амбивалентные б) лояльные	Имеют опыт многократного употребления «легких» или «синтетических» наркотиков	а) активно противодействуют б) предпочитают «не замечать» или поддерживают компанию	4,5 18,6 14,1
«Наркоманы»: а) амбивалентные б) лояльные	Имеют опыт многократного употребления всех видов наркотиков, в том числе тяжелых	а) активно противодействуют б) предпочитают «не замечать» или поддерживают компанию	2,5 9,0 6,5
«Неискренние»	В ответах на вопросы обнаруживают логическую противоречивость, непоследовательность, желание обмануть, «переиграть» исследователя. Анкеты этих респондентов были исключены из последующего анализа как ненадежные		10,5

ко слабых и проблемных людей», 63% указали на то, что наркомания угрожает их друзьям. Помимо этого авторы исследования сделали попытку выявить основные заблуждения, касающиеся проблем наркомании, степень адекватности оценки воспринимаемой информации и те факторы, которые влияют на эту оценку. Результаты оказались настораживающими, так как 33,4% респондентов считают, что «наркотик бывает «все-рвез» и «не всерьез» (среди них 51,8% – потреблявшие наркотики и 24,3% – не потреблявшие), 14,9% полагают, что «наркотик делает человека свободным».

Можно предполагать, что стереотип восприятия наркомана как «слабого человека» и установка «мне наркомания не грозит» достаточно распространены среди молодежи.

В случаях, когда человек думает, что «он никогда не станет наркоманом или алкоголиком», психологи очень часто сталкиваются с проявлением защитных механизмов по типу отрицания и изоляции (Domachowski W., 1984). Подтверждение данной теории можно найти в результатах исследования П.Д.Шабанова, О.Ю.Штакельберга (2001), А.А.Козлова (2000), из которого следует: половина респондентов считает, что наркоман «может отказаться от злоупотребления наркотиками», а 71% полагает, что «бывший наркоман может возвратиться в общество полноценным человеком».

Авторы включили в свою анкету истинные и ложные утверждения о наркомании, и, как оказалось, 57,3% опрошенной молодежи не отличают правильного утверждения от неправильного.

Среди факторов, способствующих развитию наркомании среди учащейся и не учащейся молодежи, авторы выделили следующие высокозначимые:

а) проблемы личности, к которым относится частое попадание респондентов в ситуации, кажущиеся безвыходными (56% опрошенных). Эта видимость безвыходности опять-таки заставляет прибегать к механизму «бегства» к наркотикам 10% опрошенных и к алкоголю – 32%. Помимо этого 38% молодых людей испытывают эмоциональные и поведенческие проблемы, низкую самооценку;

б) семейные факторы риска: конфликты с родителями – 56%; оскорбления в семье – 50,5%; психологическое давление – 45%; безразличие со стороны родственников и/или их физическая агрессия – 15,5%;

в) опасность первой пробы: как оказалось, 53,4% опрошенных продолжали употреблять наркотики после первой пробы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что среди учащейся молодежи превенция должна в достаточной степени опираться на образовательную деятельность, направленную на информирование о негативных последствиях воздействия наркотических веществ на организм, а также на деятельность по созданию консультативных центров для решения проблем молодых людей, на создание в лицеях, техникумах, вузах сети социально-психологических служб, которые достаточно компетентно и своевременно могут предоставлять помощь студентам.

Результаты изучения частоты и особенностей развития хронического алкоголизма у врачей позволяют отметить их сравнительно раннее приобщение к систематическому потреблению алкогольных напитков, что в свою очередь обуславливает начало болезни также в молодом возрасте.

Можно выделить следующие основные пути преодоления алкоголизации и наркотизации среди медицинских работников:

- последовательное внедрение в медицинских вузах и училищах программ антинаркотического воспитания, включая не только административные меры, но и комплексную систему воспитания и формирования личности будущих специалистов-медиков;
- оптимизация вхождения в студенческую среду, моральная и материальная поддержка нуждающихся в этом;
- создание в каждой учебной группе, трудовом коллективе обстановки негативного отношения к любым проявлениям наркотизации и алкоголизации;
- распространение знаний об алкоголизме и наркомании, принципах реабилитации;
- оказание своевременной наркологической помощи медицинским работникам, злоупотребляющим спиртными напитками, введение профессиональных ограничений для страдающих алкоголизмом врачей на период их лечения и реабилитации.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Алкогольная политика является делом всего государства. В ряду последствий алкоголизма на первое место должен быть поставлен вред, наносимый общественному здо-

ровью и здоровью отдельного человека. Поэтому исторически сложилась ведущая роль медицинской общественности в решении не только медицинских, но и других аспектов этой проблемы. Действительно, квалифицированное, научно обоснованное решение вопросов борьбы с алкоголизмом возможно лишь при активном участии специалистов-медиков, при глубоком изучении проблемы алкоголизма во всех ее аспектах.

Однако на изучение вопросов социальной и клинической наркологии в медицинских вузах пока выделяется явно недостаточное количество часов. Так, в программах высших медицинских учебных заведений США на проблему алкоголизма отводится меньше 1% учебного времени (Когсок М., 1984). Только 27% опрошенных в США врачей считают себя компетентными в лечении больных алкоголизмом (Niven R.G., 1984), хотя еще в конце 1960-х гг. была обоснована необходимость усиления просветительской работы и преподавания вопросов алкоголизма в колледжах, разработаны специальные программы для учителей и врачей. В медицинских школах США в 1976 г. проблемам алкоголизма и злоупотребления лекарствами отводилось только 25,7 ч, в том числе на курсы фармакологии и психиатрии 4,7 и 12 ч соответственно. Тогда же Американское медицинское общество признало необходимость введения специализации врачей по вопросам наркологии (Galanter M., 1985).

Медицинским центром университета в штате Теннесси была разработана программа по выявлению и лечению служащих университета, страдающих алкоголизмом. Она включает 12 пунктов, регламентирующих проведение соответствующих мероприятий (Spickard W.A., Tucker P.J., 1984). В данной программе алкоголизм определен как состояние, при котором постоянное употребление алкоголя мешает полноценному выполнению служебных обязанностей и (или) наносит вред здоровью.

Согласно программе, каждый служащий университета, страдающий алкоголизмом, обязан обратиться за медицинской помощью. Среди служащих университета назначаются лица, ответственные за активное выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем, и направление их на лечение.

Для студентов медицинского факультета этого университета и будущих медицинских сестер в программу обучения был включен специальный курс «Алкоголизм: клиническая перспектива». В ходе обучения студентам прививается отношение к алкоголизму как к болезни, требующей лечения. Курс включает ознакомление студентов с начальными проявлениями алкоголизма, с возможностями медицинского учреждения по излечению лиц, страдающих алкоголизмом, отрицательным влиянием алкоголя на организм и рядом других вопросов.

По некоторым данным, в промышленности эффективность реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, достигает 7%. В университете, где число сотрудников, страдающих алкоголизмом, составляет 5–8%, она равнялась 65% (реабилитированными считаются лица, полностью отказавшиеся от употребления алкоголя или употребляющие его эпизодически и не имеющие замечаний по службе).

Большая результативность действия программ может быть достигнута включением следующих положений, вменяемых в обязанность руководству университета: выявлять лиц, страдающих алкоголизмом, на ранних стадиях заболевания и побуждать их к лечению; предъявлять ко всем сотрудникам установленные требования в плане выполнения ими служебных обязанностей; содействовать служащим, страдающим алкоголизмом, в получении лечения вплоть до оплаты госпитализированным части расходов по лечению; гарантировать служащим возвращение на прежнее место работы по окончании ими курса лечения с предоставлением возможности продолжить

работу, если ее выполнение будет соответствовать установленным критериям (Spickard W.A., Tucker P.J., 1984).

M.J.Hanlon (1985) сделан обзор работ, вышедших в США в основном в 1970—1880 гг., в которых освещаются вопросы осведомленности студентов-медиков и врачей по проблемам алкоголизма и их отношения к этой патологии, в частности, к возможности излечения больных алкоголизмом, а также состояние подготовленности учащихся отдельных медицинских школ по указанным вопросам. Рассматриваются и оцениваются соответствующие программы. Подчеркивается возросший в последнее время интерес специалистов к проблемам зависимого поведения.

Подход медиков к лечению алкоголизма и отношение к его возможным результатам в значительной мере влияет на решение лиц, страдающих алкоголизмом, начать лечение. Между тем врачи и студенты-медики зачастую крайне пессимистически относятся к возможности излечения этого заболевания. В ряде случаев, например, среди работников службы неотложной медицинской помощи, такое отношение к алкоголизму объясняется тем, что при поступлении к ним больных алкоголизмом состояние последних диагностируется как психосоциальная дисфункция, в силу чего диагноз алкоголизма устанавливается лишь при далеко зашедшей стадии заболевания, когда применяемые методы противоалкогольного лечения оказываются малоэффективными.

При опросе группы психиатров, использующих в лечении больных алкоголизмом индивидуальную психотерапию и транквилизаторы, выяснилась слабая эффективность этих методов. Однако отношение к лечению алкоголизма со стороны врачей общей практики, психиатров, социальных работников, медицинских сестер, технических работников, занятых в специализированных отделениях по лечению этой патологии, значительно более оптимистично. По-видимому, для успешного лечения алкоголизма необходимы раннее установление диагноза и назначение лечения, осуществляемого квалифицированным персоналом, имеющим постоянные практические контакты с этим контингентом. Среди медиков пессимистическое отношение к лечению алкоголизма усиливается с ростом их теоретических знаний, касающихся этой патологии; отрицательную настроенность медиков в отношении результативности лечения снижает лишь клинический опыт. Опрошенные подчеркивали, что для успешного лечения алкоголизма необходимо на всех уровнях подготовки медицинского персонала воспитывать гуманистический и оптимистический подход к пациентам, давая специалистам возможность наблюдать такой подход непосредственно в условиях клинической практики.

В работах, посвященных исследованию состояния антиалкогольной подготовки в медицинских школах США, отмечается, что в учебных программах такой подготовке зачастую уделяется мало внимания, к тому же они не отвечают основному принципу подготовки специалистов по лечению алкоголизма, заключающемуся в максимальном использовании клинического и практического подхода в качестве главного метода обучения и преподавания. В большинстве школ вопросы лечения алкоголизма включаются в факультативные программы; обязательные сведения студенты получают на кафедрах психиатрии и фармакологии. Для улучшения качества обучения в этой сфере необходимо изучение алкоголизма выдвинуть в качестве одной из главных проблем, привлекая для преподавания специалистов по смежным дисциплинам и используя практическое участие студентов в мероприятиях по лечению алкоголизма с демонстрацией излечившихся пациентов.

В медицинских школах США не существует единой программы преподавания вопросов алкоголизма. Многочисленные публикации учебных программ в этой области появились лишь в последние годы. Отмечается их большое разнообразие, преобладание лекционной формы. Результативность таких программ оценивается с помощью тестов, выявляющих отношение студентов к лечению алкоголизма. Несмотря на полученные знания, студенты считали, что оказание помощи больным алкоголизмом не входит в круг основных обязанностей врача. Они относят алкоголизм к общему разделу хронических заболеваний, тогда как при рациональном лечении восстановление нарушенных функций при алкоголизме может быть доведено до значительно более высокого уровня, чем при большинстве хронических заболеваний. Наиболее результативными были программы с высокой насыщенностью практическими контактами с пациентами, страдающими наркоманиями и алкоголизмом. Преодоление пессимистического отношения к результативности мероприятий по борьбе с наркоманиями и алкоголизмом со стороны персонала, осуществляющего медицинскую помощь больным этими зависимостями, крайне важно в комплексе мероприятий по их лечению (Hanlon M.J., 1985).

В литературе появляются сообщения о внедрении конкретных форм и методов антиалкогольной работы со студентами-медиками. К.С. Mills и соавт. (1983) описали опыт работы экспериментальной таверны в студенческом общежитии, где проводились безалкогольные вечеринки и разнообразные мероприятия антиалкогольной направленности. Таверну посещали от 66,5 до 93,1% студентов, проживающих в общежитии. Одним из показателей эффективности антиалкогольной работы явилось то, что 33,5% студентов, ею охваченных, заказывают в общественных барах безалкогольные напитки (в контрольной группе 22,4%). В.Н. Hamilton (1985) считает наиболее эффективными формами антиалкогольной подготовки студентов обучение их умению отказа от выпивки, мышечной релаксации для снятия чувства беспокойства как альтернативы выпивке, а также внутригруппового воздействия студентов друг на друга. E. R. Shore, P. C. Rivers (1985) указывают, что *рекомендательный* характер антиалкогольной политики университетской администрации более эффективен, чем *запретительные* меры, которые могут даже стимулировать алкоголизацию.

J. McKillip и соавт. (1985) проводили в студенческом коллективе кампанию за «ответственное употребление алкоголя» с использованием плакатов, университетской газеты, радио- и телевизионных средств. Суть ее сводилась к двум тезисам: «не является неприличным отказаться выпить» и «друзья не должны принуждать друзей пить». Выборочный опрос студентов (371 интервью, 1 113 итоговых анкет) показал, что у них значительно повысилась осведомленность в пропагандируемых темах (однако осталось неизвестным, как это отразилось на их фактическом алкогольном поведении). K. Rawnsley (1984) предложил специальную схему антиалкогольной работы с врачами-анестезиологами, которые, по его мнению, являются группой повышенного риска с точки зрения развития алкоголизма.

В 1978 г. было создано Французское общество алкогологии, включившее врачей разных профилей: терапевтов, гастроэнтерологов, психиатров, представителей теоретических дисциплин, специалистов по профессиональной гигиене, а также юристов, экономистов, социальных работников. На первом этапе была поставлена задача добиться единства действий всех специалистов в борьбе с употреблением алкоголя и его последствиями (Hillemand B. et al., 1985). Авторы предлагали ввести преподавание алкогологии на медицинских факультетах вузов Франции.

С 1986 г. в Норвегии действует курс последипломной подготовки по проблемам алкоголизма и наркомании для работников первичного звена здравоохранения: врачей общей практики, психологов, социальных работников. Курс рассчитан на 40 часов и занимает 5 дней. Тематика занятий отличается большой широтой. Рассматриваются вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения алкоголизма, соматических осложнений, особенностей заболевания у женщин, биохимические маркеры алкоголизма, связь со СПИДом и др. Последние 1,5 дня отводятся на практическое обучение методике интервьюирования больного и лечения алкоголизма (Fauske S., 1988).

Для российских вузов характерны некоторые особенности организации антиалкогольной работы со студентами-медиками:

1) имеющаяся «базовая» информация о вреде алкоголя на организм человека создает своеобразный «иммунитет», толерантность, «невосприимчивость» к новой, дополнительной информации; такая «перегрузка» может формировать определенный скепсис, что, естественно, снижает эффективность пропаганды;

2) наличие определенного рода негативных традиций и установок в среде медиков;

3) попытки «научного» обоснования целесообразности употребления алкоголя («антистрессор», «средство, идентичное эндогенному этанолу» и т.д.);

4) облегченный доступ к этанолу и спиртосодержащим препаратам во время практики в лечебно-профилактических учреждениях.

Все это снижает эффективность проводимой стандартными формами и методами противоалкогольной работы и заставляет искать новые, более дифференцированные подходы к антиалкогольной пропаганде среди молодежи.

Безусловно значимы следующие целевые задачи антиалкогольного воспитания студентов-медиков: дать им целостную систему знаний по социальной и клинической наркологии, по профилактике наркологических заболеваний и формированию здорового образа жизни людей; обеспечить формирование трезвеннических установок и организацию общественного движения против наркотиков и злоупотребления алкоголем; повысить социальную активность, потребность в самореализации и самоактуализации.

К сожалению, масштабы, глубина и координирование в преподавании наркологии, мультидисциплинарный подход к этой проблеме в медицинских вузах еще не стоят на достаточно высоком уровне, отвечающем остроте и важности проблемы. Например, среди студентов III курса как медицинских, так и гуманитарных факультетов СГМУ (2000–2001 гг.) на вопрос о том, является ли алкоголизм неизлечимым заболеванием, утвердительно отвечали 4 из 60 человек. Остальные считали, что алкоголизм является излечимым и что человек, которому поставлен диагноз «алкоголизм», впоследствии «может научиться употреблять алкоголь в разумных пределах». Примерно столько же процентов студентов считают, что наркомания является излечимым заболеванием. Студенты путали понятие «ремиссия» и «излечение», считая отказ от алкоголя и поддержание абстиненции излечением от алкоголизма. Многие не понимают проблемы созависимости, считая, что первостепенное значение для развития алкоголизма имеют биологические и физиологические нарушения.

Как показали исследования, проводимые А.В.Ляховичем с 1985 г. по 1988 г. по формированию гигиенического воспитания молодежи (опрошено около 1500 студентов Московского энергетического института и Латвийского госуниверситета), студенты-первокурсники отрицали возможное причинение вреда организму при потреблении небольших доз алкоголя. При этом 19% опрошенных считали, что упот-

ребление небольших доз алкоголя не мешает занятию спортом. Наибольшее отрицание у студентов вызвало утверждение о том, что алкоголь даже в небольших количествах вредно влияет на нервную систему и интеллект. Это говорит о том, что молодежь не имеет квалифицированной информации, а пользуется случайными сведениями, не имеет внутренней убежденности для неприятия того стиля поведения, который допускает «культурное потребление алкоголя». Как показало это исследование, 46,6% юношей и 42,2% девушек, опрошенных в МЭИ, употребляют алкоголь. В ЛатГУ эти цифры составили 66,7 и 27,6% соответственно (Ткаченко Г.Б., 1999).

В результате проведения исследования в МГПИ была апробирована программа «Профилактика пьянства, наркомании, токсикомании и СПИДа». Данная программа была предназначена специально для студентов вузов и рассчитана на 10 лекций, 5 практических занятий, сопровождаемых показом видеофильмов.

Еще одна прекрасная идея была выдвинута в 1990-х гг. Она называлась «Здоровье через образование». Эта программа предусматривала формирование здорового образа жизни среди студентов путем внедрения гигиенического воспитания в учебный процесс при помощи всех управленческих структур различного уровня.

Нами был разработан комплексный подход к противоалкогольной работе со студентами-медиками (Сидоров П.И. и др., 1990). Программа этой работы включала следующие мероприятия, проводимые в течение учебного года: семинары для преподавателей и студенческого актива; перестройка лекций и практических занятий с учетом преподавания студентам наркологической тематики; систематические публикации в вузовской газете; специальные выставки и стенды новейшей литературы по проблеме алкоголизма в библиотеке; кинолекторий для студентов; выставки и фотовитрины в общежитиях; привлечение студентов к патронированию семей больных хроническим алкоголизмом, а также к чтению лекций и проведению бесед противоалкогольной тематики среди населения; оформление студентами тематических санбюллетеней во время практических занятий в клиниках, проведение конкурсов на лучший санбюллетень; написание студентами рефератов по проблеме алкоголизма и выполнение этой темы в учебной и научно-исследовательской работе студентов (УИРС и НИРС) в адекватных формах на каждой кафедре.

Рабочая гипотеза предполагала обнаружение статистически значимой положительной динамики в нравственных оценках и установках студентов по вопросам алкоголизации в ходе развертывания противоалкогольной пропаганды. До начала работы и после ее завершения (через год) было проведено анкетирование студентов разных курсов. Анализ результатов первого анкетирования показал, что положительно относились к возможности употребления спиртных напитков по праздникам 92% студентов, при встрече с друзьями – 66,9%, со стипендии – 5,5%, в выходные дни – 4,4%. Общественное мнение студенческих групп в отношении алкоголизации распределялось по следующей шкале: нетерпимое – 3,4%, критичное – 44,4, неопределенное – 0,7, некритичное – 43,6, положительное – 7,9%.

Среди мотивов алкоголизации наиболее часто студенты отмечали следующие (в скобках даны в процентах же цифры повторного опроса): «за компанию» – 36,7% (17,7), «по традиции» – 22,7 (41,4), «для настроения» – 14,7 (12,1), «чтобы развесться» – 5,4 (0), «чтобы снять напряжение» – 3,5 (0), «как все» – 3,5% (0,9%).

Одну из ведущих ролей в борьбе с пьянством и алкоголизмом призвана играть активная противоалкогольная работа среди студентов. Как же они оценивали разные ее формы? Смотрели передачи противоалкогольной тематики по телевидению 72,1%

(76,1) опрошенных, из них негативно оценивали эти передачи 20,7% (15,7). Слушали соответствующие передачи по радио 38,1% (46), из них негативно воспринимали информацию 22,2% (11,4). Читали плакаты и санбюллетени по противоалкогольной пропаганде 46,7% (72,6), негативно оценивали эту форму 18,8% (11,3). Читали антиалкогольные брошюры и статьи 57,2% (65), негативно оценивали их 8,5% (0), посещали лекции и беседы 46,1% (61), негативно оценивали эту форму 12,6% (13,1). Таким образом, можно сделать вывод о том, что существующие методы противоалкогольной пропаганды, не адаптированные для студенческой аудитории, встречали существенное сопротивление со стороны объекта воздействия, что, как известно, может приводить к формированию нравственного формализма.

Из числа опрошенных студентов принимали участие в беседах и диспутах по вопросам алкоголизма: дома – 58,4% (76,7) юношей и 59,6% (69,7) девушек; в учебной группе – 44,5% (66,7) и 47,8% (56,3) соответственно; в общественных местах – 35% (45) и 30,9% (45,4) соответственно. Признавали, что задумывались о последствиях пьянства и алкоголизма 65% (95,6) юношей и 92,6% (95,1) девушек; считали себя подготовленными к противоалкогольной пропаганде среди населения 35,8% (46) и 25% (24,6), а реально принимать участие в этой пропаганде так или иначе приходилось 41,3% (36,1) и 31,1% (47,7) соответственно. Таким образом, из числа студентов, которые привлекались к противоалкогольной работе среди населения, около 6% не считали себя к ней подготовленными, не говоря уже о более тонких вопросах, касающихся их убеждений и установок.

По мнению опрошенных, занимались подготовкой студентов к противоалкогольной пропаганде кафедры: психиатрии (25,8%), фармакологии (11,2%), акушерства и гинекологии (11,2%), общей терапии (6,7%), факультетской терапии (5,3%), факультетской хирургии (3,7%), туберкулеза (3%), социальной и общей гигиены (3%), общей хирургии (2,6%), кожно-венерических заболеваний (2,3%), патологической физиологии (1,1%). 19,1% студентов не смогли указать ни одной кафедры, где бы освещались проблемы социальной и клинической наркологии.

Анализ полученных материалов обнаружил положительную динамику целого ряда показателей в результате проведенной противоалкогольной работы. Так, возросла активность студентов в восприятии информации противоалкогольного содержания, они чаще стали смотреть и слушать соответствующие передачи по телевизору, радио, посещать лекции и беседы, читать брошюры и статьи, знакомиться с наглядной агитацией. Студенты чаще включались в диспуты и беседы, затрагивающие рассматриваемую проблему, дома, в учебной группе, общественных местах. Уменьшилось скептическое отношение к различным формам и методам противоалкогольной пропаганды, обыденное мышление в восприятии проблемы вытеснилось научными и глубоко осознанными представлениями.

В результате проделанной работы сузился фронт «алкогольной экспансии» юношей в отношении девушек на фоне растущей «алкогольной эмансипации» последних.

Значительно расширилась тематика научно-исследовательских работ студентов и молодых ученых по проблемам профилактики. Это не только исследования и разработка практических тем по первичной профилактике алкоголизма, но и предупреждение распространения наркомании и токсикомании среди школьников и подростков, беременных женщин. Печально, но темы исследований, связанные с наркотическим абстинентным синдромом плода, алкогольным и табачными синдромами новорожденных, не являются сегодня редкостью среди неонатологов г. Архангельска.

На основании проведенного исследования была доработана и утверждена в Министерстве здравоохранения комплексная координированная программа преподавания основ профилактики вредных привычек в медицинском вузе, а также изданы методические рекомендации по организации антиалкогольного воспитания студентов-медиков.

В 2000 г. сотрудником СГМУ В.Н.Неверовым были опрошены более 3 тыс. студентов ряда гуманитарных вузов Московской области. Опрос проводился по той же анкете «Как я отношусь к употреблению ПАВ», которая применялась в 1990 г. Были получены сопоставимые результаты, отражающие десятилетнюю динамику.

В 1990 г. наиболее частым (67%) мотивом употребления алкоголя являлись праздничные застолья. Эта причина и сейчас называется не намного (62%) реже. В то же время резко увеличилось количество выпивок при встречах с друзьями (с 5 до 24%), исчезли ответы о роли стипендии – многие студенты обучаются на коммерческой основе и стипендии не имеют.

Достаточно значимы в определении мотивов различия по полу и возрасту. Так, молодые мужчины предпочитают алкоголь и курение не только в праздники, но и в «любое время». Выходные дни при этом не играют существенной роли. В возрасте 25 лет и старше употребление алкоголя по праздникам становятся реже, но увеличивается интерес к выпивке с друзьями по выходным и в «любое время». Однако отрицается курение.

Во всех возрастных группах девушки являются своеобразными лидерами праздничных застолий, но менее склонны к дружеским выпивкам, зато охотно курят (25–50%). Табак в нашей стране вообще считается безобидным удовольствием (чему способствует привлекательная реклама табачных изделий как в средствах массовой информации, так и в транспорте, на улицах и так далее), хотя студенты информированы о его вредном воздействии на организм.

Сравнение с данными 1990 г. свидетельствует о повышении востребованности ПАВ с целью «снять напряжение» (с 4 до 25%) и «для настроения» (с 17 до 26%) при понижении выпивок «за компанию» (с 36 до 17%).

Первичная профилактика всех видов зависимости от ПАВ соответствует современной концепции здорового образа жизни, и здесь на первом месте стоит уровень знаний по проблеме. Информацию о негативном влиянии ПАВ современный молодой человек может получить из разнообразных источников – передач телевидения, радио, бюллетеней и плакатов, статей, книг, специальной литературы (причем девушки отдают предпочтение телевидению и специальной литературе, мужчины – телевидению и радио). В возрастном аспекте сохраняется тот же характер ответов. На первом месте стоит информация по телевидению, однако интерес к ней в 17–20 лет проявило 42, а в 21–30 лет – 34% опрошенных. С возрастом повышается заинтересованность в данных по проблеме в статьях и другой специальной литературе (с 24 до 35%), оценка этой информации увеличивается с 2 до 3 баллов.

В 1990 г. активная антинаркотическая (тогда в основном антиалкогольная) пропаганда имела большой успех, ее показатели были выше по сравнению с 2000 г. в 1,5–2 раза (см. рис. 25).

Интерес молодых людей к информации о ПАВ снижается. Если 10 лет назад проблему существенной и важной для себя считали все студенты, то сейчас – только 30%. Обсуждают эти вопросы дома 27% опрошенных студентов, в учебной группе – 31, стоварищами – 12 (см. рис. 26).

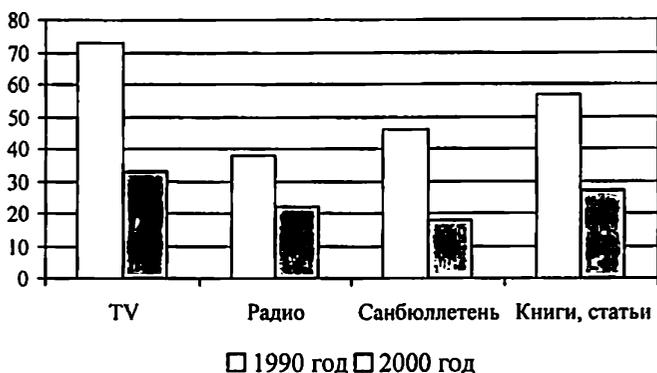


Рис. 25. Сравнительная характеристика роли различных форм антинаркотической пропаганды среди студентов.

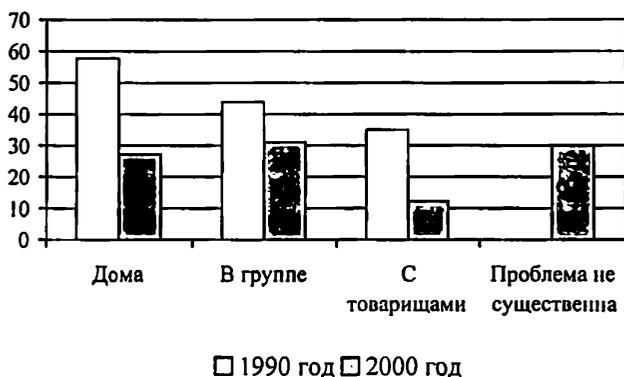


Рис. 26. Сравнительная характеристика участия студентов в обсуждении проблемы употребления ПАВ.

За десять лет существенно повысилась толерантность студенчества к проблемам употребления ПАВ, и это понятно, если учесть, что сейчас в среднем каждый третий студент пробовал наркотики. Именно поэтому требуется качественный пересмотр всей воспитательной работы в школе и вузе.

Работа по профилактике девиантного поведения студентов в вузе сегодня является первоочередной задачей еще и потому, что изменилась концепция образования. Современный вуз – это комплекс подразделений довузовского образования (колледжи, лицеи), вузовское образование (дневное, заочное, очное, вечернее, дистанционное) и послевузовское. Естественно, что лишь при поддержке самих студентов и преподавателей можно системно заниматься профилактической работой, а не только декларировать запрещение курения и распития спиртных напитков.

Противоалкогольное воспитание студентов может быть эффективным и действенным лишь при условии, если оно станет частью идейно-воспитательной работы и будет органически включено в учебный процесс. В системе профилактики алкоголизации студентов, по-видимому, не может быть главных и второстепенных, ведущих и вспомогательных звеньев. Все они имеют самостоятельное значение. Поэтому эффективность антиалкогольного воспитания в вузе – это вопрос комплек-

ности, последовательности и преемственности усилий всех кафедр и служб в рамках единой общеполитинститутской программы утверждения здорового образа жизни без алкоголя, наркотиков и сигарет.

С этой целью в Северном медуниверситете в 2002 г. были организованы отдел социальной защиты, курирующий психологическую и социологическую службы вуза; телефон доверия; институт кураторов (первые курсы), а также введены программы пропаганды здорового образа жизни сотрудников и студентов. Студенты факультетов социальных работников и клинической психологии в течение учебного года работают по программам этого отдела, получив освобождение от летней практики, аккумулируют накопленный опыт в курсовых и дипломных работах.

Проблема антиалкогольного и антинаркотического воспитания актуальна в настоящее время еще в большей степени, чем в прежние годы, что связано с социально-экономическими переменами, отразившимися на распространении вредных привычек среди молодого поколения, особенно среди лиц с неустойчивой психикой и неустроенной судьбой.

Серьезная работа по привлечению студентов к профилактике употребления ПАВ молодежью проводится в Омске. В рамках этой программы студенты Омской медицинской академии принимают участие как лекторы-волонтеры в просветительной работе в общеобразовательных учреждениях. Для них организованы группы личного роста, проводятся круглые столы (Бабичева Л.Л., 1999).

Интересным представляется опыт внедрения целевых профилактических программ. Например, в МГИМО разработана и реализуется программа медико-социальных мероприятий среди студентов (авторы Логинов И.А., Бобров А.Е., Романцева Н.Б., 1997). Цель программы – предупреждение употребления наркотиков студентами и полное прекращение в тех случаях, когда приобщение произошло. Основными направлениями работы являются:

- 1) разъяснительные и просветительные мероприятия, опирающиеся на современные представления о наркомании как биопсихосоциальном явлении, тесно связанном с проблемами психического здоровья; помимо дискуссий и лекций проводятся семинары по психопрофилактике среди студентов I курса;
- 2) выявление во время диспансеризации и выборочных обследований студентов с повышенным риском потребления наркотиков (определенный контингент студентов выявляется врачами-терапевтами и другими специалистами, проводятся скрининговые обследования студентов);
- 3) психопрофилактическая и психокоррекционная работа со студентами, входящими в группу риска, основанная на индивидуальном динамическом наблюдении, осуществлении повторных наблюдений, проведении групповой терапии.

В ходе реализации этой программы была проведена конференция «Студенчество без наркотиков: мировой и российский опыт».

В Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде (2000) предусмотрено особое направление профилактической работы, касающееся студенчества. Речь идет о том, что работа в вузах должна включать три блока:

- 1) *профилактическая работа с родителями* (информирование родителей о случаях наркотизации студента, внутрисемейный контроль наркотизации, использование доврачебных диагностических тестов, организация групп родительской поддержки при наркопостах и кабинетах профилактики);

2) *воспитательно-педагогическая работа со студентами* (разработка превентивных программ по предупреждению употребления ПАВ в студенческих общежитиях; внедрение обучающих программ-тренингов для студентов и воспитателей общежитий, организация наркопостов и кабинетов профилактики в общежитиях, а также проведение таких антинаркотических мероприятий, как тематические круглые столы, дискуссии, дискотеки «Молодежь против наркотиков» и др., формирование групп психологической поддержки лиц с проблемами зависимости);

3) *организационно-методическая антинаркотическая работа* (методическое обеспечение наркопостов и кабинетов профилактики, разработка моделей межвузовских центров реабилитации студентов с наркозависимостью, мониторинг употребления наркотиков в молодежной среде).

Антиалкогольная и антинаркотическая работа в медицинском вузе должна стать приоритетом воспитательной деятельности. Необходимо подчеркнуть важность мобилизации в превентологию достойных представителей большого мультидисциплинарного цеха. Превентолог, противостоящий социальной болезни, должен быть яркой и гармоничной личностью, носителем здорового и социально активного образа жизни.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

История всей клинической медицины, и, в частности, фармакотерапии, — это история принятия алкоголя и наркотиков в медицинскую практику. В последние десятилетия сформировались вызывающие тревогу представления об уровнях «безопасного» и «рискованного» употребления алкоголя, о существовании «легких» и «тяжелых» наркотиков. Поэтому представляется важным разрушить эти мифы.

Не является надуманной проблема алкоголизации и наркотизации врачей и студентов медицинских вузов. Хотя распространенность алкоголизма и наркомании у медицинского сообщества в целом не отличается от распространенности в любой субпопуляции, течение и проявления зависимости имеют некоторые профессиональные особенности, связанные, прежде всего, с высокой латентностью симптоматики и возможностями самопомощи.

Исследователи относят профессию врача к факторам *повышенного риска злоупотребления алкоголем*. Особенность профилактики, лечения и реабилитации врачей с зависимостью от ПАВ состоит в отсутствии целевых превентивных программ и малой успешности лечения даже в антиалкогольном или антинаркотическом центре.

# ПРЕВЕНТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Последнее десятилетие XX столетия было отмечено в России серьезным социально-экономическим кризисом. Недостаточное экономическое обеспечение системы здравоохранения минимизировало возможности превентивной деятельности в этой области. Начало XXI в. характеризуется ростом экономического потенциала страны и постепенным переходом от декларативных программ к реальному реформированию всей системы медико-социальной защиты населения. В том числе и ее наркологической составляющей.

Сейчас идет активная индустриализация частной наркологической практики, темпы роста которой опережают развитие государственной наркологической службы, отметившей в 2001 г. свое 25-летие. Происходит постепенная децентрализация наркологической помощи, разобщенность профессионального наркологического сообщества. Позитивным в этом процессе является многовариантность развития службы в разных регионах страны.

Отмечается также гуманизация отношения к больным и доступность наркологической помощи для всех слоев населения, снижение стигматизации пациента и его семьи, нарколога и психотерапевта. Наиболее доступный вариант решения наркологических проблем видится в перенесении лечебно-реабилитационных программ на социально ориентированные внебольничные формы помощи. В этих условиях важно сохранить контроль государства или врачебных ассоциаций за лицензированием и качеством предоставляемых услуг, поскольку и в наркологической практике фактор денег пациента приобрел особую психотерапевтическую ценность. В то же время объемы и качество рекламируемых наркологических услуг не доступны корректному анализу.

Не вполне реализуемый сегодня превентивный потенциал системы здравоохранения в принципе может проявиться только со сменой нозоцентрической парадигмы на здравоохранную. Методологически это означает смену приоритетов в определении потребностей в наркологической помощи — не по количеству больных, а по общему объему населения. В идеологическом плане это ориентация на сохранение и укрепление общественного здоровья нации, важнейшим звеном которого является профилактика социальных недугов. Сегодня сам индивид должен чувствовать себя все более ответственным за свое собственное здоровье.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СЕРВИСА

Современная наркология оформилась в развитую специализированную службу, располагающую мощной сетью лечебно-профилактических учреждений, квалифицированным кадровым потенциалом, системой профессиональной подготовки и т.д.

Одновременно обозначилось детерминированное практикой сближение наркологии с социальными науками (психологией, педагогикой, социологией, социальной философией и др.). Активно реализуется тенденция создания собственного понятийного аппарата, профессиональной терминологии.

*Первичная* (основная) работа по профилактике наркологических заболеваний возложена на общеобразовательные учреждения и родителей, так как серьезные проблемы создают подростки с девиантным поведением, составляющие 30% потребителей наркотиков среди несовершеннолетних. Но это не означает, что наркологи остаются в стороне от участия в работе по первичной профилактике. Они взаимодействуют с органами управления образованием, регулярно участвуют в обучающих семинарах для педагогов и профилактических программах различных уровней.

*Вторичная* профилактическая направленность наркологического сервиса состоит в формировании у больных с зависимостями от ПАВ мотивации на лечение. Особенность таких больных в том, что без наличия сознательной и устойчивой мотивации проведение с ними каких-либо лечебных и профилактических мероприятий нецелесообразно. В России пока не сложилась сеть профилактических негосударственных организаций, поэтому вся работа по вторичной профилактике и формированию мотивации лечения у людей с зависимостями от ПАВ возложена на наркологов. Более того, целесообразность отдельных негосударственных программ очень проблематична.

Так, абсурдность программы «Harm reduction» очевидна уже по провозглашенным целям – сделать употребление наркотиков безопасным! Как отмечают ее авторы, «это форма уличной профилактики». Однако употребление наркотиков не может быть безопасным в принципе. Никакой обмен шприцев не спасет от последствий зависимости – аутодеструкции. Просто процесс разрушения – психического, физического, социального (самоубийство в кредит) – несколько продлевается и «эстетизируется».

Необходимость усиления профилактической парадигмы наркологии требует подготовки психологов и социальных работников, специализирующихся в области наркологии.

*Третичная* профилактика, или реабилитация больных, является одним из приоритетных направлений деятельности наркологической сети.

Реабилитация – это комплексная и многоуровневая, этапная и динамическая система взаимосвязанных компонентов, объединенных в рамках одной концепции единством целей и принципов, методов и процессов. Выделяют следующие основные принципы реабилитации (Кабанов М.М., 1985):

*Принцип партнерства* (врач–больной) состоит в опосредовании через личность больного всех лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. Реабилитировать больного (особенно алкоголизмом) без его активного участия в этом процессе невозможно.

*Принцип разносторонности* (разноплановости) подразумевает комплекс мероприятий, направленных на реализацию реабилитационной программы. Следует различать психологическую, профессиональную, семейную и общественную сферы реабилитации. Это восстановление нарушенных общественных и трудовых отношений, оздоровление окружающей среды, стабилизация социального и экономического положения семьи больного.

*Принцип единства биологических и психосоциальных методов* воздействия подразумевает использование в процессе реабилитации механизмов реституции, адаптации и компенсации, а также физиологической защиты организма. В этом смысле непра-

вомерно противопоставление реабилитации и лечения, поскольку любое лечение направлено на реабилитацию, а реабилитация немыслима вне лечебных мероприятий.

*Принцип ступенчатости* (переходности) имеет непосредственное отношение к вопросам организации наркологической помощи и предполагает постепенный переход от одного реабилитационного воздействия к другому (например, занятость – трудотерапия – трудоустройство), от активного стационарного лечения – к поддерживающей терапии в амбулаторных условиях и т.п.

Ведущий приоритет третичной профилактики – предупреждение рецидива. *Рецидив* – возврат к употреблению ПАВ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости. Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский (2003) подчеркивают различия между рецидивом и *срывом*, под которым понимается отдельный случай употребления алкоголя, наркотика или ПАВ.

Систематика *ситуаций риска срыва и рецидива* традиционно представляется следующим образом (Annis H., Davis C., 1989; Tucker J. et al., 1991; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003; и др.):

- *интраперсональные детерминанты*: негативные эмоции и состояния (депрессия, дистресс, фрустрация, тревога, гнев), позитивные эмоциональные состояния (радость, восторг и т.п.), негативные физические состояния (усталость, разбитость, болезнь), проверка собственного контроля и экспериментирование, обострение влечения;
- *интерперсональные детерминанты*: межличностный конфликт, социальный прессинг, интерперсональные эмоционально позитивные ситуации.

Т.Т.Gorski (2000) предложена интегральная модель профилактики срыва, включающая пять целевых блоков:

1. Восстановление жизненного стиля, критичное восприятие своей жизни и зависимости.
2. Выделение личного списка предвестников срыва и его причин.
3. Выработка стратегий преодоления рецидива.
4. Реализация программы выздоровления и контроль за кризисными ситуациями.
5. Поддержание здорового образа жизни и формирование навыков ранней профилактики рецидивов.

Метод основан на принципах когнитивной, аффективной, поведенческой и социальной терапии и реализуется в пять этапов: оценка, выделение признаков дезадаптации, определение стратегий преодоления рецидива, планирование выздоровления, тренинг профилактики рецидивов. Работа проводится в трех психологических сферах: мышление, эмоции, действия; и в трех социальных сферах: работа, друзья, семья и интимные взаимоотношения.

Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский (2003) систематизируют специфические стратегии профилактики рецидивов: повышение знаний о ситуациях риска, тренинг навыков преодоления кризисных ситуаций, повышение самокомпетентности и самоанализа, трезвая самоидентификация, тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций, повышение внутреннего контроля, тренинг ухода от ситуации высокого риска, релаксационный тренинг, развитие копинг-ресурсов, повышение самооэффективности, актуализация конструктивной мотивации, повышение поведенческих ресурсов преодоления рецидива. Выделенные стратегии лежат в основе конкретных психотехнологий профилактики рецидива и обобщенно укладываются в три основных направления:

1. Обучение навыкам копинг-поведения.
2. Когнитивное переконструирование (рассмотрение срыва как процесса обучения тому, чтобы не совершать подобных ошибок в будущем).
3. Повышение самоконтроля и достижение здорового образа жизни.

Реабилитацию или лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) в наркологии можно представить в виде медико-социальной системы. Чаще всего наркологическая служба занимается группами риска либо лечением и реабилитацией пациентов. Это наиболее дорогостоящие и наименее рентабельные уровни профилактики. Тем не менее, учитывая опыт развития наркологической службы за 25 лет, можно говорить об основных принципах лечебно-реабилитационного процесса. Т.Н.Дудко (1999) предлагает выделить три группы таких принципов: объектные (личностные), субъектные и комплексные.

Объективные (личностные) принципы (определяются тяжестью наркологических заболеваний, теми клиническими психосоматическими изменениями, которые характерны для больных алкоголизмом и наркоманиями):

1. *Согласие* – это поведение больного, связанное с добровольным участием в лечебном процессе и отказом от употребления ПАВ. *Принцип согласия–несогласия* является отличительным признаком лечения от реабилитации. Реабилитация не может быть недобровольной, так как главным в реабилитации является работа над изменением личностных качеств и системы ценностей. Как показали исследования, на добровольное лечение соглашаются примерно 7,2% наркоманов и 29,7% больных алкоголизмом. Именно у этих больных можно говорить о социально-психологической реабилитации.

2. *Ответственность* – это принцип реабилитации, который означает, что больные берут на себя личную ответственность за свое настоящее и будущее.

3. *Отказ от употребления ПАВ* – принцип, формирующий реальную установку у больных и их родственников на невозможность умеренного, «нормального» употребления ПАВ и алкоголя без негативных последствий в виде рецидивов болезни, психосоциальной деградации и пр.

4. *Аксиологичность* – ценностная ориентированность больных в своем заболевании и в самих себе, основанная на личной и общечеловеческой иерархии ценностей, мотивирующих больных к конкретным поступкам, действиям.

*Субъектные* принципы осуществления лечебно-реабилитационного процесса:

5. *Мультидисциплинарность* (групповой характер) лечебно-реабилитационной работы. Медицинская помощь при любой нозологии предполагает качественное обследование, лечение и возвращение здоровья. Гарантия качества обеспечивается усилиями специалистов различных профилей, объединенных в рабочую группу или бригаду.

6. *Единство различных медико-психолого-социальных методов работы с больными*. Этот принцип подчеркивает конструктивную взаимосвязь биологических и психосоциальных методов работы с больными. Он утверждает единство лечебных (медико-биологических) и реабилитационных (психо-, соци-, духовных) мероприятий, направленных на восстановление здоровья больных и их успешную реинтеграцию в семью и общество.

7. *Преемственность* (этапность). Объективно обоснованный переход от медицинских к медико-психологическим и далее – к психосоциальным мероприятиям, осуществляемым на этапах восстановления, реадaptации, реабилитации (ресоциализации).

8. *Долгосрочность*. Этот принцип реабилитации определяется его целью – восстановлением нормативного психофизического состояния и социального статуса боль-

ных. Практический опыт и научные исследования показывают, что ЛРП должен продолжаться не менее 3–5 лет.

9. *Интегрированность.* Предусматривает взаимодействие лечебно-профилактических учреждений с различными государственными, общественными, частными структурами. Только в этом случае может быть обеспечена достаточно полная поддержка больных в вопросах ресоциализации – приобретении профессии, трудоустройстве, учебе, получении жилплощади, пенсии, их юридическая и правовая защита.

10. *Антипатернализм.* Реадаптация и ресоциализация наркологических больных невозможны без их стремления быть лично ответственными за состояние своего здоровья и достойное место в обществе, без готовности сопротивляться «срывам» и рецидивам заболевания, без отказа от иждивенчества.

Принципы комплексного осуществления лечебно-реабилитационного процесса. В сложной системе ЛРП составляющие автономные подсистемы объединены общими принципами, которые ее цементируют и стабилизируют, обеспечивая достижение цели. К таким принципам могут быть отнесены доверие, партнерство, подготовка и использование волонтеров из выздоравливающих больных, открытость (доступность и информативность).

11. *Доверие.* Условно можно выделить первичный, вторичный и третичный уровни доверия больного к медицине, врачу и ЛРП. Первичный основывается на информации о полезности медицины (врачей) и лечения, полученной в детско-подростковом возрасте от членов семьи и подтвержденной на личном опыте, убедительно доказывающем, что врачи помогают, а болезни лечатся. Вторичный уровень определяется контактами с конкретным субъектом ЛРП. Это: а) встреча с врачом, психологом, социальным работником, где доверие определяют их внешний вид, манера держаться, выражать свои мысли, культура речи, этика поведения и пр.; б) качество лечебно-реабилитационной среды (состояние материальной базы стационара, амбулатории реабилитационного центра, общины и пр.). Оценка больного определяет выбор: можно ли довериться? Выбор переходит в согласие.

Третичный уровень доверия определяется конкретными аргументами, подтверждающими реализацию надежд больного и членов наркологической группы в ходе ЛРП: исчезают симптомы абстиненции, уменьшается выраженность влечения, стабилизируется общее состояние и т.д. Больной обучается противостоянию болезни, вовлекается в нормальные человеческие отношения, где учебе, труду, досугу отведено свое место. ЛРП становится не только понятным, важным, но и результативным. Члены реабилитационной бригады доверяют больному, больные доверяют каждому ее члену.

12. *Партнерство* (сотрудничество, взаимодействие). Использование медицинских и психосоциальных методик, внедрение группового метода работы в системе ЛРП возможны только в случае обеспечения подлинного партнерства с пациентом (объектом реабилитации).

13. *Подготовка консультантов из выздоравливающих больных и создание групп психологической поддержки* (АА, АН, Ал-Анон, Алатин). Этот принцип является очень важным, так как свидетельствует о том, что система ЛРП способна материализоваться в виде конкретного «продукта» своей деятельности, она жизнеспособна. Формируются активные помощники реабилитационной бригады: выздоравливающие больные (волонтеры), группы поддержки, терапевтические сообщества.

14. *Открытость ЛРП.* Для того чтобы система функционировала и в ее рамках осуществлялась эффективная реабилитация больных, необходимо, чтобы она была

открытой и доступной для каждого желающего избавиться от своей болезни. Больной должен обладать правом войти в систему реабилитации и по собственному желанию выйти из нее. СМИ, телефоны доверия предоставляют общественности, больным и их родственникам реальную информацию об эффективности ЛРП, о путях реадaptации и ресоциализации больных.

15. *Легитимность ЛРП.* Демократические реформы в России в последние годы способствовали укреплению правового статуса граждан, нуждающихся в оказании наркологической помощи. «Основы законодательства об охране здоровья граждан» (1993) устранили дискриминирующие нормы в отношении наркологических больных, уравнили их в правах с больными любого нозологического профиля. Речь идет о правах на получение информации о своем здоровье, на добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него, на сохранение тайны диагноза и оценки состояния здоровья, на пользование услугами правоохранительных органов (адвокат, судья и т.д.) и др. Кроме того, граждане, стремящиеся проявить себя в области решения наркологических проблем, пользуются правом на создание общественных объединений соответствующего профиля. Любое наркологическое учреждение, в том числе частное, опираясь на закон, может создать свой юридический документ (устав, договор, соглашение и прочее), регулирующий правовые и этические отношения пациентов и их родственников с персоналом, реализующим лечебно-реабилитационные программы. «Общественный договор» не позволяет системе реабилитации превратиться в замкнутую, неконтролируемую структуру, оторванную от жизни общества и государства. Напротив, стратегия открытости, демократичности, легитимности способствует повышению ее эффективности.

Таким образом, предложенная система основных принципов ЛРП представляет собой методологическую основу профилактической направленности наркологического сервиса. Она способствует большей ориентированности специалистов в различных аспектах ЛРП и помогает организовать его более эффективно.

К концу 1990-х гг. сложилась принципиально новая социально-экономическая ситуация, которая проявилась в наркологической практике новыми инновационными подходами.

Инновационные направления наркологической превентологии определяются запросами общества, экономическими и финансовыми возможностями страны, теоретико-методологическим уровнем проблем превенции, программами инновационных изысканий, опытом внедрения подобных технологий в стране и наличием научных кадров, способных осуществить такие работы.

### **Информационно-аналитическое обеспечение наркологической превентологии**

В настоящее время в России наблюдаются проблемы с обеспечением необходимой информацией фундаментальных исследований по различным аспектам превенции, в том числе и в области наркологии. Помимо этого, соединение в глобальной сети Интернет сегодня является наиболее удобным, эффективным и относительно выгодным способом обмена и получения информации. Интернет широко используется не только в работе учреждений, но и в обычной жизни людей. Специалисты не всегда бывают легко доступны по различным причинам (расстояние, транспорт, занятость). Кроме того, не все люди могут достаточно просто общаться со специалистами, так как имеют проблемы в общении (стеснительность, нежелание «отрывать специалиста пустыми проблемами» и т.д.). Интернет может достаточно эффек-

тивно устранить проблемы дефицита информации, особенно в такой области, как превенция.

На сегодня в России и странах СНГ не существует единого сервера наркологической превентологии, такого, как, например, сервер Института по проблемам зависимости в США или сервер Института по исследованию зависимостей в Канаде. Перспективу развития информационных сетей в наркологии ощущают очень многие специалисты (Борисова Е.В. с соавт., 1999). В связи с этим необходимо уделить пристальное внимание некоторым организационным вопросам оформления и разворачивания в сети Интернет антинаркотических страниц или сайтов. Подача специальной информации в электронной форме имеет свои особенности:

- она должна представлять интерес для широких кругов абонентов сети Интернет;
- научная информация должна предоставляться для людей, так или иначе заинтересованных в проблеме, но не профессионалов: потребителей наркотиков, их близких и т.д.;
- сайт должен представлять практический интерес для специалистов других ведомств, работающих с потребителями ПАВ: педагогов, психологов, работников правоохранительных органов.

Необходимо создание разнообразных специализированных наркологических серверов, на которых была бы размещена соответствующая информация. Е.В.Борисова с соавт. (1999) предлагают примерную структуру такого сервера.

1. *Страница популярных вопросов и ответов (FAQ)*. Здесь, как следует из названия, помещаются ответы на наиболее часто встречающиеся в почте и в практической работе вопросы. Раздел предназначен для широкого круга лиц, в нем найдут ответы на вопросы и злоупотребляющие наркотиками, и их родственники, и те, кто не хочет сделать рокового шага. Страница постоянно пополняется новыми вопросами и ответами по мере их поступления.

2. *Регистрация пользователей*. Она необходима для создания «списка зарегистрированных пользователей», из которого выделяются специалисты в профильной области. Они получают пароли для входа в некоторые разделы, содержащие сведения, предназначенные только для специалистов (базы данных, некоторые статьи), а также включаются в списки почтовой рассылки.

3. *Лечение*. В этом разделе содержатся данные (адреса, контактные телефоны, формы оказываемой помощи и т.д.) о различных государственных и общественных учреждениях, занимающихся лечением и реабилитацией больных нарко- и токсикоманией, наркологической профилактикой.

4. *Электронные версии журналов*. В связи с тем, что электронные журналы находят все большее распространение в Интернете, целесообразно размещение как самих журналов (с поисковой системой), так и ссылок на ведущие российские наркологические и психиатрические электронные издания. Имеются достаточно интересные профессиональные зарубежные электронные издания, некоторые из них – со свободным доступом, а для доступа к другим надо вносить плату или быть членом соответствующей ассоциации (доступ осуществляется по паролю); в последнее время появляется все больше бесплатных, общедоступных версий.

5. *Анкетирование*. Для сбора информации о посетителях сайта необходимо создание страниц с формами для проведения анкетирования. С их помощью удобно производить опросы, помогающие узнать мнение посетителей об информации, размещенной на сервере, собрать данные о посетителях сайта, оперативно получить ста-

статистические данные по какому-либо вопросу, например, о состоянии профилактики в каком-либо регионе. Возможно проведение периодических опросов различных категорий пользователей сети для выяснения тех или иных аспектов проблемы.

6. *Раздел для специалистов.* В нем размещаются материалы, которые будут интересны профессионалам различного профиля, занимающимся лечением и профилактикой наркомании, например последние официальные статистические данные по распространенности наркомании и алкоголизма, статьи ведущих специалистов по проблеме химической зависимости. Практические врачи, психологи, педагоги, социальные работники найдут в этом разделе методические рекомендации по различным вопросам лечения и профилактики.

7. *Базы данных.* Они касаются действующих приказов и других нормативных документов Минздравов СССР и России, а также федеральных и межведомственных правовых актов, относящихся к сфере наркологии. Такая база создана в НИИ наркологии Минздрава России (представлена пока в DOS-режиме, но уже создается в html-формате, с которой можно будет работать непосредственно в Интернете). Целесообразно, кроме того, предоставление через этот сайт ссылок на базы данных по лекарственным средствам, аптечным сетям, нозологических классификаций МКБ-10, DSM и т.п.

8. *Группы новостей (Usenet).* Содержат списки «конференций» по наркологической тематике. Представлено достаточное количество различных групп новостей как пронаркологического (их большинство), так и антинркологического содержания. В них обсуждаются проблемы наркотической зависимости, различные методы и пути ее преодоления. Правда, в связи с тем, что в дискуссиях практически не принимают участия специалисты, здесь чаще всего даются недостаточно квалифицированные советы. В основном приводится личный опыт наркоманов. В связи с этим привлечение специалистов в Usenet является необходимым.

9. *Ссылки (Links).* В этом разделе содержится перечень ссылок (которые постоянно дополняются и обновляются) на серверы схожей тематики — как российские, так и зарубежные. На различных сайтах размещена информация, актуальная для самого широкого круга пользователей — от специалистов до больных наркоманией и их родственников. В связи с тем, что количество таких серверов (правда, в основном англоязычных) в последнее время увеличивается достаточно быстро, этот список постоянно дополняется все новыми ссылками на страницы с наиболее интересными материалами.

10. *Chat* (страница для общения в режиме реального времени). Чат может привлекать большое количество посетителей, непосредственно общающихся друг с другом. На начальных этапах достаточно одного тематического канала. Но с увеличением количества его участников целесообразно открытие нескольких таких каналов, что даст возможность их дифференциации по тематике: например, для лиц с проблемами наркотической зависимости; для родственников; для специалистов; для подростков. Открытое обсуждение позволяет более полно охватить проблему. Для специалистов проведение регулярных тематических конференций (по доступу через пароль) даст возможность обмена мнениями по различным вопросам, так сказать, в «прямом эфире», что в наше время достаточно актуально в связи, например, с относительно высокой стоимостью организации конференций и оплаты командировок.

11. *Список почтовой рассылки (Mailing lists).* Он создает возможность организовывать групповые дискуссии по электронной почте (отправка сообщений нескольким сотням абонентов одновременно). Такие списки необходимы для своевременного

доведения информации, например, сообщений о научных конференциях, до заинтересованных в ней адресатов (письмо доходит до абонентского ящика получателя в течение 2–5 минут). Удобны и методы подписки новых участников — ручной и автоматический; применяются различные методы рассылки писем: полный набор, дайджест, только заголовки. Преимущество этого вида общения состоит также в том, что оно не требует от пользователя подключения в определенный временной период, а информация обновляется по мере получения почты в удобное для него время. Немаловажным положительным фактором является то обстоятельство, что для участников списка почтовой рассылки не требуется дорогостоящее оборудование и программное обеспечение.

В данном разделе возможно создание специального «виртуального факультета наркологической превентологии», цель которого — обучение специалистов по наркологической превентологии, а также решение многих социальных проблем, связанных с обучением лиц, не имеющих в силу своего состояния возможности, например, передвигаться или обучаться на обычных дневных факультетах.

Реально, что в процессе функционирования специального сайта возникнет существенно больше форм и методов его работы в Сети: помимо постоянного обмена научной информацией и электронного диалога специалистов, это освоение пропагандистской и профилактической деятельности в «виртуальном информационном пространстве», являющемся на сегодня значимой частью интеллектуальной среды обитания человека. Такая активность в Интернете может рассматриваться как реализация одного из принципов превентивной деятельности — «средового воздействия».

### **Стратегическое управление системой наркологической превентологии**

Новая концепция превенции ориентирует общество на восприятие медицины (в том числе наркологической превентологии) как социально-экономической категории. Это значит, что здравоохранение должно стать реальным экономическим субъектом в общей структуре экономики страны. Появилось новое понятие — «рынок медицинских услуг», т.е. здравоохранение рассматривается как сектор производства нематериальных благ. Эти изменения отражают неустойчивость экономической ситуации в России, где потребность стабильности финансового обеспечения лечебно-диагностического процесса приобретает особое значение.

Реальная дилемма, в которую втянуты лечебно-профилактические учреждения, — это источники финансирования. Реформа здравоохранения призвана сделать лечебно-профилактические учреждения наименее подверженными влиянию внешних неблагоприятных факторов (восполнение суммы недофинансирования, улучшение финансового положения сотрудников за счет вторичной занятости, повышение рентабельности медицинских учреждений, обеспечение частичной самокупаемости нового оборудования, обеспечение социальной защиты медицинских работников и т.д.). Однако этому имеется ряд препятствий. На макроэкономическом уровне для образования межсегментарного взаимодействия необходимы универсальные законы для осуществления уставной деятельности медицинских организаций, регуляторы, которые стимулировали бы движущие силы рынка.

*Во-первых*, финансирование наркологической превентологии должно осуществляться прежде всего за счет государственных источников доходов, так как наркологическая ситуация в стране касается проблем именно национальной безопасности и качества жизни будущих поколений.

*Во-вторых*, финансирование должно охватывать результат, а не процесс, как это зачастую происходит в лечебной наркологии. Для финансирования результата необходимо разработать наиболее надежные и легкодоступные критерии качества превенции.

*В-третьих*, наркологическая превентология требует полипрофессиональной работы, для этого необходимо изменение концепции здравоохранения и профилактики, включение в систему превенции психологов, социальных работников, педагогов.

На мидиэкономическом уровне наркологической превентологии является целесообразным проведение разгосударствления и развития системы страхования, а также разработка методов оценки качества и контроля эффективности оказываемых услуг. Если измерение продуктивности труда медицинских работников связано с политикой управления здравоохранением, то критерии качества профилактики, а тем более профилактики в наркологии, могут быть разработаны только при условии обратной связи между всеми уровнями (особенно между миди- и микроэкономическим).

Микроэкономический уровень – уровень практического исполнения рыночной модели наркологической превентологии. По своей результативности он же является основным источником дохода. Но с точки зрения профилактики именно первичная превенция сегодня вызывает массу реальных проблем.

С одной стороны, процесс наркотизации настолько поразил популяцию, что требуются немалые средства для лечения всех нуждающихся. Причем именно больные обеспечивают реальный доход лечебно-профилактического учреждения. С другой же стороны, профессия врача закладывает высокие нравственные требования служения людям и улучшения жизни общества в целом, что трудно поддается измерению экономическими методами. Необходимо разработать реальные социально-экономические механизмы стимулирования заинтересованности персонала именно в первичной профилактике.

Таким образом, стратегическим направлением экономической политики здравоохранения является внедрение новой концепции наркологической превентологии. И эта концепция должна быть гибкой, адекватно корректируемой при появлении новых возможностей своего развития, а также объективной.

### **Применение телемедицинских сетей в наркологической превентологии**

Создание телемедицинских систем и сетей является составным элементом информатизации здравоохранения. Технологии телемедицины необходимо внедрять во вновь создаваемые или уже эксплуатирующиеся клинические и госпитальные автоматизированные информационные системы. Это связано и с тем, что на каждом этапе проведения скрининга, разработки, оценки программы, проведения превентивной программы специалист должен иметь возможность обратиться к опыту коллег, встретиться с консультантами. Особенно это относится к таким новым отраслям, как, например, наркологическая превентология, где необходимость создания телемедицинских сетей объясняется также размахом зависимости от ПАВ, угрозой вовлечения в наркотизацию все больших слоев населения, особенно молодежи.

На основе разработок ГВКГ им. Н.Н.Бурденко и «СТЭЛ – Компьютерные системы» модели ТКС (авторы В.М.Ключев, Н.В.Корнеев, М.Ю.Андреев, О.В.Переведенцев, Э.Г.Мальцев, М.Ю.Чернов) можно попытаться разработать концептуальную схему телемедицинской сети наркологической превентологии. Сейчас существуют самые различные определения телемедицины. На основании имеющихся понятий можно попытаться определить предмет телемедицины в наркологической

превентологии как способ передачи информации между удаленными друг от друга пунктами, где находятся клиенты, наркологи, психологи, социальные работники и другие провайдеры превентивной помощи, а также между отдельными учреждениями. Телемедицина подразумевает использование телекоммуникаций для связи специалистов с консультативными центрами превенции для диагностики, консультации, проведения и оценки профилактических мероприятий, для организации непрерывного обучения специалистов и клиентов (Telemedicine Resources and Services: American Telemedicine Association//the Univ. Of Texas at Austin, 1994).

### **Задачи региональной телемедицинской сети наркологической превентологии**

Региональная телемедицинская сеть (ТМС) предназначена для решения задач проведения скрининга, социально-психологического исследования, диагностики, внедрения новых методов профилактики, а также распространения знаний и опыта среди специалистов различного уровня: врачей, педагогов, психологов, социальных работников, работников правоохранительных органов, администрации. Таким образом, ТМС является основой для построения *единого информационного пространства*, объединяющего все элементы системы регионального здравоохранения, образования, культуры и администрации:

а) оказание помощи специалистам, работающим в отдаленных районных медицинских пунктах, школах, органах местного самоуправления или временно развернутых консультативных пунктах по проблемам профилактики зависимостей от ПАВ;

б) облегчение распространения управленческих и методических документов в региональных структурах здравоохранения, образования, правоохранительных органов и т.д.;

в) передача знаний и опыта специалистов ведущих учебных центров врачам-наркологами, психологам, социальным работникам, проведение квалификационных экзаменов и сертификации в сфере превенции.

ТМС объединяет все типы учреждений здравоохранения, образования и администрации – центральные и региональные управления, центральные, областные и районные клиники и больницы, медицинские университеты, академии и институты, школы, центры по оказанию социально-психологической помощи различным группам населения, архивы и библиотеки, другие лечебно-профилактические учреждения.

Телемедицинская сеть должна:

– соответствовать требованиям, предъявляемым к системам подобного типа: обеспечивать постоянный доступ ко всем сервисам, эффективно защищать всю информацию, обеспечивать идентификацию пользователей;

– обеспечивать возможность необходимого географического и функционального расширения;

– предоставлять необходимый и достаточный набор функций для решения задач диагностики, идентификации проблемы, обучения и оценки мероприятий, обучения и повышения квалификации врачей, социальных работников, консультантов, психологов, педагогов, а также сбора и распространения управленческой информации;

– объединять объекты регионального здравоохранения и образования в *единое информационное телемедицинское пространство*;

– базироваться на информационной инфраструктуре на основе автоматизированных информационных систем (АИС) в лечебных, социально-психологических и образовательных учреждениях, объединяемых в ТМС. Последнее требование актуально

в том смысле, что трудоемкость подготовки и проведения телемедицинских консультаций существенно снижается, если АИС используется в лечебно-диагностическом процессе, так как в этом случае большая часть информации становится доступна для консультанта в реальном времени. Второй аспект – оценка ситуации электронной системой оказывается доступной во всех лечебно-профилактических и социально-психологических, образовательных учреждениях региона, что снижает затраты, так как в этом случае исключается необходимость проведения повторных исследований.

### **Логическая структура ТМС**

В составе телемедицинской сети можно выделить четыре типа элементов, взаимодействие которых и образует эту сеть:

1. *Каналообразующая среда* – набор аппаратных, программных средств, носителей информации и технологических решений (протоколы и стандарты), обеспечивающих передачу разнородной информации в территориально распределенной среде.

2. *Консультационный центр* – сосредоточение координации превентивной работы. В его штате имеются высококвалифицированные специалисты (психологи, социальные педагоги, врачи-наркологи, подростковые врачи, психотерапевты, специалисты по психометрии и статистике) по различным направлениям медицины, психологии и профилактике, а также соответствующее оборудование для проведения дистанционных консультаций, семинаров и лечебно-диагностических процедур, организации обучения (проведение сессий и лекций) специалистов на удаленных станциях ТМС.

3. *Диспетчерский пункт (ДП)* – выделенная или функционирующая в составе других элементов ТМС структура, выполняющая функции фильтрации запросов на консультирование, планирование и обеспечение консультаций, организацию проведения многопрофильных превентивных программ, а также сбора и распространения информации о возможностях центров профилактики зависимости от ПАВ и социально-психологической помощи населению. В состав ДП входит служба администрирования, выполняющая функции сопровождения сетевой структуры.

4. *Удаленные пункты* – особым образом оборудованные консультативные учреждения, персонал которых непосредственно взаимодействует с населением и выполняет комплекс диагностических, профилактических и реабилитационных процедур. При необходимости в структуре ТМС формируются временные ячейки, например, комплекс удаленных медицинских подразделений в местах боевых действий или в неблагополучных по распространению ПАВ регионах. Такие станции разворачиваются и подключаются к ТМС с целью привлечения групп опытных специалистов ведущих центров к решению оперативных проблем, возникающих в таких местах. Получение консультаций возможно круглосуточно за счет разницы во времени в различных часовых поясах. Еще одним необходимым элементом сети телемедицины являются *службы мобильной телемедицинской помощи*, для которой удаленные станции разворачиваются на базе транспортных средств – в автомобилях, авиасредствах, средствах водного и железнодорожного транспорта.

### **Структура аппаратного обеспечения ТМС**

В структуре аппаратного обеспечения телемедицинских систем выделяют четыре основных составляющих:

- инфраструктура передачи мультимедийной информации;
- компьютерное оборудование общего профиля;

- специализированное компьютерное оборудование;
- специализированное медицинское оборудование.

Каналообразующая среда ТМС (инфраструктура передачи мультимедийной информации) не зависит от носителя информации – это могут быть кабельные проводные структуры, волоконно-оптические каналы и каналы радио- и спутниковой связи. Оборудование и каналы обеспечивают передачу разнородной информации – алфавитно-цифровой и графической, видео- и аудиопотоков, а также цифровых и аналоговых сигналов, снимаемых с датчиков и передаваемых на органы управления диагностической и лечебной аппаратуры.

Оконечное оборудование производит преобразование и согласование сигналов, их перекодирование из одного формата в другой, а также осуществляет их компрессию/декомпрессию. Следует отметить, что современные системы видеоконференцсвязи могут эффективно работать в различных сетевых топологиях, построенных на основе протоколов IP, ISDN, ATM и других.

В качестве служб предоставления сервисов выступают распределенные серверы приложений и архивации. Организация многоточечной видеоконференцсвязи, ведение расписаний консультаций и сервисов дистанционного обучения и тестирования выполняются на серверах приложений. Службы архивации обеспечивают долговременное хранение больших объемов информации, их каталогизацию и поиск. Компьютерное оборудование общего профиля служит для организации рабочих мест консультанта и специалиста наркологической превентологии, пультов централизованного мониторинга, а также для оборудования конференц-залов. В его состав входят компьютеры различной архитектуры и назначения (настольные ПК, рабочие станции, мобильные и переносные компьютеры класса Notebook и PDA, специализированные и встраиваемые системы). Помимо компьютеров сюда входит различное периферийное оборудование – кодеки видеоконференций, видеокамеры, аудиосистемы, различные дигитайзеры и принтеры.

*Видеоконференция* – это способ обмена видеоизображениями, звуком и информацией между двумя или более точками, оборудованными соответствующим аппаратным и программным обеспечением. Первой системой такого класса можно считать комплекс Videophone, представленный в 1964 г. исследовательским подразделением Bell Labs компании AT&T.

*Системы видеоконференцсвязи* используются во многих зарубежных и отечественных телемедицинских проектах, например, в проекте «Москва – регионы России», развивающемся на базе Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, при создании телемедицинской сети на базе Московской центральной бассейновой больницы и в Медицинском центре Управления делами Президента Российской Федерации.

Чем же может быть полезна система видеоконференцсвязи для телемедицинских приложений?

*Во-первых*, это возможность аудиовизуального контакта между самими специалистами, а также между специалистами и аудиторией во время проведения консультации или диагностической процедуры, когда консультант или врач-диагност находятся на большом расстоянии от пациента.

*Во-вторых*, во время проведения сеанса связи можно передавать любые графические изображения и текстовые данные. При этом их можно редактировать одновременно с нескольких рабочих мест, комментируя выполняемые действия.

*В-третьих*, появляется возможность во время видеоконференции получить с одного компьютера доступ к программам, выполняющимся на другом удаленном компьютере. Это означает, что можно работать с базами данных, управлять диагностическим оборудованием, подключенным к компьютеру, и взаимодействовать со специализированными медицинскими автоматизированными системами управления (АСУ). Благодаря этим возможностям врачи могут обсуждать результаты анализов, планировать операции, контролировать проводимые процедуры, т.е. обеспечивается эффект «виртуального присутствия», которого невозможно достичь без подключения зрения и слуха.

В наркологической превентологии телекоммуникации удобны именно тем, что превенция направлена на большие группы населения, а специалистов в области превенции в настоящее время недостаточно, особенно в сельской местности.

*Телемедицинские технологии* являются наиболее перспективным инструментом повышения эффективности работы в лечебно-профилактических учреждениях (Сидоров П.И. с соавт., 1998). Реализовать преимущества, привносимые использованием телемедицины, возможно лишь в рамках медицинской системы, обладающей развитой инфраструктурой, в том числе:

- комплексными информационными системами лечебных учреждений, основанными на автоматизированных рабочих местах, локальных вычислительных сетях, базах данных и базах знаний;
- системами оперативной связи с необходимой пропускной способностью и возможностью выхода в глобальные коммуникационные сети.

Состав специализированного компьютерного оборудования определяется исходя из потребностей конкретных медицинских приложений. Он может содержать специализированные сканеры, устройства управления, специализированные системы отображения видеографической информации, а также устройства сопряжения компьютерного и специализированного медицинского оборудования.

Диагностическое, лечебное и реабилитационное оборудование может подключаться к ТМС как напрямую, так и через устройства сопряжения. При невозможности или нецелесообразности такого подключения информация с этого оборудования может с помощью специального оборудования (сканеров, дигитайзеров и т.п.) преобразовываться в цифровую форму или вводиться с клавиатуры.

Защита хранящейся и передаваемой информации, авторизация доступа к ТМС, и, наконец, обеспечение жизнеспособности сети в различных режимах функционирования (мирное время, чрезвычайные происшествия и т.п.) образует комплекс программно-аппаратных средств и управленческих решений системы безопасности ТМС. Для обеспечения защиты информации, хранящейся в архивах и передаваемой по каналам связи, используются аппаратные и программные криптографические средства.

Авторизация доступа специалистов к оборудованию ТМС актуальна как при проведении телеконсультаций для подтверждения полномочий специалиста, так и при работе с терминалами для предотвращения несанкционированного доступа к данным. Средства электронной подписи используются для верификации документов, регистрирующих результаты телеконсультаций, удаленного тестирования и т.п. Доступ к ресурсам ТМС из внешних сетей связи закрывается использованием систем-брандмауэров. Живучесть ТМС обеспечивается как топологией ТМС, имеющей структуру дублирующих каналов разной физической природы и интел-

лектуальных коммутаторов, так и мерами по распределенному архивному хранению информации.

Подобная ТМС, состоящая из 19 студий, расположенных в областном и большинстве районных центров, уже несколько лет существует в Архангельской области. Ее создание вызвано двумя главными причинами: географической (большая площадь региона и удаленность населенных пунктов от специализированных центров) и экономической (дороговизна авиамедицинских услуг). А начало этому было положено в 1993 г., когда в Архангельской области в рамках программы «Баренц-регион» начал развиваться совместный российско-норвежский проект «Телемедицина на Северо-Западе России». Участниками проекта стали: Национальный центр телемедицины г. Тромсе (Норвегия), Департамент здравоохранения администрации Архангельской области, Северный государственный медицинский университет, областная клиническая больница, ЛПУ области. Первая телемедицинская студия была создана при областной клинической больнице в начале 1996 г. Применение норвежского оборудования и программного обеспечения, адаптированного к российским условиям, позволило провести первые телемедицинские консультации с аналогичной студией телемедицинского отдела университетской клиники г. Тромсе. В том же году была установлена станция в г. Котласе. С этого момента и возникла телемедицинская сеть Архангельской области.

В 1998 г. телемедицинский центр в Архангельске был оборудован видеоконференционной студией с высокоскоростной ISDN-связью. Помимо телеконсультирования здесь успешно реализуется возможность дистанционного образования. С 1999 г. реализуется программа по внедрению мобильной телемедицинской станции, оборудованной, кроме всего прочего, эндоскопической техникой. По результатам тестирования второй портативной станции была высказана идея о создании новой станции типа «поликлиника на колесах». Претворение этой идеи в жизнь потребует улучшения связи (спутниковый телефон), приобретения портативного медицинского оборудования для проведения скрининга населения в отдаленных территориях области, а также оказания помощи тем, кто оказался вне населенных мест. Значительную часть финансирования проекта взяла на себя норвежская сторона.

Всего норвежскими коллегами на развитие телемедицины в Архангельской области с 1997-го по 2001 г. потрачено 3 620 785 крон, полученных из таких источников, как Баренц-секретариат, Interreg HA, администрация провинции Тромсе (департамент планирования и экономики), университет г. Тромсе. Значительная часть этой суммы использована на проекты «Сеть для профилактики туберкулеза в Архангельской области» и «Обучение на расстоянии на территории Архангельской области».

В апреле 2001 г. на базе областной клинической больницы состоялась телеконференция, посвященная проблеме профилактики наркомании среди молодежи. Участники конференции могли не только обсудить опыт, особенности работы в данной сфере, но и наметить несколько долгосрочных перспективных проектов, связанных с проведением различных акций по профилактике наркомании. Цель акций – координация усилий всех подразделений и ведомств, занимающихся проблемами молодежи: органов внутренних дел, образовательных учреждений, лечебно-профилактических учреждений, учреждений культуры, а также церкви.

Таким образом, современный инновационный этап развития наркологического сервиса основан на рыночной экономической базе, демократизации системы откло-

нений внутри наркологии, новых информационно-технологических ресурсах развития отрасли в целом и наркологической превентологии в частности.

### ПРЕВЕНТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Значительная роль в превенции алкоголизма и наркомании отводится общей врачебной практике и учреждениям общемедицинской сети (поликлиники, медико-санитарные части). Особое значение в организации антинаркотической работы имеет деятельность участковых и цеховых терапевтов, семейных врачей, которые должны на амбулаторном приеме, при посещении больных на дому, обследовании рабочих и диспансерном наблюдении за больными более активно выявлять лиц, злоупотребляющих алкоголем. Семейный врач, знающий условия жизни семьи и взаимоотношения между ее членами, может быть основной фигурой в проведении профилактических мер в семье.

Особое внимание на поликлиническом участке следует обращать на семью как важный источник информации о лицах, злоупотребляющих спиртными напитками. Систематически выпивающих и провоцирующих конфликты в семье ставят на учет как злоупотребляющих алкоголем с последующим медицинским освидетельствованием для выявления признаков алкоголизма.

Общелечебная сеть является приоритетной сферой наркологической превентологии (Лисицин Ю.П., Сидоров П.И., 1990; Лукомская М.И., 1997; Поплевченков Н.А., 2000; Сидоров П.И. и др., 2003). Это определяется следующими факторами: большие контингенты зарегистрированных пациентов, тесный контакт с семьями пациентов, высокий уровень посещаемости (в среднем три—четыре консультации-посещения на пациента ежегодно), преимущественно доверительные отношения пациентов с семейными врачами, возможности активного вызова пациентов, высокая активность посещения первичных ЛПУ много пьющей «группой риска» (в два раза чаще мало пьющих пациентов), возможность скрининга алкогольных или наркотических проблем, а также психологического консультирования и психотерапии. Имеют значение и стремление проблемных пациентов избежать стигматизирующих психонаркологических учреждений, высокая эффективность первичных ЛПУ в работе с проблемными и пограничными контингентами, минимальная затратность программ в первичных ЛПУ, возможности мультидисциплинарных воздействий с привлечением клинических психологов и социальных работников, последовательность и преемственность реализуемых программ.

Именно сотрудники первичных ЛПУ могут в рамках традиционного санитарного просвещения давать пациентам предлагаемые ниже *индивидуальные рекомендации* по сбалансированному стилю жизни с умеренным потреблением алкоголя (Андерсон П., 1995):

1. *Не следует употреблять более двух стандартных доз алкоголя в день* (такая доза составляет в Европе 10 г чистого этанола).
2. *Для отдельных категорий (групп) людей должны быть более низкие уровни потребления* (различия, обусловленные возрастом, массой тела, особенностями соматического статуса, метаболизма, специфическими обстоятельствами — например, грудным вскармливанием ребенка и т.п.).
3. *С точки зрения риска для здоровья нет различий между видами алкогольных напитков* (только в плане особенностей состояний острого отравления).
4. *Лица, не употребляющие алкоголь вообще или каждый день, не должны начинать потребление или увеличивать его частоту с целью предупреждения возникновения*

*проблем со здоровьем (резвенникам не следует начинать потреблять алкоголь, например, для уменьшения риска развития ишемической болезни сердца; желательнее избрать альтернативный способ – повышение физической активности, сокращение содержания жиров в пище и т.д.).*

5. *Лица, употребляющие более двух стандартных доз в течение любого одного дня, должны сократить потребление алкоголя (любое превышение верхней границы минимально рискованного потребления требует ограничительных действий).*
6. *Потребление допустимого недельного количества алкоголя (140 г чистого алкоголя, максимум – 280 г для взрослых мужчин) должно быть растянуто на всю неделю, а не сводиться к приему его за один или два раза.*
7. *Минимум риска развития алкогольной зависимости достигается в том случае, если в течение хотя бы одного дня в неделю прием алкоголя исключается полностью (рекомендация основывается на данных о достоверной связи между ежедневным потреблением и формированием зависимости).*
8. *При употреблении алкоголя следует избегать развития состояния опьянения (имеется в виду, что отчетливо определяемое опьянение значительно повышает риск возникновения негативных медицинских и социальных последствий).*
9. *Беременные женщины должны воздерживаться от приема алкоголя (избегая тем самым развития алкогольного синдрома плода).*
10. *Потребление алкоголя противопоказано при определенных обстоятельствах и для отдельных групп людей (управление транспортом; деятельность по охране общественного порядка; работа с опасными веществами и техническими устройствами; прием некоторых лекарственных препаратов; недостижение установленного законом возрастного ценза; наличие определенных болезненных состояний, психических и соматических заболеваний; постоянное проявление неспособности контролировать потребление алкоголя и т.д.).*

*Безусловно, представленные рекомендации уместны только для пациентов низкого риска развития алкогольных проблем.*

Учитывая связь некоторых заболеваний (гастрит, панкреатит, цирроз печени, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, туберкулез и др.) со злоупотреблением алкоголем, целесообразно обследовать данные контингенты на предмет выявления у них алкогольной болезни и при необходимости проводить противоалкогольное лечение.

Нередки ситуации, когда больные просят выписать снотворное, сильное противошоковое средство. В таких случаях требуется выяснение причин подобной просьбы.

В настоящее время бесспорен тот факт, что алкоголизм проявляется расстройствами функций всех органов и систем в результате как прямого повреждающего, так и опосредованного действия этанола. Тем не менее до сих пор принято считать, что соматические и неврологические расстройства являются последствиями алкоголизма, а не его закономерным выражением в этих сферах.

Ведущие отечественные наркологи подчеркивают, что будущее в решении проблемы ранней диагностики и профилактики алкоголизма принадлежит врачам-интернистам, и акцентируют внимание исследователей на необходимости изучения самых ранних признаков болезни именно в соматической сфере, поскольку психические нарушения появляются на более поздних этапах и свидетельствуют о давности процесса.

Тем не менее, интернисты, в распоряжении которых имеется достаточно широкий арсенал параклинических и инструментальных методов исследования, позволя-

ющих уловить раннюю микроорганную патологию при алкоголизме, до сих пор не уделяют этой проблеме должного внимания и изучают расстройства преимущественно органического характера, свойственные поздним стадиям алкогольной болезни. Сравнительно немного исследований посвящено ранним признакам соматических дисфункций, свидетельствующих о том, что микропатологию внутренних органов возможно выявить уже на начальной, I стадии алкоголизма, когда психопатологическая симптоматика еще трудно уловима.

Более того, *многочисленные исследования обнаружили явно недостаточную наркологическую компетентность и активность врачей-интернистов*, среди пациентов которых существенный процент составляют больные, поступающие на лечение в состоянии опьянения. Так, G.Aimone и соавт. (1986), проанализировав более 12 тыс. поступлений в терапевтическое отделение за пять лет, показали, что в среднем у 14,2% больных острая или хроническая алкогольная интоксикация была ведущей причиной соматического расстройства, приведшего к госпитализации (у мужчин 21,2%, у женщин 3,5%). По данным P.Tomson (1985), на учете у каждого врача общей практики в Лондоне состояло в среднем 30–60 больных алкоголизмом (для сравнения: больных гипертонией – 65–130, сахарным диабетом – 20–40). Подчеркивается важность активного выявления больных алкоголизмом, для чего рекомендуется использовать методы определения алкоголя в крови, дыхательную пробу, структурированные опросники и другие скрининг-методики.

A. van Angermund (1986) среди больных хирургического отделения нетравматологического профиля выявил с помощью Мюнхенского опросника 4,8% женщин с высокой вероятностью алкоголизма и 2,4% с явным алкоголизмом. Соответствующие цифры для мужчин составляли 17,7 и 14,3%. Однако внедрение этих методов в общесоматическую сеть шло с большим трудом. M.Jorge, J.Masur (1985) с помощью теста CAGE выявили алкогольные проблемы у 17% больных терапевтической клиники Бразильского университета. После этого персоналу клиники разъяснили необходимость раннего выявления зависимости от алкоголя, обучили простым методам тестирования больных. Через несколько месяцев авторы сделали повторный анализ историй болезни, который выявил неэффективность проведенной с персоналом работы. Среди причин полученного отрицательного результата выделяют, во-первых, недостаточную информированность врачей о широком спектре клинических расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем; во-вторых, отсутствие мотивации у лечащего врача к выявлению менее очевидных случаев злоупотребления спиртными напитками из-за пессимистической оценки возможностей воздействия на эти состояния.

Всемирная организация здравоохранения в свое время провозгласила лозунг «Здоровье для всех к 2000 году», который подразумевал рекордное сокращение потребления алкоголя и наркотиков на 25%. Реализация этой трудной задачи оказалась невозможна без мобилизации врачей всех специальностей. По обобщенным экспертным оценкам, 30–40% обращающихся за медицинской помощью имели связанные с алкоголем заболевания и проблемы (Bottiger L.E., 1988). В то же время врачами общей медицинской практики реально выявлялось не более 10% больных алкоголизмом (Adrianse H. et al., 1988; Shute P.A., 1988). Приведенные данные свидетельствуют, по меньшей мере, о существенных неиспользованных ресурсах общемедицинской сети и низкой наркологической грамотности врачей общей практики и врачей-интернистов.

В целом несомненна целесообразность использования анкетирования как одного из вариантов диагностических скринирующих инструментов при проведении осмотров в офисах семейных врачей, в поликлиниках, медсанчастях, соматических стационарах. Это значительно упростит работу наркологической службы, повысит ее эффективность в плане более полного выявления больных, злоупотребляющих алкоголем и ПАВ, освободит наркологов от клинического обследования всей группы и позволит направлять к специалистам лишь пациентов, чьи результаты анкетирования дают возможность предположить наличие у них зависимости.

При проведении скрининга необходимо помнить об основных деонтологических принципах, предполагающих добровольность обследования, последующего прохождения лечебно-реабилитационных программ и необходимость строгого соблюдения врачебной тайны.

Участие в процедуре скрининга врачей и среднего медицинского персонала общей сети будет способствовать широкой профилактической работе, более успешно лечению и вторичной профилактике соматических расстройств.

Проведение анкетирования в учреждениях общей сети и направление к врачам-наркологам выявленных при этом больных не только значительно облегчит деятельность практической наркологической службы, но и создаст преемственность в работе наркологических и общесоматических учреждений, предоставит врачам поликлиник и стационаров возможность более активно участвовать в профилактической наркологической работе, повысит эффективность лечения больных алкоголизмом за счет выявления их на более ранних стадиях заболевания.

Наибольшая концентрация больных алкоголизмом отмечается в травматологических, туберкулезных, гастроэнтерологических, венерологических и пульмонологических профильных отделениях соматических стационаров, в больницах скорой помощи. Сроки пребывания больных в этих отделениях вполне достаточны для проведения полноценного противоалкогольного лечения. Поэтому представляется необходимой и важной наркологическая подготовка врачей-интернистов для дифференцированного выделения групп риска злоупотребления алкоголем и отдельных нозологических форм алкоголизма.

Актуальным является вопрос о том, как «выходят из положения» злоупотребляющие алкоголем в случае наступления временной нетрудоспособности вследствие его употребления (имеется в виду абстинентный синдром). Наиболее частые способы — «отсидеться», а при возможности — «отоспаться» на работе, далее идут отпуска и отгулы, в том числе «в кредит» за будущую внеурочную работу. Для лиц с развернутым алкоголизмом наиболее частый способ выхода из ситуации — прогул. Получение больничных листов — наиболее редкий и тщательно скрываемый путь. При этом причиной выставляется хроническое заболевание, действительно имеющее место, в связи с его обострением. Такое ухудшение может иметь место, но чаще симулируется. Порой больничный лист получают «по острому заболеванию», диагностика которого затруднена. Чаще всего обращаются к врачам-терапевтам. Грипп и острые респираторные заболевания более всего похожи на последствия токсического действия алкоголя: покраснение склер, отечность слизистых в результате токсического действия алкоголя, субфебрилитет. Если нет запаха алкоголя, то без учета неврологической симптоматики ставится диагноз «острое респираторное заболевание», а во время эпидемии — «грипп» (Басов А.В., 1981).

В этой ситуации остро встает вопрос о путях выявления заболеваемости, связанной с употреблением алкоголя и наркотиков. Возможно выделение двух взаимосвя-

занных направлений: а) совместная работа нарколога и участкового врача; б) подготовка врачей всех специальностей по наркологии. Последнее требует некоторой перестройки в мышлении семейных, участковых и цеховых врачей относительно социальной наркологии и получения представления о потреблении алкоголя обратившимися за медицинской помощью лицами.

Развернутая в последние годы в нашей стране подготовка врачей общей практики делает именно этот профессиональный отряд наиболее эффективным участником программ семейного воспитания и ранней профилактики (Денисов И.Н., Мовшович Б.Л., 2001). На сегодня у врачей отработана настороженность в отношении выявления туберкулеза и злокачественных новообразований. Так должно быть и в отношении алкоголизма. Занимаясь его профилактикой, семейные врачи тем самым будут способствовать снижению соматической заболеваемости, что позволит сохранить и укрепить трудовые ресурсы страны.

В задачи семейного врача входят выявление во время медицинских осмотров на приеме и при обслуживании на дому групп повышенного риска в отношении алкоголизма и наркомании, злоупотребляющих спиртными напитками и больных алкоголизмом; направление их для дальнейшего обследования наркологом; ведение наблюдения за поддерживающей терапией больных алкоголизмом и организация мероприятий по поддержанию ремиссии; анализ факторов риска длительно и часто болеющих; изучение бытовых и производственных условий и микросоциальной среды уязвимого контингента; активное участие в профилактических программах.

Выделенные задачи и направления деятельности в равной мере применимы с учетом профессиональной специфики и к врачам-невропатологам, психиатрам, хирургам-травматологам, пульмонологам, гастроэнтерологам и др. Особо важную роль в первичной и вторичной профилактике алкоголизма, а также раннем его выявлении играют фтизиатрические и кожно-венерологические кабинеты и диспансеры.

Грозной проблемой, вызванной развитием наркомании, является распространение гепатита В, С, а также ВИЧ. По наблюдениям В.В.Покровского (1998), в начале 1990-х годов 10% всех больных гепатитом составляли наркоманы, в 1995 г. их было уже 20%, в 1998 г. — более 50%. Проблема гепатита и ВИЧ имеет огромное социально-экономическое значение. Стоимость лечения одного зараженного ВИЧ пациента составляет от 8 до 20 тыс. долларов в год. Лечение больных гепатитом, особенно с такими осложнениями, как циррозы, опухоли, стоит примерно столько же. Общественное мнение негативно относится к потребителям наркотиков и их проблемам, считая, что заражение вирусами является справедливой расплатой за «грех». По этой причине профилактика инфекционных болезней среди наркоманов не имеет моральной поддержки в обществе.

В последние десятилетия в наркологической превентологии сложилось новое перспективное направление — *краткие интервенции*, включающие скрининг и уменьшение потребления спиртного алкогользависимыми и алкогольнезависимыми лицами (рис. 27).

Процедура интервенции включает четыре этапа.

1. Процедура скринингового исследования:

— размеры/частота;

— ситуация злоупотребления;

— CAGE, AUDIT, HSS, SMAST или другой метод (ПАС).

2. Начальная оценка:

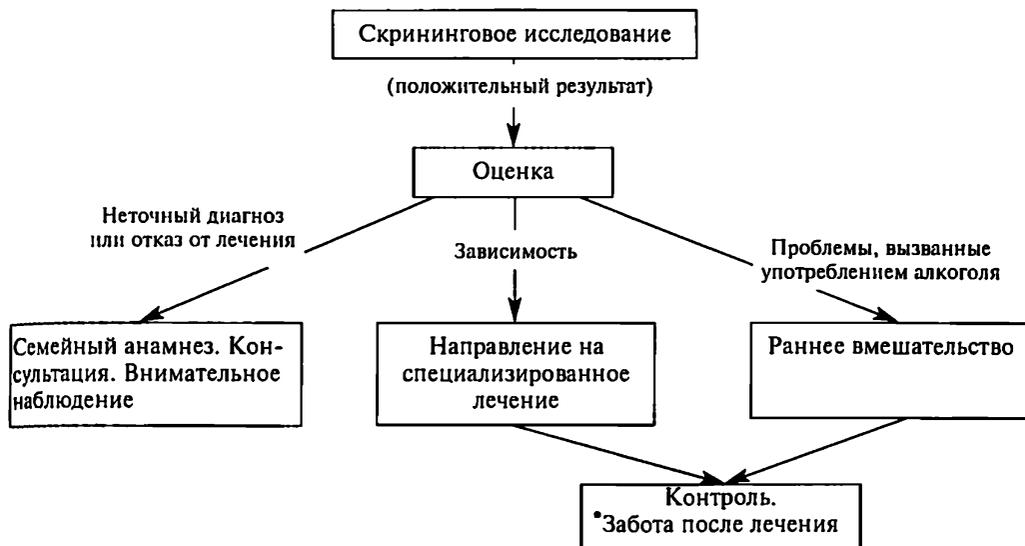


Рис. 27. Процедура скринингового исследования и раннего вмешательства (цит. по: Whitfield C., 1986; Skinner H., 1990; Brown S., 1992).

- интервью, касающееся проблем, вызванных употреблением алкоголя и приемом других ПАВ;
- оценка степени физической зависимости;
- сбор интервью, касающихся других проблем, – психосоциальных, семейных, со здоровьем.

### 3. Первичная консультация:

- обсуждение результатов с пациентом и его семьей;
- предоставление доказательств физического вреда;
- обсуждение диагноза;
- задания, связанные с изменением модели потребления алкоголя;
- обсуждение с клиентом существующих позитивных аспектов заданной модели;
- заключение договора;
- библиотерапия.

### 4. Дальнейший контроль:

- обсуждение суточного количества выпиваемого алкоголя;
- мониторинг физических маркеров потребления алкоголя;
- обсуждение положительной динамики в сфере заданий и договора;
- обеспечение более интенсивной заботы после лечения для лиц, которые зависимы от алкоголя и пытаются сохранить абстиненцию.

В 1995 г. ВОЗ издала руководство «Профилактика через первичное здравоохранение», включающее тематический раздел «Проблемы алкоголя». В качестве стратегий массовой профилактики были выделены:

- *распознавание в общелечебной сети случаев опасного и вредного употребления алкоголя* путем применения специальных методик скрининга – опросников и тестов, биологических маркеров;
- *осуществление в первичном звене здравоохранения целевых краткосрочных вмешательств (интервенций)* в виде «простого совета», усиленного тематическими брошю-

рами или буклетами, а также «краткого мотивационного интервью», направленного на коррекцию стиля жизни пациента с минимизацией потребления алкоголя.

Краткая интервенция в отношении лиц с алкогольными проблемами включает оценку уровня потребления ими алкоголя, обсуждение информации о наличии опасного или вредного его уровня, а также четкий и убедительный совет сократить потребление алкоголя. Целевые интервенции дифференцируются в зависимости от того, выявляется ли у конкретного пациента пока еще только опасное (рискованное) потребление или оно уже достигло уровня вредного (наносящего реальный ущерб) потребления (Андерсон П., 1995).

При опасном потреблении алкоголя ВОЗ рекомендует простой короткий *индивидуальный совет по сокращению потребления* – снижение его уровня до объемов, не превышающих 350 г чистого алкоголя в неделю для мужчин и 210 г – для женщин. Предлагается в течение нескольких (5–10) минут, по четко структурированной схеме, твердым, но дружеским тоном, указать пациенту на опасность дальнейшего излишнего потребления алкоголя. При описании возможного ущерба рекомендуется делать упор на связанные с реальным соматическим, психическим, социальным, профессиональным, психологическим, семейным, сексуальным статусом пациента типы и формы такого ущерба и конкретные проблемы (*негативные причины необходимости сокращения потребления*). Одновременно следует выделить *позитивные причины* – в виде положительных эффектов от снижения объемов и частоты алкоголизации. В качестве конечной цели можно определить следующий уровень потребления алкоголя: не более 40 г в любой день и не более 140 г в течение недели. Следует поощрять стремление пациентов к полному отказу от алкоголя, снабдить их специальным буклетом самопомощи, содержательно дополняющим рекомендации врача.

При выявлении вредного уровня потребления алкоголя ВОЗ рекомендует использовать *краткий мотивационный опрос* (мотивационное интервью) по модели, разработанной S. Rollnick и соавт. (1992). Применение этой технологии способствует решению проблемы преодоления внутреннего конфликта пациента между желаниями сохранить прежний модус алкоголизации и изменить его рекомендуемым врачом образом. Пациент мотивируется в направлении необходимых позитивных изменений через последовательную реализацию отдельных стратегий (стратегических приемов, тематических бесед), каждой из которых отводится 5–15 минут. Тематика бесед следующая: образ жизни пациента, стрессы и потребление алкоголя, здоровье и алкоголь, настоящее и будущее пациента, стили алкоголизации и обычаи потребления, угрозы и возможные проблемы и т.п.

В случаях выявления у пациентов признаков формирования или наличия алкогольной зависимости им предлагается мотивированный переход к трезвому образу жизни и (или) обращение за специализированной помощью.

Британские и голландские врачи общей практики рекомендуют схему ведения злоупотребляющих алкоголем пациентов, состоящую из нескольких посещений и ряда последовательных этапов (Wallace P.G., Haines A.P., 1984; van Zutphen W. et al., 1996):

1) *возникновение и подкрепление подозрений* на основе реестра индикаторов риска наличия алкогольных проблем (соматических, психических, поведенческих, социальных);

2) *подтверждение подозрений* в ходе откровенной беседы, выявляющей (прямо или косвенно) связь проблем больного с характером потребления им алкоголя;

- 3) *мотивация к изменению поведения* в повторных беседах и с помощью специальных буклетов;
- 4) *ведение на этапе изменения поведения* с реализацией четырех подходов:
  - а) немедленное уменьшение количества употребляемого алкоголя до четко обговоренных пределов;
  - б) прекращение *потребления* (на оговоренный срок) с последующим его возобновлением на более низком уровне;
  - в) *постепенное уменьшение* количества употребления алкоголя (по согласованной схеме);
  - г) полное и окончательное *прекращение потребления*.

Попытки пациентов активно изменить свое поведение поддерживаются в ходе повторных контактов, в том числе на основе совместного анализа «алкогольного дневника», а также путем направления к другим специалистам, включая терапевтов и психиатров, специализирующихся в сфере наркологии.

В обобщенном виде список процедур (алгоритмов работы), рекомендуемых для первичного звена здравоохранения (Латчем Р., 1999), включает:

- 1) регулярный опрос всех пациентов, вне зависимости от повода их обращения к врачу, о характере «личных взаимоотношений» с алкоголем;
- 2) ведение записей об уровне потребления алкоголя (количество, частота) для всех пациентов, сообщивших о систематическом его приеме;
- 3) информирование всех пациентов о риске употребления алкоголя для здоровья и об уровнях наименьшего его риска;
- 4) проведение интервенции «простой совет» в отношении всех пациентов с рискованным, опасным уровнем алкоголизации; подкрепление этого совета в ходе последующего наблюдения;
- 5) проведение интервенции «мотивационное интервью» в отношении пациентов с доказанным вредоносным уровнем потребления алкоголя; помощь в реализации решений по позитивному изменению поведения;
- б) направление пациентов с признаками алкогольной зависимости или наличием существенных соматических или психических осложнений, обусловленных потреблением алкоголя, в структуры, оказывающие специализированную помощь.

Основной стратегией коротких интервенций является 4-шаговая модель, включающая в себя скрининг, оценку, первичную консультацию, процедуру дальнейшего контроля. Данная модель особенно эффективна при: а) мониторинговании проблем, вызванных употреблением алкоголя; б) направлении пациентов, неспособных вовремя остановить прием алкоголя, в специализированные отделения; в) заключении договора для оценки проблем с пациентом; г) динамическом контроле.

Исследование, в котором использовался Alcohol Screening Questionnaire, показало, что вовлечение медсестер в эту работу дало минимальную стоимость единичного исследования, специалисты в области алкогольной зависимости обнаружили максимальное число положительных результатов, а врачи достигли минимальной стоимости единичного исследования с положительным результатом. Авторы пришли к выводу, что наиболее выгодными исполнителями тестов являются медсестры, и посоветовали, чтобы специалисты в области алкогольной зависимости консультировали при оценке и обсуждении результатов.

Помимо обычной работы врачей, направленной на выявление тех или иных проблем здоровья пациентов, достаточно новым подходом наркологической превентоло-

гии является *раннее вмешательство*. Это одна из профилактических стратегий первой степени, ограниченная по времени, направленная на изменение поведения лиц, еще не имеющих физической зависимости от алкоголя, с целью снижения потребления ими алкоголя. Безусловно, что раннее вмешательство требует клинических знаний наркологии и психологии.

Процедуры раннего вмешательства отличаются друг от друга, но ни одна из них не предусматривает больше шести встреч клиентов со специалистами здравоохранения. Раннее вмешательство, которое обычно проводит врач, состоит из единичной, на 10–15 минут, сессии. Существенным элементом каждого проекта является библиотерапия.

Несколько групп врачей исследовали эффективность раннего вмешательства (Kristenson H., 1983; Sanchez-Craig M., 1988; Scott E., Anderson P., 1991). Из этих исследований исключались лица с физической зависимостью от алкоголя и те, кто в прошлом участвовал в программах лечения алкоголизма. Цель этой работы – выявить уровень употребления алкоголя, при котором потенциально опасные последствия приема минимальны. Однако множество трудностей с обеспечением контрольных исследований (изменение модели питья, этика, малая численность группы, практические проблемы) ограничили точность этих исследований.

В некоторых исследованиях, например, уменьшение количества выпитого в контрольных группах после проведенного раннего вмешательства в течение года колебалось от 10 до 35%. Это могло быть вызвано множеством факторов: влиянием скринингового исследования, отсутствием слепой пробы, статистическими артефактами, спонтанным снижением потребления алкоголя (Lettieri D. et al., 1985). Поиск достаточно многочисленной группы (для выявления различий между контрольной и экспериментальными группами) является проблемой многих исследований (Flemming M., Barry K., 1991).

Исследования, проведенные в Великобритании и США, показали, что краткая интервенция является средством сокращения потребления более чем для 20% пациентов первичных служб, потреблявших алкоголь в опасных или вредных количествах. При этом сравнение не выявило преимуществ специализированного лечения перед кратким воздействием. Несомненно, что такие целевые вмешательства сокращают затраты здравоохранения и улучшают здоровье населения.

Специальное исследование Медицинского исследовательского совета Великобритании (Wallace P.G. et al., 1988) включало мужчин и женщин, злоупотреблявших алкоголем. Они были разделены на две группы: контрольную (оценочное интервью) и группу воздействия (15-минутный совет врача сократить потребление). Мужчины в контрольной группе в течение года последующего наблюдения сократили потребление алкоголя с 640 до 560 г в неделю, а в основной группе – с 620 до 440 г (различие достоверно при  $p < 0,001$ ), что подтвердилось также исследованием в крови уровня фермента g-глутамилтранспептидазы. У женщин эффект был менее выраженным: в контрольной группе произошло сокращение с 370 до 300 г в неделю; в основной – с 350 до 240 г (различие достоверно при  $p < 0,05$ ), однако различия в уровнях g-глутамилтранспептидазы не обнаружено. Число злоупотребляющих снижалось прямо пропорционально количеству полученных консультаций: у мужчин после одной консультации продолжали злоупотребление 79%, после пяти – 41%; у женщин эти показатели составили соответственно 67 и 31%.

Как показали исследования Н.А.Поплевченкова и М.Г.Цетлина (1993), модифицировавших опросник ВОЗ «Здоровье и образ жизни», применение упрощенного варианта скрининга в поликлинике может помочь в выявлении больных, страдающих

алкоголизмом или злоупотребляющих алкоголем. На основании результатов исследования был сделан вывод, что больные с патологией желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь 12-перстной кишки, язвенная болезнь желудка, хронический гастрит, хронический гепатит, холецистит) и с сердечно-сосудистой патологией (различные формы кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, ВСД по кардиальному типу) относятся к группам высокого риска заболевания алкоголизмом. В результате применения предлагаемого опросника подтвердилось, что у 47% обследованных имелись серьезные алкогольные проблемы.

Помимо скрининга проводилась психопрофилактическая беседа, построенная с учетом личностных особенностей больных и клинической картины соматического заболевания. После применения методики раннего вмешательства у больных отмечалось улучшение состояния. В 28,6% случаев наблюдалось значимое улучшение соматического здоровья после вмешательства, ориентированного на соматические нарушения, усугубляемые алкоголем, и на коррекцию поведения, в том числе подкрепление социально позитивных моментов, ради которых следует уменьшить алкоголизацию.

И все-таки некоторые осложнения алкоголизма, например, алкогольные пневмонии Ландузи, вынуждают больного обратиться к терапевту. Причина таких пневмоний связана со снижением выработки сурфактанта в печени и образованием микроателектазов в легких. Но для раскрытия истинной проблемы надо хорошо знать особенности алкоголизма и клинику изменений в организме при нем. Поэтому большая часть проблем лечения больных алкоголизмом так или иначе ложится на плечи терапевтов. Кроме того, существует справедливое мнение, что консультация нарколога звучит как приговор, и больной может отказаться от нее. Может быть, в таких случаях целесообразнее говорить о консультации психиатра. Для решения проблемы диагностики и лечения алкоголизма в соматическом стационаре предлагается развивать у терапевтов «алкогольную настороженность», вооружив их методиками диагностики хронической алкогольной интоксикации (Пауков В.С., 1998).

Интересен в этом плане пример Венгрии. В Будапеште имеется *опыт оказания помощи наркологическим больным в кризисных ситуациях в районной больнице им. Яна Ференца*. Ранее работа наркологических кабинетов здесь была слабой и односторонней. С одной стороны, больные боялись попасть на учет к наркологу, с другой – врачи не ощущали помощи от работы кабинетов (Фаркашфалви К., Бодор Д. и др., 1993).

В основу нового подхода был положен принцип укрепления превентивной работы участковых врачей. После лекций врачи работали в балинтовских группах по два часа, где они познакомились, как оказалось, с новыми для них аспектами психологии и социальной работы с алкоголиками. Общение в балинтовских группах способствовало созданию сети терапевтов, работающих с алкоголиками, повысило их мотивацию заниматься решением проблем, связанных с лечением этих пациентов.

Наиболее масштабное исследование было проведено в рамках *программы раннего вмешательства, реализуемой ВОЗ в десяти странах* с разной культурой и различной системой организации здравоохранения (Babor T. et al., 1987, 1992; Saunders J., Aasland O., 1987). Целью его стал поиск ответа на вопрос: возможно ли снижение злоупотребления алкоголем и уменьшение в результате раннего вмешательства негативных воздействий на здоровье, вызванных приемом алкоголя. В проекте участвовали Австралия, США, Норвегия, СССР, Болгария, Мексика, Зимбабве, Коста-Рика, Кения, Англия (с Уэллсом). Профессиональная подготовка лиц, проводящих процедуру раннего вмешательства, была неодинакова. Программа осуществлялась вспомога-

тельными персоналом, работающим в сельском здравоохранении, медсестрами, научными работниками и врачами.

В рамках этого проекта был разработан тест A UDIT. Исследована эффективность трех различных схем вмешательства: *совета* (5 минут разговора на тему рационального употребления алкоголя или выбора абстиненции как альтернативы поведения), *консультации* (15 минут разговора и вручение учебника самопомощи), *расширенной консультации* (вступительная консультация и три или более контрольных визита). Контакт персонала с контрольной группой ограничивался 30-минутным интервью, проведенным перед тем, как участники были приписаны (методом случайного выбора) к одной из четырех групп.

Исследование ВОЗ включало в себя группу из 1 661 человека. Все они злоупотребляли алкоголем, но не имели алкогольной зависимости. Это были пациенты больниц, поликлиник, различные служащие. Анализ результатов раннего вмешательства у мужчин показал снижение среднего количества и интенсивности приема алкоголя даже с учетом социально-культурных различий. В контрольной группе ежедневное потребление алкоголя мужчинами через 1 год сократилось на 10,1%, в группе «простого совета» — на 37,8%, в группе «краткой консультации» — на 31,9% ( $p < 0,05$ ). У женщин сокращение как в контрольной, так и в основных группах наблюдалось без значимого различия между ними.

E.Scott и P.Anderson (1992) в рамках проекта, подобного MRC, проводили исследование с целью проверки эффективности *10-минутного раннего вмешательства*. В нем принимали участие 154 мужчины и 72 женщины, употреблявшие от 210 до 700 г чистого алкоголя в неделю. Интервенция проводилась терапевтами. После 12 месяцев проводилось личное интервью с целью оценки употребления алкоголя в последние 7 дней, частоты периодов злоупотребления, частоты консультаций и результатов лабораторных исследований. У мужчин отмечено значительное (до 65 г) уменьшение приема алкоголя в неделю, тогда как у женщин изменений не отмечалось.

В других исследованиях не выявлено разницы между влиянием единичного непродолжительного по времени совета и нескольких расширенных сессий. Совершенно противоположные результаты дало исследование влияния раннего вмешательства при курении. В группе, где проводились поддерживающие сеансы вмешательства, были получены более высокие показатели прекращения курения, чем в группе, где проведена однократная сессия (Richmond R., Anderson P., 1992). Такая разница могла быть связана с более частым распространением физической зависимости у курильщиков, чем у пьющих.

Исследования эффективности различных элементов раннего вмешательства казались главным образом печатных иллюстрированных материалов, передаваемых пациентам. Как оказалось, у алкогольнезависимых пациентов эффективным методом краткой интервенции является библиотерапия (Heather N., 1990). Другие составляющие раннего вмешательства нуждаются в дополнительных исследованиях.

Важным плюсом программ раннего вмешательства является их эффективность в больничных условиях (Moog R., 1989). G.Elvu (1988), используя скрининговый тест в больничных условиях, обнаружил, что 263 пациента злоупотребляют алкоголем, хотя не имеют алкогольной зависимости. Врачи предложили половине этих пациентов участие в программе раннего вмешательства, а оставшуюся половину лечили обычным способом. После 12 месяцев пациентов попросили, чтобы они оценили свои проблемы, вызванные употреблением алкоголя, и указали, сколько времени прошло от момента приема последней порции алкоголя, какая у них производительность

труда, счастливы ли они в личной жизни. Пациенты, принимавшие участие в программе раннего вмешательства, показали более значительное по сравнению с пациентами из контрольной группы улучшение взаимоотношений в семье и на работе, позитивные изменения на работе (Willenbring M., 1990).

Включение скрининговых программ и программ раннего вмешательства в систему здравоохранения зависит от пяти факторов – возмещение затрат, подготовка специалистов, стандарт здравоохранения, практические трудности, общественные нормы.

В Великобритании министерство здравоохранения предложило поощрять терапевтов за профилактическую деятельность (Health Department of Great Britain, 1989). Главная проблема внедрения профилактических программ – нехватка специалистов по проблеме химических аддикций (Negrete J., 1990).

Область обучения профилактической работе настолько широка, что появляется вопрос – каким образом такое обучение проводить? Существует опасение, что проблема профилактики будет признана не столь важной (Davis A., 1988). Другой проблемой введения рутинных скрининговых исследований и программ раннего вмешательства при злоупотреблениях может стать установка самих врачей как следствие их собственного поведения, связанного с алкоголем (Lewis D., 1989).

Основная задача медицинского персонала в отношении лиц, составляющих группу риска, заключается в выработке у пациента осознания необходимости сокращения уровня потребления алкоголя. При этом целесообразно использовать методы кратких интервенций. Помимо коротких бесед с пациентом, нуждающимся в конкретных рекомендациях по поводу того, как преодолеть привычку к выпивкам, врач-терапевт должен проводить и более развернутые беседы.

Важно, чтобы участковый терапевт постоянно интересовался, насколько удастся пациенту изменить свои привычки в отношении алкоголя, поощрял даже небольшие положительные сдвиги и поддерживал установку пациента на отказ от спиртного. Вместе с тем следует иметь в виду, что активные вызовы пациента для контроля потребления им алкоголя нецелесообразны. Опыт М.И.Лукомской и соавт. (1997) показывает, что психокоррекционная антиалкогольная работа в условиях общелечебного медицинского учреждения эффективна тогда, когда она тесно связана с лечением основного заболевания и динамическим наблюдением за состоянием больного.

В заключение отметим, что алкоголизм и наркомания – системные и медико-социальные заболевания. Нет врачебной специальности, в сфере которой они бы так или иначе не проявлялись. Основой эффективной помощи наркологическим больным с соматическими проявлениями является совместная работа врачей лечебных учреждений соматического и наркологического профиля, которая должна постоянно совершенствоваться, опираясь на помощь всех заинтересованных государственных и общественных институтов.

Практика показывает настоятельную необходимость разработки минимальных стандартов профилактической и коррекционной наркологической помощи для врачей общей практики и врачей всех звеньев общесоматической сети, особенно первичных ЛПУ.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРЕВЕНТИВНЫХ ПРОГРАММ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ**

На рубеже XXI века в большинстве стран мира одним из ведущих направлений противоялкогольной политики становится профилактика пьянства на промышлен-

ных предприятиях. Это связано с тем, что основную группу больных алкоголизмом составляют лица трудоспособного возраста, а главной статьёй экономических потерь является ущерб в сфере материального производства. Национальный институт по борьбе со злоупотреблением алкоголем в США провел на промышленных предприятиях обширные исследования, в результате которых было установлено, что по крайней мере от 5 до 12% всех рабочих страны страдают алкоголизмом. Была создана общенациональная конференция, где рассматривались проблемы подготовки типовой программы по борьбе с пьянством и алкоголизмом среди рабочих и служащих страны. Такая программа была разработана и принята.

Создание безопасных и здоровых условий работы для всех сотрудников рассматривается в течение последних лет как чрезвычайно важная проблема не только профессионалами, работающими в области здравоохранения, но и рабочими, профсоюзами, руководителями предприятий. Трудовое законодательство и разработка *концепции профессиональной гигиены* также способствовали внимательному подходу и признанию необходимости охраны здоровья и безопасности в рабочей обстановке.

Целью деятельности по данному направлению профилактики является внедрение современных подходов к укреплению здоровья на рабочих местах. Оно направлено на предупреждение и устранение проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманией, на представление рекомендаций по проведению дальнейших мероприятий по профилактике алкоголизма и наркомании на рабочих местах.

Понятие «рабочее место» в этой связи является более широким, чем понятие «промышленное предприятие», так как оно включает в себя и сельскохозяйственный труд, и работу рыбаков в море или экипажей воздушных лайнеров, когда морское судно или космический корабль на длительное время становится домом, и пастушество на отгонных пастбищах, и работу на маленьких частных предприятиях...

*Концепция рабочего места* представляется, на первый взгляд, достаточно ясной, не требующей особого определения: это место, на котором люди работают. Тем не менее в разных странах мира представления, возникающие в связи с термином «рабочее место», могут в значительной степени различаться. Когда речь идет об индустриально развитых странах, с этим термином могут ассоциироваться крупные предприятия в высокомеханизированных отраслях промышленности. Однако даже в этих странах большинство рабочих мест относится все же к небольшим предприятиям (ВОЗ, 1995).

Что касается многих развивающихся стран, особенно африканских, то, если не считать рабочих механизированных предприятий, численность которых в последнее время возрастает, в них преобладает ручной труд, охватывающий главным образом работников сельскохозяйственного производства.

В дальнейшем как в промышленно развитых, так и развивающихся странах может стать все более затруднительным и нежелательным разделение комплексов «работа/дом» и «работа/семья». Следовательно, укрепление здоровья на рабочем месте должно рассматриваться с широких позиций и не сводиться к слишком узкому определению *рабочего места*.

*Концепция укрепления здоровья на рабочем месте* подробно рассматривалась в докладе Комитета экспертов ВОЗ по укреплению здоровья в рабочей обстановке (1995). В этой концепции особенно подчеркивается необходимость введения или усиления контроля, относящегося к личному благосостоянию каждого работающего человека, создания такой психосоциальной обстановки, которая будет способствовать этому контролю. Применительно к рабочему месту это означает, что необходимо уделять

внимание не только обеспечению для каждого отдельного человека программ подготовки и обучения, но и созданию, поддержанию таких рабочих условий, которые бы способствовали благополучию работающих людей в целом. Кроме того, речь идет о таких *частных проблемах*, как профилактика алкоголизма и наркомании (Cyster R., 1987).

Б.И.Гарбуз (1985) описывает содержание и ступенчатую структуру кампании по борьбе с пьянством среди рабочих на промышленных предприятиях США. Возглавляет ее чиновник органа по надзору за здоровьем рабочих и служащих. Он назначает в штатах и крупных городах администраторов программы, которым подчинены инспекторы программы, работающие непосредственно в учреждениях и на предприятиях.

Администраторами программ становятся, как правило, врачи из числа излечившихся алкоголиков. Они проводят инструктажи по методам работы, распространяют противоалкогольную литературу, организуют по просьбе инспекторов консультации и медицинское лечение алкоголиков.

Осуществляет программу специальное должностное лицо — *инспектор по обеспечению здоровья рабочих и служащих*, которого назначает руководитель учреждения или предприятия. Инспектор получает разработанные в рамках программы инструкции, в которых предусмотрены типичные признаки алкоголизма на разных стадиях, определены характер бесед с работниками, меры дисциплинарного воздействия.

Лечение по программе могут получить только те сотрудники, в ком заинтересовано предприятие, и только при условии снижения качества их работы. Предусмотренные программой меры не применяются к лицам, проработавшим на предприятии менее года. За такой испытательный срок вполне можно выявить пьющих и плохо работающих и расстаться с ними без всяких хлопот и затрат на лечение.

Всю систему мероприятий условно можно разделить на два этапа. Первый — выявление и исправление, второй — лечение. Первый этап осуществляется *инспектором программы* на основании детально разработанной инструкции, в которой указаны симптомы поведения людей, злоупотребляющих спиртными напитками. Инспектору, получившему сигнал о снижении эффективности труда работника, предлагается обратить внимание на такие характерные черты поведения «подозреваемого», как частое отсутствие на работе под видом болезни или различных «несчастных случаев»; поздний приход и ранний уход с работы и/или опоздания; необычное поведение на рабочем месте; неусидчивость, излишняя разговорчивость, употребление большого количества воды; изменение внешнего вида (неопрятность, потливость, дрожание рук, покраснение век и глаз) и т.д.

Инспектор, накопив материал наблюдений и решив, что случай алкоголизма действительно имеет место, проводит с работником первую беседу (скорее воспитательного плана), информируя его о тяжелых последствиях этого заболевания. За «подозреваемыми» устанавливается постоянный контроль. Согласно инструкции, вся эта работа проводится негласно, без участия и ознакомления других работников. При вторичном сигнале о нарушении трудовой дисциплины или дальнейшем снижении качества труда инспектор предупреждает рабочего о возможности увольнения или же применяет, с согласия руководителя предприятия, меру дисциплинарного воздействия — увольняет провинившегося на срок от 10 до 30 дней. Вторая беседа заканчивается, как правило, установлением испытательного срока (6 мес.). Если подозреваемый совершит еще одно нарушение по службе или же симптомы алкоголизма у него будут настолько явными, что у инспектора не останется сомнений на этот счет, то инспектор и врач предприятия, при обязательном участии администратора про-

граммы и руководителя, решают вопрос об увольнении или целесообразности лечения того или иного сотрудника.

На этой стадии программы увольняются те «скрытно пьющие», которые в период годовичного испытательного срока достаточно проявили себя с плохой стороны. Основная масса хронических алкоголиков увольняется в течение испытательного и так называемого исправительного срока. Если администрация предприятия заинтересована в сохранении работника, ему предлагается пройти курс лечения. Рабочего, отрицающего свое пьянство, увольняют немедленно. Программой запрещается принудительное лечение. При согласии работника он либо проходит курс лечения амбулаторно в профилактории предприятия под контролем администратора программы, либо руководство учреждения предоставляет ему отпуск на срок, необходимый для лечения в клинике. Лечение в стационаре осуществляется, как правило, за счет самого работника.

Система исправления продолжает действовать и после лечения от алкоголизма. Инспектор программы постоянно следит за этой категорией лиц, письменно фиксирует все срывы в работе и поведении, проводит беседы, снабжает противопоэкольной литературой и т.д.

Есть данные, что в компаниях, применяющих программы по борьбе с алкоголизмом, доля выздоровевших колеблется от 50 до 70%. По данным ВОЗ, на ряде крупных предприятий США и Великобритании, где проводится систематическая работа по борьбе с алкоголизмом, этот показатель достигает 85%.

По подсчетам P.J.W.Wood (1980), внедрение программы предупреждения и лечения алкоголизма на производстве позволило New York Telephone Company сберечь 1,5 млн долларов. Именно в эту сумму автор оценил возможные потери, которые компания могла понести, если бы держала в штате алкоголиков, отсутствующих на производстве около 60 дней в году.

М.Корсок (1983) приводит в качестве примера фирму «Дженерал Моторс», внедряющую антиалкогольную программу, которая в 70% случаев привела к значительным позитивным результатам: позволила снизить потери рабочего времени на 40%, оплату больничных в связи с временной утратой трудоспособности — на 60%, количество несчастных случаев на производстве и дисциплинарных взысканий — на 50%. Подсчитано, что 1 доллар, вложенный в программу лечения алкоголизма на рабочем месте, дает в течение трех лет 2 доллара прибыли за счет увеличения выпуска продукции.

Компания «Нью-Йорк транзит», имеющая 34 тыс. служащих, которые работают в нью-йоркском метрополитене и на автобусных перевозках, в результате применения программы по борьбе с алкоголизмом за один год сэкономила 1,5 млн долларов за счет сокращения отпусков по болезни. Стоимость же реализации программы составила 63 тыс. долларов в год. Национальный совет по алкоголизму, который приводит эти цифры, делает вывод, что компания не может позволить себе не иметь такой программы. Ведь подсчитана экономия лишь по одной статье (отпуска по болезни), а издержки от непроизводительного труда, прогулов, несчастных случаев, уменьшения товарного оборота, расходов по обучению новых рабочих и служащих и т.д. значительно выше. Не случайно федеральное правительство под давлением крупных монополий выделило Национальному совету по алкоголизму необходимые средства на создание 70 информационных центров по этой проблеме во всех основных населенных пунктах страны.

Мы подробно остановились на обзоре программ по борьбе с алкоголизмом на промышленных предприятиях потому, что опыт их реализации представляется заслу-

живающим внимания. Он особенно интересен с точки зрения того, как работает эта система мер и контроля, хотя еще недавно не вполне подходил для социалистического общества, так как основным рычагом этой системы мер — угроза увольнения в условиях безработицы.

В последнее время появляются все более убедительные доказательства связи между условиями работы и вероятностью возникновения таких проблем, как алкоголизм и наркомания. В связи с этим понятие «укрепление здоровья» охватывает все аспекты взаимоотношений в сфере промышленного производства. Появляются основания для того, чтобы рассматривать укрепление здоровья не только как систему, направленную на предупреждение нездоровых навыков или отказ от них, но и как стратегию улучшения условий труда для всех работающих людей. Другими словами, концепция, положенная в основу Оттавской хартии укрепления здоровья (ВОЗ, 1986), предусматривает определение отношений между работодателями и работниками как фактора, влияющего на здоровье людей и оказывающего большое влияние на возникновение проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманией (Shain M., 1990/91).

*Концепция укрепления здоровья* связана также с вопросами профессиональной гигиены и безопасности. В частности, она позволяет работникам оказывать влияние на организацию физических условий работы.

Укрепление здоровья на рабочих местах можно рассматривать также в качестве одного из аспектов положения (статуса) работников в рамках предприятий или рабочих коллективов. В этом смысле концепция укрепления здоровья представляет собой политическую структуру, определяющую виды участия работников в надзоре за условиями труда на их производстве. Применительно к проблемам алкоголизма и наркомании понятие «укрепление здоровья» означает участие работников в выявлении этих проблем и в принятии решений по борьбе с ними.

Понятие «охрана здоровья» рассматривается как один из элементов более широко понимаемой концепции укрепления здоровья, содержащейся в Оттавской хартии, и конкретно означает такой вид деятельности, который влияет на окружающую среду как фактор, в свою очередь воздействующий на здоровье работников. Это различие между двумя понятиями основывается на материалах научных исследований, свидетельствующих, что изменение навыков и поведения, достигаемое путем индивидуальной работы с каждым человеком, является экономически менее целесообразным (с точки зрения соотношения затрат и выгод), чем изменения во внешнем окружении, достигаемые, в частности, за счет введения стандартов безопасности на работе (ВОЗ, 1995).

Программы, направленные на ограничение или предупреждение алкоголизма и наркомании на рабочих местах или в рамках профессиональных групп, часто предусматривают несколько разных уровней воздействия. Такие программы оказания помощи работникам включают:

- противодействие наркомании и алкоголизму среди людей, производительность труда которых снижается под воздействием зависимости;
- случайно-выборочный скрининг работников;
- просветительные материалы, предназначенные для всех работников;
- изменение условий работы с целью увеличения рабочей нагрузки или снижения стресса.

Все эти аспекты рассматриваются в качестве широких инициативных мероприятий, предназначенных для решения проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманией.

нией. Такие мероприятия должны учитывать состояние здоровья не только работающего контингента, но и всех слоев населения, с которыми работники имеют контакт.

Каждая национальная программа борьбы с алкоголизмом и наркоманией должна включать такие компоненты, как профилактика, лечение, реабилитация, контроль за соблюдением законодательства, научные исследования и разработка соответствующих политических подходов.

Для осуществления широких мероприятий, направленных на решение проблем, являющихся следствием алкоголизма и наркомании, требуется включение в работу многочисленных групп людей и правительственных секторов, особенно тех, которые занимаются вопросами санитарного просвещения и организации труда в промышленном производстве. Государственные масштабы, в рамках которых выполняются мероприятия на рабочих местах, влияют на эффективность этих действий.

Как отмечено в докладе Комитета экспертов ВОЗ (1995), существуют два основных подхода к предупреждению проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманией:

- уменьшение количества имеющихся в наличии алкогольных напитков и наркотических средств;
- уменьшение спроса на них.

К обычно используемым в таких случаях стратегическим подходам относятся: налогообложение, влияющее на цену алкогольных напитков; лицензирование и обеспечение соблюдения законодательства, влияющие на доступность алкоголя и наркотических средств; просветительная работа, программы, направленные на повышение уровня здоровья общества (Farrell S., 1985; Moskowitz J.M., 1989; Osterberg E., 1990; Westermeyer J., 1989).

Для разработки и осуществления национальных программ большое значение имеет поддержка, оказываемая такими авторитетными международными учреждениями, как ВОЗ и Международная организация труда (МОТ). Международные программы борьбы с алкоголизмом и наркоманией распространяют опыт, обеспечивают руководство национальными программами, стимулируют сотрудничество на межгосударственном и межрегиональном уровнях, обеспечивают обмен информацией и опытом. Характер и масштабы проблем алкоголизма и наркомании на рабочих местах отражают отношение к этим проблемам всего населения региона той же возрастной группы.

Руководителей предприятий следует убеждать в необходимости проведения на рабочих местах таких мероприятий, как консультирование и лечение сотрудников. Они должны знать, что невыход на работу, профессиональные болезни, неэффективная работа, травматизм часто бывают обусловлены приемом алкогольных напитков и употреблением наркотиков. Например, в Великобритании с приемом спиртных напитков связано 20% производственных травм (Powell M., 1990).

К группе риска, создаваемого проблемами алкоголизма и наркомании в рабочей обстановке, Комитет экспертов ВОЗ (1995) относит следующие категории работников:

- транспортников;
- работников ядерной и нефтехимической промышленности;
- военнослужащих;
- работников лечебных учреждений,

а также представителей профессий, связанных с принятием решений (предприниматели, топ-менеджеры, руководители крупных фирм).

Вопрос о причинах алкоголизма и наркомании на рабочих местах до настоящего времени остается достаточно спорным. По-видимому, более полное объяснение

склонности к употреблению спиртных напитков в таких условиях можно получить при изучении не столько общего производственного напряжения, сколько характерных свойств конкретной работы, способствующих развитию алкоголизма или, наоборот, препятствующих этой тенденции (Neil C.C., 1989).

На масштабы алкоголизма и наркомании на рабочих местах влияет политика снижательного отношения к этому явлению или, наоборот, запрещения употребления спиртных напитков и наркотических средств в рабочей обстановке. Именно эта политика работодателей определяет наличие ПАВ на рабочих местах.

До конца Второй мировой войны мероприятия, проводившиеся в Западной Европе и Северной Америке, а также опыт, накопленный в этих странах, ограничивались только потреблением спиртных напитков и его последствиями. Так продолжалось до 1960-х гг., когда произошел так называемый «взрыв» использования наркотиков. Во многих странах распространение этого явления приняло такие масштабы, что соответствующие организации были вынуждены уделять серьезное внимание вопросам злоупотребления ПАВ на рабочих местах.

Проблема алкоголизма среди рабочих, вызванная прежде всего нездоровыми условиями работы и жизни, привлекла к себе внимание еще в конце XIX в. (Kelllogg J.H., 1891; Legrain M., Boissier K., 1900; Дмитриев В.К., 1911). Серьезную озабоченность вызывали также несчастные случаи на производстве, связанные с алкоголизмом работников предприятий. Были приняты различные меры, включавшие, в частности, запрещение употребления спиртных напитков на работе. Этот запрет во многих случаях распространялся даже на столовые, расположенные на территории предприятий.

Во время Первой мировой войны возникли опасения, что алкоголизм может ослабить военный потенциал стран, участвовавших в ней. Поэтому в некоторых странах были приняты строгие меры ограничительного характера. Например, в ряде случаев правительства предпринимали шаги к тому, чтобы на предприятиях, имеющих особое значение в военном отношении, не работало большое число лиц, злоупотребляющих спиртными напитками (ВОЗ, 1995).

Новый аспект подхода к проблеме употребления спиртных напитков, имеющий отношение к алкоголизму на рабочих местах, появился в конце 1930-х гг. В это время была впервые принята концепция алкоголизма как болезни и алкоголика как больного человека. В дальнейшем эта концепция была распространена на зависимость от наркотических средств и на людей, подверженных ей. Стали появляться также производственные программы, цель которых заключалась в выявлении, консультировании и реабилитации работников, имеющих склонность к токсикомании (Комитет экспертов ВОЗ, 1995).

Программы по профилактике и борьбе с наркоманией разрабатывались и внедрялись достаточно медленно. Это было связано с тем, что общественность в индустриальных странах еще не была знакома с проблемой наркомании, поведение многих наркоманов резко отличалось от традиционного поведения алкоголиков. Но правила, предусматривающие ответственность за использование запрещенных наркотических средств, в это время уже существовали. Однако постепенно масштабы использования психотропных средств возрастали, и злоупотребление ими стало серьезной проблемой как в развитых, так и в развивающихся странах. В связи с этим возникла тенденция, направленная на то, чтобы программы борьбы с наркоманией охватывали все причинные факторы, вызывающие зависимость.

После отмены в США в 1933 г. «сухого» закона начали разрабатываться программы борьбы с алкоголизмом на основе 12-шаговой концепции общества «Анонимные алкоголики». Такие программы, часто выполнявшиеся отделами помощи работникам при промышленных предприятиях под руководством ранее злоупотреблявших алкоголем или наркотиками сотрудников этих предприятий, оказались весьма успешными в той социально-культурной среде. Из Северной Америки программы такого типа распространились по другим странам, однако они в основном ограничивались англоязычными странами или филиалами и ответвлениями североамериканских промышленных предприятий, расположенных в других районах.

В Европе были приняты другие подходы к проблеме алкоголизма и наркомании на промышленных предприятиях. Хотя признавалось, что такие проблемы относятся к сектору здравоохранения, концепция заболеваемости часто подвергалась модификации.

Например, во Франции многие программы, касающиеся употребления алкогольных напитков, были введены в 1950-х годах. При этом учитывался тот факт, что некоторые люди, употреблявшие избыточное количество алкоголя, страдали серьезными психическими нарушениями, другие — тяжелыми органическими заболеваниями, такими, как цирроз печени. В обсуждении этой проблемы приняли участие крупные французские промышленные компании. В 1960 г. они провели международное совещание по проблеме алкоголизма на рабочих местах под названием «Промышленное предприятие сегодня: здоровье, безопасность, трезвость» (CISA, 1960).

В некоторых северных странах соответствующие программы в промышленности вначале имели целью предупреждение или снижение проблем, связанных со злоупотреблением наркотическими средствами, что привело к разработке мер первичной, вторичной и третичной профилактики (Karlsson C., 1990).

Недавно в некоторых странах (например, в Австралии и Великобритании) была создана «спектральная» или «непрерывная» модель оказания помощи большим группам лиц, употребляющих спиртные напитки и наркотические средства. Спектр лиц, употребляющих алкоголь, при этом очень широк: от тех, кто употребляет спиртные напитки в отдельных случаях или при общении с другими людьми, до тех, у кого развилась зависимость от алкоголя. В этой модели синдром зависимости может по традиции расцениваться как «алкоголизм», представляющий собой заболевание, однако уровни такой зависимости могут быть различными в пределах «непрерывной шкалы алкоголизма». В программах, основанных на этой концепции, применяются весьма гибкие подходы. При этом имеется в виду, что консультативная помощь должна оказываться не только тем лицам, у которых по существу уже развилась зависимость от алкоголя или наркотиков, но и любому работнику, имеющему менее серьезные проблемы, связанные с употреблением спиртных напитков или наркотических средств. В этих ситуациях как на рабочих местах, так и вне их все более широко применяются меры консультативной помощи (ВОЗ, 1995).

В некоторых странах большое внимание уделяется определенным категориям работающих. Например, в Испании Институт социальных проблем моряков (Institute Social de la Marina) создал несколько центров для решения проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманией среди моряков. Примером их деятельности может служить центр, который находится в г. Вито. Он выполняет программу оказания помощи морякам, страдающим зависимостью от алкоголя и наркотических средств, и их реабилитации. Здесь помощь и консультации предоставляются не только морякам,

но и членам их семей. Центр в Вито изучает некоторые социальные и психопатологические явления, наблюдающиеся среди моряков в стрессовых ситуациях, а также условия жизни на борту корабля.

Консультирование и реабилитация людей, страдающих алкоголизмом и наркоманией, сочетаются с санитарно-просветительной работой и предоставлением информации клиентам и членам их семей. Этот вид обслуживания может оказать опосредованное влияние на обычаи моряков, связанные с употреблением некоторых субстанций, и в некоторой мере снижает влияние стрессовых ситуаций в их жизни. В этих случаях создаются возможности для комбинации обслуживания, направленного на оказание помощи морякам, страдающим от проблем, связанных с употреблением алкогольных напитков и наркотических средств, и членам их семей, с одновременным выполнением программы противодействия вредным привычкам и обычаям, укоренившимся у этих лиц (Teixeiro-Rois X., 1988).

Что касается другого контингента, связанного с морским флотом, а именно докеров, то в одном из французских портов был принят такой подход: рабочих, злоупотреблявших алкоголем, считали не больными, а просто людьми, не соблюдающими правила своей общественной группы и поэтому подлежащими исключению из нее (Castelain J.P., 1988). В одном случае докеры создали свой собственный антиалкогольный комитет, состоящий только из докеров (без привлечения профессионалов), считая, что наиболее эффективным методом реабилитации должно быть восстановление социальных связей с товарищами по работе.

В развивающихся странах программы борьбы с алкоголизмом и наркоманией часто реализуются в рамках многонациональных фирм по моделям, используемым в соответствующих родительских фирмах, и нередко касаются только тех рабочих и технического персонала, которые работают в этих филиалах. При этом методы проводимого обслуживания адаптируются к местным обычаям и традициям, связанным с употреблением ПАВ. Кроме того, основная компания, создающая в рамках соответствующей медицинской программы какую-то систему оказания помощи работникам, злоупотребляющим алкоголем или наркотиками, может внедрять не всю эту систему целиком, а только ее основные положения. Это относится как к профилактике, так и к лечению алкоголизма и наркомании (ВОЗ, 1995).

В некоторых странах психотропные препараты рассматриваются как стимулирующие факторы, повышающие производительность труда. Например, в Восточной Африке, особенно в Эфиопии, Кении, Сомали и Объединенной Республике Танзании, широко употребляется кат, поскольку здесь все еще считается, что эта субстанция повышает производительность труда у представителей профессий, которые требуют постоянного внимания, бдительности и длительного бодрствования (в качестве примеров можно привести профессии шофера автобусов дальнего следования или охранника). Эпизодически появляются сообщения (Наппа J.M., Hornick S.A., 1977; Suwanlert S.A., 1975) об использовании наркотиков отдельными группами работников, однако результаты более систематических исследований, таких, например, как изучение употребления психотропных средств государственными служащими в г. Ибадане (Нигерия), публикуются достаточно редко (Odejide A.O., 1982).

Во многих странах Азии использование алкоголя и психотропных средств является одним из элементов социальной жизни и культуры, и хотя эти обычаи часто подвергаются осуждению, отказ от них, тем не менее, продолжает представлять серьезную угрозу для производительности труда местного населения. Однако после Второй

мировой войны некоторые страны Азии, особенно расположенные в западной части континента, предприняли строгие меры, предусматривающие ответственность за незаконное употребление запрещенных средств. Данные меры осуществлялись в связи с обязательствами, принятыми этими странами в рамках Единой конвенции о наркотических средствах (1961) и Конвенции о психотропных веществах (1971). Проводились национальные профилактические кампании, привлекающие внимание всех жителей, независимо от их профессии, к опасности, связанной с употреблением запрещенных средств, и к ответственности за их использование. В проведение профилактической работы в ходе этих кампаний включались все общественные учреждения (ВОЗ, 1995).

В Японии многие рабочие вплоть до середины 1950-х гг. принимали стимулирующие препараты в целях снижения вялости и апатии во время работы, повышения энергии и работоспособности. В 1954 г. правительство Японии приняло закон о борьбе с продажей, приобретением и использованием стимулирующих препаратов. Этот закон строго соблюдался, его нарушение строго наказывалось. С того времени число потребителей этих препаратов в стране резко сократилось.

Международная организация труда (МОТ) создала в Азии проект по разработке и осуществлению программ борьбы с алкоголизмом и наркоманией на ряде предприятий в Индии, Филиппинах, Шри-Ланке и Тайланде. В ходе выполнения этих мероприятий МОТ тесно сотрудничает с министерствами труда, общественными и рабочими организациями.

В Африке МОТ оказала в последние годы помощь ряду стран в создании резервных центров для введения программ профилактики и реабилитации в области проблем алкоголизма и наркомании. В качестве одного из разделов этой работы на ряде предприятий Маврикия, в Замбии и Зимбабве уже созданы программы профилактики алкоголизма и наркомании на производстве.

Одним из перспективных направлений распространения превентивной антинаркотической информации и санитарного просвещения является проведение этой работы в период, предшествующий приему сотрудника на работу или во время его профессиональной учебы. Профессиональные школы и другие соответствующие учреждения имеют полную возможность включать такую информацию в свои учебные программы и обращать внимание обучающихся на опасность употребления спиртных напитков и наркотических средств. В Бразилии, например, национальные службы промышленной и коммерческой подготовки включают в свои программы информацию, касающуюся опасности употребления алкогольных напитков. Согласно правилам трудового обучения, существующим в Швейцарии, различные предприятия должны не только давать учащимся учебные навыки и знания, требующиеся для выполнения ими профессиональных обязанностей, но и оказывать такое влияние просветительского и гуманитарного характера, которое способствует их интеллектуальному и персональному развитию. Речь идет, в частности, о воспитании понимания и правильного отношения к проблемам, связанным с потреблением алкогольных напитков и наркотических средств.

Содержание и цели мероприятий, проводимых на рабочих местах, нередко варьируют в зависимости от культурных условий и характера труда профессиональных групп. В случаях, когда интоксикация, вызываемая приемом алкогольных напитков или наркотических средств, приводит к тяжелым последствиям, например, к травмам, часто бывает легче полностью запретить употребление этих субстанций на ра-

бочих местах. Если работа связана с относительно небольшим риском, то основное внимание следует уделять мероприятиям по охране здоровья работающих, т.е. пропаганде отказа от употребления спиртных напитков или, по крайней мере, употребления их в умеренных количествах. Эти подходы могут в значительной мере варьироваться в различных культурных условиях. Например, в некоторых культурных формированиях необходимо убеждать работающих в том, чтобы при употреблении спиртных напитков они учитывали такие факторы, как время, место и количество употребляемого алкогольного напитка. В других условиях нормальным считается полное воздержание от приема спиртных напитков.

В промышленно развитых странах важной темой дискуссий является вопрос о том, какой метод действий является предпочтительным для администрации и профессиональных союзов. Должны ли они ориентироваться на то, что борьба с алкоголизмом и наркоманией является одним из разделов общей программы охраны здоровья, или же этим проблемам должна быть посвящена самостоятельная программа. Если принять первый из этих подходов, то необходимо, чтобы осуществление борьбы с алкоголизмом и наркоманией как одного из компонентов общей программы укрепления здоровья было обеспечено необходимыми средствами. Следует четко определить взаимоотношения между профилактической программой и службами лечения и реабилитации с учетом профессиональных требований каждой программы.

Прежде чем рассмотреть вопрос о введении тех или иных профилактических или лечебных программ, необходимо произвести оценку типа, количества, частоты и условий употребления спиртных напитков и наркотических средств разными категориями сотрудников. Такая оценка может производиться в сотрудничестве с работниками всех уровней непосредственно на рабочих местах. Этому, по-видимому, должны предшествовать определенные мероприятия санитарно-просветительского характера и обсуждение соответствующих вопросов в небольших группах сотрудников (ВОЗ, 1967; ВОЗ, 1995).

Решения, касающиеся проблем алкоголизма и наркомании на рабочих местах, руководству предприятий не целесообразно принимать в одностороннем порядке. Эти проблемы важны как для них, так и для самих работников. При этом большое значение имеет мнение профсоюзов, которые все чаще обращают внимание на проблемы такого характера. Индустриальные программы, связанные с алкоголизмом и наркоманией, уже не рассматриваются только как средства, используемые предпринимателями для разрешения конфликтов с рабочими, борющимися за право самостоятельного решения вопросов своей личной жизни. Вопрос борьбы с наркоманией становится еще более сложным в связи с тем, что в этом отношении существуют определенные юридические положения, подлежащие выполнению. В 1987 г. Международная конференция по вопросам труда приняла решение, обязывающее профсоюзы признать тот факт, что программы борьбы с алкоголизмом и наркоманией важны не только для предпринимателей (поскольку они повышают производительность труда), но, с точки зрения охраны здоровья, и для рабочих и их семей (ВОЗ, 1995). При создании профилактических программ для предприятий промышленности их цели всегда должны обсуждаться с официальными лицами профсоюзов, следует также добиваться сотрудничества с профсоюзами в этом деле.

В Германии Федерация немецких профсоюзов приняла решение добиваться введения должности «уполномоченного по вопросам злоупотребления алкоголем и наркотическими средствами» на всех предприятиях и в учреждениях, где работают боль-

ше 50 человек. Эта должность имеет социальный и политический характер. На крупных предприятиях такой уполномоченный должен работать на полную ставку.

В России до недавнего времени существовала практика наркологических постов как первичного звена наркологической помощи на промышленных предприятиях. Работа этих постов осуществлялась на добровольной основе и ставила целью выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем, оказание им помощи в поддерживающей терапии. При крупных промышленных предприятиях существовали стационарные наркологические отделения, дневные стационары, кабинеты наркологической помощи и полустационары.

Исследования В.Г.Ярауса (1984) показали, что эффективность лечения больных алкоголизмом на промышленном предприятии значительно повышается по сравнению с традиционным способом, если при этом происходит:

- выявление алкогольных микрогрупп в полном составе, изучение их особенностей (проведение социометрии);
- максимально полное привлечение к противоалкогольному лечению всех нуждающихся в этом (если признаки алкоголизма обнаруживают все члены группы, надо привлечь на лечение всю группу одновременно);
- максимальная нейтрализация отрицательного влияния лиц, уклоняющихся от лечения, на больных, принимающих лечение или согласившихся прекратить злоупотребление алкоголем;
- проведение социально-психологической поддержки больных после проведения лечения.

Программы профилактики алкоголизма и наркомании на промышленных предприятиях нужно разрабатывать не только для тех, кто является членом профсоюза. Они должны основываться на взаимодействии с семьями, неправительственными организациями, церковью (Doogan K., 1990). Для малых предприятий можно предложить программы, активизирующие местное самоуправление.

В частности, можно использовать для профилактической и разъяснительной работы уже существующую систему обеспечения безопасности труда. Во многих коллективах один из работников назначается «сотрудником по технике безопасности», и на него возлагается обязанность информировать других сотрудников о современных подходах к обеспечению безопасности на производстве. Для этой цели иногда выпускают специальные бюллетени. Ответственные за технику безопасности работают наравне со всеми другими сотрудниками предприятия, но имеют тесный контакт и получают помощь от департаментов здравоохранения и социальной защиты, которые предоставляют им необходимую информацию. Очевидно, что при таком подходе информация, предоставляемая коллективу предприятия, может касаться не только безопасности труда, но и вопросов алкоголизма и наркомании, поэтому сотрудники по технике безопасности должны получать определенную подготовку в этой области.

Одна из проблем, подлежащих решению, заключается в том, что сотрудники, занимающиеся санитарным просвещением, связанным с алкоголизмом и наркоманией, испытывают трудности в получении доступа к современной информации. Кроме того, требуется определенное время для того, чтобы они усвоили эту информацию. Для удовлетворения этих нужд в большинстве случаев могут быть мобилизованы национальные и местные коммунальные средства. Такой потенциально эффективный подход был принят в Нидерландах. Правительство этой страны предложило объединить усилия профилактических организаций, промышленности, выпускающей спиртные напитки,

работников и предпринимателей, Министерства социальных дел и занятости и Министерства благосостояния, здравоохранения и культуры (Iwarden M.J., 1989).

Одним из важных исходных пунктов этой деятельности стала разработка комплекса профилактических мероприятий (раннего выявления, лечения и особенно — санитарного просвещения) для организаций, имеющих более 50 сотрудников. Было создано национальное агентство, функция которого заключается в «предупреждении возникновения проблем злоупотребления вредными веществами в коммерческих, промышленных и некоммерческих организациях». Определено, что эта цель может быть достигнута за счет таких предлагаемых мероприятий, как предоставление рекомендаций, связанных со сложными ситуациями, соответствующие организационные изменения, направленные на предупреждение возникновения проблем зависимости от алкоголизма и наркотических средств. Кроме того, организуются и проводятся учебные курсы, распространяется опыт борьбы с зависимостью — особенно на основе проведения санитарно-просветительной работы и путем координации всех соответствующих видов деятельности.

Наряду с этим предусматривается возможность создания на предприятии рабочей группы по проблемам алкоголизма и наркомании. Такая группа должна состоять из сотрудников, в определенной мере интересующихся и занимающихся проблемами алкоголизма и наркомании на рабочих местах, а также работников социальных, медицинских и кадровых департаментов, членов рабочих советов, руководителей секций. Группа может собираться для проведения информационных консультаций, для составления проектов по предупреждению злоупотребления вредными веществами на рабочем месте. Если она получает поддержку со стороны администрации и профсоюза, то ей могут быть доверены такие проекты по борьбе с проблемами злоупотребления опасными веществами, реализация которых воздействует как на отдельных сотрудников, так и на коллектив фирмы в целом.

Есть и другие проекты, которые могут применяться для решения проблем алкоголизма и наркомании на рабочих местах (Jenewein R., 1990). Например, в Берлинском техническом университете (Германия) разработана концепция группы укрепления здоровья на рабочем месте (Bertriebliche Gesundheitszirkel).

Независимо от выбранного метода деятельность сотрудников, занимающихся вопросами профилактики и информации, не должна ограничиваться работой с людьми только определенных профессий. Весьма важно, чтобы те, кто выполняет эти функции, получали широкую подготовку, а специализированные агентства по их обучению проводили курс такой подготовки в полном объеме. В некоторых странах, например, в Австралии, Бразилии и Коста-Рике, ряд фирм предпочитает не разрабатывать собственные программы по борьбе с алкоголизмом и наркоманией, а заключать договор об осуществлении таких программ с внешними специализированными организациями. Несмотря на то, что подобные программы предназначены в основном для целей лечения и реабилитации, они могут включать и вопросы профилактики.

Объектами профилактической деятельности могут быть также профессиональные группы юристов, священнослужителей, инженеров, преподавателей, работников университетов, журналистов, врачей и дантистов. Контакт с ними может быть установлен при посредничестве соответствующих профессиональных обществ, хотя некоторые из таких групп считаются «труднодоступными» (NIDA, 1982).

При осуществлении профилактики алкоголизма и наркомании как на рабочих местах, так и среди населения особое внимание уделяется мобилизации и использо-

ванию имеющихся средств, инфраструктуры и программ. В частности, имеются в виду программы по профессиональной безопасности, охране здоровья, профессиональному обучению и благосостоянию семей рабочих. Поэтому можно считать, что профсоюзы играют важную роль в формулировании и реализации политики совместной деятельности руководства и трудовых коллективов. Весьма желательно и даже необходимо, чтобы профсоюзы проводили такие же мероприятия и среди населения.

При проведении профилактической работы достаточно важно организовать контроль употребления запрещенных веществ. Например, в Чили, согласно национальному законодательству, запрещается употребление алкогольных напитков на рабочих местах. И в то же время любая травма, полученная на работе, рассматривается как производственная, даже если сотрудник находился в состоянии интоксикации. Поэтому предприниматели заинтересованы в мониторинге употребления спиртных напитков работниками предприятия.

Контроль употребления алкогольных напитков и наркотических средств может касаться таких аспектов, как:

- появление на работе в нетрезвом виде или под воздействием наркотических средств;
- наличие на рабочем месте этих средств или их употребление во время работы;
- употребление спиртных напитков в ресторане или кафетерии фирмы;
- воздержание от приема спиртных напитков перед работой, во время вождения автомобиля, плавания или полета;
- ограничение предоставления спиртных напитков участникам приемов или других официальных мероприятий, проводимых в помещениях фирмы.

Роль контрольных и профилактических мероприятий особенно важна в авиационном секторе, где давно известно взаимоусиливающее действие алкоголя, наркотических средств и гипоксии (Винн G.A., 1991). В связи с этим в авиации давно применяются международные стандарты, осуществляются разъяснительные и профилактические программы. Ведущие специалисты медицинской службы воздушного транспорта считают, что программы профилактики, санитарного просвещения и реабилитации в значительной мере способствовали достижению высокого уровня безопасности в международной гражданской авиации.

Скрининг и тесты — это, согласно принятому определению, контрольные процессы, касающиеся взаимоотношений между предпринимателями и работниками с позиций четкого выражения существующих прав и обязанностей каждой стороны. Поскольку мероприятия по охране здоровья направлены на удовлетворение нужд работников и имеют целью установление первичного, повторного или постоянного контроля состояния их здоровья, можно сделать вывод, что любая попытка регулирования этих действий должна включать только такие меры, которые предусматривают сохранение достоинства работников и абсолютно необходимы для обеспечения здоровья и безопасности широких слоев населения. Проведение скрининга и тестов может считаться более приемлемыми в отношении таких профессиональных групп, как работники транспорта, операторы тяжелых машин, хирурги и т.п., деятельность которых может отражаться на здоровье окружающих.

Как показали результаты исследования (Дальсаев М.А., 1984), при достаточно умелой организации скрининга за 1 час можно провести обследование 50 человек. Такие рейды имеют позитивное дисциплинирующее воздействие и являются своего рода профилактикой алкоголизма.

Для первичного скрининга на употребление наркотических средств в настоящее время применяются различные варианты иммуноопределения. Они не выходят за рамки обычных методов скрининга, но не всегда отличаются достоверностью и часто дают ложноположительные результаты. Такие пробы должны подтверждаться специфическими тестами, к числу которых относятся, например, газовая хроматография и масс-спектрометрия.

Недавно изучались прогностические ценности скрининга на наркотические средства (проводится перед приемом на работу). Было выявлено, что лица, употребляющие марихуану и кокаин, представляют относительно более серьезную опасность в отношении несчастных случаев, травм и нарушений дисциплины, чем работники, не применяющие этих средств (Zwerling C., Ryan J., Orav E.J., 1990).

Объектом широкого исследования, проведенного Международной организацией гражданской авиации (ИКАО), стали специалисты, имеющие официальное разрешение на работу в гражданской авиации (группа, профессиональные качества которой имеют чрезвычайно большое значение для обеспечения безопасности населения). Основная цель этой работы заключалась в оценке характера и степени злоупотребления наркотическими средствами летным персоналом. Ответы на вопросы анкеты, составленной службой контрактов ИКАО, показали, что административные органы, проводившие программы обязательного скрининга, не выявили серьезных проблем, связанных со злоупотреблением наркотическими средствами персоналом гражданской авиации. Некоторые сотрудники официальных органов высказали мнение, что скрининг использования наркотических средств можно считать полезным узаконенным методом работы, так как он является средством, потенциально удерживающим работников от использования наркотиков.

В связи с противоречивым характером скрининга на наркотические средства и с высказываемым в ряде случаев отрицательным отношением к этой процедуре Комитет экспертов ВОЗ считает, что более целесообразно разрабатывать такие меры борьбы со злоупотреблением наркотиками, которые не предусматривают использования тестов. Что касается тестов на употребление алкогольных напитков, вызывающих определенный ущерб, то в некоторых производственных ситуациях этот вопрос может быть менее противоречивым, однако и в этих случаях данную проблему лучше всего решать в рамках соответствующих программ укрепления здоровья населения.

Альтернативой по отношению к скринингу и лабораторным тестам может быть проведение специальной производственной оценки, при которой перед обследуемым человеком ставят определенные задачи, а их выполнение оценивается с помощью компьютеров и видеотехники. Такая оценка производительности в большей мере согласуется с принятой практикой производственных отношений. Она по своей природе предпочтительнее скрининга и тестов, поскольку здесь учитывается не предполагаемое злоупотребление наркотическими средствами, а реальная «пригодность к работе».

Оценка программы профилактики должна рассматриваться как составная часть деятельности по внедрению политики борьбы с алкоголизмом и наркоманией на рабочих местах. Она не должна быть сложной, занимающей много времени, хотя в этих случаях требуется детальное рассмотрение необходимых средств. При оценке программы необходимо учитывать задачи, стоящие перед специалистами, принимающими решения применительно к конкретным рабочим местам, а также характер получаемой информации, ее цели и потребности потенциальных потребителей (ВОЗ, 1989, 1995).

В настоящее время имеется тенденция при проведении оценки основное внимание уделять показателям достигнутых успехов, однако такие показатели трудно определить ввиду недостатка основных данных. В некоторых случаях поставленные цели оказываются нереальными, а модели работы не соответствуют своему назначению. При этом показатели полученных результатов могут меняться в зависимости не от программы как таковой, а от внешних факторов. Кроме того, часто оказывается невозможным составить четкий план проверки эффективности различных экспериментальных компонентов профилактической программы.

Процесс оценки не должен ограничиваться рассмотрением только показателей достигнутых результатов, отражающих долгосрочные цели проводимых мероприятий. Составными частями этого процесса являются также количественные и качественные параметры исходов работы, их распределение по времени и последовательность. Например, к критериям оценки относится мнение работников о том, что они способны справиться с тяжелыми ситуациями, связанными с использованием спиртных напитков и наркотических средств; другим таким критерием является удовлетворение работой.

Процесс оценки обеспечивает получение информации, требующейся для характеристики качества программ борьбы со злоупотреблением алкогольными напитками и наркотическими средствами. Большое значение имеет тщательная документированность каждого мероприятия, позволяющая сотрудникам, а также специалистам, принимающим решения, представить обратную связь, показывающую, что мероприятия осуществлялись в соответствии с планом. Кроме того, документация помогает интерпретировать методы оценки результатов.

Важной составной частью правильно проводимых практических действий является «созидательная» оценка. Некоторые специалисты считают, что именно в этой области следует концентрировать все средства для проведения оценки, по крайней мере, на первых этапах работы. «Созидательная» оценка включает рассмотрение имеющихся данных о характере и масштабах проблем, подлежащих решению, о навыках и обычаях, которые следует поощрять, о методах работы и о постановке целесообразных, реальных и поддающихся измерению задач. После этого материалы оценки могут быть объединены для того, чтобы уточнить результаты выполнения проводимых мероприятий. Выводы, вытекающие из проведенной оценки, являются одной из предпосылок успешного планирования будущих программ.

Главной особенностью превентивных программ на промышленных предприятиях, как следует из вышеприведенного международного опыта, является их глубокая проработка, участие в реализации таких программ самих членов коллектива, контроль и оценка результативности. А в наших современных условиях ко всему прочему требуется также новая редакция типового договора и положения о наркологическом отделении при промышленном предприятии. Это существенно поднимет эффективность взаимоотношений в системе «наркологическая превентология – промышленное предприятие».

### **ПРЕВЕНТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

Особенности организации наркологической службы в сельской местности определяются рассредоточением населения на относительно большой территории, слабостью коммуникаций между населенными пунктами, значительным «врастанием» ал-

когельных обычаев, неконтролируемым употреблением спиртных напитков домашнего изготовления, сезонным характером сельскохозяйственного производства.

До 1975 г. наркологическая помощь в сельских районах сводилась в нашей стране в основном к пассивному учету лиц, страдающих алкоголизмом. После введения в 1976 г. штатных нормативов наркологических учреждений появилась возможность обслуживания и сельского населения. В каждом районе в зависимости от численности населения было дополнительно выделено от 0,5 до 1 должности врача психиатра-нарколога. В результате при центральных районных больницах (ЦРБ) появилось новое функциональное подразделение — психонаркологический кабинет.

Организация в 1980-х годах *районной наркологической сети* (фельдшерско-акушерский пункт — наркологический кабинет при ЦРБ — наркологический стационар — межрайонный наркологический диспансер) позволила максимально приблизить наркологическую помощь к сельскому населению, улучшить учет, выявление и привлечение больных к противоалкогольному лечению.

Остановимся подробнее на опыте организации превентивной деятельности в сельской местности (Кигель Д.Г., Поляков Ю.В., 1982; Котов Г.И., 1982; Прядухин Ю.И., 1982, 1985; Розенфельд Л.Г., 1983, 1986; Зареховский П.О., Прядухин Ю.И., 1984; Гриненко А.Я. и др., 1985; Мельников В.Ф. и др., 1985; и др.). Рассмотрим деятельность первого звена — *фельдшерско-акушерских пунктов* (ФАП). Управление наркологической работой ФАП и контроль за ней был отнесен к функциям районного нарколога. Фельдшеры как ответственные за наркологическую помощь, другие работники ФАП должны были иметь постоянную и оперативную связь с районным наркологом. Она требовалась для извещения о лицах группы риска, сроке явки больного, состоящего на учете, сообщений о проводимой поддерживающей терапии, об уклоняющихся от лечения больных.

Фельдшер не только проводил поддерживающее лечение больных алкоголизмом, но и осуществлял контроль за поведением их в быту, на производстве. Он занимался также активным выявлением больных алкоголизмом, направлял их на консультацию и лечение к районному наркологу, постоянно информировал районного нарколога о больных, состоящих на учете в ФАП. Нарколог на основании этой информации приглашал больных на прием, определял на стационарное лечение в наркологическое отделение, ходатайствовал перед народным судом о принудительном лечении.

Одной из форм оказания наркологической помощи сельскому населению являлась организация *межсовхозных фельдшерских наркологических пунктов* (Гриненко А.Я. и др., 1985). На фельдшерском наркопункте в полном объеме проводилось амбулаторное лечение. Работой пункта в целом руководил районный нарколог, который выезжал в совхозы и осматривал первичных больных, читал лекции на противоалкогольную тему. Основная масса больных по назначению врача-нарколога получала лечение на ФАП, что позволяло не отрывать работников сельского хозяйства от производства, контролировать их явки на прием и поведение в быту.

В общем комплексе противоалкогольной работы особое внимание рекомендовалось уделять населению, проживающему в мелких населенных пунктах, работающему в отдаленных совхозах, на фермах и в строительных бригадах.

Второе звено наркологической службы на селе — *наркологический кабинет при ЦРБ* — возглавлял районный нарколог, ответственный за оказание всех видов специализированной медицинской помощи больным алкоголизмом и токсикоманиями.

Медико-социальный контроль за больными в районе осуществлялся по следующей схеме.

1. Контроль наркологического кабинета. *Прямой*: явка больного в наркологический кабинет; посещение больного (врачом, медицинской сестрой, членами наркологического поста); связь больного с наркологическим кабинетом (письма, самоотчеты, телефонная связь). *Косвенный*: встречи врача с родственниками.

2. Контроль семьи за больным, кругом его знакомых, организацией культурного отдыха.

3. Контроль администрации и общественных организаций (парткомов и профкомов, комиссии по борьбе с пьянством, общественных наркологических постов) по месту работы и жительства (Кигель Д.Г., Сентябов А.П., 1981).

При выявлении больных алкоголизмом врач-нарколог опирался на общемедицинскую сеть района, представленную обычно ЦРБ, участковыми больницами и ФАП. У нарколога либо психиатра-нарколога рекомендовалось проводить консультацию больных с частыми обострениями хронических заболеваний (желудка, печени, легких и др.), подозреваемых в злоупотреблении алкоголем. Однако дело осложнялась негативным отношением к подобным консультациям в связи со «стигматизацией» и сложностью реального соблюдения врачебной тайны в условиях села.

Нарколог ЦРБ осуществлял консультативно-методическую помощь и обеспечивал связь наркологической службы с соматическими стационарами. Особую роль при этом играли нейрохирургические, травматологические, общехирургические отделения и пункты скорой помощи, в которых лица, злоупотребляющие спиртными напитками и больные хроническим алкоголизмом, составляют обычно до 30% (Лексин Е.Н. и др., 1982). Нарколог в этих учреждениях должен был не только проводить консультативную и методическую работу, но и участвовать в лечении больных, проводить комплекс мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом.

Оказание помощи больным алкогольными психозами в сельской местности имеет свои особенности. А.Г.Гофман, Т.И.Нижниченко (1984) выделяли следующую специфику этой работы. Во-первых, расстояние до ближайшей больницы может быть достаточно большим, поэтому госпитализация осуществляется не так быстро, как в городе. Во-вторых, купирование алкогольного психоза производится не в психиатрической больнице и не в психосоматическом отделении, где врачи-психиатры и специально подготовленный персонал имеют большой опыт в лечении больных алкогольными психозами. В-третьих, в ЦРБ не всегда обеспечены условия для проведения интенсивной терапии в объеме, приближающемся к тому, который имеется в реанимационных отделениях.

Этим может объясняться то, что в некоторых регионах все больные алкогольными психозами как можно быстрее переводятся из любых соматических больниц в психиатрическую больницу или сразу же доставляются туда, минуя ЦРБ. Однако даже в этом случае часть больных алкогольными психозами лечится в районных больницах, расположенных в сельской местности. Нередко это больные с наиболее тяжело протекающими психозами или с психозами, начавшимися в ЦРБ через 1–3 суток после госпитализации, вызванной острым соматическим заболеванием, отравлением или травмой. Некоторые из больных с тяжело протекающим делирием доставляются в ЦРБ в связи с подозрением на пищевую интоксикацию, холецистит, панкреатит, эпилепсию, гипертонический криз. На самом деле речь идет о дебюте алкогольного делирия, начинающегося с соматических нарушений (рвоты, боли под

ложечкой, резкое повышение артериального давления, один или несколько развернутых судорожных припадков). Поскольку делирий в этих случаях протекает, как правило, тяжело, лечение вынуждены осуществлять в ЦРБ, тем более что часто возникает выраженная гипертермия.

По мнению А.Г.Гофмана, Т.И.Нижниченко (1984), лучшим вариантом лечения больных острыми алкогольными психозами, начавшимися у жителей сельской местности, является госпитализация в ЦРБ и купирование там психоза. Этим обеспечивается одно из важнейших условий успешной терапии — быстрое начало лечения. Там, где принята такая форма организации лечения больных алкогольными психозами, врачи общесоматической сети быстро овладевают необходимыми методиками и навыками. В некоторых ЦРБ специально выделяется несколько коек для купирования острых алкогольных психозов и тяжелых похмельных состояний. В этом случае лечение осуществляется одними и теми же врачами и поэтому наиболее квалифицированно. Обычно алкогольные психозы купируются в терапевтическом отделении, что обеспечивает квалифицированную оценку общесоматического состояния больного. Лишь больные, госпитализированные в связи с травмами, остаются в хирургическом отделении на все то время, пока длится психоз.

Госпитализация больных алкогольными психозами в ЦРБ позволяет в случае необходимости привлечь психиатра или нарколога для оценки психического состояния больного. Практика работы ряда ЦРБ показывает, что больные алкогольным делирием успешно лечатся в условиях районной больницы. При затяжном течении делирия, галлюциноза или параноида больные переводятся в психиатрическую больницу.

Однако необходимость в этом отпадает в случае организации *наркологических отделений при ЦРБ*. Такие отделения (третье звено), были одной из новых организационных форм обслуживания сельского населения. Основными их задачами были: приближение стационарной наркологической помощи к сельскому населению; полноценное использование всего лечебно-диагностического комплекса; широкое проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, включая организацию трудовых процессов на промышленных предприятиях, плановое участие в сельскохозяйственных работах, внедрение элементов самоуправления и взаимной коллективной ответственности; создание оптимальных условий преемственности в системе «наркологический стационар — наркологический кабинет при ЦРБ — ФАП»; создание условий для планового стационарного лечения сельских жителей с учетом сезонности сельскохозяйственных работ.

Организационной формой наркологической помощи сельскому населению были *районные наркологические объединения* (Прядухин Ю.И., 1983, 1985). Они являлись основной структурной единицей по оказанию наркологической помощи населению района, осуществлению всего комплекса реабилитационных мероприятий по отношению к лицам, злоупотребляющим спиртными напитками, а также к больным алкоголизмом и наркоманиями. В состав объединения входили районный наркологический кабинет и наркологический стационар, которые были структурными подразделениями областного наркологического диспансера (или ЦРБ). Возглавлял работу объединения заведующий, назначаемый главным врачом наркологического диспансера.

Задачи районного наркологического объединения: 1) проведение психогигиенической и профилактической работы на предприятиях, в учреждениях, учебных заведениях и по месту жительства в районе; 2) выявление и учет больных алкоголизмом, осуществление динамического наблюдения за ними; 3) оказание диагностической,

экспертной, консультативной и лечебной (стационарной и амбулаторной) помощи больным алкоголизмом; 4) оперативное решение реабилитационных вопросов (купирование запоев, помещение в стационар, оформление на принудительное лечение и др.); 5) анализ противоалкогольной работы в районе. Объединение совместно с департаментом образования занималось также вопросами первичной профилактики.

Помещение для районного объединения предоставлялось предприятием, при котором был организован наркологический стационар. Фельдшерские наркологические пункты, входящие в состав районной службы, открывались на других предприятиях района. Кабинеты врачебного приема, психотерапии, процедурный и активных методов лечения были общими для амбулаторного и стационарного контингентов больных. Консультативно-профилактический кабинет находился в административном подчинении медицинского вытрезвителя, по организационно-методическим вопросам подчинялся заведующему объединением.

Четвертым звеном наркологической помощи сельскому населению были *межрайонные наркологические диспансеры*. Они организовывались в городах областного подчинения и райцентрах с населением не менее 30—40 тыс. человек, имеющих хорошо оборудованные и укомплектованные центральные районные (или городские) больницы. Межрайонный наркологический диспансер являлся самостоятельным медицинским учреждением. В зону его обслуживания, помимо города и района, в котором он расположен, входило население еще 4—5 близлежащих районов. В штат диспансера входили главный врач, врач психиатр-нарколог для организации на предприятиях антиалкогольной пропаганды и оказания профилактической медицинской помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем и страдающим алкоголизмом, врач психиатр-нарколог для оказания медицинской помощи (анонимно) лицам, злоупотребляющим алкоголем и страдающим алкоголизмом или зависимостью от ПАВ, участковые психиатры-наркологи (не менее двух), фельдшера-наркологи. Участковые (районные) психиатры-наркологи районов, входящих в зону обслуживания диспансера, но расположенных далеко от межрайонного диспансера, оставались в штате центральной районной или городской больницы своего района, подчиняясь главному врачу ЦРБ.

Помимо амбулаторного звена, в межрайонных наркологических диспансерах создавались стационарные и полустационарные отделения (дневные стационары) на предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства. В зависимости от реальных возможностей это были либо небольшие стационары (в том числе и женские) на 30 коек (0,5 ставки врача-нарколога, совмещаемые, как правило, одним из врачей диспансера), либо полноценные стационарные отделения на 60 коек (2 ставки врача-нарколога). Стационарные отделения совмещались с дневными стационарами (на 50 мест — 1 врач-нарколог, 1 медсестра, 2 младших медработника) либо создавались самостоятельные дневные наркологические стационары на предприятиях промышленности, строительства (в городах, райцентрах). Срок лечения в них 1—2 мес., больные получали по месту работы 100% зарплаты.

Межрайонный наркологический диспансер осуществлял совместно с отделом образования весь комплекс лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий в зоне обслуживания, опирался в районе на врачей и средних медработников учреждений общемедицинской сети — от ФАП до центральной районной больницы, а также на педагогов, работников культуры, так как зачастую распространение наркотиков и злоупотребление алкоголем происходит во время организаций концертов, дискотек и т.д.

Для оказания практической помощи сельскому населению в крупных совхозах иногда организовывались *выездные наркологические отделения* (Корчагина Г.А., Гусев А.С., 1984). Эта мера позволяла не отвлекать от производственного процесса квалифицированных рабочих производственного объединения, давала базовому предприятию существенный экономический эффект, не отвлекая квалифицированных рабочих от сельхозработ. В то же время сотрудники отделения оказывали методическую и консультативную помощь на селе фельдшеру ФАП, комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом совхоза, организовывали противоалкогольную пропаганду среди тружеников сельского хозяйства и подростков.

*Передвижные наркологические кабинеты (ПНК)* впервые были организованы Ярославским областным наркологическим диспансером (Мельников В.Ф., Сырейщиков В.В., 1985). Основная задача этого формирования – оказание организационно-методической, консультативной, лечебной и профилактической помощи наркологическим кабинетам ЦРБ в отдаленных районах области. ПНК работали при организационно-методическом отделе областного наркологического диспансера, что позволяло оперативно планировать его работу. На время выезда ПНК укомплектовывался психиатром-наркологом и фельдшером-наркологом. Вместе с районным наркологом бригада ПНК осуществляла профилактические осмотры для активного выявления больных хроническим алкоголизмом и формировала группы риска на «неблагополучных» предприятиях и в организациях района. Проведение этой работы стало одним из путей участия наркологической службы в мероприятиях по всеобщей диспансеризации населения на селе.

*Передвижные наркологические пункты (ПНП)* занимались профилактикой пьянства на автотранспорте в удаленных сельскохозяйственных районах (Мельников В.Ф., Сырейщиков В.В., 1985). Основной их задачей было выявление лиц, управляющих транспортом в состоянии алкогольного опьянения, в болезненном или утомленном состоянии, а также проведение контрольных проверок качества предрейсовых осмотров в автотранспортных хозяйствах области.

Передвижной наркологический пункт работал по специальному графику совместно с передвижным пунктом ГАИ, проводил специальные выезды в районы области. За рейд в среднем выявлялось от 25 до 30 водителей, управляющих транспортом в нетрезвом состоянии, к которым работники ГАИ сразу применяли строгие меры воздействия (лишение водительских прав, штраф и др.). Опыт работы показал, что одного такого рейда достаточно, чтобы на автодорогах в районе проверки в течение 1,5–2 мес. сохранялась спокойная обстановка, а количество происшествий по вине водителей, управляющих транспортом в нетрезвом виде, сократилось в 4–5 раз.

Успешно участвовал ПНП и в контроле качества предрейсовых осмотров в автохозяйствах области. Такие рейды позволяли оперативно устранять выявленные недостатки, привлекать к ответственности руководителей автохозяйств, выпускающих на линию водителей с остаточными явлениями предшествовавшего опьянения.

Внедрение всех этих форм наркологического обслуживания сельского населения, несомненно, было целесообразным, отвечало задачам наркологии и позволяло вынести квалифицированную наркологическую службу за пределы наркологического диспансера.

Во многом не реализованными задачами наркологической службы на селе остались укрепление ее материальной базы, использование и адаптация к особенностям сельскохозяйственных районов новых организационных форм (*хозрасчетные нарколо-*

логические кабинеты, дневные стационары и др.). В деревнях, небольших городах и сельских местностях, где рабочие места имеют небольшие размеры, могут быть предусмотрены другие подходы. Например, может быть назначен «консультант», который знаком с проблемами злоупотребления вредными веществами и поэтому вправе предоставлять консультации всем нуждающимся. Такая должность была введена, например, в небольших городах и деревнях Коста-Рики и Тринидада и Тобаго. Могут быть также предусмотрены мобильные передвижные подразделения, функции которых состоят в распространении актуальной информации и оказании помощи в проведении профилактических программ.

Другой возможный подход, применяющийся, например, во Франции, заключается в назначении *агентов профилактической службы* (Legros M., Riviere C., 1988). Эти агенты получают соответствующую подготовку, вследствие чего:

- обладают знаниями общего характера о проблемах алкоголизма и наркомании;
- осведомлены в вопросах психологии и психосоциологии;
- могут контактировать с людьми, имеющими проблемы, связанные со злоупотреблением вредными веществами;
- способны выбрать наиболее действенный метод эффективного осуществления стратегии профилактики.

Этот последний аспект подготовки агентов профилактической службы должен обеспечить динамический подход к различным видам деятельности, связанным с проблемами алкоголизма и наркомании. Методология осуществления эффективного стратегического подхода должна включать чтение лекций специалистами, групповые дискуссии и использование аудиовизуальных средств. Кроме того, агентами профилактических служб, имеющими достаточные полномочия и определенный статус в проведении программ, обеспечивается постоянная оценка ситуаций. Эта система может быть также введена на коммунальном уровне для малых предприятий и сельских работников.

Программы укрепления здоровья, направленные на решение проблем алкоголизма и наркомании в сельской местности, следует включать в системы первичной медико-санитарной помощи. Укрепление здоровья населения должно быть одной из приоритетных функций персонала, ответственного за первичное медицинское обслуживание и социальное развитие.

## **ЭТНОНАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНТОЛОГИЯ**

Этнонаркология — одно из новых научных направлений, развивающееся на стыке естественных и гуманитарных дисциплин. Определение предмета и задач этнонаркологии тесно связано с пониманием народной медицины как предмета этнографических исследований вообще.

В настоящее время можно выделить пять основных направлений этнонаркологических исследований:

1. Транскультуральная наркология, изучающая формы и способы наркотизации и алкоголизации в связи с социальными и этнокультуральными формами.
2. Кросскультуральная наркология, изучающая сравнимые аспекты наркотизма и алкоголизма в различных культурах.
3. Культурально обусловленные расстройства, встречающиеся в рамках определенной этнической группы.

4. «Народная психиатрия» и народные методы лечения наркотическими и алкогольсодержащими средствами психических и нервных заболеваний как раздел описательной этнографии и истории медицины.

5. Социально-наркологические аспекты культуры (изучение роли отдельных форм психопатологии и наркотизма в традиционной культуре, религиозных обрядах, магии, шаманстве, оккультизме; установление форм взаимосвязи медико-биологического и этносоциального аспектов в духовной культуре народов, сфере психологии творчества и т.д.).

Выделение названных направлений условно, оно лишь помогает нам уяснить предмет этнонаркологии. Так, в работах Б.Г.Бартон-Бредли (1983), Н.М.Жарикова и Е.Д.Соколовой (1982) встречается объединение понятий транс- и кросскультуральной психиатрии; в ряде случаев транскультуральная психиатрия рассматривается как синоним этнопсихиатрии и т.д. На наш взгляд, единственно принципиальными в разработке этнопсихиатрии (и ее раздела этнонаркологии) как научной дисциплины являются два момента: а) понимание природы этнонаркологических феноменов как явлений древней культуры, религии и народной медицины; б) осознание единства хозяйственно-культурального типа и образа жизни, морфофункциональной почвы и социально-психологической характеристики этнической группы, отражающихся в традиционных способах наркотизации и алкоголизации.

Комплексный подход к изучению народной медицины позволяет определить этнонаркологию как зону сотрудничества этнографии, фольклористики, религиоведения, социологии, психологии, с одной стороны, и социальной, клинической и токсикологической наркологии — с другой.

Поскольку социальное поведение представляет собой сложное взаимодействие генотипа и окружающей среды в процессе онтогенетической и культуральной эволюции, очевиден мультидисциплинарный подход к изучению проблем личности (Миневич В.Б., Галактионов О.К., 1995).

Соответственно, этнонаркологию можно рассматривать как раздел этнопсихиатрии, изучающий традиционные алкогольные и наркотические средства, рецепты их приготовления и формы употребления в обрядах и обычаях у разных народов, а также медико-социальные осложнения и последствия употребления ПАВ в соответствии с этногеографическими особенностями адаптации. Рассмотрение народной медицины в качестве составной части всей системы традиционно-бытовой культуры этноса (Бромлей Ю.В., Воронов А.А., 1976) представляет собой ключ к осмыслению феноменов этнопсихиатрии и этнонаркологии.

В.Я.Семке (2003) подчеркивает, что этнопсихиатрия предусматривает широкое видение проблем, включая системные теоретические и полевые исследования в аспектах соотношения природного и культурального (ген и культура), нормы и патологии с учетом психофизиологической адаптации разных географических и исторических этносов. Наиболее наглядный для наркологов пример — потребление каннабинолов и листьев коки в некоторых традиционных обществах, где этот тип наркомании с позиций национальной психиатрии считается нормативным обычаем.

### **Историко-культуральные аспекты этнонаркологии**

Исторические источники, материалы археологии и этнографии (Бородатова Л.А., 1981; Сое М.Д., 1978; и др.) свидетельствуют, что наркотические средства и алкогольные напитки широко использовались всеми народами с древнейших времен и игра-

ли исключительно важную роль в мифологии и обрядности, в семиотической системе соответствующих традиций некоторых культур.

Т.И.Ульянкина в историческом обзоре (1995) приводит описанные Геродотом (V в. до н.э.) ритуальные обычаи племени массагетов (северное побережье Каспийского моря). Люди этого племени доводили себя до состояния опьянения, вдыхая дым сжигаемых на костре плодов растений.

Медицинские аспекты применения ПАВ имеют очень древнюю историю и тесно переплетены с этнографическими исследованиями. Известно о сборе и медицинском использовании опиума (сока маковых головок) в Египте с VII в. до н.э. В трудах Гиппократов, датированных 440–377 гг. до н.э., сообщается о лекарственных свойствах (с наркотическим действием) «меконины», у Теофраста (около 350 г. до н.э.) – о млечном маковом соке. Абу Али ибн Сина (980–1037) рекомендовал опиум при диарее и болезнях глаз.

Кроме обезболивающего, известны и другие эффекты опиума. Так, Альбрехт Галлер (1708–1777) – философ, врач и поэт – отмечал антидепрессивное действие опиума. Парадоксальный антидепрессивный эффект опиумного препарата описал Ганди (1791).

Говоря о медицинских аспектах наркотизации, отметим, что эффект обезболивания после принятия наркотика был открыт, вероятно, в глубокой древности. По мнению А.А.Бородатовой (1984), это произошло еще в эпоху мезолита, которым в Европе датируются первые погребения людей с трепанированными черепами. В пользу этого свидетельствуют и находки так называемых наркотических клизм в захоронениях людей с трепанированными черепами в Перу (Nordenskiöld E., 1980).

Одними из наиболее ранних являются находки, раскрывающие особенности наркотизации и алкоголизации у древних племен майя и ацтеков (Ravicz R., 1901; Wasson R.O., 1966; и др.). В этнографической литературе можно найти красочные описания ритуалов, в которых использовались наркотики и спиртные напитки (Caso A., 1963; Duran D., 1964; и др.). Так, наиболее сильным из употребляемых наркотиков у ацтеков был «божественный гриб» – теонанакатль (буквально: «мясо богов»), используемый в определенных обрядах всеми слоями ацтекского общества. Например, во время церемонии коронации правителей все приглашенные на праздник ночью при свете факелов наедались сырых священных грибов с медом и становились «возбужденными и полными удовольствия», «пели и танцевали, потеряв разум». В видениях им раскрывалось будущее, являлись божественные откровения, «дьявол говорил с ними в их безумии». Ацтекская знать собиралась, кроме того, и на ежегодную «грибную церемонию», так называемый *праздник откровений* (Tezozomoc H.A., 1965).

Среди ученых-этнографов (Топоров В.Н., 1979) распространено мнение, что использование сильных наркотиков-галлюциногенов, в отличие от общедоступных алкогольных напитков, всегда было связано с рядом существенных ограничений для не посвященных в жреческие таинства членов общества. Однако регламентация приема как наркотиков, так и алкогольных средств у ацтеков была связана не только и не столько с культовыми запретами, сколько с необходимостью соблюдения социальной дисциплины. Прием любых психотропных средств – наркотиков и алкоголя – всегда был ритуализирован в жесткой системе обычаев и традиций. В то же время обязательное массовое алкогольное опьянение во время ежемесячных праздников и состояние массовой наркотизации во время «грибных церемоний» у ацтеков «обосновывалось необходимостью релаксации» (Бородатова Л.Л., 1984). Наркотизация

майя и ацтеков настойками из грибов осуществлялась в основном способом ректального введения их клизмами. У майя полуострова Юкатан употребление населением алкогольного напитка балче в XVI в. специально предписывалось жрецами, и в праздники индейцы напивались до бесчувствия (Ланда Д., 1955). Это вино майя делали из настоя коры определенных деревьев и ферментированного меда. Алкоголизация обосновывалась якобы сильными лекарственными свойствами балче (Кнозоров Ю.В., 1963; Кинжалов Р.В., 1971). Иными словами, прием любых психотропных средств, помимо тех ситуаций, когда он был обязателен, не возбранялся до тех пор, пока не начинал угрожать нормальному функционированию общества, нуждавшегося в четком проведении земледельческого цикла, соблюдении военной дисциплины и т.д. Ограничение поводов и времени приема ПАВ для служителей культа, шаманов и прорицателей, постоянно прибегавших к наркотикам, было продиктовано характером обрядов, тогда как для остальных членов общества — необходимостью поддержания общественного порядка.

И в наши дни в отдаленных горных селениях Мексики и Гватемалы индейские шаманы, лекари и колдуны считают наркотики и алкоголь необходимыми средствами для связи с миром сверхъестественных сил и употребляют их в различных ритуалах. Популярность растительных наркотических средств (маленький неколючий кактус «пейотль», семена некоторых видов вьюнов, грибы из семейства *Psilocybe*, *Strophana*, *Copocybe*, *Panaculus*, содержащие активные алкалоиды мескалин, эргин, псилоцибин и др.) такова, что, несмотря на запрет церкви, их продолжают и до настоящего времени использовать в древних обрядах, восходящих к доиспанской эпохе. Грибы-галлюциногены продаются на всех базарах, а нередко и на лотках под сенью католических храмов (Guerra F., 1971; Furst P., 1972; и др.).

Среди малых народностей Крайнего Севера традиционные способы наркотизации также были связаны с приемом настоек из грибов *peg os*.

Увеличивающаяся распространенность наркомании в современном мире проявляется и в расширении географии злоупотребления грибами-галлюциногенами. Так, С.Нуде и соавт. (1978) описали три клинических случая злоупотребления произрастающими в Великобритании грибами *Psilocybe sernilanceota*. В первом случае неоднократное употребление 20-летним молодым человеком этих грибов для достижения эйфории вызвало у него пятидневный шизофреноподобный психоз с выраженными кататоническими нарушениями на фоне симптоматических проявлений. При этом в анамнезе кроме тяги к наркотикам не наблюдалось никаких психических нарушений. Во втором случае у мужчины 27 лет, никогда ранее не прибегавшего к наркотикам, после разового употребления этих грибов возник непродолжительный острый делириозный эпизод. В третьем случае у студента, после того как он съел около 25 грибов, развилось состояние, напомилавшее таковое при приеме LSD, которое продолжалось несколько часов.

Необходимо отметить, что случаи распространенного среди индейцев Центральной Америки и малых народностей Крайнего Севера злоупотребления грибами, содержащими психомиметики, встречаются в странах Европы все чаще. Приведенные исследования иллюстрируют тесную связь и преемственность исторических традиций и современных проблем в этнонаркологии, отражая необходимость комплексного междисциплинарного подхода к изучению транскультуральных форм наркотизации.

Одним из первых опытов «синтеза» психиатрических и этнографических исследований были работы З.Фрейда в начале нашего века. Представляя собой не всегда

успешную, но показательную попытку междисциплинарных исследований, они, как и работы Л. Леви-Брюля о первобытном мышлении, дали толчок для последующих изысканий.

В России публикации по этнопсихиатрической и этнонаркологической тематике появились также в конце XIX – начале XX в. Будучи построены на материалах этнографии якутов (Виташевский Н.А., 1890) и ряда других тюркоязычных народов Сибири, они в первую очередь касались изучения шаманства и шаманской болезни, так как атрибутом шаманства являются различные способы наркотизации для «связи с духами». В 1920–1930-х годах этнопсихиатрическая тематика разрабатывалась в работах А.В.Анохина (1929), Н.П.Дыренковой (1930), Г.Ф.Ксенофонтова (1923, 1929, 1931), С.И.Мицкевича (1929) и некоторых других. Следует отметить также послевоенные исследования А.А.Попова (1947) о получении «шаманского дара» у вилюйских якутов, клинически проявляющегося картиной острого психоза.

Одной из первых крупных обобщающих монографий по этнопсихиатрическим вопросам является книга С.Н.Давиденкова «Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии», увидевшая свет еще в 1947 г. Она и в настоящее время остается значительным опытом осмысления связи некоторых форм психической патологии со спецификой мировосприятия различных этносов на разных стадиях развития общества. Ряд новых важных положений, касающихся развития основных направлений этнопсихиатрических исследований, был сформулирован в монографии американского психолога Дж.Джейнза «Происхождение сознания благодаря ломке двухчастного ума» (1976), чьи выводы активно использовали в наше время не только психиатры (Жариков Н.М., Соколова Е.Д., 1982; Соколова Е.Д., Аршавский В.В., 1982), но и ученые гуманитарного профиля (Иванов В.В., 1980).

К сожалению, плохое знание русскоязычной научной литературы привело некоторых зарубежных авторов к ошибочному выводу об отсутствии этнопсихиатрических и этнонаркологических исследований в России и в СССР (Transcultural psychiatry, Boston, 1965). Между тем, они велись практически на протяжении всего периода существования этнопсихиатрии, начиная с первых десятилетий истории междисциплинарных исследований.

Алкоголизм и наркомания рассматриваются в некоторых традиционных культурах как следствие внедрения духов. Так, например, известны шаманские ритуалы у хмонгов (наблюдения проводились в лагере беженцев в Таиланде), в процессе которых происходит изгнание «богини опия» у опийных наркоманов (Jilek W., Jilek-Aall L., 1978). В некоторых районах Юго-Восточной Азии (Полинезии) такого рода верования и методы коррекции находят отражение в структуре центров по лечению алкоголизма и наркомании, где одновременно функционируют отделения западной и традиционной медицины.

Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриевой, Х.М.Мухомедзяновым (2000) проводилось исследование алкогольного поведения у сибирских татар. У части этого этноса широко распространены анималистическое мировоззрение и ориентированность на шаманское понимание природы болезни с убеждением в том, что болезни вызывают злые духи, вселившиеся в человека. Возникающие в этот период приступы отрешенности характеризуются внутренними диалогами, в момент которых пациенты в задумчивой позе общаются с кем-то, реально отсутствующим. Эти внутренние диалоги прослеживались по мимическим компонентам, которые проявлялись движением губ, произношением вслух непонятных междометий и слов, выражением глаз, озна-

чающим презрительное высокомерие. Согласно мифологии сибирских татар, в некоторых злостных пьяниц вселяется лукавый бес (шайтан), который любит выпить водки (араки), особенно если угощают соплеменники того, в которого вселился этот бес. Само по себе угощение, которое уготовано злостному духу, выступает как жертвоприношение миру духов. Предполагается, что в том случае, когда носителю духа отказано в просьбе, возможны несчастья не только в виде насылаемых болезней, но и такие, как падеж скота, засухи, плохие урожаи, неудачные охоты.

Наблюдались случаи, когда лица с алкогольной зависимостью, несмотря на имеющееся у них в наличии спиртное, ходили по деревням и просили выпивку, чтобы успокоить внутреннюю жажду общения (по мифологии сибирских татар, шайтан любит поговорить с людьми и делает это через выпивку). Если их угощали алкоголем, то они могли предъявлять требования, не укладывающиеся в принятые культурные нормы, например, проявлять сексуальный интерес к жене угостившего их хозяина.

Приведенное ниже исследование выявляет значение социокультуральных факторов в возникновении и проявлении алкогольного поведения и подчеркивает необходимость выхода за рамки принятой биомедицинской трактовки динамики алкогольной аддикции у различных этносов.

Ц.П.Короленко с соавт. (2000) обследовано восемь респондентов с феноменом «овладения» злым духом. В их число вошли мужчины от 21 до 66 лет татарской национальности (барабинский этнос), злоупотребляющие алкоголем. Изученные состояния отличались своеобразием алкогольного поведения. Так, даже небольшие дозы алкоголя вызывали у обследованных приступы психомоторного возбуждения, которые сопровождались агрессивными действиями. Наблюдались истерические формы поведения с плачем, вычурными позами, с последующей амнезией. Для культуры барабинского этноса характерно обостренное чувство вины и страх в случаях нарушения принятых норм и запретов, что приводит к дезорганизованному и антисоциальному поведению. Окружающие неоднозначно (амбивалентно) оценивают происходящее. Их непосредственная оценка связана со знанием внутреннего содержания переживаний выпивших. С другой стороны, алкогольное поведение не только не осуждается, но в большей степени вызывает страх и растерянность перед человеком, в которого вселился злой дух. Связь с миром духов может привести к изоляции такого человека от социокультуральной среды, так как у окружающих возникает скрытое отчуждение при внешнем соблюдении приличий (дружеская улыбка, подобострастие), они испытывают страх и желание как можно быстрее прекратить опасное общение. С этой целью окружающие стараются немедленно удовлетворить желание больного выпить. Таким образом, социальная среда может не только сдерживать употребление алкоголя, но и стимулировать выпивку в связи со стремлением избавиться от неприятного общения со злым духом посредством предложения ему алкоголя. Вместе с тем выпивающий не отвергается сообществом, как в других культурах, а является посредником с миром духов, и эта его особенность имеет специальное значение, символизируя соучастие в двух формах реальности.

Значительный объем знаний по этнонаркологии накоплен при изучении алкоголизации и алкогользависимого поведения жителей русского, европейского и дальневосточного Севера. Так, исследуя роль культуральных факторов в алкоголизации поморов в XIX – начале XX в., Р.В.Боднарук и Р.А.Давыдов (1996) отмечают, что русский этнос, в отличие от кочевых народов, вел в целом оседлый образ жизни. Его традиционное мировосприятие, основанное на принципах этноцентризма и статич-

ного существования, утверждало прежде всего ценности микрокосма, т.е. освоенного культурного пространства. В универсальной оппозиции «внутренний/внешний» ключевой категорией являлся дом. «Космически» организованному миру живых противопоставлялся мир небытия, хаоса.

В христианской традиции одной из главных характеристик хаоса является связь его с водной стихией. Морские воды представляют собой воплощение Хаоса, остаток бездны на земле. Море — это сакральное пространство, где происходит испытание, поединок. Мореход всегда отправляется в смертельно опасный путь (Теребихин Н.И., 1993). Географическое положение Поморья в таком случае следует считать маргинальным, находящимся на границе русского православного мира и мира потустороннего.

Н.М.Теребихин (1993) обратил внимание на то, что в этническом сознании европейских народов локализация «царства мертвых» издавна связывалась с Севером, с областью полярной ночи и безжизненного холода. В Поморье считалось, что «от Колы до ада всего три версты». Мурманский берег в представлении образованных современников был краем «нищеты, скорби, мороза и бездорожья», а в народе о нем говорили: «С одной стороны море, с другой — горе, с третьей — мох, а с четвертой — ох». Жители края пользовались у соседей дурной репутацией: «В Коле мужика убить, что крынку молока испить». Женщины же отличались исключительной «свободой нравов».

Отъезд за море в народном сознании зачастую ассоциировался с гибелью путешественника. В петровскую эпоху жены молодых людей, отправленных за море, заходя облачались в траур. Что же касается Русского Севера, то эти представления подкреплялись ежегодными известиями о погибших в кораблекрушениях и умерших от болезней промышленниках. Так что выход за границы освоенной, сакральной территории считался ритуально опасным и требовал «особого поведения». Отправляясь в путь, человек терял всякий статус и принадлежал уже не к обществу людей, а к «иному миру», в котором не действовали традиционные культурные нормы. Поведение странника в «антимире» строилось в соответствии с символикой «оборотности» и являлось, по терминологии Б.А.Успенского, «антиповедением». Именно в контексте «антиповедения» можно рассматривать традицию потребления алкоголя поморами на мурманских промыслах. Более того, тщательный анализ исторических источников позволяет нам сделать вывод о том, что асоциальное поведение поморов главным образом проявлялось в форме злоупотребления алкоголем (пьянства) и его последствий.

Традиционная система будней и праздников, формирующая поморский народный календарь, была одним из факторов, определяющих социально значимые формы поведения и всю жизнедеятельность поморов-промышленников в течение года. Помимо употребления спиртного в календарные праздники, у поморов сложилась особая система алкогольных обычаев, т.е. определенных устойчивых, общепринятых и практически значимых форм употребления алкоголя, входящих в систему некодифицированных норм социального поведения, связанных со спецификой их хозяйственно-промысловой деятельности (строительством судов, подготовкой снастей, морскими промыслами).

При постройке судна будущий владелец его должен был, помимо заранее оговоренной оплаты, «поставить угощение» работникам: «обкладно» — при закладке судна; «коргово» — при установке носа; «тулочно» — при обшивке; «мачтово» — при укреплении мачты, и «спусково» или «спускно» — при спуске на воду. На каждом этапе строительства судна щедрый и состоятельный хозяин «водочки не жалует и подносит до трех ведер на 20–25 человек».

Прежде чем отбыть на промыслы, артельщикам следовало «заручиться хозяином». При наряде покрута, т.е. заключении договора хозяина судна с будущими артельщиками, последним безвозмездно выдавался так называемый заручный или залвной полтинник. Факт его получения символизировал собой нерушимость договора. Функциональное назначение «полтинника» естественным образом определялось его названием. Форсированная алкоголизация в периоды встреч—расставаний («отвално—привально», «со свиданием», «за успех промыслов») была характерной чертой быта жителей Поморья.

Уход на время промыслов из-под контроля семьи и социально значимой микро-среды, провоцируя различные девиации в поведении поморов, приобретал особо патогенное значение в алкоголизации этой группы населения. Согласно обычаю, присутствие на праздниках трезвого человека было нежелательным. Если же степень опьянения у кого-либо была недостаточной по сравнению с другими участниками праздника, то алкогольное опьянение зачастую индуцировалось или сознательно имитировалось: «С пьянством сжились, оно проникло во все мельчайшие уголки их жизни, оно привело их (поморов — *примеч. авт.*) к такой логике: выпил мало, так шатайся, падай, чтобы люди подумали, что ты выпил по-настоящему».

Одной из давно обозначенных, но и доныне актуальных проблем этнонаркологии является «алкогольное порабощение» (или в лучшем случае — давление) современной западной цивилизацией коренного населения Африки, Америки, территорий Крайнего Севера и других частей света, где знакомство малых народностей со спиртными напитками было спровоцировано чужеземной цивилизацией.

Алкоголизация очень быстро из средства установления межличностных отношений и торговли трансформировалась в орудие колониального гнета. Блестящая характеристика колонизаторской политики имеется в работе англичанина Керра: «Мы, англичане, — писал он, — лучшие на свете колонизаторы, но к стыду своему должны сознаться, что наш триумфальный марш по земному шару оставлял по себе след позора и проклятия в виде алкогольного пьянства, разрушения и смерти. Деморализация и искоренение туземных рас, вызванные нами в них привычкой пьянствовать, является нам всегдшим укором как народу и бесчестьем как просвещенной нации» (цит. по: Гукасян А.Г., 1968).

М.Н.Сhafetz (1962) отмечает, что у племен, находящихся на низком уровне развития, отношение к алкоголю изменилось со временем. Так, североамериканские индейцы племени салиш ранее пили во время своего ритуального праздника. После же знакомства с «цивилизацией» они пьют «по всякому поводу и без повода». Пьянство сопровождается агрессивным поведением. Тот, кто способен достать спиртное, в особенности фабричного производства, пользуется особым уважением. Представители другого племени (мохава) пьют только на вечеринках и танцах, причем умеренно, алкоголизма не наблюдается, драк и скандалов не бывает, поскольку все это осуждается племенем, у которого высоко развит культ мужского достоинства и которое строго соблюдает племенные уклады. Анализируя широкое распространение алкоголя среди индейцев и метисов стран Южной Америки, автор приходит к выводу, что алкоголизм встречается у них все же редко, и объясняется это тем, что пьют здесь для «увеселения», а не для того, чтобы отвлечься от невзгод. Эту точку зрения поддерживает В.Стimmel (1984), показавший, что там, где применение алкоголя у расовых меньшинств связано с приемом пищи или ритуалами, но не является способом ухода от забот, где осуждаются поступки, совершенные в опьянении, распространенность алкоголизма невелика.

Только стирание внутренних нравственно-ценностных культуральных традиций приводит к асоциальному поведению и вырождению.

D.Norton (1943) приводит данные Йельского университета о жизни различных 118 сообществ в Азии, Африке и Америке: 13% из них имели контакты с цивилизацией, 20% не знали алкоголя в силу неумения готовить его или племенного и религиозного запретов. В остальных случаях алкоголь употреблялся периодически коллективно, в больших количествах до состояния тяжелого опьянения, которое сопровождалось агрессивным поведением и сексуальной расторможенностью. Хроническое коллективное пьянство и индивидуальный алкоголизм наблюдались преимущественно в тех сообществах, которые установили связи с «цивилизацией». В известной степени это подтверждается данными о распространенности алкогольных психозов среди больных госпиталя Indian Health Services hospital system (1982), которая в четыре раза выше, чем это характерно для населения США в целом (11,8 против 2,9 на 100 тыс. населения). Количество случаев алкогольного поражения печени среди индейского населения также больше в 3,4 раза (6,4 против 1,9 на 100 тыс. населения), а больных алкоголизмом в 2 раза больше (35,8 против 19,7 на 100 тыс. населения), чем среди населения США в целом.

J.W.Welte, G.M.Barnes (1987), изучая употребление алкоголя и наркотиков 27 335 учащимися 13–18 лет штата Нью-Йорк, выделили расово-этнические группы белых, представителей восточных народов, американских индейцев, негров, западных индейцев, испанцев. Оказалось, что тяжелое пьянство и употребление наркотиков наиболее распространены среди американских индейцев, хотя по частоте любого употребления алкоголя они занимают второе место после белых (73 и 76% обследованных подростков соответственно). Негры реже, чем белые и испанцы, употребляют алкоголь и наркотики. У восточных народностей при небольшой общей распространенности лиц, употребляющих алкоголь (45%), значительная доля «тяжелых пьяниц» приходилась на мужчин, в то время как женщины пили очень мало; разрыв в количестве потребляемого алкоголя между полами в этой группе был наибольший, а среди белых – наименьший.

Как справедливо отмечает Э.Е.Бехтель (1986), вторжение чужой цивилизации сопровождается обесцениванием моральных норм, обычаев, привычек. Обесцениваются и многие запреты (табу), которые, собственно, и являются частью культуры.

Интересные результаты дает исторический анализ в этнонаркологии при изучении, например, алкоголизации американских индейцев. Издавна во всех колониях индейцев в США существовал запрет на продажу алкоголя, так как была обнаружена их «физическая слабость» к алкоголю. В 1832 г. Конгресс США принял закон, по которому этот запрет распространялся на всех американских индейцев. Закон отменили в 1953 г., когда каждому племени было дано право самостоятельно регулировать торговлю спиртным в своей резервации. К концу 1974 г. 31,4% резерваций легализовали продажу алкоголя. Обследовав индейцев резервации Навайо, где действовал запрет на продажу алкоголя, Р.А.Мау, М.В.Смит (1988) обнаружили «проблемное пьянство» у 17% из них, постоянное употребление спиртного – у 52%. При этом каждый второй из обследованных имел членов семьи или друзей с алкогольными проблемами. Несмотря на очевидную неэффективность формальных запретов, 81% опрошенных индейцев высказался против легализации продажи алкоголя в резервациях.

Сведений о быстром и массовом возрастании уровня потребления коренным индейским населением спиртных напитков и проблем, связанных с пьянством, имеет-

ся много. В некоторых странах ситуация стала настолько тревожной, что потребовалась принятию контрмер. В большинстве случаев эти меры предпринимались представителями чужеземных культур (миссионерами, функционерами из административных властей), в некоторых дело брала в свои руки местная община. Обычно старались дифференцированно регулировать потребление алкоголя европейским и местным населением, так как последнее, как считается, не способно контролировать прием алкоголя и поведение в состоянии опьянения.

В настоящее время ситуация во многих развивающихся странах осложнилась быстрым развитием собственной алкогольной промышленности, использующей современные технологии и оборудование. Легкость изготовления спиртных напитков, прогрессивное развитие товарно-денежных отношений, распад патриархальной общины в значительной степени способствовали изменению интенсивности алкоголизации и типов пьянства.

В литературе достаточно детально описаны особенности алкогольных обычаев и клиники алкоголизма у таких этнических сообществ, как ирландцы (Bales R.J., 1946), евреи (Glad D.D., 1947), итальянцы (Mastrangelo G., 1970), негры (Larkin J.R., 1965; Vitols M.M., 1968), американские индейцы (Swanson D.W. et al., 1971), французы (Fleck L., 1970), шведы (Hermer T., 1972), полинезийцы (Westermeyer J., 1976), индусы (Sundaram K.R. et al., 1984).

Для многих сообществ подчеркивается также и регулирующая роль экономических факторов в темпах изменения алкоголизации. J.Lereboulett и соавт. (1958) указывали, что пьянство по субботним и воскресным дням в англосаксонских странах и ежедневное употребление вина во Франции, Италии, Испании, Чили, Аргентине и Бразилии связаны с традициями и наличием напитков различной крепости. Во Франции алкоголь употребляется повсеместно благодаря своей дешевизне, так что ежедневное потребление вина доходит нередко до трех литров. Легкое опьянение у французов, замечает Е.М. Jellinek (1960), не считается позорным. Широкое распространение бытового пьянства в Португалии в значительной мере связано с дороговизной мяса и одновременно – с низкими ценами на вино.

Анализ причин пьянства у группы афроамериканцев показал, что значительный вклад в развитие пьянства вносят проблемы воспитания. J.Rolbuck и R.Johson (1962) установили, что большинство из обследованных пьяниц воспитывалось в атмосфере суровости, создаваемой жестокими властолюбивыми отцами. Авторы приходят к выводу, что главным фактором алкоголизации выступает протест против родительского влияния, преобразенный в чувство враждебности к окружающим, выявляющейся в состоянии опьянения.

У евреев, отмечают R.F.Bales (1946), D.V.Heath (1975), отношение к алкоголю раньше носило обрядовый характер и поэтому пьянство исключалось. Об этом же пишут и другие авторы, подчеркивая, что иудаизм, рассматривая вино как дар бога, запрещает его употребление в неритуальные дни.

У ирландцев пьянство не ограничивалось обрядовыми днями. В стране, находящейся длительное время под господством Англии, оно стало «национальной чертой» в силу экономической отсталости и безземелья. М.Е. Chafetz (1964) пишет, что дополнительными факторами здесь являлись вытекающие из экономических условий семейные традиции, длительные ограничения прав сыновей (например, возможности жениться, в то время как внебрачные половые отношения запрещались церковью). D.J.Walsh (1962), указывая на наличие чрезмерного потребления алкоголя среди ир-

ландцев, также связывает это с низким жизненным уровнем в Ирландии, борьбой с господством лендлордов, а также с протестом против «материнского влияния» в больших ирландских семьях и национальными характерологическими особенностями (возбудимость, конформность, склонность к фантазиям).

Отмечающийся в течение последних 25 лет рост многонациональных фирм, в которых работают граждане многих зарубежных государств, создал новые основания и условия для создания программ, посвященных проблемам алкоголизма и наркомании. В этих международных видах деятельности участвуют различные категории работников: 1) прибывшие из страны, где находятся ведущие учреждения компании; 2) местные жители; 3) прибывшие из третьих стран. У всех этих работников и членов их семей могут быть проблемы, связанные с алкоголизмом и наркоманией.

Многие компании во всех своих зарубежных филиалах испытывают трудности в реализации программ, связанных с алкоголизмом и наркоманией. Становится все более принятой практика предварительного ознакомления работников, убывающих за рубеж, с культурными и социальными условиями страны, в которую они направляются. В частности, их знакомят с отношением местного населения к употреблению спиртных напитков и наркотических средств, законодательством по этим вопросам и с той помощью, которую они могут получить, если у них возникнут какие-либо проблемы.

Некоторые фирмы пытаются оценить обычаи и навыки своих работников и членов их семей перед направлением их за рубеж, стараясь таким образом убедиться в том, что поведение всей семьи и каждого такого работника не будет противоречить социальным нормам, принятым в новой для них стране. Это накладывает большую ответственность на медицинский персонал и сотрудников отделов кадров фирмы, которые должны решить, пригоден ли тот или иной сотрудник для работы за рубежом. Одной из функций профилактической программы должно быть предоставление указаний для принятия таких решений.

Мобильность рабочей силы является в настоящее время широко распространенным явлением. Необходимо многое сделать для того, чтобы ознакомить рабочих-мигрантов с профессиональными опасностями, организацией работы и с обычаями, привычками и традициями населения той страны, куда они направляются в качестве временных рабочих. Ответственность за это должны нести правительства как родной страны рабочих-мигрантов, так и той страны, в которой они будут временно жить и работать. Одной из целей программ по охране здоровья должно быть составление правил для рабочих, прибывающих из других регионов или стран. Социальная и психологическая поддержка таких рабочих и их семей особенно важна в связи с тем, что такие факторы, как отдаленность от родных мест, тоска по дому, отсутствие контакта с местным населением, языковые и производственные трудности, могут играть важную роль в развитии нездорового поведения, в частности, употребления спиртных напитков и наркотических средств. Некоторые национальные и местные руководящие органы родной страны рабочих-мигрантов, а также страны их временного проживания выпускают специальные брошюры, предназначенные для мигрантов и сезонных рабочих. Сотрудничество между такими органами может обеспечить более глубокое понимание и более эффективную поддержку, способствовать адаптации рабочих и их семей к местным условиям. Эта совместная поддержка может привести к фактическому повышению производительности труда.

Власти и предприниматели могут добиться такого положения, при котором мигранты и сезонные рабочие будут с пониманием относиться к профессиональным

сложностям, возникающим в процессе их работы. Можно издавать для них материалы информационного характера, но при этом следует учитывать возможные языковые трудности. Некоторые немецкие фирмы выделяют определенное время для ознакомления рабочих-иммигрантов с вопросами безопасности, уделяя при этом внимание вопросам алкоголизма и наркомании.

Рабочие, прибывшие из других стран, и мигранты часто создают ассоциации и клубы для своих соотечественников. Такие группы могут быть использованы не только для выполнения различных программ, относящихся к рабочим местам, но и для проведения разъяснительной работы, направленной против злоупотребления вредными веществами.

В России при изучении распространенности среди населения пьянства и алкоголизма большое внимание отечественными исследователями уделялось роли социально-средовых, в том числе и традиционно-культуральных факторов формирования отношения к спиртным напиткам (Морозов Г.В., Шумаков В.М., 1979; Качаев А.К., Ураков И.Г., 1979; и др.). При этом отмечалось, что наибольшая стабильность традиционного уклада жизни присуща сельскому населению, в связи с чем изучение влияния факторов этнонациональных традиций на отношение населения к употреблению спиртных напитков наиболее демонстративно на выборах сельской популяции (Ураков И.Г., 1979). В то же время сочетание экономико-производственных и этно-традиционных факторов, обуславливающих отношение отдельного индивидуума к спиртным напиткам, как свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований, неоднозначно не только для регионов с различными экономико-географическими и этнокультурными характеристиками, но и для различных групп популяции в рамках единого региона.

М.А.Хотиняну (1981) был проведен сравнительный анализ влияния ряда этнотрадиционных и социально-производственных факторов на формирование отношения к спиртным напиткам, а также сравнение различных типов потребления алкоголя среди репрезентативных выборок популяции сельских жителей одной из прибалтийских (I группа) и одной из среднеазиатских (II группа) республик СССР. В рамках обследованной популяции каждой республики были выделены контингенты с эпизодическим употреблением спиртных напитков, с привычным их злоупотреблением (бытовое пьянство) и с признаками болезни (алкоголизм). Среди сельского населения среднеазиатской республики, занятого на сельскохозяйственных работах, у всех обследованных констатировано достаточно строгое соблюдение традиционного национального уклада жизни и отсутствие лиц с признаками бытового пьянства и хронического алкоголизма. Среди сельского населения прибалтийских республик соблюдение традиционного национального уклада также констатировано у всех обследованных, однако при этом у 13,2% выявлены признаки бытового пьянства и у 5,5% – хронического алкоголизма (у двух последних контингентов лиц следование национально-традиционному укладу жизни носило формальный внешний характер и не затрагивало всех сфер личной, семейной и производственной жизни).

Различного рода нарушения традиционного уклада жизни у обследованных лиц II группы вызывают достаточно выраженную реакцию осуждения со стороны окружающих и старших, наиболее почитаемых населением лиц, которую можно рассматривать как одну из форм социального контроля. Жесткое закрепление в национально-традиционном укладе жизни населения среднеазиатских республик негативного отношения к употреблению спиртных напитков и осуждение лиц, допускающих на-

рушение принятых норм поведения, обуславливают не только отсутствие у обследованных лиц случаев различных форм злоупотребления спиртными напитками, но и достаточно высокую долю абсолютных абстинентов среди определенных половозрастных групп (молодежь, женщины, старики).

В закреплении антиалкогольных традиций и формировании трезвеннических установок большую роль играет отношение к ним не только самих обследованных, но и их ближайшего окружения. Так, среди обследованного населения прибалтийской республики в строго национальном окружении проживало 79,4% лиц, эпизодически употребляющих алкоголь, 66% с признаками бытового пьянства и 82,3% с признаками алкоголизма. Однако при этом соблюдение национально-традиционного уклада жизни окружением обследованных лиц с различными формами употребления спиртных напитков констатировано, соответственно, в 16,8; 9,9 и 23,5% случаев, в то время как для всех обследованных лиц в среднеазиатской республике характерно национальное окружение, в 60,8% случаев неукоснительно соблюдавшее национальные традиции и обычаи жизни ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, при оценке влияния национально-традиционных норм жизни на формирование отношения населения к спиртным напиткам необходимо принимать во внимание не только закреплённые в них антиалкогольные тенденции, но и учитывать распространённость, стабильность и последовательность их соблюдения большинством населения изучаемых регионов.

#### **Биологические аспекты этнонаркологии**

Наряду с традиционным укладом жизни и факторами культуры существенную роль в этнической специфике характера алкоголизации и ее эффектов могут играть такие особенности биологической конституции, как генетически детерминированная активность этанолаоксиляющих систем (Портнов В.А., 1979).

Межиндивидуальные различия в действии алкоголя проявляются и в том, что лица разного этнического происхождения обнаруживают разную вазомоторную чувствительность к алкоголю, проявляющуюся, в частности, в гиперемии лица с ощущением прилива крови к лицу (флашинг-реакция) и повышением кожной температуры, иногда сопровождающимся чувством дискомфорта. Флашинг-реакция на алкоголь оказалась очень распространенной как среди американских индейцев (80%), так и среди американцев японского, китайского и корейского происхождения (83%), в то время как среди лиц европейского происхождения такая реакция отмечалась только в 5% случаев. Индейцы, сообщавшие, что они выпивают меньше пяти бутылок пива в неделю, реагировали статистически значимо более выраженной гиперемией лица, чем выходцы из Европы, выпивающие более десяти бутылок в неделю.

Наиболее отчетливо неодинаковая реакция на алкоголь (скорость всасывания и метаболизма, вариабельность по АДГ и АльДГ, реакция покраснения лица и др.) обнаружена у монголоидов и европеоидов (Wolfe P.H., 1973; Reed E.T., 1985). Обобщая накопленные литературные данные, A.W.Chan (1986) показал, что реакция покраснения лица после приема небольшой дозы алкоголя встречается у 3–29% европейцев и у 47–82% представителей восточных народов. B.Sanders и соавт. (1980) по результатам обследования добровольцев сообщали, что мужчины восточного происхождения реагировали на небольшие дозы алкоголя учащением сердцебиения, понижением диастолического артериального давления (АД<sub>диаст.</sub>), а также быстрым покраснением кожных покровов. У мужчин европейского происхождения в тех же ус-

ловиях цвет кожи не изменялся, частота пульса и систолическое давление понижались. Прилив крови к лицу сопровождался ощущением силы, снятием усталости. При этом четкого влияния этнической принадлежности на настроение после принятия алкоголя выявлено не было.

Исследование распространенности флашинг-реакции у китайцев и японцев (68,6% мужчин и 41,9% женщин), проживающих в США, обнаружило, что она не способна выполнить роль надежной биологической защиты от алкоголя. Давление культуральных факторов существенно превосходило по субъективной значимости дискомфорт флашинг-реакции. Чрезмерное потребление алкоголя китайцами в Лос-Анджелесе было связано с влиянием пьющих друзей и традиционным посещением баров, ночных клубов, а также низким уровнем религиозности и слабыми семейными связями. Напротив, надежными ограничителями алкоголизации выступали специфические культурные нормы, предписывающие, в частности, употреблять алкоголь только за едой и одновременно принимать участие в играх на ловкость и координацию, что позволяло бы контролировать степень опьянения (Lee J.A., 1987). Если на этапе умеренного употребления алкоголя индивиды с флашинг-реакцией выпивают меньше и реже (Mori T., 1987), то при чрезмерном его употреблении они могут оказаться более уязвимыми.

Эта гипотеза подтверждается современной тенденцией роста заболеваемости алкоголизмом китайского населения Гонконга при его отходе от традиционных форм регламентированного употребления спиртного и предпочтении напитков западного типа (бренди и пива). Ранее было распространено мнение о низком уровне алкоголизма среди китайцев, что связывалось с их пониженной толерантностью к алкоголю вследствие наличия почти у 90% атипичной АДГ и у 50% — недостатка одного из изоферментов АльДГ (Autkiewicz H.J., 1987).

Описаны два типа генетически детерминированной гиперемии после употребления алкоголя, связанные с чувствительностью к хлорпропамиду и ацетальдегиду (АЦА), причем последняя чаще наблюдается у представителей восточных народов. Установлено, что у больных с хлорпропамидной гиперемией лица концентрация АЦА гораздо выше, чем у больных без такой реакции. Полагают, что хлорпропамид плазмы связан с уровнем АльДГ-фермента, катализирующего окисление АЦА. У японцев, китайцев и корейцев гиперемия, вызванная алкоголем, обусловлена изменением процесса окисления этанола, что приводит к увеличению уровня АЦА. Интолерантность к алкоголю объясняется сниженной активностью АльДГ. В организме человека его выявляют в виде четырех изоферментов (ИФ), отличающихся величиной константы Михаэлиса (КМ) для АЦА, электрофоретической подвижностью и изоэлектрической точкой. Ранее было установлено, что в отличие от европейцев, для которых характерно единообразие картины распределения ИФ АльДГ, у жителей Азии довольно часто отсутствует один из ИФ, а именно — ИФ с более высокой электрофоретической подвижностью, названный АльДГ-1. При сравнительном исследовании здоровых добровольцев в Японии и Финляндии установлено, что у тех жителей Японии, у которых гиперемия обусловлена приемом алкоголя, одновременно увеличивалась частота сердечных сокращений (ЧСС), снижалось АД<sub>диаст.</sub>, сопротивление периферических кровяных сосудов падало. У жителей Японии, которым гиперемия не свойственна, и у лиц финской национальности подобные изменения после приема алкоголя выражены в 6—10 раз реже. Нейрохимический механизм этих явлений связывают также с катехоламиновой нейромедиацией, которая стимулируется образующимся в избытке АЦА.

Разработка простых и чувствительных микрометодов, например, таких, как определение ИФ АльДГ в корнях волос (в грубом лизате волосяных сумок), позволила проводить широкие исследования полиморфизма АльДГ. Проведенное таким методом исследование Н. W. Goedde и соавт. (1983) охватило 1 203 человека, среди которых были представители различных национальностей и рас Европы, Азии, Африки и Латинской Америки. У обследуемых собрали по 40 волосяных сумок и приготовили препараты (лизаты), которые использовали для определения ИФ. Особый практический интерес, по мнению авторов, представляет обнаруженная корреляция часто наблюдаемых у уроженцев Азии вазомоторных расстройств после приема алкоголя с отсутствием ИФ-фракции АльДГ-1. Считают, что в основе этих особенностей лежит невозможность эффективно метаболизировать АЦА, так как и отсутствие АльДГ-1, и повышение содержания АЦА установлено только у лиц, у которых после приема алкоголя отмечают реакцию быстрого покраснения лица. По мнению авторов, такая наследственная чувствительность к алкоголю может вызвать отвращение к его приему, что подтверждается и эпидемиологическими данными о более медленных темпах увеличения распространенности алкоголизма в Японии по сравнению со странами Европы и Северной Америки. По имеющимся данным, из 42% японцев, отличающихся флашинг-синдромом, только 2% становятся алкоголиками.

Безусловно, необходима осторожность в использовании вышеописанных данных в экспертных ситуациях, так как межиндивидуальные различия даже внутри однородных этнических групп могут быть очень велики (до 85%) вследствие большого генетического своеобразия популяций. Различия между разными нациями в пределах одной расы и между разными расами не превышают 7,5%, хотя отдельные небольшие изолированные народности, такие, как американские индейцы, баски, эскимосы, коренное население Австралии, обычно обнаруживают по ряду признаков наиболее сильные отклонения от средних аллельных частот (Левонтин Р., 1978).

Актуальность этнонаркологиического направления исследований подчеркивается высокими темпами роста алкоголизма и его последствий среди этнических меньшинств. Так, распространенность алкоголизма среди американских индейцев существенно выше, чем среди белых американцев. Индейцы в 2–7 раз чаще умирают от алкоголизма и связанных с ним несчастных случаев, убийств и самоубийств (May P.A., 1986). Безусловно, здесь помимо медико-биологических аспектов надо учитывать и культуральные факторы, так как в условиях разрушения традиционной и создания новой культуры наиболее подверженными алкоголизму оказываются индейцы, не нашедшие себя ни в той, ни в другой культурной среде.

Акультуризационный стресс, сопровождающийся разрушением среды обитания и деформацией личности коренных этносов, характерен и для территории Крайнего Севера России. Например, воспитывавшиеся в течение десятилетий советского периода в интернатах дети ненцев так и не становились русскими, хотя переставали быть кочевыми ненцами. Поэтому на сегодня остро стоит проблема реабилитации и социально-экологической защиты коренных народов в условиях активного промышленного освоения территорий севера России.

В совместных клинико-генетико-эпидемиологических исследованиях Томского центра психического здоровья и Новосибирского института терапии СО АМН СССР (1991) было показано, что у коренных жителей Чукотки, относящихся к монголоидам, вопреки ожидаемому выявлена низкая распространенность флашинг-реакции и атипичных форм алкогольметаболизирующих ферментов. В то же время по показа-

телям частоты и массивности алкоголизации мужчины — коренные жители Чукотки не уступали мужчинам из Новосибирска и даже превосходили их. Средняя разовая доза алкоголя, потребляемая коренными мужчинами Чукотки (166 г чистого этанола), в два раза превышала минимальную интоксикационную по критериям ВОЗ. Это позволило предположить, что на характер потребления алкоголя большое влияние оказывают социально-психологические факторы, такие, как, например, дезадаптация, акультурационный стресс (Курилович С.А., Никитин Ю.П. и др., 1992).

Действительно, существующие в настоящее время взаимоотношения «представителей современной цивилизации» и аборигенного населения не обеспечивают ни развитие, ни даже сохранение культуры коренных этносов в социальном пространстве страны. Более того, многие представители аборигенных народов стоят на грани вымирания, поскольку, с одной стороны, не могут включиться в промышленное производство, а с другой — продолжить вести традиционный образ жизни из-за разрушительного воздействия на их жизнь техногенной цивилизации.

Полученное кажущееся несоответствие ожидаемым результатам может иметь еще одно объяснение, связанное с другой особенностью биохимической конституции коренных жителей Чукотского Севера. В работах Т.В.Чернобровкиной с соавт. (1995), Ю.П.Никитина с соавт. (1992) подчеркивалась роль биохимических механизмов толерантности к алкоголю и развития алкогольиндуцированных психосоматических последствий (алкогольной кардиопатии и энцефалопатии), а именно — роль гистаминовой интоксикации. Как указывается этими авторами, гистамин, мгновенно высвобождающийся при потреблении алкоголя из тучных клеток, создает превышение критических физиологических концентраций в крови и тканях и может вызвать не только флешинг-реакцию и учащенное сердцебиение, но и более сложный комплекс реакций со стороны вегетативной нервной системы и внутренних органов — так называемый синдром гистаминовой интоксикации. Результаты сравнительных исследований особенностей алкоголизации и ее последствий у коренного и пришлого населения Чукотки позволяют предположить большую конституциональную устойчивость чукотских этносов, относящихся к монголоидам, к гистамин-опосредуемой посталкогольной интоксикации (в том числе, выражающейся и в реакции покраснения лица), и одновременно с этим — меньшую устойчивость к АЦА-опосредуемым эффектам алкоголизации. Анализ биологических факторов риска и защиты в отношении алкогольной патологии у представителей коренного и пришлого населения Чукотки, проведенный Т.В.Чернобровкиной и Б.М.Кершенгольцем (1992, 2002) показывает, что у представителей коренных этносов в крови имеют место достоверно сниженный, по сравнению с пришлым населением (европеоидами), уровень эндогенного этанола (ЭЭ) и тенденция к снижению активности АльДГ, что одновременно предрасполагает первых к повышенному потреблению алкоголя и к развитию тяжелых постинтоксикационных последствий: патологического опьянения, токсической энцефалопатии и поражения систем и органов по опосредованным АЦА-механизмам.

Исследования алкоголизма в циркумполярных популяциях (Таймыр, Чукотка), предпринятые сотрудниками Томского НИИ психического здоровья, выявили комплекс следующих особенностей, предрасполагающих к заболеваемости алкоголизмом: высокая положительная ассортативность браков, нарушения кальциевого баланса в организме, нарушения питания (Семке В.Я., 2003). Это заставляет искать новые подходы к профилактике и лечению алкоголизма в регионах Севера.

Значительные трудности имеются в организации наркологической помощи малым народностям и отдельным этническим группам Крайнего Севера. Так, S.I. Miller и соавт. (1975), изучив лечение больных алкоголизмом в 12 медицинских учреждениях Аляски, а также 20 программ по борьбе с алкоголизмом, обнаружили большие недостатки в работе наркологической службы. Только 8% больных алкоголизмом, лечившихся в медицинских учреждениях, и 16,7% больных, лечившихся по амбулаторным программам борьбы с алкоголизмом, получали полноценную противоалкогольную терапию.

Ввиду вызывающей озабоченность распространенности пьянства среди американских индейцев в штате Юта создан *Западный региональный индейский центр по антиалкогольной подготовке*, где представители индейских племен в течение 1–2 лет проходят курс обучения на «советников» по алкоголизму. F. Moss и соавт. (1985) приводят результаты опроса группы «советников» по поводу факторов, существенных для достижения трезвости среди индейцев. Наиболее важным на первом этапе считается осознание субъектом наличия у него алкогольных проблем и признание в этом, на втором – отказ от употребления алкоголя, на третьем – персональная и социальная адаптация.

Отмечая задачи наркологической службы в районах Крайнего Севера, М. М. Этлис и А. Г. Вольфсон (1981) выделяют прежде всего участие ее представителей в регламентации завоза и продажи крепких алкогольных напитков, организации неотложной помощи лицам, находящимся в состоянии тяжелого опьянения, для чего при сельских медицинских учреждениях на Севере необходимо оборудовать соответствующие помещения. Оказанию неотложной наркологической помощи должны быть обучены все медицинские работники участкового звена. Наркологическая работа среди коренного населения Севера должна носить дифференцированный характер и опираться на авторитет прослойки трезвенников. В этом плане показательны отмеченные в последние годы так называемые *уходы в сухой закон* части населения Чукотского и Эвенкийского автономных округов, выражающиеся в переселении в оленеводческие бригады, на рыболовецкие станы и в другие места, куда алкоголь не завозится.

Г. А. Шашеро (1984) отметил существенный рост алкоголизма среди эвенков за время строительства БАМа, коренных жителей активно осваиваемого Тындинского района Амурской области. Удаленность и разбросанность поселков коренного населения делают практически пригодной единственную из имеющихся форм наркологической помощи, а именно – создание наркопостов.

Одной из форм работы по оказанию специализированной помощи населению Крайнего Севера, по профилактике пьянства и алкоголизма среди населения, воспитанию здорового образа жизни являются *психонаркологические экспедиции*, в середине 1980-х гг. активно внедренные в структуру наркологической помощи населению Ненецкого автономного округа (Муратова И. Д., 1986; Сидоров П. И., 2003). Необходимость такой формы работы обусловлена разобщенностью населенных пунктов, низкой плотностью населения, трудностями транспортного обеспечения, особенностями быта и труда коренного населения. Экспедиция проводится два раза в год и обслуживает одновременно 3–5 районов. В состав экспедиционной группы входят психонаркологи района, Архангельского областного наркологического диспансера, сотрудники института психологии и психиатрии СГМУ.

Заболеваемость алкоголизмом в Ненецком автономном округе (НАО) носит злокачественный характер. Первичная заболеваемость с 1997-го по 2000 г. увеличилась

на 42%, общая заболеваемость – на 8,4%. В два раза увеличилась за три года заболеваемость алкоголизмом у женщин, на 12,9% повысилась частота алкогольных психозов, отравлений и смертельных исходов у лиц молодого возраста.

В целом уровень заболеваемости алкоголизмом в НАО составляет 3955 на 100 тыс. населения, тогда как в среднем по России – 1 544 случая, т.е. она более чем в два раза превышает среднереспубликанский показатель (Янзинов В.В., 2002). Если учесть, что официальные цифры в 2,5 раза отличаются от данных эпидемиологических исследований, то ситуация будет еще драматичней. Уже сейчас НАО по заболеваемости алкоголизмом опередил и Сахалинскую область, и Чукотский автономный округ. Наиболее неблагоприятна ситуация в национальных поселках.

В контексте наркологической превентологии вышеописанное ставит актуальную задачу создания модели комплексного (природного, историко-культурного, социального) образования, способного сохранить этносы и их среду обитания как уникальную общецивилизационную ценность. Данная модель представляет собой *этноэкологический парк* (ЭЭП), который является единственной формой социального общественного устройства жизни аборигенного населения, способной обеспечить его выживание и сохранение его культуры.

Идея образования этноэкологических парков прорабатывалась еще в 1920-х гг. Профессор Б.М.Жидков (1924) предложил как вариант социальной защиты «некоторую изоляцию отдельных групп самоедского кочевого населения в ограниченных участках тундры». Подобные заповедные территории, по замыслу автора, были предназначены для смягчения отрицательного влияния на этнос негативных факторов цивилизации.

Применительно к европейскому региону современная концепция этноэкологического парка в качестве реальной модели была разработана в начале 1990-х гг. для решения задач наркологической превентологии Севера России (Сидоров П.И., Давыдов А.Н., 1991; Дрегалю А.А., Сидоров П.И., Ульяновский В.И., 1994, 1995; Сидоров П.И., 2002).

В соответствии с концепцией авторов предполагается, что в отличие от глобальных, труднореализуемых проектов, ориентированных на помощь сразу всем северянам, намного реальнее создать заповедный ЭЭП, сконцентрировав внимание на решении проблем конкретных сохранившихся поселений. Таким образом, основополагающим должен стать *индивидуальный подход* к решению проблем тех или иных этносов.

В то же время необходимо подчеркнуть, что решить поставленные задачи можно лишь *комплексно* (рис. 28):

- обеспечив государственное (в том числе законодательное) обоснование проекта;
- опираясь на поддержку региональных административных структур и общественный актив;
- привлекая к участию промышленные компании, хозяйствующие на конкретных территориях;
- учитывая интересы и инициативы местного аборигенного населения.

В результате такой многоуровневой проработки проблемы может быть обоснована правовая форма ЭЭП, дающая возможность расценивать эту структуру в качестве не только административного образования, но и самостоятельного юридического лица, располагающего приоритетным правом на обладание историко-культурным и природным наследием на территории парка в интересах проживающего здесь этноса.

Таким образом, предполагается возможным создание условий для автономного выживания аборигенного населения на ограниченной территории за счет возрожде-



Рис. 28. Концептуальная модель этноэкологического парка.

ния и сохранения традиционных промыслов (оленоводство, рыболовство), что обеспечит наиболее рациональное сосуществование этноса и промышленных компаний.

С 2002 г. программа создания ЭЭП реализуется институтом психологии и психиатрии СГМУ в моноэтническом ненецком поселке Бугрино на о. Колгуев в Ненецком автономной округе (НАО). Проведено несколько экспедиций и серия медико-социальных и этнопсихологических исследований. Идея создания парка активно поддерживается местными жителями и финансируется нефтедобывающей компанией «Арктикнефть», являющейся подразделением «Лукойла».

Проведенный социологический опрос 80 жителей пос. Бугрино (Сидоров П.И., Кокорин М.В., 2002) позволил измерить актуальные проблемы, стоящие перед коренным населением (рис. 29). Самыми важными проблемами для жителей поселка в целом оказались: низкий уровень заработной платы и отсутствие в поселке 9-летней школы. Однако первая проблема более актуальна для мужчин, а вторая для женщин, половина которых считает строительство школы самым важным для поселка. Из остальных проблем наиболее важные: высокие цены в магазине (29,7%), изношенность домов (24,3%), задержки заработной платы (23,0%), безработица (20,3%), отсутствие жилья (20,3%), недостаточное финансирование острова со стороны НАО (17,6%).

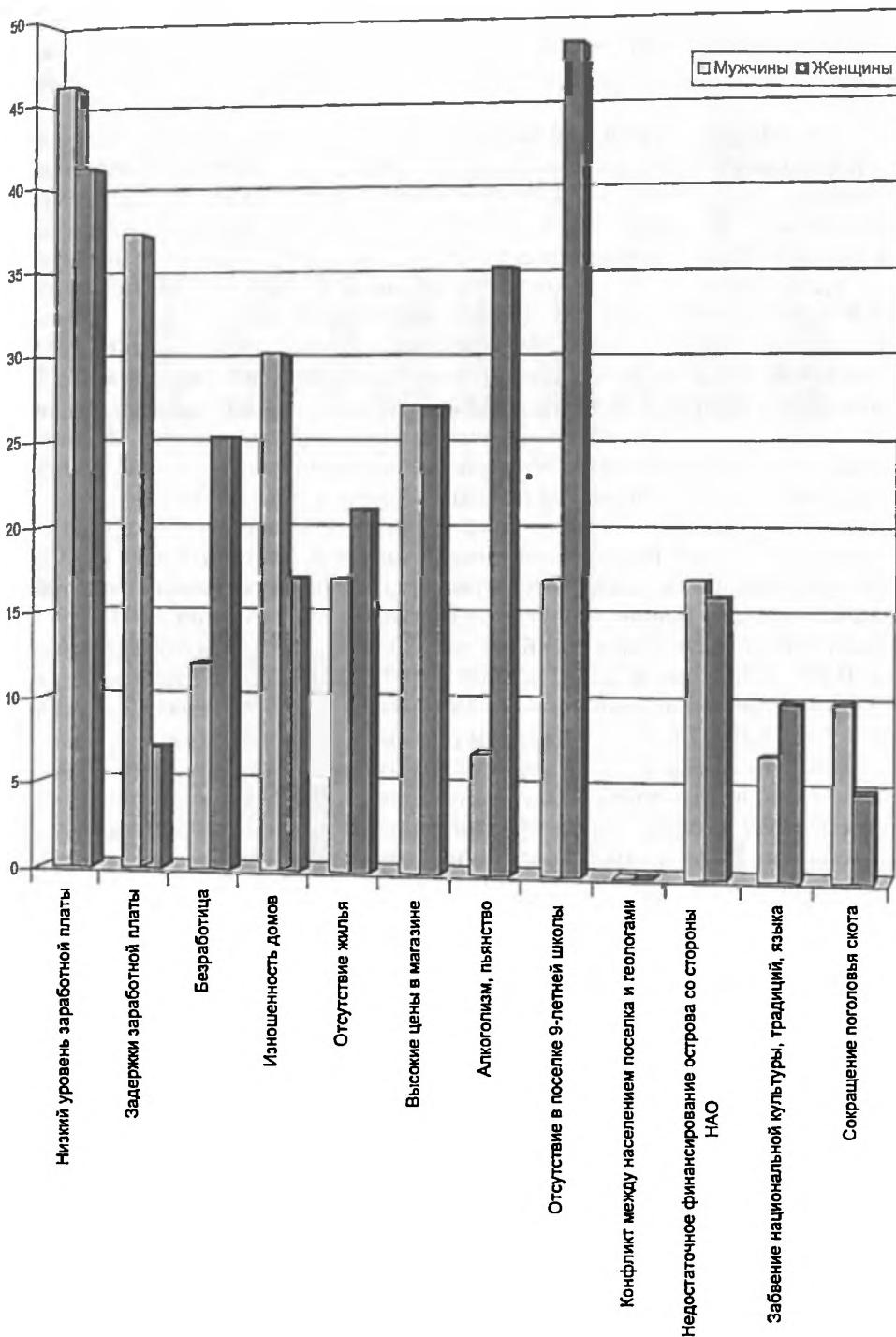


Рис. 29. Частота положительных ответов на вопрос: «Какие проблемы в своей жизни Вы считаете самыми важными?» (в %).

Оказалось, что женщин в значительно большей степени волнует проблема пьянства и алкоголизма — ею обеспокоены 36,1% респонденток и только 8,3% мужчин (здесь уместно отметить, что во всех этнопарках Америки и Европы принят «сухой» закон).

Мужчин в большей степени, чем женщин, беспокоят задержки заработной платы (38,9%) и физическая изношенность жилищ (30,6%), недостаточное финансирование острова со стороны НАО (19,4%), проблема спекуляции (16,7%), проблема детей, которые нигде не учатся (11,1%), наличие плохих дорог в поселке и отсутствие дорог в тундре (по 8,3%), криминогенная обстановка (8,3%), недостаточное обеспечение одеждой, обувью (11,1%), сокращение поголовья оленей (11,1%), неполные семьи (5,6%), недостаточный объем медицинской помощи (5,6%).

Женщины в большей степени, чем мужчины, озабочены безработицей (27,8%) и отсутствием жилья (22,2%), отсутствием грамотного руководителя поселка (16,7%), забвением языка, традиций, национальной культуры (11,1%), отсутствием комбината бытового обслуживания и системы вывоза бытовых отходов (по 5,6%). Женщины, в отличие от мужчин, не видят в обстановке поселка никакой криминогенности, а также считают объем медицинской помощи абсолютно достаточным.

Обращает также на себя внимание низкий уровень претензий к геологам, что говорит о достаточно позитивном их восприятии местным населением. И мужчины, и женщины указывают на отсутствие негативного отношения к геологам, что открывает возможность позитивного сотрудничества с ними при создании ЭЭП.

Главными виновниками своих проблем (рис. 30) жители поселка считают администрацию НАО (преимущественно мужчины — 41,7%) и самих жителей поселка (так считают преимущественно женщины — 47,2%). Меньше всего претензий к «Лукойлу» (особенно у женщин). То, что в суммарном рейтинге виновных «сами жители поселка» занимают второе место (31,7%), указывает на довольно высокий уровень самосознания населения, что не подтверждает распространенное мнение о неспособности ненцев к критической оценке своей жизни и принятию ответственности за нее.

Таким образом, на фоне самых высоких претензий к администрации НАО при создании ЭЭП, можно опираться на общественную активность жителей поселка и укреплять их связи с геологами.

В решении своих проблем (рис. 31) жители п. Бугрино в большей степени надеются на администрацию НАО и свой поселок. Кроме того, определенные надежды возлагаются на руководство «Арктикнефть» и на свои собственные силы. Такие приоритеты в надеждах на помощь в решении проблем являются самыми оптимальными для проведения в жизнь идеи создания ЭЭП и выстраивания следующей схемы взаимоотношений: *администрация поселка позиционируется как инициатор в создании ЭЭП, при этом она опирается на поддержку жителей поселка и помощь нефтяников и, проявляя инициативу снизу, добивается поддержки от администрации НАО.*

Среди занятий самыми важными для выживания островитян оказались охота и оленеводство (рис. 32). Причем охота важна для подавляющего большинства мужчин (72,2%), которые считают для себя также важной рыбную ловлю (39,9%). Доминирование занятия охотой над оленеводством указывает, с одной стороны, на кризис оленеводства, а с другой — на осознание для островитян важности природных богатств о. Колгуев. Это создает благоприятную почву для того, чтобы переключить заинтересованность жителей в охоте на их заинтересованность в охране и защите своих охотничьих угодий, то есть экологической системы острова.

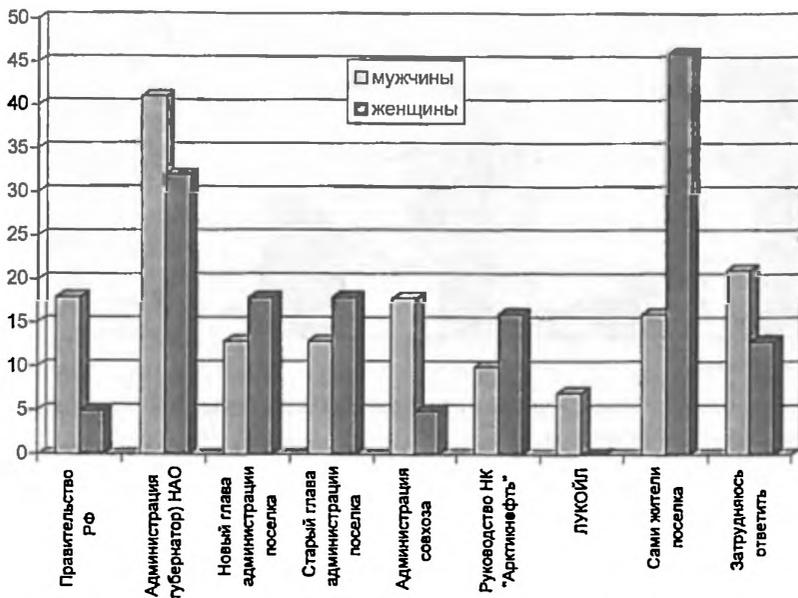


Рис. 30. Частота положительных ответов на вопрос: «Кто виноват в Ваших проблемах?» (в %).

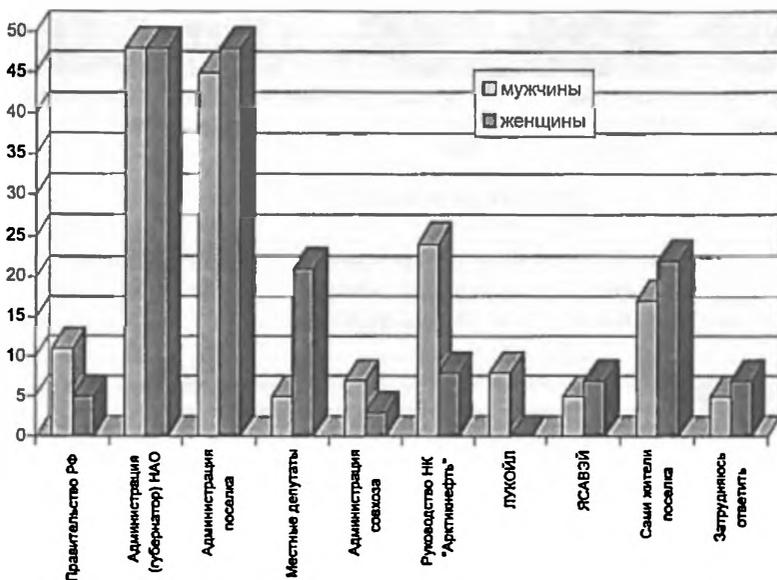


Рис. 31. Частота положительных ответов на вопрос: «Кто, по Вашему мнению, может решить эти проблемы?» (в %).

Женщины по сравнению с мужчинами считают более важным оленеводство (61,1%), выделку шкур, шитье одежды, обуви (30,6%) и сбор ягод (22,2%). Важность именно для женщин шитья одежды, обуви, выделки шкур указывает на хороший потенциал поселка в возрождении национальных ремесел, что является реальной почвой для этнической составляющей парка.





ности и в сельском хозяйстве. Данный раздел работы предусматривает взаимодополняемость усилий врачей-наркологов и гигиенистов.

Эффективная результативность наркологической превентологии сегодня невозможна без учета этнических и культуральных региональных особенностей населяющих Россию этносов и народностей. Раздел, изучающий данное направление, называется этнонаркологической превентологией. Рассматриваются особенности алкоголизации и клинического патоморфоза алкоголизма у некоторых этносов с учетом биохимических механизмов детоксикации алкоголя, особенностей питания, образа жизни, культурных традиций и обычаев. На примере жителей Европейского Севера рассматривается модель создания этноэкологического парка (ЭЭП) с целью сохранения оптимальных внутри- и межпопуляционных взаимоотношений, в том числе решения задач этнонаркологической превентологии.

# СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Алкоголизм и наркомания изменяют социальную адаптацию и ценностную ориентацию личности. Наряду с нарушениями, связанными с психофизиологическими механизмами развития зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), важное значение имеют расстройства, обусловленные токсическими свойствами алкоголя и наркотиков, приводящие к психосоциальной дезадаптации.

При формировании зависимости от ПАВ с сопутствующими соматоневрологическими осложнениями развивается процесс социально-трудовой декомпенсации и возрастает риск правонарушений. Помимо изменений в состоянии здоровья, а также личностных изменений, наркомания и алкоголизм характеризуются потерей работы, жилья, нарушением межличностных отношений с родными, уходом из семьи. Нередко алкоголики и наркоманы пополняют число лиц без определенного места жительства, часто оказываются за решеткой.

В данной главе рассмотрены вопросы восстановления социального здоровья зависимых от ПАВ.

## МЕТОДОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В НАРКОЛОГИИ

Социальная работа — это профессиональная деятельность, объектом которой являются люди, нуждающиеся в социальной помощи. Социальная помощь включает в себя совокупность социальных услуг и разностороннюю медико-социальную, социально-психологическую, социально-педагогическую, социально-бытовую, правовую поддержку индивида и семьи, социальной группы, общины в проблемных, кризисных, критических, стрессовых ситуациях и состояниях. Социальная помощь — это помощь, оказываемая как государственными, так и негосударственными службами. Услуги, предназначенные для защиты или восстановления благополучия граждан, обозначаются как социальные, гуманитарные услуги. Длительное время в практике социальной помощи доминировал патерналистский подход, ориентированный на конкретные формы помощи и опеки (материальные, организационные, лечебные и т.д.), когда субъект ее «благодетельствовался», получая то или иное конкретное вспомоществование.

Социальная работа в наркологии имеет ряд отличий от общей социальной работы:

- несмотря на существующий принцип дистанцирования от имеющихся расстройств клиента, социальная работа в наркологии связана с клиникой аддиктивной болезни и ее осложнений;
- содержание социальной работы в наркологии различно на разных этапах заболевания, а также зависит от возраста пациентов, личностных особенностей, индивидуальной реакции на существующее состояние;

- социальная работа в наркологии несет определенный терапевтический заряд, так как направлена на изменение самого пациента и его взаимоотношений с окружением;
- социальная работа в наркологии должна способствовать развитию у больных таких качеств, как ответственность за свою жизнь, судьбу и социальную компетентность.

Можно выделить следующие специфические требования оказания социальной помощи наркологическим больным:

- углубление конкретизации социальной работы в наркологии, учитывая полипрофессиональность подходов к оказанию помощи;
- выделение профилактики зависимости от ПАВ как основной формы социальной работы;
- определение особенностей зависимости при оказании помощи различным категориям наркологических пациентов, их семьям и группам риска.

Часто люди, имеющие зависимость от ПАВ, пасуют перед необходимостью самоопределения и выбирают подчинение чужой воле. Например, Л.Н.Рыбакова (1998) описывает показательный случай, когда одна из наркоманок, находящаяся в реабилитационном центре в г. Франкфурт-на-Майне, добровольно вернулась в тюрьму, спровоцировав нарушение правил внутреннего распорядка центра. В центре наркоманка могла добровольно участвовать в различных формах досуга, имела обеспеченное питание, уютную комнату на двоих, получала консультации психолога и социального работника. Однако такие условия для нее оказались непосильными, так как свободная жизнь подразумевает самосознание, самоконтроль, планирование. Поэтому пациентка, несмотря на все уговоры администрации, предпочла вернуться в тюрьму.

Социальная работа в наркологии — это часть общей социальной работы, понимающей, принимающей клиента и помогающей ему вместе с его окружением. По мнению Л.Чомпи (1999), социальная работа в наркологии — это некое определенное пространство и организация помощи в этом пространстве.

Для американской практики социальной работы характерен комплексный подход, включающий следующие системы:

1. *Система проводников перемен.* Социальные работники, выполняющие в агентстве функции непосредственных помощников своих клиентов в обеспечении перемен в их сознании, поведении и взаимоотношениях с микросредой после тщательного анализа ситуации и причин ее возникновения.
2. *Система клиентуры.* Группа людей, обратившихся к социальному работнику с просьбой о помощи в решении их проблем и оформивших контракт или заключивших устное соглашение о сотрудничестве в обсуждении и возможном разрешении сложившейся ситуации.
3. *Система «мишеней».* Группа людей, на которых направлено воздействие.
4. *Система действия.* Группа людей, объединившихся для воздействия на систему «мишеней».

Такой комплексный подход позволяет рассматривать проблемную ситуацию в целом, определять в ней место самого клиента, реальные «мишени» воздействия, направленного на позитивную динамику ситуации, а также конкретные пути, типы, способы, приемы воздействия. При этом составляется подробный план действий,

определяются их направление и последовательность, «ближние» и «дальние» перспективы работы и т.д.

Основные методологические принципы социальной работы в наркологии учитывают следующие концептуальные положения:

1. Аддиктивное поведение, в том числе зависимость от ПАВ, имеет различные причины, проявления и последствия. Следовательно, социальная работа в наркологии является важной составляющей в биопсихосоциальной модели зависимости.

2. Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика зависимости неразрывно связаны с социальным контекстом заболевания.

3. Социальная работа в наркологии направлена на мобилизацию сил человека с целью улучшения его взаимоотношений с социальной сетью. Рабочим местом специалиста по социальной работе является не только больница или наркологический диспансер, но и школа, семья, группа подростков, т.е. социум.

Комплексный подход, открывающий общую перспективу для специалистов, практикующих в разных областях социальной работы, реализован, в частности, в экосистемной методике. Реализация этого подхода в наркологической превентологии предполагает рассмотрение взаимоотношений между человеком и окружающей средой с социально-функциональных позиций, при этом прицельно анализируются и прогнозируются возможности адаптации человека к условиям существования. Главной задачей при применении экосистемной методики является установление взаимосвязей между отдельными переменными элементами, которые в своей совокупности составляют данный случай. Такой системный анализ положен в основу плана целесообразных действий социального работника, клиента и всех заинтересованных лиц.

Специалист в области социальной работы в наркологии обязательно должен участвовать в постановке «социального диагноза», наиболее полно отражающего психосоциальные проблемы и проблемы окружения наркологических пациентов: проблемы семьи, личностно-значимого социального окружения, проблемы, связанные с образованием, профессиональной трудовой занятостью, жильем, правоохранительными органами.

Как справедливо замечает Ю.Валентик с соавт. (1997), дифференциация специалистов-практиков социальной работы идет также на основе дихотомии «клиницисты»/«генералисты». «Клиницисты» ведут конкретную непосредственную работу, пользуясь при этом определенным набором психолого-психотерапевтических методов. «Генералисты» имеют дело с отдельными личностями, семьями и группами населения, но не ограничивают себя конкретными сферами работы, постоянно занимаются аналитической, административной и научной работой.

Социальные проблемы наркологии можно разделить на несколько групп. С одной стороны, это проблемы, вызывающие и формирующие зависимость на доклиническом и клиническом уровнях, с другой — вторичные проблемы, являющиеся следствием зависимости от ПАВ.

Целью социальной работы, направленной на превенцию аддиктивного поведения, является профилактика приобщения к алкоголю, наркотикам и табакокурению среди всей популяции. Данный раздел работы должен быть ориентирован на возможность реализации высших ценностей каждым человеком, помощь в развитии позитивного потенциала клиентов социальной работы. Этот раздел превенции направлен прежде всего на детей, подростков и их семьи. Особенности детского и подросткового возраста (социальная незрелость, социальная незащищенность, несформиро-

ванность ценностной сферы, ранимость психики, реакции группирования и подражания, любопытство) могут способствовать приобщению к ПАВ.

Профилактика зависимости осуществляется в форме последовательных, целостных программ, а не в виде изолированных действий (отдельных лекций, конкурсов, опросов) (Петракова Т.И., 2000). Программы профилактики должны соответствовать следующим условиям:

- должны быть предназначены для усиления защитных факторов и ослабления известных факторов риска развития всех форм злоупотребления ПАВ, включая употребление табака, алкоголя, наркотиков и токсикантов;
- должны быть направлены на формирование навыков сопротивления ПАВ на основе усиления ответственности личности, увеличения социальной компетентности (межличностные отношения, самодостаточность и твердость в сопротивлении), укрепления негативного отношения к наркотикам;
- должны включать родителей или авторитетных взрослых, которые могут помочь детям узнать новые факты относительно употребления наркотиков, легальных и нелегальных веществ;
- должны быть долговременными, с элементами повторения и преемственности от одной возрастной группы к другой;
- должны быть адресованы определенным возрастным категориям;
- должны развиваться и дополняться при переходе к следующей возрастной ступени;
- должны быть культурально адаптированы.

Программы профилактики, сосредоточенные на семье, имеют больший эффект, чем стратегии, адресованные только детям или только родителям. Усилия учреждений образования и здравоохранения, общественных организаций, объединенные при помощи социальных работников, направлены на определенные субпопуляции риска развития злоупотребления наркотиками — на детей с проблемами поведения, низкой успеваемостью.

Программы профилактики должны учитывать конкретные проблемы злоупотребления в данном регионе (преобладающие образцы поведения, предпочитаемые виды наркотиков, преимущественные способы употребления). Чем выше уровень риска, тем более интенсивной должна быть деятельность по профилактике и тем в более раннем возрасте она должна начинаться.

Комплексный подход имеет наибольшую целесообразность при разработке превентивных программ первого уровня. При составлении рабочего плана действий необходимо учитывать следующие факторы:

- школа (школьники и преподаватели);
- семья (родители и дети);
- место работы (работодатели и наемные работники, социальные и медико-санитарные службы и др.);
- место жительства (район, администрация, правоохранительные органы, районное здравоохранение);
- рекреационная среда (рестораны, бары, дискотеки, казино, молодежные и спортивные клубы и т.д.).

Если социальный работник ориентируется на профилактику наркомании только среди подростков, следует рассчитывать на ограниченный результат. Взрослые, желающие предупредить детей об опасности наркомании, нередко наталкиваются на

недоверие с их стороны. Преподаватели, несмотря на добрые намерения, могут оказаться неспособными убедить детей в том, что взрослые относятся к проблеме наркомании серьезно; подростки зачастую отвергают любую дискуссию, касающуюся наркотиков. Преподаватели, особенно курящие, могут быть обвинены в лицемерии.

Программа по профилактике, выполняемая в стенах школы, порождает у учащихся мнение, что взрослые рассматривают наркоманию как проблему исключительно молодежи. Однако преподаватели должны убедить школьников в неправильности их суждений, представив следующие факты:

- многие взрослые нередко сталкиваются с проблемами наркотиков и наркотической зависимости;
- взрослые зачастую не бывают честными перед самими собой, когда советуют другим не делать чего-либо, что, однако, делают сами;
- должностные лица порой не выполняют свои обязанности, особенно когда дело касается применения законов, упорядочивающих употребление и продажу алкоголя и сигарет.

Таким образом, социальный работник, специализирующийся на наркологии, прежде всего должен:

- ориентироваться на первичную профилактику зависимости как наиболее рентабельную и результативную работу;
- ориентироваться на целевые группы и брать на себя роль координатора в профилактике;
- не ориентироваться только на учащихся, так как это лишь часть социальной сети. В профилактике должны принимать участие родители, дети, педагоги, врачи, священники;
- сочетать информационный подход с другими — обучением различным поведенческим стратегиям (как справляться с кризисными ситуациями), ассертивности (умению сказать «нет») и т.д.

Эффективность программы профилактики зависит от ее искренности, простоты и доступности в понимании, координации усилий, органичности климатогеографическим условиям, экономике и культуре данного региона.

Особым вниманием должны пользоваться группы риска по развитию возможной зависимости от ПАВ. К их числу относятся группы людей, находящихся в ситуации социального кризиса или природных катастроф, жертвы этнических и социальных конфликтов, финансовых крахов, мигранты, асоциальные элементы. При разработке социальных профилактических программ для данной группы следует принимать во внимание еще одно важное обстоятельство — обучение поиску и получению социальной поддержки. Как показали исследования Сироты Н.А. с соавт. (2000), при проведении профилактических программ социальному работнику необходимо учитывать, что реакция участников на программу может быть различной, причем реже всего — гармоничной. Например, при проведении профилактической программы среди подростков-школьников были выявлены два типа внутригрупповых реакций: гармоничный и дисгармоничный.

Гармоничный тип — это самый малочисленный тип реагирования (14% подростков реагировали таким образом). Следует подчеркнуть, что этот тип был отмечен у гармоничных личностей с равномерно высокими показателями развития всех преддиспозиционных ресурсов.

Дисгармоничный тип реагирования на программу был наиболее представлен. Такое реагирование связано с дисгармоничным развитием личности, и главное — с ди-

спропорцией predisпозиционных ресурсов, что абсолютно естественно, если учесть, что подростковый период сам по себе является периодом дисгармоничности и асинхронности развития личностных составляющих конструктов. В свою очередь, дисгармоничный тип реагирования включал два варианта:

1. Увеличение показателей стратегии разрешения проблем и самоэффективности при относительной неизменности показателей, оценивающих развитие социально-поддерживающего поведения. В этом случае происходило формирование адаптивных возможностей за счет ресурсов собственного Я. Этот вариант формирования адаптивного поведения был назван *персоноцентрическим*.

2. Увеличение показателей субъективной оценки социально-поддерживающего поведения при относительной неизменности и даже уменьшении показателей, ответственных за изменения, связанные с нагрузкой на личность. Этот вариант формирования адаптивного поведения был назван *социоцентрическим* и рассматривался как один из наименее благоприятных, так как предполагал ориентацию на социальную среду, которая, как известно, далеко не всегда благоприятна.

Важно отметить, что у ряда лиц с недостаточно развитыми predisпозиционными возможностями Я-концепции был отмечен персоноцентрический вариант формирования адаптивного поведения, а у ряда лиц с недостаточно развитыми predisпозиционными возможностями, ответственными за взаимодействие с социальной средой, — социоцентрический вариант. Этот феномен назвали феноменом гармонизирующей адаптации. Однако следует заметить, что выделялась группа подростков, в которой формирование адаптивного поведения происходило за счет гиперкомпенсации уже развитых ресурсов. Этот феномен был назван феноменом гиперкомпенсаторной адаптации.

Следующей формой социальной работы в наркологии являются лечебные программы. К данной группе относятся программы по:

- выявлению и созданию мотивации для лечения, укреплению ремиссии;
- оказанию социально-психологической помощи созависимым — членам семьи пациентов;
- вторичной и третичной профилактике — восстановлению физического, психического, социального статуса пациентов;
- профилактике депрессий и суицидов среди пациентов.

Необходимым является проведение программ по ресоциализации наркологических больных:

- программы re-entry — эффективное восстановление больных в обществе;
- программы, направленные на обучение, повышение квалификации, трудоустройство больных;
- программы по преодолению алкоголизма и наркомании на рабочих местах.

Социальная работа в наркологии должна включать в себя раздел, направленный на улучшение социально-психологического климата лечебной группы, в которой работают врач, медсестра, социальный работник, психолог.

## **ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В НАРКОЛОГИИ**

Эффективность реабилитации во многом зависит от ее направленности на максимально раннее выявление наиболее уязвимого контингента и своевременную психопрофилактическую работу с ним. Реализация перечисленных направлений позволит существенно улучшить реабилитацию больных с зависимостью от ПАВ.

T.Gorski и M.Miller (1991) считают, что возвращение к здоровью является процессом, в котором задачи постепенно усложняются:

- 1-й этап — абстиненция: умение отказаться от алкоголя и наркотиков;
- 2-й этап — трезвость: умение жить без алкоголя и наркотиков;
- 3-й этап — жизнь в согласии с самим собой: умение найти смысл и прелесть трезвой жизни, а также жизни без наркотиков.

V. Johnson (1992) выделяет следующие этапы социальной работы в наркологическом стационаре и после выхода из больницы:

**Первый этап: наблюдение и детоксикация**

- полная отмена алкоголя и наркотиков;
- оценка общего состояния здоровья;
- назначение процедур, необходимых для восстановления нарушенных соматических функций.

**Второй этап: больничное лечение**

- идентификация болезни — уточнение этиологии и патогенеза зависимости и осложнений алкоголизма и наркомании;
- осознание больным своего хронического заболевания — алкоголизма или наркомании;
- планирование индивидуальной программы реабилитации;
- лечение соматических заболеваний;
- психотерапия, работа в терапевтической группе, участие в работе антиалкогольной или антинаркотической программы («12 шагов» и др.).

**Третий этап: послебольничное лечение**

- еженедельные терапевтические сессии;
- консультации и индивидуальная терапия для сохранения трезвости и укрепления ремиссионного состояния;
- дальнейшая реабилитация (семейная терапия, решение социальных, профессиональных, юридических проблем).

V. Johnson выделяет следующие этапы социально-психологической работы в больнице: обучение, групповая терапия, индивидуальная консультация и семейная терапия. При этом главную цель терапии Johnson видит в «интеграции личности и поиске внутреннего чувства безопасности при помощи целостного и специализированного лечения с использованием социальных, медицинских, бихевиоральных наук, а также философских и теологических знаний» (Johnson V., 1992).

Алкоголизм, как правило, приводит к социальной изоляции больного: нарушаются его семейные, трудовые и другие общественные отношения. В связи с этим в таких странах, как США и Франция, созданы особые учреждения, именуемые *переходными домами*. Задача таких учреждений — обеспечить переход от круглосуточного наблюдения за алкоголиками в специальных центрах к их самостоятельной жизни в обществе. Переходные дома существуют отчасти за счет пожертвований, денежных средств работающих алкоголиков (лица, находящиеся в этих домах, обязаны с помощью администрации в течение первых же 10 дней трудоустроиться и оплачивать ежедневно комнату и питание). По американским источникам, в США в 1990-е гг. действовало около 100 таких домов (Гарбуз Б.И., 1985).

Еще одна форма социальной реабилитации — *психотерапевтическое сообщество под названием «Поворотный пункт»*, созданное с целью оказания лечебно-реабилитационной помощи больным алкоголизмом (Donnenberg D., 1978). Проводимые здесь

медико-социальные мероприятия преследуют цель вернуть больных к нормальной и полноценной жизни путем изменения в первую очередь их патологических поведенческих стереотипов. В число применяемых психотерапевтических методик включена терапия искусством (рисование) с последующим обсуждением созданных больными произведений, что позволяет облегчить контакт врача с пациентами и, в конечном счете, способствует их реадaptации в обществе и нормализации жизненной ситуации, провоцировавшей алкоголизм.

Распространенной формой социальной адаптации больных алкоголизмом является организация колоний (Гарбуз Б.И., 1985). Наиболее известная из них — «Синанон».

Основатель «Синанона» — Charles Dedrich, бывший генеральный директор Gulf Oil Company, бывший член Клуба анонимных алкоголиков (АА). Ряд больных, желающих излечиться, в 1958 г. объединили свои денежные средства и создали в Санта-Монике (штат Калифорния) первую колонию, в которой в 1972 г. насчитывалось уже около 700 человек. В этом же году в США функционировало 7 таких колоний, в которых были собственные школы, лечебницы, клубы, различные производственные мастерские и т.д. Колонии, как правило, располагаются в пригородах, имеют большие подсобные хозяйства — животноводческие фермы, парники, цветочные оранжереи и т.д. Обитатели колоний живут в отдельных квартирах гостиничного типа, питаются в общих столовых, многие имеют семьи. Перед теми, кто желает жить в колонии, ставятся два условия: полный отказ от употребления алкоголя и наркотиков, обязательная трудовая деятельность. Основное правило — никаких привилегий и различий, каждый обязан трудиться, не получая вознаграждения. Все работы по обслуживанию (уборка помещений, приготовление пищи, стирка белья и т.д.) выполняются самими колонистами. Многие из них имеют специальности врачей, педагогов, музыкантов и т.д. и работают вне колонии, но отдают часть заработка в ее фонд. На руки колонисты получают небольшие суммы — максимум 75 долларов еженедельно. Новички после нескольких дней пребывания в колонии получают символический недельный доллар. Однако они также обязаны определенные часы отработать в колонии по своей специальности. Деятельностью колонии управляет выборный орган — совет колонистов.

Учитывая то обстоятельство, что особенно сложно отказаться от употребления спиртного в первые месяцы воздержания, совет колонистов в Санта-Монике ввел полугодовой испытательный срок. В этот период устанавливается усиленный контроль со стороны «собратьев по несчастью», алкоголик привлекается к физическому труду. В течение 90 дней запрещены свидания с родными и друзьями, территорию колонии можно покидать только по специальному разрешению совета колонистов. По окончании испытательного срока колонисты имеют право свободно покидать колонию в любое время.

При лечении больных в колонии применяется такой психологический прием, как сообщение о своих чувствах, переживаниях в форме игры. По мнению сторонников этого метода лечения, одна из причин распространения алкоголизма — душевная опустошенность и разобщенность людей в современном мире. Никаких обычных медицинских средств лечения алкоголизма не применяется. Вечерами в колонии проводятся различные мероприятия: лекции, показ кинофильмов, групповые занятия музыкой или рисованием и т.д. «Синанон» распространен во многих странах — Германии, Израиле, Англии и т.д. Особенностью этой колонии является то, что программу социальной реабилитации в ней проходят и больные СПИДом. «Синанон» имеет свои отделения в тюрьмах.

Подвижники «Синанона» и замотивированные эксперты считают деятельность этой организации успешной моделью социальной работы. Однако существуют и иные точки зрения, согласно которым зависимость от наркотиков и алкоголя заменяется в колонии многоплановой зависимостью от секты, формируя совершенно оторванный от реальности стиль жизни адепта.

Наиболее полно и последовательно преимущества психотерапии и поведенческой терапии раскрываются в деятельности клубов трезвости, обществ анонимных алкоголиков, группах для супругов-алкоголиков — «Аланон» и других, социотерапевтический климат которых повышает результаты лечения и реабилитации на 50—60% (Kardos G., 1974; Corenblum B., Fischer D.G., 1975; Schwartzman J., 1985; Finney J.W., Moos R.H., 1986; и др.).

Среди больных, ежедневно посещавших после стационарного лечения общество анонимных алкоголиков (АА), воздерживались от употребления спиртных напитков в течение 6 месяцев 73%, среди не посещавших — 33% (Hoffman N.G. et al., 1983).

Бетти Форд, супруга бывшего президента США, в свое время лечилась от алкоголизма, ныне активно участвует в работе общества анонимных алкоголиков. В 1986 г. она написала книгу «Радостное пробуждение», в которой рассказывает, как ей удалось вырваться из двойного ада: алкоголизма и токсикомании.

В Общество анонимных алкоголиков входят как мужчины, так и женщины, которые делятся между собой знаниями, силой и надеждой, чтобы решить свою проблему и помогать другим в выздоровлении (Szesc prawd Billa, 1991). Главная цель АА — соблюдение трезвости и помощь людям в ее достижении.

Единственным условием участия в деятельности общества является желание бросить пить. Это самофинансируемая организация, не связанная с религиозными объединениями, партиями, учреждениями, не участвующая в публичных полемиках.

Структуру и организационную деятельность общества АА определяют 12 принципов:

1. Личное выздоровление зависит от единства АА.
2. Главным авторитетом для АА является Бог.
3. Единственным условием участия в работе общества является желание бросить пить.
4. Каждая группа АА должна быть автономна, за исключением ситуаций, когда решаются проблемы, касающиеся других групп или общества в целом.
5. Основная задача каждой группы — донести идеи АА до страдающих от своего недуга алкоголиков.
6. Группы АА не должны поддерживать, финансировать какие-либо мероприятия и предприятия: денежные проблемы, вопросы собственности, престижа не должны отвлекать от главной духовной цели.
7. Каждая группа АА должна быть самофинансируема.
8. Центры АА являются непрофессиональным объединением, поэтому вправе принимать на работу специалистов, обладающих определенной квалификацией.
9. Общество анонимных алкоголиков не должно восприниматься как жестко структурированная организация, но его члены могут создавать комитеты и бюро для отчета перед теми, кому призваны служить.
10. Анонимные алкоголики не участвуют в публичных дискуссиях, не высказывают свое отношение к каким-либо проблемам и конфликтам.

11. Во внешней политике АА по отношению к СМИ сохраняется личная анонимность членов общества.

12. Анонимность является духовной основой традиций членов общества АА.

Таким образом, особенное внимание члены общества АА уделяют трем принципам: анонимности, независимости, самофинансированию. Принцип анонимности является строго соблюдаемым. Логика финансовой самообеспеченности следует из принципа независимости от различных идеологий и религиозных или политических организаций. Возможность для работы первичных организаций открывает девятый принцип. Функции координации по отношению ко всему объединению выполняет Центральное бюро АА, находящееся в Нью-Йорке (General Service Head — Quarter). Оно располагает списком всех действующих групп АА в мире и принимает на работу штатных сотрудников, содержит издательский институт АА, поддерживает контакт с местными группами, больницами, заключенными, а также с зарубежными группами.

Основой метода АА являются «двенадцать ступеней», наполненных содержанием жизненного опыта первых анонимных алкоголиков:

1. Мы признаем, что были бессильны по отношению к алкоголю, по этой причине наша жизнь стала слишком трудной.

2. Мы убедились, что только Высшая Сила может вернуть нам здоровье.

3. Мы решили посвятить нашу волю и нашу жизнь Богу, такому, каким мы его представляем.

4. Мы вдумчиво и бесстрашно оценили себя и свою жизнь.

5. Мы признались Богу, самим себе и нашим близким о причине наших ошибок.

6. Мы согласились на Божью помощь в исправлении всех изъянов нашего характера.

7. Мы терпеливо просим Бога об этой помощи.

8. Мы составили список всех тех, кого обидели, стремясь загладить свою вину перед ними.

9. Мы возместили за нашу несправедливость тем, кому было возможно, кроме тех случаев, когда это было бы связано с новыми неприятностями для себя и других.

10. Мы продолжаем оценивать свою жизнь, признаваясь в своих ошибках.

11. Мы стараемся в молитве и рефлексии совершенствовать наше единение с Богом, таким, каким его представляем, молясь только о познании его воли по отношению к нам и о силе для ее выполнения.

12. Освоив эти уровни и достигнув духовного пробуждения, мы стараемся донести смысл наших идей до других алкоголиков и следовать принципам нашего общества во всех начинаниях.

Первые три ступени должны помочь алкоголику в осознании проблемы. Следующие шесть являются своего рода очищением собственной личности; три последние способствуют сохранению трезвости, причем основным условием ее достижения является поддержание в себе религиозных мыслей и чувств, а также спасение других алкоголиков (Wierzbicki, 1980).

Метод АА широко применяется для избавления от наркомании, курения, переедания и т.п. Он признан Ассоциацией американских медиков и Национальным советом США по алкоголизму самым эффективным методом из всех имеющихся. К настоящему времени насчитывается около 1 млн человек, которые, начав лечение этим методом, сохраняют полную трезвость. Государство не тратит на АА ни одного цента, метод практически не стоит ничего и для тех, кто им пользуется. Для американцев это крайне важно, так как курс терапии от алкоголизма в клинике стоит от 5 до 15 тыс. долларов. В целом же по стране на лечение алкоголизма расходуется около 1 млрд долларов (Шихирев П.Н., 1988).

В настоящее время общество АА включает 62800 групп в 115 странах мира. Ныне в типичной американской группе АА 35—40% составляют люди со стажем трезвости менее 1 года, 34—40% — от 1 года до 5 лет, 20—30% — более 5 лет. Одну треть составляют женщины, наиболее представлена возрастная группа от 30 до 50 лет, в последние годы быстро растет группа лиц моложе 30 лет. Среди женщин преобладают домохозяйки (25%), среди мужчин — рабочие (30%).

В России Общество АА также состоит из больных алкоголизмом или лиц, имеющих проблемы, связанные с приемом алкоголя, и желающих бросить пить. Согласно уставу, общество независимо в организационном и финансовом отношении от каких-либо политических партий, общественных и религиозных организаций. Наиболее важными принципами АА являются: полная анонимность членов группы; добровольность вступления и выхода в любой момент; стремление к трезвому образу жизни как единственное условие вступления; полное самообеспечение, отказ от помощи государства, организаций и учреждений; полное самоуправление; отсутствие какой-либо иерархической структуры как внутри групп, так и внутри общества в целом (Врублевский А.Г. и др., 1988; Шихирев П.Н., 1987, 1988).

С точки зрения АА, медики должны заниматься физиологической дезинтоксикацией, а сообщество и сам человек осуществляют психологическую дезинтоксикацию и социально-психологическую реконструкцию личности. Программа реконструкции включает 12 шагов. Первый шаг состоит в признании бессилия перед недугом. Второй выражает потребность в поиске духовной психологической опоры. Третий означает уверенность в возможности помощи. Суть четвертого—восьмого шагов — самоанализ, беспощадная самокритичность, отказ от эгоистических поступков, духовное очищение. Шаги девятый и десятый воспитывают умение переносить стрессовые ситуации, ранее приводившие к срывам, что укрепляет самоконтроль. Одиннадцатый шаг ориентирует на постоянную рефлекссию и сознательный контроль за своими поступками, заставляет соотносить их с принятыми моральными принципами. Двенадцатый шаг требует практической реализации всех принципов Общества АА, в том числе главного среди них: помогая другому, ты помогаешь себе даже больше, чем ему.

По экспертным оценкам, от 5 до 10% больных алкоголизмом в США являются членами общества АА, «отсев» из групп составляет 60—70%. При попытке рассмотреть вопрос, кому же помогают АА, выявлены следующие характеристики успешного прогноза: мужской пол, возраст старше 40 лет, принадлежность к среднему или высшему социальному классу, социальная стабильность, тяжелый или запойный вид пьянства, физическая зависимость от алкоголя, утрата контроля, авторитарность личности, высокая потребность участия в обществе АА, склонность к самообвинению, внешний локус контроля, тревожность, ориентация на конформизм.

В программе «12 шагов» понимание религии является специфическим: «Без сомнения, нет людей более чувствительных к духовной вере в себе, религиозной возвышенности и агрессивной религиозности, чем неверующие. Это является тем, о чем мы чаще всего забываем. Предложение «Бог, каким мы его понимаем» является самым важным во всем словаре АА. Оно содержит в себе каждую ступень и направление веры, предоставляя всем возможность выбора веры. Вера для АА является чем-то большим, чем самый прекрасный из даров. Ответственность основывается на том, чтобы делиться верой с другими» (Szesc prawd Billa, 1991).

Wierzbicki (1980) выделяет пять основных принципов терапии АА:

- признание самого алкоголика в том, что по причине зависимости он находится в трагической ситуации, из которой не может выйти без помощи других;
- проведение анализа состояния своей нравственной позиции;
- изменение взаимоотношений с окружением;
- умение довериться помощи и опеке Высшей Силы;
- сотрудничество с другими лицами, страдающими от алкоголизма.

Кроме того, анонимные алкоголики в процессе лечения алкоголизма применяют метод непосредственного обращения к больному с целью вызвать его доверие и создать соответствующее социальное окружение для реабилитации. Программы АА разработаны для жен и детей алкоголиков, которые нуждаются в помощи, чтобы избавиться от созависимости.

Исторически сложившееся несколько враждебное отношение активистов движения АА к врачам в последнее время постепенно преодолевается. Примером наиболее гармоничного сосуществования идеологии профессионального лечения алкоголизма и парапрофессиональной программы АА является деятельность всемирно известного исследовательского и лечебного комплекса в Хэйзелдене (США).

Методом проб и ошибок, путем бесчисленных опытов и исследований в Хэйзелдене была разработана междисциплинарная модель лечения и реабилитации больных алкоголизмом (Войдилло-Ошиатыньска Е., 1988).

В Хэйзелдене медицинская служба принимает пациентов, каждый из которых первые 24 часа проводит в отделении детоксикации и наблюдения. Затем до конца пребывания пациенты обращаются к врачу или медсестре лишь в неотложных случаях. Фармакологические средства не применяются. Здесь придерживаются принципа: отделения представляют собой «чистую зону». Пациентов и посетителей просят не приносить с собой в отделение никаких химических средств, даже витаминов или духов.

Психолог проводит тесты, индивидуальные беседы, организует малые группы, участвует в собраниях пациентов. Цель психологических тестов — демонстрация пациенту его сильных сторон и положительных черт характера. Психолог помогает пациентам восстановить их отношения с близкими людьми, чтобы многочисленные межличностные проблемы не снижали эффективности лечения.

К лечению привлекается и духовный советчик — чаще всего теолог, иногда духовное лицо какого-либо звания. Он работает с пациентами индивидуально или в группе, стремится преодолеть их болезненное отношение к миру — не к отдельным людям (это дело психолога), а именно к миру в целом, ко Вселенной. Духовный наставник помогает больному искать пути к обретению духовного здоровья.

Особую роль выполняет и так называемый консультант по алкоголизму, который чаще всего является парапрофессионалом: у него есть лицензия, получить которую не так просто. Ей предшествуют соответствующая подготовка и практика, составляющие в зависимости от исходной подготовки от 2 до 4 тыс. часов, отданных работе с больными алкоголизмом.

В Хэйзелдене консультантами работают лица, в прошлом имевшие алкогольные проблемы и соблюдающие трезвость после занятий в группе АА. Парапрофессионал, которым является бывший больной, а ныне трезвенник, воплощает в себе надежду пациента на то, в чем он больше всего на свете нуждается во время лечения, — надежду, что «ему это тоже удастся, коль удалось другому алкоголику». Важный аспект работы парапрофессионалов заключается в том, что они делятся с пациентами своим личным опытом обретения трезвости.

Не только в Хэйзелдене, но и во всей сети американской противоалкогольной службы примерно 70—80% терапевтического персонала (куда входят как профессионалы, так и парапрофессионалы) составляют на сегодняшний день лица, в прошлом больные алкоголизмом. Работает также группа сотрудничающих пациентов, признанная важным фактором успешного лечения.

В полидисциплинарном терапевтическом коллективе нет традиционного начальника, которому должны подчиняться остальные. Сущность полидисциплинарной модели Хэйзелдена состоит в том, что весь коллектив сообща решает вопрос об индивидуальном лечении для каждого; этот план подлежит постоянной модификации и актуализации (до последнего дня пребывания пациента в отделении). Такая система работы, при которой нет шефа, а ответственность за уровень работы сознательно и равномерно распределяется среди всех членов персонала, требует, разумеется, особых навыков, среди которых самым важным является уважение.

Весь распорядок жизни в Хэйзелдене строго и последовательно направлен на то, чтобы пациент полностью был сосредоточен на лечении, которое в основном базируется на воспитании. Все 28 дней для мужчин и 32 дня для женщин наполнены с утра до вечера лекциями, беседами, фильмами об алкоголизме, после которых проводятся обязательные дискуссии, называемые здесь «процессами». Немалая часть времени отводится также на групповую и индивидуальную терапию, но гораздо большая — на самостоятельную работу, в которую входит составление письменных рефератов по так называемым первому, второму, третьему и четвертому шагам программы АА. Каждый пациент должен также в течение месяца изучить в среднем около 400 страниц различных текстов. Организованы дежурства по раздаче питания, уборке, стирке личных вещей, практикуются ежедневные двигательные упражнения, а также групповые выезды 1—2 раза в неделю на проходящие в соседнем городке собрания АА. Месяц в Хэйзелдене — это месяц лекций по самодисциплине (Войдилло-Ошиатыньска Е., 1988).

За последние десятилетия движение самопомощи анонимных «соратников» стало естественным союзником службы здравоохранения многих стран. И наоборот — служба здравоохранения, используя опыт этих обществ, начала создавать программы помощи людям, страдающим алкоголизмом и наркоманиями. Программу АА можно анализировать с различных точек зрения. По своей сущности она провозглашает «творческое беспокойство», формируя вместе с тем стремление к искренности в контактах с другими, желание быть удовлетворенным жизнью, реализовать жизненные цели. Ценностью, дающей смысл человеческому существованию, является надежда. Именно она позволяет упорядочить самые разные личностные стремления и понять чувства других людей. Принимая надежду как ценность, отвечающую самым глубоким человеческим потребностям — поиску новых разнообразных форм сосуществования, человек стремится утвердить жизнь в каждом ее проявлении.

В настоящее время в мире существует множество альтернативных АА групп и обществ:

- Женщины за трезвость (**Women for Sobriety — WFS**);
- Разумное выздоровление (**Rational Recovery — RR**);
- Ограниченное вмешательство (**Moderation Management — MM**);
- Мужчины за трезвость (**Men for Sobriety — MFS**);
- Самоуправление и обучение выздоровлению (**Self Management and Recovery Training — SMART**).

Альтернативные группы приобретают все большую известность. Многие из них в чем-то напоминают деятельность АА, но пока отсутствует серьезный эмпирический материал по исследованию воздействия этих групп на лечение разных форм аддиктивного поведения (Novarth A., 2000).

Альтернативные группы имеют значительное сходство с программой АА «12 шагов»:

- во всех группах не проводятся исследования эффективности практической помощи;
- во всех группах после 60—90-минутного собрания звучит просьба о пожертвовании;
- все группы изначально самофинансируемые (в основном только членами группы и за счет продажи различных необходимых материалов: книг, пособий, аудио- и видеокассет);
- все, исключая ММ, абстинентно ориентированы, т.е. требуют полного отказа от употребления ПАВ;
- все, исключая SMART, были основаны одним или двумя лидерами, имеющими представление о реабилитации пациентов с аддиктивным поведением;
- все, исключая RR, являются некоммерческими организациями.

Вместе с тем программные и организационные различия между альтернативными группами и АА достаточно выражены:

- несмотря на то, что WFS и MFS понимают аддиктивное поведение как болезненный процесс, в реабилитационной программе этих групп нет понятия «Высшая Сила» как фактора выздоровления;
- в альтернативных группах нет «спонсорства» над новичками. Во всех группах, исключая RR, используются принципы и практические навыки профессионального лечения аддиктивного поведения;
- в начальном периоде активного вовлечения участников в процесс лечения рекомендуется присутствие не менее чем на 1—3 встречах в течение недели (в группах АА — 90 собраний в течение 90 дней).

Имеются существенные различия в проведении собраний в группах АА и в альтернативных антиалкогольных группах. Все группы (примерно по 6—12 участников) обычно посвящают большую часть времени обмену мнениями (cross-talk). В проведении собраний нет жесткого ритуала, обычно один человек руководит темой дискуссии. Полная информация обо всех группах самопомощи и самоподдержки для пациентов с аддиктивным поведением находится в American Self-Help Clearinghouse, который имеет информацию по 750 национальным группам самоподдержки.

### **Женщины за трезвость (Women for Sobriety — WFS)**

WFS была организована в 1976 г. с целью решения индивидуальных проблем (низкая самооценка, самообвинение, самоуничужение, чувство вины и унижительное положение) женщин-алкоголичек. Основателем этой группы является доктор социологии Jean Kirkpatrick, имевшая опыт лечения в группе АА, что частично разрешило ее проблемы как женщины-алкоголички.

Несмотря на профессиональное лечение и участие в АА, J.Kirkpatrick является алкоголиком с 30-летним стажем. Ее анамнез жизни и болезни весьма богат: лечение в психиатрической клинике, дорожные происшествия и травмы, тюрем-

ное заключение, периоды жесточайшей депрессии и суициды. J.Kirkpatrick считает свою судьбу типичной для многих женщин. По ее мнению, АА не способствует выздоровлению женщин-алкоголичек. В возрасте 50 лет после посещения Объединенной церкви, чтения Торы и др. J.Kirkpatrick неожиданно бросила пить и защитила кандидатскую диссертацию по социологии. Несколько лет спустя она сформулировала принципы организации WFS. J.Kirkpatrick включила в программу социальной реабилитации женщин бихевиорально-когнитивные методики, с акцентом на пропаганде здорового образа жизни.

WFS предназначена для женщин-алкоголичек (включая тех, у кого имеются проблемы с лечением алкоголизма). J.Kirkpatrick предполагает, что для некоторых женщин более эффективно лечение в группах АА с целью достижения начальной абстиненции, так как вначале программа WFS может показаться сложной. После нескольких месяцев абстиненции, однако большинство женщин верят в идеи этой организации.

WFS считает алкоголизм физическим заболеванием, которое женщина может одолеть («вырасти из него»), обучаясь самоукреплению поведения (self-enhancing) путем применения следующих принципов:

- 1) позитивное подкрепление (одобрение и поддержка);
- 2) когнитивные стратегии (позитивное мышление);
- 3) поддерживающие физические упражнения (техника релаксации, медитация, диета, нагрузка);
- 4) участие в динамических группах.

Программа WFS состоит из 6 уровней:

1. Осознание алкоголизма как физической болезни.

- У меня есть жизнеугрожающая (алкогольная) проблема, которая овладела мной.

2. Отвержение негативных идей, избавление от чувства вины, разработка пути решения проблем и новых взглядов.

- Негативное мышление разрушает только меня саму.

- Проблемы докучают мне лишь в той степени, в какой я воспринимаю их.

- Прошлое ушло навсегда.

3. Создание и разработка своего нового имиджа.

- Я — то, что думаю о себе.

- Я полноправная женщина и могу многому дать жизнь.

4. Использование новых привычек, формирующих новые поведенческие навыки.

- Счастье — это привычка, которую я буду развивать в себе.

- Жизнь может быть обычной или знаменательной.

- Энтузиазм — мое ежедневное упражнение.

5. Улучшение взаимоотношений с другими как результат позитивных чувств о самих себе.

- Любовь может изменить направленность моего мира.

- Любовь всегда возвращается.

6. Распознавание жизненных приоритетов: эмоциональный и духовный рост, ответственность за себя.

- Основной жизненный объект — духовный и эмоциональный рост (созревание).

- Я отвечаю за себя и свои действия.

Исследований по сравнительной эффективности посещения различных групп самоподдержки, а также причин предпочтения WFS перед другими движениями пока

мало. L.Kaskutas (1993, 1994) обследовала 579 женщин, которые посещали только WFS и, наоборот, AA одновременно с WFS. Ответы респонденток красноречиво свидетельствуют о том, что женщинам необходим особый подход при лечении алкоголизма. Участницы WFS отметили, что они не чувствовали себя бодрыми и здоровыми в группах AA, где слишком много негативных эмоций, им не нравились обсуждения «анамнезов пьянства» (drunkalogues) и акцентирование внимания на прошлом. По мнению женщин, общество AA более подходит мужчинам, чем женщинам.

В группах WFS участницы ощущали себя более естественно, чувствовали опеку над собой и поддержку со стороны окружающих, было отмечено появление положительной самооценки и позитивных эмоций. Те, кто посещал собрания и в AA, и в WFS, отметили, что главный для них результат — почти полное отсутствие рецидивов пьянства, поэтому они посещают обе группы. По их мнению, AA имеет свои преимущества перед WFS. В то же время В.Талан (1982) обследовала 115 женщин в AA и WFS и не нашла различий между реакцией на посещение группы, продолжительностью посещений или методами лечения.

### **Разумное выздоровление (Rational Recovery — RR)**

Группа RR была основана Jack Trimpey, LCSW, в 1985 г. для проведения рациональной (как противоположной духовной) терапии при лечении алкоголизма и токсикомании. Собственный опыт Trimpey показал, что только благодаря рациональному мышлению и рассуждению можно решить алкогольные проблемы.

В качестве теоретической основы своего метода лечения Trimpey заимствовал рационально-эмотивную бихевиоральную терапию (РЭБТ) А.Еллиса. Позже он сформулировал тезис о том, что выздоровление — это техника развития, и изложил принципы голосовой техники распознавания наркотической зависимости (ГТРНЗ) — Addictive Voice Recognition Technique (AVRT).

Сегодня основные постулаты RR сформулированы как соединение РЭБТ для решения эмоциональных проблем, мешающих поддержанию трезвости, и ГТРНЗ для преодоления аддиктивного поведения.

Взгляды Trimpey на роль поддержки со стороны группы в выздоровлении, взаимоотношения между рационально-эмотивной терапией и голосовой техникой осознания аддикции изложены в его пяти книгах. Он часто пишет, что «голосовая техника осознания аддикции может научить преодолевать аддикцию людям, которым она мешает, без прибегания к антиаддиктивному лечению, без посещения терапевтических групп и без вмешательства других» (Trimpey J., 1994).

Начиная с 1993 г. группы RR основное внимание уделяют голосовой технике и меньше внимания — рационально-эмотивной бихевиоральной терапии. Несмотря на то, что эти группы предназначены для тех, кто страдает зависимостью от ПАВ, включая алкоголь, в их деятельности могут принимать участие и лица с другими видами зависимостей. Так как RR существует относительно недавно, считается, что строгого показания к участию в группах нет.

RR рассматривает «проблемы алкоголизма и наркомании» как результат воздействия «зверя» (the Beast) или как «наркотический зов», т.е. часть мозга, которая повреждена интоксикацией, пытается подтолкнуть к достижению удовольствия. Ответной силой на воздействие «зверя» («убивающее воздействие») выступает голосовая техника распознавания наркотической зависимости. Целью ГТРНЗ является пожизненное воздержание от употребления ПАВ, что достигается мониторингом своего состояния

и достаточным уровнем осведомленности о симптомах возможного рецидива болезни. ГТРНЗ внушает, что вместо «Я хочу выпить» следует говорить «Зверь хочет выпить». Эти и подобные утверждения помогают человеку осознать природу своего недуга и предотвратить срыв ремиссии. Рационально-эмотивная терапия, как стадия начального формирования RR, иллюстрирует рациональное и иррациональное мышление, являющееся «философией алкоголизма». Первой иррациональной мыслью, по мнению J. Trimpey, является «Я бессилён контролировать мое стремление выпить, и невозможно уследить, как я отправляю все это себе в рот». Рациональное убеждение состоит в том, что «Я способен контролировать движения моих лицевых мышц и движения конечностей».

По предварительной оценке, с января 1996 г. было проведено несколько сотен собраний RR в США и несколько десятков в других странах. Группы RR поддерживаются службой связи, принадлежащей J. Trimpey и его супруге Lois Trimpey. RR проводит для своих участников обучающие семинары и другие мероприятия.

В результате исследований M. Galanter, S. Egeiko, H. Edwards (1993) были опрошены 433 участника-мужчины из 63 групп, посещающих RR не менее одного года. Все они были хорошо образованны, работали, не участвовали в деятельности религиозных организаций. Их пьянство продолжалось примерно в течение 25 лет. Многие из респондентов ранее посещали группы AA. Оказалось, респонденты начинали ощущать свою принадлежность к RR примерно после трехмесячного участия в группах. Средняя продолжительность RR-терапии составляет около 10 месяцев, что не только помогает начинающим абстинентам, но, в большей степени, способствует удержанию абстиненции лицам с длительным стажем трезвости. Atkinson D.R., Abreu J., Ortiz-Bush Y., Brewer S. (1994) провели исследование среди студентов колледжей и обнаружили, что модель RR более эффективна, чем модель AA.

### **Ограниченное вмешательство (Moderation Management — MM)**

MM было основано в 1993 г. Audrey Kishline в целях поддержки лиц, решивших прекратить потребление алкоголя. Как показывает их собственный опыт, достичь цели в одиночку, без группы поддержки, очень трудно.

По словам Kishline, в возрасте между двадцатью и двадцатью девятью годами ее злоупотребление алкоголем возрастало по мере роста числа проблем и уменьшалось, когда число проблем снижалось. Kishline в течение нескольких лет посещала группу AA. Ее первоначальная реакция на лечение была плачевной — пьянство усилилось и приобрело более запущенные формы. По мнению Kishline, ее собственное «пророчество» всевозможных несчастий было связано с изучением алкоголизма как болезни. (Нечто напоминающее синдром ученика у студентов старших курсов мединституттов.) Как считает сама Audrey Kishline, постепенно, в течение нескольких лет, созревая и взрослея, она выбиралась из своих проблем, работая и изменяя свою жизненную позицию на более активную (замужество, рождение детей, домашняя работа, курсы в колледже, хобби, друзья).

В 1994 г. Audrey Kishline выбрала возвращение к умеренному потреблению алкоголя. Она уверена, что ее потребление алкоголя можно было вернуть к норме, однако первоначально была неправильно проведена диагностика. Kishline основала MM в надежде помочь лицам, находящимся в подобной ситуации.

MM создано для тех, у кого имеется диагноз «злоупотребление алкоголем» и нет зависимости от алкоголя. В качестве основных к членам MM выдвигаются два требования:

- готовность принять собственное поведение;
- желание ограничить потребление алкоголя.

ММ не занимается лицами, имеющими симптомы алкоголизма, а также теми, кто имеет соматические заболевания, при которых запрещено потребление алкоголя (кардиомиопатия, диабет, заболевания ЖКТ), состояния, при которых запрещено потребление алкоголя (беременность, поведенческие нарушения), а также лицами, находящимися в состоянии психологического кризиса. В последнее время ММ также не рекомендуют посещать тем, кто поддерживает состояние ремиссии на фоне предшествующей тяжелой алкогольной зависимости.

Членство в ММ рекомендуется тем, кто входит в группу риска и может в будущем иметь проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Группа риска может быть выявлена после заполнения опросника по диагностике алкогольной зависимости (Short Alcohol Dependence Data Questionnaire — SADD), входящего в справочник ММ. Если в результате заполнения теста человек набирает от 1 до 9 баллов, то зависимость от алкоголя низкая, от 10 до 19 — средняя, выше 20 (максимально — 45) — высокая. Как правило, хороший прогноз воздействия ММ у кандидатов, набравших не более 16 баллов. Те, кто набирает от 16 до 19 баллов, должны посещению ММ предпочесть профессиональную помощь врачей. Те, кто набрал выше 20 баллов, должны соблюдать строгое воздержание от приема ПАВ.

ММ помогает преодолеть ранние (потенциальные) алкогольные проблемы, пока они не усилились и не придавили человека, как снежная лавина, поэтому ММ является частично профилактической программой.

ММ считает проблемы, связанные с потреблением алкоголя, следствием плохих привычек, реже — проявлением заболевания. Деятельность общества основана на эмпирически подтвержденной когнитивно-бихевиоральной программе обучения ограничению употребления алкоголя. Участники ММ считают, что 6—18 месяцев еженедельных посещений тренингов — достаточный срок для успешного овладения программой.

Под умеренным потреблением алкоголя в ММ понимают не более 4 стандартных порций в течение дня (для мужчины), не более 4 дней в неделю, не более 14 стандартных порций в течение недели. Стандартная порция — это 12-унциевая бутылка пива (1 унция — 31,1 г), или 5 унций вина, или 1,5 унции ликера. Хотя ликеры имеют различную крепость, в них содержится примерно одинаковое количество алкоголя. Для женщин умеренное потребление алкоголя понимается как не более 3 порций в день, не более 4 дней в неделю или 9 стандартных порций алкоголя в неделю.

### **Мужчины за трезвость (Men for Sobriety — MFS)**

Группа MFS была создана в 1992 г. Jean Kirkpatrick и основана на тех же принципах, что и WFS. В настоящее время эта организация успешно развивается аналогично WFS.

### **Самоуправление и обучение выздоровлению (Self Management and Recovery Training — SMART)**

SMART создана в 1992 г. как некоммерческая организация под названием Rational Recovery Self-Help Network (сеть групп самопомощи «Разумное выздоровление») в результате соглашения с Jack Trimpey, основателем системы клубов «Разумное выздоровление».

Цель SMART — помощь людям, пытающимся справиться с аддиктивным поведением, а также тем, кто решил воздерживаться от употребления ПАВ, включая алкоголь.

Под аддиктивным поведением в SMART понимается употребление различных ПАВ, включая алкоголь, кофеин, никотин, анальгетики и другие лекарства, чрезмерное употребление пищи, а также некоторые формы деятельности — азарт, сексуальные злоупотребления, булимия, трудовоголизм, пристрастие к трате денег и т.д. Все эти формы аддиктивного поведения имеют различную степень выраженности. Лица, ощутившие на себе негативное влияние аддиктивного поведения, должны уметь воздерживаться от своей зависимости.

Основные принципы деятельности SMART следующие:

1. Мы помогаем тем, кто решил стать независимым от аддиктивного поведения.
2. Мы учим:
  - повышать мотивацию к воздержанию;
  - справляться с неожиданностями;
  - управлять своими мыслями, чувствами и поведением, поддерживать чувство удовлетворения.
3. Наши принципы основаны на научных знаниях и оценке эффективности воздействия.
4. Те, кто желает стать независимым от аддиктивного поведения, могут присоединиться к нам, выполнять наши правила, а в дальнейшем помочь другим.

Программа SMART предлагает когнитивно-бихевиоральную стратегию и рассматривает аддиктивное поведение как дезадаптацию. SMART ставит перед своими клиентами следующие цели: поддержка мотивации к воздержанию и оздоровление окружающей среды; эффективные и быстрые способы разрешения ситуации, создавшейся в результате употребления ПАВ; рациональное мышление и нормализация образа жизни.

SMART предполагает открытые и закрытые собрания. Каждый участник собрания вовлекается в дискуссию. Обсуждаются изменения, произошедшие в жизни участников группы, взаимодействие с другими людьми, управление эмоциями и поведением. Активно используется метод рационально-эмотивной терапии А.Эллис — обсуждение иррациональных идей и способа их разрушения.

По примеру анонимных алкоголиков в 1973 г. в США были созданы группы анонимных наркоманов (АН), (Narcotics Anonymous), объединяющие мужчин и женщин, взрослых и подростков, прошедших начальный этап медикаментозной терапии и осознавших свою токсическую зависимость. В группах АН используется программа АА «12 шагов». Главный принцип АН — наркомания не является свободным выбором, это зависимость.

Объединение поддерживает связь с больницами, центрами реабилитации, тюрьмами, территориальными единицами, приходами. Встречи АН проходят в виде дискуссий, вечеров вопросов и ответов, выступлений с докладами, чтения литературы и т.д.

Еще одной формой социальной работы, направленной на изменение социального окружения, являются антиалкогольные клубы. Первые антиалкогольные клубы были созданы в Венгрии (Шимек Ж., Соболева Л. Ф., 1984). Организационные принципы, задачи и материальные условия создания и работы клубов были закреплены в документах Министерства здравоохранения Венгрии. Курировали работу клубов

представители медицинских учреждений (врач, психолог), материальную помощь оказывал районный совет, организовывал работу выборный совет членов клуба во главе с секретарем. Под контролем Государственной антиалкогольной комиссии и Научно-методического центра по алкоголизму ежегодно проводились встречи секретарей клубов с целью повышения знаний и обмена опытом работы. Антиалкогольные клубы имели свой печатный орган «Известия клубов», выходящий в приложении к научному журналу «Alkoholologia» 4 раза в год. Хотя эффективность успешно работающих клубов не подвергалась объективной оценке, необходимость клубного движения в реабилитации больных алкоголизмом ни у кого не вызывала сомнения.

Накоплен значительный опыт работы антиалкогольных клубов в Эстонии (Ка-ру Э.Ю., 1974), Латвии (Сочнева З.Г., Страздыньш Я.К., 1976; Броканс Э., 1981), Литве (Мачюлис В. А. и др., 1981) и др. В странах Балтии членом клуба мог стать каждый желающий бросить пить, а также любой человек после или во время антиалкогольного лечения. Члены клуба активно участвовали в беседах, вечерах вопросов и ответов, выступали с публичными самоотчетами. В клубе проводились культурно-просветительные мероприятия: концерты с приглашением профессиональных артистов, показы кинофильмов, загородные прогулки. Праздники и семейные торжества отмечались в клубе, как правило, с приглашением членов семей. В работе клуба в той или иной форме принимали участие представители общественности, что повышало авторитет клуба и усиливало терапевтическое воздействие на его членов. Клубный метод расширял и дополнял существующие методы лечения. Он удачно сочетал в себе условия, необходимые для успешного лечения алкоголизма: психотерапию; продолжительный тесный контакт больного с врачом, который поддерживался и в последующее время, влияя на длительность ремиссии; непереносимое участие семьи и общественности.

Решающее значение для поддержания ремиссии, достигнутой антиалкогольным лечением, как отмечали Ю.М.Саарма, Х.Я.Вяре и Ю.Э.Аасо (1978), имеет создание такой микросреды, такого круга близких людей, среди которых бывший больной алкоголизмом мог бы чувствовать себя достойно, мог бы встретить понимание и уважение.

Опыт социальной работы в наркологии накоплен во многих странах. Наиболее эффективными являются следующие программы: «Emiliehoeve» (Голландия), Coolemine (Ирландия), Neuthal (Швейцария), Hassela (Швеция), Valstad (Швеция), Progetto Uomo (Италия), Phoenix House (Великобритания), Nadyieja (Польша). Знакомство с этими программами, с одной стороны, может помочь в организации социальной работы в наркологии и выявить общие принципы построения программ реабилитации и ресоциализации, с другой — показывает, что каждая страна обладает своим потенциалом знаний и умений в области наркологической превентологии.

В социальных программах реабилитации и ресоциализации основное внимание уделяется следующим этапам:

- прием и установление первого контакта с наркоманом с целью убедить его в том, что проблемы заключаются не в наркотике, а в самом человеке, и поэтому необходимо изменить свое поведение;
- соблюдение отказа от курения, приема алкоголя и наркотиков;
- фаза закрытого лечения (от 3 до 10 месяцев), во время которого человек имеет возможность полностью оторваться от своего наркотического окружения, познакомиться с правилами новой группы и начать сравнивать свое поведение с образцами, принимаемыми группой;

- встреча с родными и близкими в реабилитационном центре либо переписка, телефонный контакт. В этот период происходит не только обмен упреками, но и «психологическое созревание»;
- обучение самостоятельности и ответственности за свои поступки, планирование своей жизни. На этом этапе наркоманы начинают работать или продолжают учебу, учатся распоряжаться деньгами, свободным временем.

Параллельно в течение всего периода социальной реабилитации проводится психологическая реабилитация, которая имеет целью избавление от тревожности и ложной мотивации употребления ПАВ, выработку уважения к себе и другим. Психологи очень часто используют метод конфронтации, что является болезненным, но необходимым для процесса ресоциализации. Важным вопросом в социальной работе с больными алкоголизмом является определение ее ориентации на стационарное или амбулаторное звено наркологической службы. Проведенное Н.М.Аппис (1986) сравнение групп больных алкоголизмом, одинаковых по клиническим и социальным характеристикам, проходивших интенсивные курсы стационарного лечения сроком 3 или 5 нед., 3 нед. или 3 мес., 9 дней или 1 мес., показало, что продолжительность лечения существенно не влияла на его эффективность. Обнаружено, что более 90% больных могут эффективно лечиться в амбулаторных условиях, к тому же это значительно дешевле. Однако независимо от того, в стационарных или амбулаторных условиях оказывается социальная помощь больным, продолжительность активного антиалкогольного лечения должна быть не менее 2 лет (Hinterhuber H. et al., 1986; и др.).

Одним из дискуссионных критериев реабилитации больных алкоголизмом является *переход на контролируемое употребление алкоголя*. При 5—7-летнем анамнезе J.E.Helzer и соавт. (1985) обнаружили устойчивое умеренное употребление у 1,6% обследуемых, преимущественно воздерживались, допуская при этом эпизодические выпивки, 4,6%, полностью воздерживались 15%. При катamnестическом обследовании через 3 года после лечения J.R.Taylor и соавт. (1986) обнаружили умеренное употребление алкоголя менее чем у 3% больных. Приведенные данные дают мало оснований для оптимистической оценки возможности перехода больных алкоголизмом на продолжительное умеренное потребление спиртных напитков.

Реальный профилактический потенциал реабилитации в последнее время представляют программы, направленные на социальную работу с уязвимым с точки зрения алкоголизации контингентом. Так, во Франции для лечения лиц, имеющих риск развития зависимости от алкоголя или начальные стадии заболевания, создаются специальные *центры пищевой гигиены и алкогологии*. В 1976 г. таких центров было 15, к 1985 г. — более 200. Одни из них имеют минимальный штат (врач, социальный ассистент и секретарь), в других работают группы врачей (терапевты, психологи, социальные работники, диетологи, специалисты по трудотерапии), а также юристы, воспитатели; привлекаются к работе добровольцы из числа лиц, ранее злоупотреблявших алкоголем, но бросивших пить.

Главная задача центров — выявление и лечение лиц, имеющих риск развития зависимости от алкоголя. При необходимости (невозможность самому больному прекратить употребление алкоголя, наличие соответствующей мотивации, риск висцеральных осложнений) уже имеющих зависимость от алкоголя госпитализируют. При госпитализации проводится социально-психологическое обследование больных с целью выявления типа личности, после чего назначаются лекарственные средства для индукции отвращения к алкоголю. Кроме того, лечащая группа (врач, социаль-

ный работник, психолог, консультант) должна убедить пациента, что главным в лечении является не прием медикаментов, а воля пациента, его желание прекратить употребление алкоголя. В этих целях проводится психотерапия (индивидуальная или групповая). Важным в достижении благоприятных отдаленных результатов является воздействие среды (в частности, таких организаций, как ассоциации лиц, бросивших пить, и др.).

По данным D. Vagrusand и соавт. (1985), результаты лечения в этих центрах не слишком обнадеживают: ремиссия от 6 до 23 мес. выявлена у 15% пациентов, от 2 лет и более — у 25%. Наилучшим был прогноз у больных в возрасте до 50 лет, семейных, которые примкнули к движению лиц, отказавшихся от употребления алкоголя. Худшим был прогноз у лиц с длительным периодом предшествовавшей алкоголизации, не имеющих семьи.

Говоря о социальной работе в наркологии за рубежом, следует затронуть две очень важные темы — страхование наркологических больных и социальная работа с лицами, зависимыми от ПАВ, в тюрьме.

Как показывают данные исследований, около 60% всех хронических заболеваний (ЖКТ, опорно-двигательного аппарата) имеют в своей основе злоупотребление алкоголем. Экономическая выгода *медицинского страхования (МС) наркологических больных* была доказана в США в результате специальных исследовательских проектов. В 1980-е годы по причине алкогольных проблем американское общество ежегодно теряло до 80–120 млрд долл. (Пелипас В.Е., 1997). В большинстве американских штатов администрация регулирует всю страховую деятельность на своей территории и включает в свои планы по здравоохранению регламентацию специфических вопросов страхования при алкоголизме. В 1987–1988 гг. в США на финансирование различных организаций, занятых научными исследованиями в области алкоголизма, было израсходовано 1,7 млрд долларов, причем на частную помощь пришлось 34,6% этой суммы.

За рубежом основная тенденция развития МС со времени его становления состояла в неуклонном расширении масштабов и форм обеспечения населения медицинской помощью за счет охвата страховыми структурами все возрастающего числа лиц с различными болезненными состояниями и связанными с ними проблемами. Однако до последнего времени медицинское страхование больных алкоголизмом, наркоманиями и лиц с наркологическими проблемами было связано с большими трудностями. Главная из них заключалась в так называемой общественной анозогнозии — отказе общества рассматривать алкоголизм как болезнь и склонности видеть в нем лишь «дурной характер», «слабоволие» или «распущенность».

Выделение больных алкоголизмом и лиц с алкогольными проблемами в отдельную категорию страхуемых способствует направлению определенной части средств системы МС на профилактику алкоголизма, лечение и реабилитацию таких больных.

Как свидетельствует американский опыт, обязательное включение в страховой полис пункта о покрытии расходов на лечение алкоголизма способствовало почти двадцатикратному увеличению доли чистых доходов специализированных антиалкогольных клиник за счет лечения в них клиентов частных страховых компаний.

Наилучшие результаты при лечении застрахованных наркологических больных достигаются в том случае, если обеспечено тесное сотрудничество медицинских страховых компаний и соответствующих государственных структур, занимающихся вопросами системного планирования и организации наркологической помощи.

Страхование больных алкоголизмом свидетельствует о том, что их лечение, расходы на которое покрываются страховыми компаниями, является достаточно эффективным (около 30,0% больных излечивается полностью и еще столько же попадает в эту категорию спустя один год). Обязательное включение в полис по медицинскому страхованию пункта о лечении алкоголизма существенно не повышает общую стоимость страхования, если размеры дополнительных выплат не превышают 1,2—1,4% месячной заработной платы. Таким образом, при определенном количестве страхователей и при достигнутом в настоящее время уровне эффективности лечения алкоголизма получаемые компанией суммы оказываются достаточными для покрытия всех расходов на лечение алкоголизма. Организация страховой деятельности в отношении больных алкоголизмом должна осуществляться на основе планирования контингентов страхователей и расходов компаний на их лечение, что предполагает создание в рамках страховых структур банка информации, регистра застрахованных лиц и научно-исследовательских программ (Пелипас В.Е., 1997).

Не менее важной частью социальной работы в наркологической превентологии является ее *организация в тюрьмах и местах заключения*. Типичная концептуальная схема работы с наркозависимыми в тюрьме включает в себя: подготовку и перевод в стационар или реабилитационное отделение, регулярные индивидуальные беседы психотерапевтического характера, консультации по вопросам социального обеспечения или правового регулирования семейных обстоятельств, особенно связанным с детьми, подготовка мероприятий по постепенному ослаблению режима содержания, сопровождение социальными работниками на заседания суда в качестве доверенных лиц, а также для психологической поддержки, сопровождение во время тренировочных отпусков за пределы тюрьмы с целью подготовки к освобождению, сотрудничество со всеми службами тюрьмы, контакты социальных работников с членами семей, подготовка к сохранению контактов со службой после освобождения (Рыбакова Л.Н., 1992).

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИИ

Социальная работа в России имеет давние традиции, в том числе и в наркологии. В 1701 г. Петром I был принят указ «Об определении в домовыя Святейшего Патриарха богадельни нищих, больных и престарелых», в котором регламентировалось оказание социальной помощи вышеназванным группам населения (Филиппова Г.П., 1997).

Социальный работник имеет дело не только с травмированной, потерявшей жизненные ориентиры, беспомощной личностью. Он имеет дело с ожиданием помощи, в котором воплощена последняя надежда, вера в человека, готового оказать эту помощь. Разрушение безответным неисполнением или невыполненными обещаниями этой надежды, ожидания наносит людям еще больший удар.

Интегрирующей парадигмой всех реабилитационных программ социальной работы в наркологии является понятие социальной поддержки.

**Социальная поддержка** — это обмен ресурсами между разным количеством индивидуумов (по крайней мере, двумя), воспринимаемых как донор и реципиент (получатель) поддержки.

Социальная поддержка является функцией социальных сетей, характеризующих социальную среду личности. Люди, получающие эффективную социальную под-

держку от семьи, друзей, значимых для них лиц и социальных сообществ, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят жизненные трудности, более устойчивы к развитию зависимости. Так происходит потому, что социальная поддержка, создавая «буферный эффект», смягчает влияние стрессов на организм и личность и тем самым способствует сохранению здоровья человека. Отсутствие социальной поддержки является одним из факторов развития наркомании и алкоголизма. Однако даже оказываемая в той или иной форме социальная поддержка не всегда вызывает субъективную удовлетворенность реципиента. Это зависит от способности принимать поддержку (Ялтонский В.М. и др., 1999).

*Восприятие социальной поддержки* определяется как различие между самооценкой реципиента и оценкой другими получаемой им помощи. Особенно важны удовлетворенность и уверенность личности в том, что ощущаемая ею нехватка понимания, информации, обратной связи и других ресурсов, необходимых для развития и выздоровления, будет восполнена. Быстрое формирование болезней, в основе которых лежит психическая и физическая зависимость от ПАВ, происходит на фоне хронических, нередко заранее труднопрогнозируемых стрессов современной жизни и становится наиболее вероятным в связи со стрессопротективным эффектом конкретного ПАВ на фоне неразвитых механизмов психологического преодоления стресса. Как показывают исследования, социально-поддерживающее поведение у больных алкоголизмом характеризуется функционированием дезинтегрированных, распадающихся социальных сетей «семья», «друзья», «значимые другие», что не обеспечивает потребности больного в социальной поддержке. Поэтому первостепенную задачу социальной работы в наркологии составляет нормализация социально-поддерживающего поведения там, где это возможно, либо формирование новых социально-поддерживающих сетей.

Социальная поддержка — это форма помощи в преодолении каких-либо трудных ситуаций. Различают инструментальную (т.е. осязаемую, материальную) и эмоциональную (т.е. способствующую самоутверждению) социальную поддержку (Thoits P.A., 1986). Оскудение сети социальной поддержки определяется не только особенностями поведения больного, но и проблемами, которые испытывает семья, проживающая вместе с человеком, имеющим зависимость от ПАВ.

Социальная работа в наркологии имеет самые различные формы. Одной из них является деятельность *общественных негосударственных организаций* (НГО), занимающих свою нишу в сфере социальных услуг, организующих работу как на коммерческой, так и на благотворительной основе. НГО — это организации нового типа, создающиеся на истинно добровольной, волонтерской основе, независимые в организационном и финансовом отношении. Несмотря на большое многообразие НГО, работающих в сфере наркологии, большинство из них было создано или профессионалами, неудовлетворенными своей деятельностью в жестких рамках официальной наркологии, или самими носителями проблем. Организационным механизмом разрешения острой проблемной ситуации, сложившейся в наркологии, является реализация социального заказа в виде конкретных социальных программ, финансируемых на конкурентной основе государством и внедряемых НГО. Примером такой программы является проект «*Ночлежка*» (Санкт-Петербург), участники которого занимаются проблемами бездомных, чье положение напрямую связано с употреблением ПАВ (Зыков О.В., Цетлин М.Г., 2000).

С 1987 г. в Москве работает фонд «*Нет алкоголю и наркотикам*» (НАН), занимающийся профилактикой, лечением алкоголизма, наркомании, внедрением и распро-

странением знаний по социальной реабилитации наркозависимых и алкоголиков. Так, в 1992 г. фондом создан приют «Дорога к дому» для беспризорных детей из семей алкоголиков и наркоманов. Благодаря приюту была организована система экстренной медико-социальной помощи детям и подросткам. В настоящее время помимо приюта существует детская амбулатория по оказанию помощи подросткам, имеющим проблемы с алкоголем и наркотиками, при которой работает телефон доверия. Фонд имеет отделения в 42 регионах России. На базе фонда действует несколько информационно-просветительских программ:

- «Зебра». Работает по принципу дневного стационара, предусматривает помощь взрослым алкоголикам по программе АА и индивидуальные консультации.
- «Выбор». Информационно-просветительская программа для населения. Включает в себя работу на предприятиях, консультации, группы взаимопомощи, лекции, обучающие семинары для руководителей наркологических лечебных учреждений, врачей, консультантов лечебных программ.
- «Перекресток». Лечебно-реабилитационная программа для детей и подростков, работает в амбулаторном режиме, основана на принципах программы «12 шагов», с включением различных эффективных психотехник.

В качестве первой пробы комплексной социально-психологической программы реабилитации наркоманов можно назвать создание *лечебно-реабилитационного комплекса «Марфино»*, в котором проходят реабилитацию больные наркоманией в возрасте от 16 до 27 лет. Реабилитация длится в зависимости от личностных качеств пациентов и соматического состояния от 1 до 6 месяцев (Ревенко В.И., Москвичев В.Г., 1999).

Наиболее важными принципами социально-реабилитационного процесса в программе «12 шагов», используемой в России, являются:

- *Познавательный*. Понимание механизма нарушений, происходящих при алкоголизме и наркомании; потребность в психологической защите настраивает на отказ от потребления алкоголя и наркотиков.
- *Эмоциональный*. Определенные эмоциональные состояния могут привести к пьянству, поэтому необходимо информировать пациентов о способах преодоления негативных эмоций.
- *Поведенческий*. Зависимость воздействует на целый комплекс поведения, на ряд привычек, поддерживая прием наркотиков или алкоголя; необходимо вести активный образ жизни, чтобы поддерживать трезвость.
- *Социальный*. Людям, зависимым от ПАВ, следует поддерживать социальные мероприятия АА, участвовать в собраниях АА; пациенты должны переоценить свои отношения с алкоголиками, пособниками пьянства, с наркоманами.
- *Духовный*. Пациенты должны верить, что они в состоянии достигнуть абстиненции при помощи программы «12 шагов», осознать отрицательные черты своего характера, усилившиеся в результате болезни (Батищев В.В., 1998).

В Калининградской области с 1998 г. действует *программа социально-психологической реабилитации наркологических больных*. Особенность данной программы состоит в том, что ее авторы отказались от одностороннего воздействия на своих пациентов, заменив его активным приобщением больных к процессу лечения. Специалисты исходят из того, что, найдя в мотивационно-потребностной сфере больного позитивные моменты (заботу о близких, опасение за здоровье, интерес к какому-либо общественному делу), можно попытаться построить фундамент для преодоления заболевания. Социально-реабилитационный процесс строится на следующих принципах:

- выявление и формирование «опоры» в структуре личности больного;
- нейтрализация измененной наркотической личности;
- осознание пациентами здоровых, конструктивных сторон личности и их развитие;
- формирование в пациентах высоко субъективно-значимой позитивной мотивации, адекватной самооценки, стремления к трезвому образу жизни;
- воспитание прочных навыков умения управлять собой в стрессовых ситуациях;
- обучение методам эффективной коммуникации и способам конструктивного разрешения конфликтов;
- введение в круг интересов больных вопросов нравственного и духовного характера.

На базе областного наркологического диспансера г. Калининграда активно действует психотерапевтическое сообщество «Преодоление», объединившее бывших больных и их родственников. Группа проводит огромную пропагандистскую работу среди студентов и школьников, а также в местах заключения. Бывшие наркоманы встречаются с родителями, психологами, воспитателями, педагогами и рассказывают о своем опыте наркомании, тем самым помогая понять ее суть (Аменицкий В.Е. с соавт., 1998).

Открыт пункт профилактики наркомании и токсикомании среди подростков, в котором и заведующий, и социальные работники — бывшие наркоманы, прошедшие специальную подготовку. В пункте работает психолог, осуществляющий необходимую коррекционную работу. В диспансере с 1998 г. действует отделение наркологической помощи зависимым. Основную работу в нем под руководством психолога осуществляют социальные работники из числа бывших наркоманов со сроком ремиссии от 2 до 4 лет. Социальная программа реализуется в следующей последовательности:

1. Выявление лиц, употребляющих ПАВ, привлечение их в диспансер, консультативный пункт, стационар.

2. Первичное консультирование на базе консультативного пункта при отделении социально-психологической помощи. Основным моментом данного этапа является информирование о возможности преодоления зависимости, о мотивации и путях лечения.

3. Детоксикация — купирование в стационаре абстинентного синдрома. На этом этапе социальные работники устанавливают доверительные отношения с пациентами, стремятся отвлекать их от мыслей о прошлом, о наркотиках (5—7-й дни пребывания в стационаре).

4. Консервативная психотерапия — максимально возможное улучшение психологического самочувствия больных и достижение взаимопонимания между сотрудниками и пациентами. Пациенты вовлекаются в деятельность по самообслуживанию, выполнению гигиенических требований, в физические упражнения. Проводится начальная конструктивная деятельность без попыток кардинально изменить взгляды или личность пациента.

5. Рекреационная терапия, трудотерапия, телесно-ориентированная терапия. Задачи данного этапа — направление внимания пациента на конструктивные действия и получение удовлетворения от них, ослабление внутреннего напряжения и тревоги путем эмоционального реагирования, психотерапевтическое изменение глубоких патологических структур личности. Закрепление способности противостоять собственным чувствам вины, стыда, тревоги, фрустрации и т.д. Этап длится до 6 месяцев.

6. Групповая психотерапия в рамках группы анонимных наркоманов — лечебное общение равных. Происходит восстановление коммуникативных связей в обществе, а также отношений с семьей. Срок реализации программы — от 1,5 до 2 лет.

Калининградская область на сегодня является наиболее пораженным ВИЧ-инфекцией регионом России. Социальная работа в рамках профилактики направлена на решение данной проблемы. Можно выделить следующие основные мероприятия, важные при разработке превентивных наркологических программ:

1. Информирование населения области о реальной опасности с целью формирования определенной модели поведения у жителей области, адекватно отвечающего ситуации риска.

2. Предупреждение массовой паники среди жителей Калининграда — работа со СМИ.

3. Анализ основных путей заражения ВИЧ-инфекцией — кустарные наркотики, проституция, лишение больных материальной поддержки, обрыв контактов с детьми, родными, молчание родителей о ВИЧ-инфекции у подростка.

4. Проведение обучающих циклов для персонала ЛПУ.

5. Обеспечение медперсонала средствами индивидуальной защиты от ВИЧ-инфекции.

6. Работа по выявлению ВИЧ среди беременных, заключенных, наркоманов. (При неявке диспансерных больных на обследование сотрудники НД приходят к ним на дом, не прибегая к помощи учреждений МВД.)

7. Организация лечения больных ВИЧ-инфекцией в стационаре — размещение наркоманов и алкоголиков в отдельных палатах, соблюдение этических принципов сохранения врачебной тайны.

Анализ динамики психологических состояний больных наркоманиями, осложненными ВИЧ-инфекциями, показал, что для таких пациентов характерны следующие типичные реакции:

- период ожидания ответа результата исследования; больной узнает о ВИЧ-инфекции, появляются чувство обиды на весь мир, аффективное состояние, готовность к агрессивным действиям, вплоть до попыток требовать дополнительные транквилизаторы и угроз «заразить все отделение»;
- этап компромисса, часто сопровождается сменой наркотизации на алкоголизацию, так как алкоголь дает «возможность расслабиться»;
- смирение с мыслью о заражении ВИЧ, больные требуют госпитализации и успешно проходят купирование абстинентного синдрома;
- разделение больных на 2 группы: меньшая — с ипохондрическим симптомокомплексом, для таких больных характерно постоянное прислушивание к себе, попытки шантажа персонала; другая, более многочисленная группа вытесняет из сознания ВИЧ-инфицирование и продолжает наркотизироваться, женщины продолжают заниматься проституцией. Часть больных имеют рентные установки, настаивают на выдаче им «сертификата» о болезни, который гарантирует льготы в различных социальных и экономических программах.

Возникают проблемы и при компенсации затрат для персонала, работающего с ВИЧ-больными:

- необходимость компенсаций и надбавок в оплате труда медперсонала, работающего с ВИЧ-больными;

- отсутствие льгот в виде сокращенного рабочего дня, дополнительного отпуска и т.д.;
- неудовлетворительная разработка и реализация норм защиты от инфицирования для среднего медперсонала.

Существует еще целый блок проблем в связи с недоработками в этом направлении:

- отмечены случаи отказа специалистов (стоматологов, хирургов, гинекологов) от работы с ВИЧ-инфицированными, случаи психической травмы у врачей в результате нарушения личной защиты (например, разрыв перчатки во время пункции плевральной полости у больной с гнойным плевритом);
- ВИЧ-инфицированные должны получать лечение бесплатно, поэтому оно осуществляется за счет средств, выделяемых для всего контингента больных;
- Персонал МВД и ИТУ не знает, что делать с задержанными и осужденными с ВИЧ-инфекцией;
- не решен вопрос о психотерапевтической поддержке ВИЧ-инфицированных;
- существует острая необходимость в создании социальных программ не только для одиноких ВИЧ-инфицированных, но и для их родственников и членов семей.

Необходимо создание дневных стационаров для подростков с ВИЧ-инфекцией, где они могли бы учиться и проходить лечебную программу.

В настоящее время группой специалистов Калининградского областного наркологического диспансера предлагается организовать *программу медико-социально-психологической реабилитации для ВИЧ-инфицированных наркоманов*, состоящую из следующих блоков:

- отделение закрытого типа для лечения острых абстинентных состояний;
- дневной или ночной стационар с лечебно-трудовыми мастерскими и консультативными кабинетами;
- специальные (предпочтительно загородные) центры медико-социальной реабилитации;
- хоспис для умирающих больных.

Эффективность социальной работы с больными алкоголизмом существенно возрастает при учете личностных особенностей больных и особенностей течения заболевания.

Б.Я.Макагон (1981, 1984) выделяет четыре основные формы ремиссий при алкоголизме: астеноподобную, гиперстеническую, обсессивно-подобную, ипохондрическую. Каждая из них требует определенного лечебно-реабилитационного и социального подхода для достижения продолжительных ремиссий.

Важное место в системе реабилитации больных алкоголизмом занимает *ситуационно-психологический тренинг* (Иванец Н.Н., Валентик Ю.В., 1984, 1986), способствующий преодолению анозогнозии, аутоидентификации патологического влечения к алкоголю, обучению пациентов способам борьбы с ним, являющийся основой для профилактики рецидивов заболевания. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом направлен на решение следующих задач: повышение степени осознания больными патологического влечения к алкоголю и определение конкретных признаков его актуализации; выявление типичных индивидуальных факторов актуализации патологического влечения к алкоголю и обучение методам противодействия им; выработка аутогенной релаксации и использование ее для борьбы

с патологическим влечением к алкоголю. Продолжительность курса составляет 3 нед., одного занятия — 1,5—2 ч. Главными составляющими ситуационно-психологического тренинга являются: групповые дискуссии, ролевое воспроизведение основных ситуаций и состояний, способствующих актуализации патологического влечения к алкоголю, аутогенная тренировка.

Применение ситуационно-психологического тренинга позволяет повысить эффективность социально-терапевтических и реабилитационных мероприятий, своевременно купировать обострения патологического влечения к алкоголю и предупредить рецидивы алкоголизма.

В последнее десятилетие в социально-реабилитационной работе с больными алкоголизмом все более рельефно выступает тенденция расширения использования немедикаментозных методов и, в частности, различных вариантов *лечебной физкультуры и спортивных игр* (Сидоров П.И., Ишеков Н.С., 1984). Показанием к применению спортивных программ является и обнаруживаемое у 50—60% больных алкоголизмом трудоспособного возраста снижение физической работоспособности (Артемьев Е.Н. и др., 1980; Керимова С.К., Москаленко Н.П., 1983; Громнацкий Н.И., Кулишова С.К., 1985; и др.). Причиной снижения работоспособности, по-видимому, является как сократительная функциональная неполноценность миокарда вследствие нарушения метаболических процессов под влиянием токсического действия алкоголя, так и нарушение центральных и местных адаптационных механизмов, замедление приспособительной реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку (Каликштейн Д.Б. и др., 1979; Alonzo D. et al., 1972; и др.).

Алкогольные поражения мышцы сердца у лиц молодого, трудоспособного возраста требуют активного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Если медикаментозное лечение алкогольной кардиомиопатии (миокардиодистрофии) достаточно полно освещено в научной литературе, то неспецифическая терапия и реабилитация (в частности, средствами физической культуры) используются явно недостаточно. Известно, что лечебная физическая культура через дозированную нагрузку на сердечную мышцу способствует улучшению в ней трофических процессов и повышению ее работоспособности. Так, установлено, что при средней физической нагрузке кровеносная система сердца получает вместо 1/100 систолического объема 1/5, что улучшает кровоснабжение миокарда в 2 раза (Мошков В.Н., 1977). Кроме того, при физических упражнениях в крови повышается содержание адреналина (Крестовников А.Н., 1964), который, раздражая окончания симпатического нерва в миокарде, вызывает расширение коронарных сосудов, тем самым способствуя усилению кровоснабжения миокарда. В условиях активации сократительных функций миокарда возрастает синтез нуклеиновых кислот и белков, что создает предпосылки к замене и обновлению функционально ослабленных устаревших клеточных структур, к своеобразному их омоложению, повышению толерантности к физической нагрузке (Ларин В.В., 1961).

С целью оценки влияния лечебной физической культуры в виде дозированных физических нагрузок на динамику течения и лечения алкогольной кардиомиопатии была обследована группа больных хроническим алкоголизмом I—II стадии со стажем алкоголизации до 5 лет (средний возраст  $30,42 \pm 0,97$  лет) (Сидоров П.И. и др., 1986). Все больные ранее занимались физическим трудом, сопутствующих соматических заболеваний не имели. У 100% больных отмечались начальные признаки алкогольной кардиомиопатии. В абстинентном состоянии большинство больных (68%) жало-

вались на кратковременные боли в левой половине грудной клетки, которые не имели стенокардического характера. На ЭКГ регистрировались синусовая тахикардия, нарушение внутрисердечной проводимости, укорочение интервала PQ меньше 0,12; высокий острый зубец Т в грудных отведениях.

Через несколько дней после купирования абстинентных проявлений у больных изучали показатели гемодинамики с помощью отечественного велоэргометра типа «Монарк». Для оценки функциональных возможностей кардиореспираторной системы использовали ступенчато возрастающий тип нагрузок. Испытуемому предлагалось выполнить последовательно на велоэргометре два упражнения умеренной интенсивности (60—70 оборотов в 1 минуту), разделенные 3-минутным интервалом отдыха. Каждое из них продолжалось 5 мин, а по окончании тренировки в течение 1 мин аускультативно определялось число сердечных сокращений, артериальное давление, регистрировалась ЭКГ.

По результатам ЭКГ, для большинства больных отмечено, что после первого упражнения сохранялся синусовый ритм, тахикардия усиливалась не более чем на 30—40% от исходных цифр, электрическая ось сердца не изменялась, регистрировалось наибольшее изменение предсердного комплекса в виде расширенного, расщепленного зубца Р в I и II стандартных отведениях, увеличение амплитуды зубца I, во II и III стандартных и грудных отведениях. Все эти отклонения восстанавливались к концу 3-й минуты отдыха. При отсутствии патологических знаков на ЭКГ мощность тренировочной нагрузки постепенно увеличивалась до 1000 кгм/мин, остальные параметры оставались прежними.

Все больные были разделены на две группы. Больным алкоголизмом из первой группы было предложено в течение месяца ежедневно на велоэргометре выполнять нагрузку продолжительностью 5 мин (мощность нагрузки составляла не более 600—700 кгм/мин). Кроме того, больные проводили обязательную утреннюю гимнастику с 10-минутным бегом трусцой, занимались подвижными играми (волейболом). Перечисленные мероприятия проводились под строгим контролем врача после исключения скрытой коронарной недостаточности, нарушений ритма сердечной деятельности. Больные второй группы не занимались лечебной физкультурой и спортивными играми. Одновременно всем больным проводился традиционный курс медикаментозного лечения алкогольной кардиомиопатии.

В результате дозированных физических нагрузок в первой группе больных уже через 2 нед. определялась существенная положительная динамика: у 100% больных исчезли субъективные жалобы на боли в области сердца, слабость, потливость, нормализовалось артериальное давление. Под влиянием умеренных физических нагрузок в первой группе больных через 2 нед. сохранились ЭКГ-признаки алкогольной кардиомиопатии лишь у 29,6% больных (для сравнения — во второй группе у 80,8%), через 1 мес. лечения — лишь у 12,5% больных. Необходимо заметить, что, по данным В.Н. Кочегурова (1979), при традиционных методах лечения признаки алкогольной кардиомиопатии исчезают через 1—3 мес. примерно у половины больных.

На ЭКГ у больных первой группы регистрировалось уменьшение тахикардии, снижение зубца Т в грудных отведениях, улучшение предсердно-желудочковой проводимости, что по ряду показателей достоверно отличалось от характеристик второй группы.

Существенные изменения произошли и в психоэмоциональной сфере больных, занимавшихся лечебной физкультурой: полностью купировалось тревожно-депрессивное состояние, характерное для абстиненции, повышались фон и устойчивость

настроения, появлялся интерес к работе, облегчался контакт больных с медицинским персоналом отделения.

Проведенное исследование убедительно свидетельствует о благоприятном влиянии дозированных физических нагрузок на динамику алкогольной кардиомиопатии. Методика лечебной физкультуры достаточно проста в техническом исполнении и не требует больших затрат материальных средств и времени.

При алкоголизме развивается хронический стресс. Использование дозированных физических нагрузок создавало у больных реакции тренировки и активации (контролируемые по психоэмоциональным параметрам), что являлось неспецифической терапией всего алкогольного симптомокомплекса и что, в частности, проявлялось в существенном сокращении сроков коррекции алкогольной кардиомиопатии.

Методы и способы адаптивного биоуправления, в результате которых происходят стабилизация устойчивого патологического состояния, активация резервов организма и личности в целом, восстановление структурно-функциональных систем обеспечения жизнедеятельности, могут быть выделены в качестве самостоятельного направления лечебно-профилактической помощи — *саногенетической терапии* (Сидоров П.И., 1988).

Лечебная физкультура является одним из способов такой терапии, научно обоснованного целенаправленного управления резистентностью организма, неспецифической коррекции и реабилитации больных алкоголизмом за счет создания и поддержания высокого уровня адаптационных реакций. Поэтому вполне понятно стремление ряда авторов к поиску новых подходов к лечебно-реабилитационным мероприятиям в наркологической клинике с активным привнесением элементов физкультуры и спорта.

Так, Д.Ф.Фиккс в книге «Энциклопедия оздоровительного бега» отмечал, что обычным побочным продуктом занятия бегом является сокращение потребления никотина и алкоголя. Р.М.Лоуренс, основатель Американской медицинской ассоциации джоггеров, сказал: «Вы бросаете курить, собираясь бегать на длинные дистанции. Потребление алкоголя также резко сокращается по этой же причине. Вы просто получаете гораздо больше удовольствия, если вашим занятием бегом не мешают алкоголь и курение. Изменяются ваши привычки и питание, так как правильное питание — это составная часть аэробных физических упражнений. Улучшается ваше общее состояние. Вы гораздо лучше спите, а времени для сна вам необходимо все меньше и меньше. Ваша половая жизнь также улучшается. Уменьшается напряжение, и вы уже лучше подготовлены к стрессам. Производительность труда возрастает. Вы, наконец, отрываетесь от телевизора и оглядываетесь на мир, который вас окружает».

Несколько лет назад К.Фримен, который заведует центром реабилитации, задался вопросом, что случится, если вовлечь алкоголиков в деятельность, связанную с повышенной физической активностью. К счастью, один из его пациентов оказался бывшим спринтером. К.Фримен надоумил его заниматься в группе любителей бега. Состояние спринтера улучшалось так быстро, что К.Фримен стал настаивать на участии других больных в занятиях бегом. Значительное улучшение психического статуса у больных алкоголизмом при занятиях бегом он объяснял, основываясь на двух теориях. Одна из них утверждает, что мозг, получающий необычно большое количество кислорода вследствие бега, отвечает вступлением в игру своих самокорректирующих механизмов. Другая теория заключается в том, что, поскольку физическое и психическое так тесно связаны, когда вы помогаете своему телу, вы неизбежно помогаете также своему духу. К. Фримен ежегодно организует олимпиады для хронических алкоголиков в Калифорнии (начиная с 1976 г., когда в соревнованиях участвовали 1,5 тыс. человек).

Новый вид реабилитационных мероприятий применили в наркологической практике J. Ichico и соавт. (1981). В течение 10 мес. они предлагали больным хроническим алкоголизмом играть в баскетбол 3 раза в неделю в течение 1 ч. В результате эксперимента у всех обследуемых значительно улучшились координация движений, общий неврологический статус, усилилась мышечная сила конечностей. Кроме того, больные стали более общительны, дружелюбны в отношении персонала и окружающих, у них уменьшилась тяга к приему алкоголя. Примерно по такой же схеме действовал A. Weber (1987), рекомендовавший больным алкоголизмом в течение 4 мес. бегать по 60 минут в день в медленном темпе. К концу лечения у больных достоверно снижался уровень страха и повышалась переносимость стрессовых ситуаций, улучшалось общее самочувствие.

Дисциплинированность, выработанная при соблюдении режима тренировок, улучшение кровообращения мозга и других органов, увеличение объема потребляемого кислорода — все это дает укрепляющий психический и физиологический эффект терапевтической группы, в котором достигается взаимное приспособление отдельных ее членов.

Для объективизации оценки эффективности функционирования социальных программ в наркологии необходимо внедрение методов количественной оценки уровня социально-трудовой адаптации больных алкоголизмом. Д.М. Менделевичем, А.А. Муравьевым, Л.Д. Никольской (1979) предложен метод такой количественной оценки. Авторы выделили три ступени социальной декомпенсации (типокомпенсация, умеренная декомпенсация, выраженная декомпенсация), характеризующиеся различным уровнем нарушений интерперсональных отношений и профессиональных навыков, а также две ступени социально-трудовой адаптации (компенсация и гиперкомпенсация). Таким образом, всего было выделено пять ступеней, каждая из которых определялась по 3 шкалам, содержащим 3 признака (а, б, в) с различной степенью выраженности (+1; 0; -1; -2; -3). Приведем в общем виде предлагаемый метод количественной оценки уровня социально-трудовой компенсации.

### **1. Шкала оценки семейно-бытовых отношений**

#### **а) Внутрисемейные отношения**

+1. Подчеркивание своей любви, преданности, самоотверженности в отношениях с близкими. Претензии на роль образцового семьянина.

0. Благополучные семейные отношения. Возможны непринципиальные конфликты, не подрывающие основы семьи.

-1. Систематические семейные конфликты. Атмосфера недоверия, фальши, ревности. Игнорирование семейных обязанностей. Оппозиционное отношение к родственникам.

-2. Устранение от воспитания детей. Вмешательство в семейные отношения обществественности или милиции. Разрыв супружества. Иждивенческое отношение к родным.

-3: Утрата родственных связей. Одиночество. Уклонение от материальной помощи детям и родителям. Безразличие к их судьбе.

#### **б) Материально-бытовое положение**

+1. Стремление к признанию своих хозяйственных способностей, чрезмерная заинтересованность устройством быта, материальным достатком. Склонность к накопительству.

0. Материально-бытовые условия соответствуют доходу семьи.

-1. Материальный уровень снижается в связи с непоступлением (частично или полностью) заработной платы в семейный бюджет. Домашние обязанности выполняются формально.

–2. Систематические долги. Частые периоды безденежья, ограничивающие удовлетворение основных потребностей семьи. Уклонение от домашних дел. Нетребовательность к внешнему виду и условиям быта.

–3. Отрицательный баланс семейного бюджета. Неоплаченные долги. Продажа вещей. Невыполнение правил общежития.

#### **в) Содержание досуга**

+1. Страстная увлеченность любимым занятием. Посвящение ему всего свободного времени.

0. Активный, содержательный отдых. Реализация досуга для удовлетворения творческих и эстетических потребностей.

–1. Охлаждение к прежним увлечениям. Примитивизация досуга. Преобладание пассивного отдыха над активным.

–2. При отсутствии прежних интересов большая часть свободного времени проводится вне семьи в поисках компаний и зрелищ.

–3. Полное отсутствие эстетических и творческих интересов. Свободное время проводится в бездействии или антиобщественных развлечениях.

## **2. Шкала оценки трудовой деятельности**

### **а) Профессиональная деятельность**

+1. Стремление к гиперкомпетентности, незаменимости. Демонстрация своей трудоспособности, деловитости.

0. Профессиональный рост, овладение новыми знаниями в соответствии со своими способностями.

–1. Шаблонизация выполняемой работы, избегание новых творческих задач. Удовлетворенность невысоким уровнем знаний, малоквалифицированным трудом.

–2. Снижение квалификации. Частая смена мест работы. Перерывы в трудовом стаже.

–3. Полная дисквалификация. Редкие, случайные заработки на неквалифицированных работах.

### **б) Трудовая дисциплина**

+1. Появление преувеличенного чувства ответственности, обязательности, пунктуальности.

Требование строжайшей дисциплинированности от окружающих.

0. Соблюдение трудовой дисциплины. Отдельные нарушения корректируются без вмешательства администрации.

–1. Тенденция к уклонению от работы при ослаблении контроля. Недобросовестность в выполнении заданий.

–2. Прогоулы, систематические опоздания. Использование рабочего времени для посторонних дел. Игнорирование замечаний администрации.

–3. Безответственное отношение к труду. Увольнение за нарушение трудовой дисциплины. Уклонение от труда.

### **в) Отношения в трудовом коллективе**

+1. Стремление быть «душой коллектива». Подчеркивание своей конформности. Чрезмерная зависимость от мнения коллектива.

0. Хорошие и достаточно дифференцированные отношения с коллегами.

–1. Обособленность, равнодушие к делам коллектива при формальном характере отношений.

–2. Повторные конфликты с администрацией и сотрудниками. Оппозиционность в отношениях.

–3. Нетерпимость в коллективе, административные взыскания и увольнения.

## **3. Шкала оценки общественных отношений**

### **а) Общественное окружение**

+ 1. Стремление к избранному, высокоинтеллектуальному или более влиятельному обществу. Неудовлетворенность в отношениях с равными по социальному статусу.

0. Окружение соответствует общественному положению и отвечает внутренним потребностям. Отношения прочные, равноправные.

–1. Утрата глубоких дружеских отношений в пользу появления поверхностных, формальных связей. Недостаточная требовательность к выбору окружения.

–2. Преобладание среди «друзей» лиц без определенных занятий и места жительства, разрыв прежних отношений, избегание давних знакомых.

–3. Фактическая изоляция от общества или беспорядочные, неразборчивые знакомства.

#### **б) Морально-этический уровень**

+1. Стремление быть признанным примером для окружающих. Тенденция к чтению нравоучений.

0. Поведение, основанное на внутренних нравственных убеждениях. Соблюдение социальных норм.

–1. Постепенное нравственное оскудение. Допущение аморальных, юридически ненаказуемых действий. Отдельные «случайные» нарушения общественного порядка.

–2. Общественно порицаемый образ жизни. Повторные антиобщественные действия или грубые нарушения общественных норм, требующие вмешательства правоохранительных органов.

–3. Антиобщественное поведение, ведущее к судебной ответственности.

#### **в) Общественная активность**

+1. Сверхактивная общественная жизнь. Ревностное выполнение общественных поручений. Чрезмерная инициативность.

0. Достаточная общественная активность, вытекающая из правильной общественной ориентации.

–1. Незаинтересованность жизнью общества. Формальное, пассивное участие в общественных мероприятиях. Тенденция к уклонению от общественных поручений.

–2. Неосведомленность в общественных событиях. Полное устранение от общественной жизни.

–3. Извращение общественной активности: сутяжничество, кверулянство. Суммарные показатели признаков каждой из шкал откладываются на номограмме, состоящей из трех вертикальных осей (1 — семейно-бытовые отношения, 2 — производственная деятельность, 3 — общественные отношения), каждая из которых имеет градацию от +3 до –9; горизонтальный график, располагающийся в пределах от +3 до +1, соответствует гиперкомпенсации; от +1 до –1 — компенсации; от –1 до –3 — гипокompенсации; от –3 до –6 — умеренной декомпенсации; от –6 до –9 соответствует выраженной декомпенсации.

Описанный метод использован авторами для изучения динамики социально-трудовых отношений в процессе течения заболевания. Оказалось, что нарастание декомпенсации по разным шкалам идет неодинаково. Так, декомпенсация по шкалам внутрисемейных и общественных отношений идет быстрее, чем по шкале трудовых отношений. Восстановление идет быстрее по шкалам семейных отношений, затем по шкале трудовых отношений и медленнее всего по шкале общественных отношений. Результаты, полученные с помощью предлагаемого метода, соответствуют клиническим наблюдениям, что позволяет предложить его в качестве вспомогательного теста при оценке уровня и динамики социально-трудовой адаптации больных алкоголизмом.

Примерно по такой же схеме, но более компактно, Я.Л.Гуревичем, И.К.Сосиным (1988) построена система оценки степени декомпенсации и уровня социально-трудовой реабилитации (СТР) больных алкоголизмом.

В дезадаптации больных в сфере семейно-бытовых отношений выделены следующие этапы:

- 1) период ситуационных семейных конфликтов — 4 балла;
- 2) период постоянных семейных конфликтов — 3 балла;
- 3) период материального ущерба семье — 2 балла;
- 4) период неразрешимых внутрисемейных конфликтов — 1 балл;
- 5) период прекращения семейных отношений — 0 баллов;
- 6) период полного разрыва семейных отношений — (-1) балл.

В сфере производственно-профессиональных отношений выделены следующие этапы декомпенсации:

- 1) эпизодические нарушения трудовой дисциплины — 4 балла;
- 2) частая смена места работы — 3 балла;
- 3) снижение квалификации — 2 балла;
- 4) прогулы — 1 балл;
- 5) увольнение с работы за нарушения трудовой дисциплины (0);
- 6) уклонение от общественно полезного труда (-1).

Декомпенсация больных алкоголизмом в сфере административно-правовых отношений обычно наступает несколько позже, чем в предыдущих двух, и также включает 6 этапов:

- 1) однократное попадание в медицинский вытрезвитель (4);
- 2) приводы в милицию (3);
- 3) систематические нарушения общественного порядка (2);
- 4) привлечение к административной ответственности (1);
- 5) привлечение к уголовной ответственности (0);
- 6) повторное привлечение к уголовной ответственности (-1).

Отсутствие декомпенсации в любой из приведенных сфер отношений авторы оценивали в 5 баллов.

Для оценки уровня СТР конкретного больного определялись этапы «снижения» во всех трех сферах, а также соответствующие им баллы и итоговая сумма баллов по трем шкалам. Количественное выражение социальной компенсации больных позволило также объективно охарактеризовать динамику СТР.

Выделены следующие варианты последней:

СТР-I — социально-трудовой статус больных не изменен. Полная социально-трудовая компенсация (14—15 баллов). У больных относительное благополучие в семье и на работе, нет административных нарушений. Возможны неблагоприятные эпизоды в семейно-бытовых, профессионально-производственных и административно-правовых отношениях, которые принципиально не отражаются на повседневной жизни.

СТР-II — неполная социально-трудовая компенсация (10—13 баллов). Появляются или учащаются семейные конфликты, эпизодические нарушения трудовой дисциплины и общественного порядка. Возможно «снижение» по одной только шкале (семейно-бытовые отношения, реже — профессионально-производственные).

СТР-III — ограниченная реабилитация, сужение возможностей социально-трудовой компенсации (6—9 баллов). Семейные, производственные и правовые нарушения становятся систематическими, но больному еще удается формально сохранить свое социальное положение.

СТР-IV — значительно ограниченная реабилитация (3—5 баллов). Выраженное «снижение» в трех сферах. Больной, чаще всего отторгнутый от семьи, не работает, совершает правонарушения.

СТР-V — отсутствие реабилитации, полная социальная декомпенсация (менее 3 баллов).

Больной, как правило, асоциален, изолирован от общества.

Для удобства и некоторого упрощения методики сопоставления с различными показателями уровней СТР (в статике и динамике) авторы сгруппировали по-

Таблица 21

## Медико-психологические критерии эффективности реабилитации больных алкоголизмом

Медико-психологические критерии	Градации критериев	Баллы
Преодоление анозогнозии	а) Понимание алкогольной болезни	1
	б) Идентификация своего алкоголизма	2
	в) Установка на трезвость	3
Формирование адекватного отношения к лечению	а) Осознание принудительного характера обращения за лечением	1
	б) Активность участия в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий	2
	в) Участие в поддерживающей терапии	3
Формирование адекватного отношения к себе	а) Объективная оценка своих личностных особенностей	1
	б) «Принятие» себя	2
	в) Коррекция личностных особенностей	3
Коррекция дисгармоничных стереотипов межличностных отношений	а) Осознание стереотипов межличностных отношений	1
	б) Выявление причин дисгармоничности межличностных отношений	2
	в) Освоение адаптивных стереотипов межличностных отношений	3
Преодоление кризиса морально-этических ценностей	а) Осознание кризиса морально-этических ценностей	1
	б) Понимание своих истинных ценностных ориентаций	2
	в) Формирование социально значимых ценностных ориентаций	3
Формирование трезвеннического мировоззрения	а) Коррекция поведения, связанного с гиперкомпенсаторным представлением о своей трезвости	1
	б) Укрепление трезвеннического мировоззрения	2
	в) Отсутствие мотивов, объясняющих возможность возврата к алкоголизации	3
Навыки здорового образа жизни	а) Понимание необходимости укрепления здоровья	1
	б) Выбор профилактических и гигиенических способов укрепления здоровья	2
	в) Систематическое проведение профилактических и гигиенических мероприятий	3
Социально-трудовая реадаптация	а) Оптимальный выбор профессии, места работы	1
	б) Совершенствование профессиональных способностей	2
	в) Восстановление личного и социального статуса	3
Длительность и устойчивость ремиссии	а) Неустойчивая ремиссия	1
	б) Устойчивая ремиссия	2
	в) Длительная и устойчивая ремиссия	3

следние таким образом: СТР-I и СТР-II, отражающие относительно небольшое «снижение» больных, объединили и обозначили как благоприятные варианты, а СТР-III, СТР-IV и СТР-V объединили в группу неблагоприятных вариантов разной степени.

Отражением более широкого системного подхода является психометрическая шкала (табл. 21), разработанная Б.М.Гузиковым, А.А.Мейрояном (1988). Трехбалльная градация психометрической шкалы отражает возрастающую оценку эффективности с увеличением балла. Предложенные критерии вырабатывались на основе концепции В.Н.Мясищева, предполагающей, что поведение человека регулируется системой его отношений и поведенческое выражение того или иного отношения тем более вероятно, чем более согласованы его когнитивный, эмоциональный и волевой компоненты.

Авторы предлагают следующие примерные количественные оценки эффективности психотерапии и реабилитации: 1) низкая (1—9 баллов, все или большинство градаций «а»); 2) средняя (10—18 баллов, все или большинство градаций «а» и «б»); 3) высокая (27 баллов, все или большинство градаций «в»).

Таким образом, основными формами деятельности социальных работников в превентивной наркологии являются:

- нормализация различных форм социальной поддержки здоровых людей как одна из форм преодоления различных жизненных ситуаций, нормализация либо выстраивание новых социальных сетей у больных с зависимостями;
- разработка различных форм и методов социальной работы, самодостаточных в финансовом плане и рентабельных с точки зрения качества социальной работы;
- внедрение полипрофессиональной модели превенции в наркологии.

## **ПОДГОТОВКА СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ ДЛЯ НАРКОЛОГИИ**

При разработке положений о деятельности социальных работников в различных частных сферах, в том числе в сфере наркологической помощи, необходимо постоянно учитывать наличие в этой области реальной нормативно-правовой базы, сформированной в процессе введения в системах народного образования и социальной помощи должностей специалистов по социальной работе. Так, приказом Министерства образования РФ № 406 от 11.11.1992 г. утверждены тарифно-квалификационные характеристики специалистов по социальной работе высшей, I и II категории. При этом подробно указаны их должностные обязанности, определен объем необходимых (требуемых) знаний, указаны квалификационные требования к отдельным категориям специалистов (Валентик Ю.В. и др., 1997).

Данные должностные требования относятся к специалистам по социальной работе вообще, к социальным работникам широкого, общего профиля. В то же время в каждой «объемной» многопрофильной профессии происходит закономерный процесс — определение границ профессиональной сферы, максимальной и продуктивной компетенции, т.е. выбор более узкой, частной, конкретной специализации. Такой процесс имеет место и в сфере социальной работы, причем признается, что должна иметь место фактическая специализация, которая вскоре станет формальным требованием. Специализация естественным образом происходит в отношении контингентов и, что особенно значимо, проблемных групп, объединяющих людей с однородными комплексами проблем.

Следует указать, что специализация по группам проблем имеет как отчетливые преимущества, так и несомненные недостатки. Преимущества состоят в возможности анализа конкретной проблемы на основе логической классификации совокупности ее «генетических» и «профессиональных» составляющих, более четком определении круга необходимых знаний и навыков. Недостатки же указанного подхода заключаются в опасности редукционизма — отрыва узкой, частной проблемы от всего того комплекса, системы проблем, в которую она входит (например, проблемы злоупотребления алкоголем как формы отклоняющегося поведения от всего континуума форм девиантного или аддиктивного поведения). Возможен отрыв собственно актуальной проблемы (именно в силу ее актуальности, остроты) — в плане поиска путей ее преодоления в ряде частных, индивидуальных случаев — от ее общих каузальных факторов, ее социогенеза, когда на задний план уходят кардинальные вопросы обеспечения необходимой профилактики на групповом или популяционном уровне. Наконец, личные навыки проблемного подхода у конкретного практика могут оказаться недостаточными при возникновении каких-либо новых социальных условий: здесь опыт «клинициста» может уступить опыту «генералиста». Очевидно, что с каждой проблемной группой, с каждым ее членом нужно четко работать с учетом всей конкретной совокупности социальных, интер- и интраперсональных, организационных, научных, междисциплинарных факторов и подходов. И выход здесь видится в том, что с каждой проблемной группой должны работать специалисты-практики, в свою очередь, функционально специализирующиеся в качестве администратора, консультанта, практика, контролера, аналитика, исследователя.

Мировая практика свидетельствует о том, что специалист по социальной работе, стремящийся оказать профессиональную помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и рабочего места, он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья».

Все большее число исследований свидетельствует о том, что стрессовые ситуации сказываются на состоянии физического и психического здоровья человека, что население воспринимает стресс как основной фактор, способствующий заболеваниям. С учетом политических, социальных изменений и сопутствующих экономических трудностей, для России проблема психосоциального стресса имеет особое значение. Специальные эпидемиологические исследования Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины свидетельствуют о том, что, по крайней мере, треть взрослого населения России живет в условиях высокого уровня психоэмоционального стресса. Этот показатель увеличивается до 45% в неблагополучных в экологическом отношении регионах. В состоянии среднего уровня хронического психоэмоционального стресса проживает еще треть населения. Таким образом, примерно 70% россиян испытывает влияние хронического стресса высокого и среднего уровней.

Отсюда следует, что технология социальной работы — это одна из отраслей социальных технологий, ориентированных на социальное обслуживание, помощь и поддержку граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации (Зайнышев И.Г., 2000).

В Российской Федерации проблемы становления и развития медико-социальной работы сопряжены с тем, что система профессиональной социальной работы в целом содержательно, функционально и организационно находится только на начальной стадии развития. Появляются первые нормативно-правовые документы, регла-

ментирующие деятельность специалистов по социальной работе в здравоохранении, еще не сложилось четкого представления о сферах их деятельности у специалистов родственных профессий — врачей, психологов. В этой связи важным представляется реализуемый нами федеральный исследовательский проект, поддержанный Министерством науки и технической политики Российской Федерации, Ассоциацией современной психотерапии, другими правительственными и неправительственными структурами. Программой научных исследований проекта предусматривается разработка научных и организационно-методических основ медико-социальной работы в России. Медико-социальную работу мы рассматриваем как профессиональную деятельность междисциплинарного характера, направленную на медико-реабилитационную, правовую, психологическую и педагогическую помощь клиенту в восстановлении и сохранении его физического, психического и социального благополучия.

Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей — здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что, несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки на основе выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста — специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую специализацию.

Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников — отечественные дипломированные специалисты по социальной работе появились лишь в последние годы и их количество незначительно. В свою очередь, социальные работники в своей деятельности очень часто работают с клиентами, которые страдают физической патологией, а потому вынуждены выступать и в роли врачей.

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов родственных профессий — врачей, психологов, педагогов, юристов и других.

Профессиональная медико-социальная работа может эффективно осуществляться и в учреждениях социального обслуживания: центрах социального обслуживания, территориальных центрах социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах для детей и подростков, геронтологических центрах, стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатах, детских домах-интернатах для умственно отсталых детей, домах-интернатах для детей с физическими недостатками) и др.

Вместе с тем для нас принципиальным является положение о том, что профессиональная медико-социальная работа может проводиться не только в учреждениях здравоохранения или социального обслуживания. Подготовленные квалифицированные специалисты могут выполнять свои функции в любом учреждении, на предприятии, независимо от ведомственной принадлежности или формы собственности.

В последние годы в Российской Федерации идет активный процесс формирования правовой базы, которая позволяет разрабатывать отраслевые нормативно-правовые документы по обеспечению населения медико-социальной помощью на уровне профессиональной медико-социальной работы.

Рассматривая научные подходы к исследованию и разрешению проблем, можно выделить следующие вариации фазовых моделей достижения планируемых перемен: 1) опознание и ознакомление с проблемой; 2) сбор информации о проблеме; 3) диагноз проблемы; 4) вмешательство в проблему; 5) оценка и окончание работы. Указанная модель организации социальной работы, в том числе в сфере наркологической помощи, представляется наиболее прогрессивной и эффективной. Она должна учитываться и осваиваться в процессе подготовки кадров социальных работников в нашей стране. Таким образом, конкретизация деятельности специалиста по социальной работе вытекает из его основных функций:

- **диагностическая** — заключается в том, что социальный работник изучает особенности личности, семьи, группы людей, степень и направленность влияния на них микросферы и ставит «социальный диагноз»;
- **прогностическая** — прогнозирует развитие событий, процессы, происходящие в семье, группе людей, обществе, и вырабатывает определенные модели социального поведения;
- **правозащитная** — использует законы и правовые акты, направленные на оказание помощи и поддержки индивида, его защиту;
- **организационная** — способствует организации социальных служб на предприятиях и по месту жительства, привлекает к их работе общественность и направляет их деятельность к оказанию различных видов помощи и социальных услуг населению;
- **предупредительно-профилактическая** — приводит в действие различные механизмы (юридические, психологические, медицинские, педагогические и др.) предупреждения и преодоления негативных явлений, организует оказание помощи нуждающимся;
- **социально-медицинская** — организует работу по профилактике здоровья, преодолению болезненных состояний, реадaptации после излечения и т.д.

А также существуют социально-педагогическая; психологическая; социально-бытовая; коммуникативная функции и т.д.

Деятельность социальных работников характеризуется, по меньшей мере, тремя различными подходами к вмешательству в проблему, которыми определяются вариации их профессиональных функций. Эти подходы обозначаются как воспитание, фасилитация и адвокати́рование. Применение того или иного подхода определяет различные ролевые позиции, цели и методы действия. В кратком изложении дифференциация деятельности социальных работников выглядит так:

- **Воспитательный подход.** Социальный работник выступает в роли учителя, консультанта, эксперта: дает советы, обучает умениям, моделированию и демонстрации правильного поведения, устанавливает обратную связь, применяет ролевые игры как метод обучения.
- **Фасилитативный подход.** Социальный работник играет роль помощника, сторонника или посредника в преодолении проблемной дезорганизации личности, нацелен на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий, объяснение ситуаций, подбадривание и мобилизацию внутренних ресурсов.

• *Адвокативный подход* применяется тогда, когда исчерпан социальный.

В плане подготовки специалистов следует учитывать, что социальная работа представляет собой один из самых многоплановых и трудоемких видов профессиональной деятельности в области профессий типа «человек — человек», имея в виду другие их типы: «человек — техника», «человек — знак» и т.д. Представляется целесообразным при постановке учебного процесса и разработке статуса специалиста исходить из обобщенных нормативных требований, предъявляемых в странах с развитой службой социальной помощи и социальной работы. Так, Американская ассоциация социальных работников формулирует их следующим образом: «Социальная работа — это профессиональная деятельность по оказанию помощи отдельным людям, группам или общностям для усиления или восстановления их способности социального функционирования и создания общественных условий, способствующих реализации этой цели».

Независимо от места работы, а также выполняемой профессиональной модели и специализации, задачей социального работника является изучение и понимание человеческих проблем, взаимосвязей человека с окружающими людьми, его материальных условий и структуры семьи.

Говоря в целом, научная сторона социальной работы — изучение способа участия людей в создании культурной среды существования. Именно научные исследования показали врачам, психологам, педагогам, социологам, что нельзя понять, познать и особенно спрогнозировать функционирование людей без уточнения их места в культуре и окружении.

Осознание того, что мы живем в изменяющемся обществе, ставит перед нами новые проблемы. Одна из них, пожалуй, основная — на каких принципах и какими методами можно исследовать социальную среду человека. Ответив на этот вопрос, можно будет обозначить проблемы, связанные с объемом помощи и механизмами группового взаимодействия специалистов разных областей.

Попытка сформулировать взаимосвязи между практическим и теоретическим уровнями познания в социальной работе представлена на схеме Shatter 1981 г. (см. рис. 35). Автор считает, что в социальных науках, несмотря на множество разных парадигм, существует единство. Социальная наука развивается и выполняет свои функции, когда достигается понимание между социальной структурой и мыслью ученых. На схеме слева обозначены уровни мыслительной обработки данной реальности, справа — уровни эмпирического опыта и проверки реальности. Коммуникация возникает между уровнями мышления. Таким образом, сравнение результатов научного эксперимента с индивидуальным практическим опытом основано на изменении уровня познания социального работника. Познание происходит на разных уровнях абстракции и конкретизации в зависимости от подготовленности социального работника.

Вместе с возрастающей сложностью задач социального работника (средовая модель, функция консультанта, посредника) уменьшается использование классического образца практических наук, когда результаты теоретических исследований сразу переносятся непосредственно на практику, например, когда законы моделирования переносятся на бихевиоральные методы. Это похоже на штамп. Такие способы использования знаний легко распространяются из-за их быстрой и броской эффективности, создавая стереотипные директивы для практической деятельности.

Однако сложные практические действия требуют акцента прежде всего на интерпретационно-критической функции прикладной социальной работы (средний уровень).

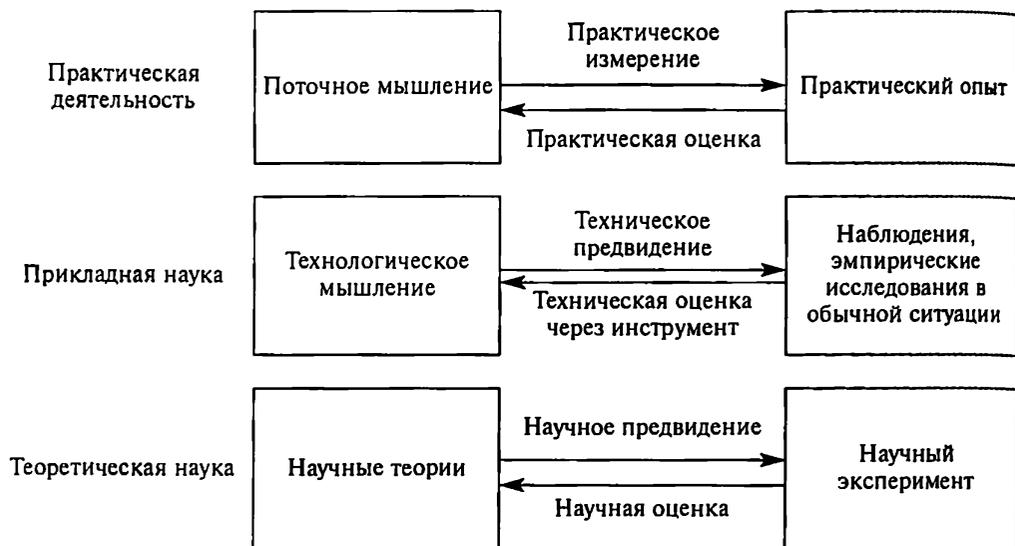


Рис. 35. Соотношение прикладного и теоретического уровней в подготовке социальных работников.

По нашему мнению, прикладной характер обучения способствует развитию мышления практика и студента, который готовится стать социальным работником. Наша практика в подготовке студентов социального факультета Северного государственного медицинского университета показывает, что очень трудно перенести практическую проблему на теоретический уровень, а затем вернуться к прикладному уровню. Но именно такой подход наверняка может помочь выбрать необходимую технологию сотрудничества с клиентом, группой, тем более с непростыми пациентами наркологии.

Иногда преподавателей делят на теоретиков и практиков. Но по отношению к новым сферам деятельности, например, таким, как социальная работа, там, где нет однозначных директив практического действия, необходим особенно подробный научно-критический анализ.

Таким образом, повседневная практика социального работника базируется на:

- 1) официальных, легитимных полномочиях;
- 2) конкретном должностном и социальном статусе;
- 3) профессиональной и личной репутации;
- 4) знаниях, умениях, навыках, опыте;
- 5) личной привлекательности, обаянии, технике общения, наличии харизматических данных и т.п.

Специалист по социальной работе должен уметь:

- идентифицировать и оценивать ситуации в тех случаях, когда требуется начать, усилить, восстановить, защитить или закончить отношения между людьми и социальными институтами;
- разработать план действий, основанный на оценке проблемы, и обеспечить его выполнение с целью улучшения благосостояния человека;
- усилить способности человека к решению проблем, преодолению стресса, к развитию;

- обосновать и обеспечить соединение людей с системами, которые обеспечивают ресурсами, услугами и возможностями;
- эффективно вмешиваться от имени дискриминируемых и уязвимых групп;
- способствовать эффективному и гуманному действию систем, обеспечивающих людей услугами, ресурсами и возможностями;
- активно участвовать вместе с другими в создании новых, модифицированных или усовершенствованных систем услуг, ресурсов и возможностей, которые являются более справедливыми, обоснованными и чувствительными к запросам потребителей услуг, и работать вместе с другими в плане устранения тех систем, которые не являются справедливыми;
- оценить степень, в которой были достигнуты цели планируемого вмешательства;
- постоянно оценивать собственный профессиональный рост и развитие путем анализа поведения и навыков;
- содействовать усовершенствованию службы, развивая базу профессиональных знаний и поддерживая стандарты и этические нормы профессии.

Ю.В.Валентиком и соавт. (1997) разработана и реализуется учебная 80-часовая программа спецкурса «Социальная работа в наркологии». Ее целью является обучение будущих специалистов практическим навыкам медико-социальной работы в наркологии при непосредственном взаимодействии с клиентами в учреждениях, где реализуются описанные в 4-й главе программы медико-социальной помощи. Основные практические темы, связанные с медицинской, социальной и трудовой реабилитацией лиц, злоупотребляющих ПАВ, изучаются в виде практико-ориентированных занятий под руководством опытных специалистов. Значительный объем времени в учебном плане выделен для изучения правовых аспектов заболеваний, связанных с зависимостью от ПАВ, вопросов, связанных с коррекцией проблем зависимости, созданием терапевтических сообществ.

В Российской Федерации накоплен определенный опыт подготовки и переподготовки социальных работников на базе медицинского высшего учебного заведения. В соответствии с решением коллегии Министерства здравоохранения РСФСР от 18.06.91 г. в Архангельском государственном медицинском институте (с 2000 г. — Северный государственный медицинский университет) открыт факультет социальных работников. В течение четырех лет факультет готовил кадры специалистов по социальной работе в режиме переподготовки преимущественно врачей, работников образования, служащих. Одновременно велась деятельность по составлению учебных планов и программ, кадровому и методическому обеспечению образовательного процесса в объеме пятилетнего обучения.

С 1991 по 1995 г. в основном была сформирована концепция подготовки специалистов по социальной работе на базе медицинского вуза. В основу этой концепции положены традиции российской общественной медицины и социальной работы, которые впервые получили мощное развитие в деятельности земских врачей. Именно начиная с последней трети XIX в. в медицинской практике укоренился тезис «врач — социальный работник». Это произошло вследствие того, что социальная нагрузка, которую несли медики, была гораздо шире, нежели выполнение узкомедицинских мероприятий. Гуманистические принципы общественного здравоохранения в дальнейшем легли в основу работы отечественных врачей.

В сложной социально-экономической ситуации переходного общества выросла потребность проведения профилактических, терапевтических и реабилитационных

здравоохраненческих мероприятий на межсекторальном уровне. Однако особенности рыночных взаимоотношений в системе здравоохранения не предполагают, а сложность современных социальных технологий не позволяет врачу с обычной академической подготовкой эффективно использовать эти мероприятия. Для проведения подобного рода медико-социальной деятельности необходим субъект, имеющий соответствующую специальную подготовку и профессиональные обязанности.

Поскольку в конечном счете обучение врача и медико-социального работника имеет общее целеполагание, кажется вполне обоснованным решение об организации факультетов медико-социальных работников в медицинских академиях и университетах. В подтверждение последнего тезиса имеются и другие весомые аргументы. В частности, серьезными доводами могут являться общность морально-этических основ медицины и медико-социальной работы и их воспитание в процессе образования, необходимость получения будущими специалистами по медико-социальной работе достаточного объема медицинских знаний. Помимо медико-социальных основ здоровья, входящих в блок общепрофессиональных дисциплин, в разделе дисциплин специализации значительное количество часов в учебном плане факультета социальных работников Северного государственного медицинского университета отводится на такие предметы, как эпидемиология, медицинская география, структура системы здравоохранения, службы психического здоровья, охраны здоровья матери и ребенка, социальная работа с инвалидами, больными алкоголизмом, венерическими болезнями, туберкулезом, медико-социальная профилактика и пропаганда здорового образа жизни, первая медицинская помощь при различных экстремальных состояниях и др.

В концепции подготовки медико-социального работника заложена идея о том, что медико-социальная работа есть деятельность по изменению условий жизни человека, который является не только объектом, но и субъектом этого процесса, активно участвуя в рациональном изменении своих жизненных условий. Это положение актуально в контексте изменения социальной политики в сторону преобладания тенденций на снижение патерналистской направленности государства в вопросе поддержания общественного здоровья граждан.

Нам представляется, что в вопросе формирования концепции обучения медико-социальных работников чрезвычайно важную роль играет региональная специфика, которая оказывает определяющее влияние не только на содержательную сторону образовательного процесса, но и на общеметодические и философские его аспекты. Социально-экономические, демографические, этнические, культурные, экологические особенности Северо-Европейского региона, во многом несущие элемент экстремальности, существенно определяют социальную ситуацию в Архангельской области и предполагают использование особых подходов и принятие нестандартных решений в деле поддержания общественного здоровья населения Севера.

Модели социального образования в различных странах определяются особенностями проведения социальной работы, характер которой, в свою очередь, обусловлен политическими, экономическими, социально-культурными, этическими, историческими и другими особенностями каждого конкретного государства или группы государств.

Взяв за основу традиции российской общественной медицины и социальной работы, в процессе медико-социального образования, на наш взгляд, важно использо-

вать позитивный опыт обучения субъектов социальной деятельности, накопленный в других странах.

В этой связи важным направлением деятельности факультета социальных работников Северного государственного медицинского университета становится подготовка медико-социальных работников для районов проживания коренного населения Севера. В контексте катастрофически ухудшающейся социальной ситуации в северных этносоциумах и реализации проекта этноэкологических парков проблема обеспечения квалифицированными кадрами медико-социальных реабилитационных программ приобретает особую актуальность. Такая целенаправленная региональная профилизация системы медико-социального образования имеет серьезные перспективы с точки зрения коррекции социальной политики по отношению к малочисленным народностям Крайнего Севера России.

Состоявшаяся в Архангельске летом 1994 г. Международная конференция «Социальная работа в России» приняла решение образовать на базе факультета социальных работников Архангельской государственной медицинской академии (сейчас — Северный государственный медицинский университет) Международный социальный колледж. По реализации идеи меморандума об организации Международного социального колледжа, подписанного представителями восьми зарубежных стран, наиболее последовательная деятельность осуществлялась шведской стороной.

В результате активных совместных действий университета г. Умео и Архангельской медицинской академии был разработан проект, нашедший политическую поддержку федеральных и региональных властных структур в России, правительств Швеции и провинции Вестерботтен, а также получивший финансирование государственных шведских фондов.

В рамках осуществления проекта несколько раз в году шведские преподаватели читают циклы лекций студентам факультета социальных работников, проводятся стажировки преподавателей университета в Швеции. Так, летом 1996 г. 50 студентов факультета в течение трех недель проходили практику в г. Умео и одновременно обучались в летней международной школе университета. Итогом этого цикла обучения явились сдача экзамена шведским профессорам и получение сертификата шведского университета.

Научная часть проекта реализуется в практике проведения международных конференций в Архангельске. В ноябре 1996 г. состоялась Международная научно-практическая конференция «Алкоголизм и наркомания в Евро-Арктическом Баренц-регионе», в которой приняли участие социальные работники, врачи, представители правоохранительных органов, таможи, студенты факультета социальных работников. На конференции обсуждались вопросы профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками в северных регионах России, Норвегии, Швеции и Финляндии. Опыт социальной работы по профилактике алкоголизации и наркотизации населения, а также подготовка медико-социальных работников в Скандинавских странах требуют дальнейшего изучения и адекватного использования в России.

В Российской Федерации делаются лишь первые шаги, направленные на специализированную подготовку социальных работников. Проблемы становления и развития медико-социальной работы сопряжены с тем, что система профессиональной социальной работы в целом содержательно, функционально и организационно находится на начальной стадии. Еще не сложилось четкого представления о сферах деятельности новых специалистов у кадров родственных профессий.

Таким образом, анализ материалов по различным аспектам организации социальной работы в современных условиях убеждает в том, что сотрудники ее служб, как государственных, так и общественных, должны иметь специальную многостороннюю профессиональную подготовку в специализированных высших или средних учебных заведениях, что и будет определять их должностное положение и квалификационную характеристику. При подготовке специалистов по социальной работе должны учитываться: особые условия этой работы, обуславливающие реестр личностных требований к данным специалистам; необходимость владения достаточными знаниями в социологии, психологии, политологии, экономике, медицине и других областях науки и практики, конкретизируемых в зависимости от «точки приложения» усилий данного специалиста к той или иной проблемной группе.

Для социальных работников в области наркологии должен быть определен максимально полный набор требуемых знаний, умений и навыков с учетом специфического профиля конкретной практической работы с особыми категориями больных, а также лиц, взаимодействующих с ними (семейная созависимость; алкоголизирующиеся группы на производстве и т.д.). Целесообразно также наметить наиболее значимые направления социальной работы в наркологической сфере с учетом реалий современной социально-экономической ситуации в России. Необходимо при этом исходить из места в системе социальной и наркологической помощи государственных и общественных структур, из актуальной наркологической ситуации, учитывать особенности общественного мнения по отношению к больным алкоголизмом и наркоманиями (национальный менталитет). Должны быть определены уровни обучения социальной работе в зависимости от формируемой должностной квалификации, сформированы правила аттестации специалистов, ее нормативы (стандарты), определена система постоянного повышения квалификации.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Наркологическая превентология — это мультидисциплинарная прикладная наука. Развивающаяся социальная дезадаптация у алкоголиков и наркоманов, с одной стороны, является прогностическим критерием развития заболевания, с другой — при социальной дезадаптации требуются реабилитация и восстановление социального статуса больного человека. Поэтому цель социальной работы в наркологии — восстановление нарушенной социальной сети пациента и создание для него социальной поддержки.

Для организации социальной работы требуются специалисты, владеющие не только блоком социально-психологических дисциплин, но и определенными знаниями в сфере медицины.

Европейская модель подготовки специалистов по социальной работе внедрена в Северном государственном медицинском университете. Особенность вузовской подготовки специалистов по социальной работе состоит не только в том, что теоретические знания переносятся на практический уровень, но и в прикладном характере всех образовательных программ, что позволяет моделировать виды помощи пациентам и делать ее максимально полезной в каждом конкретном случае.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Знаменитый польский психиатр А.Кемпински, говоря о проблемах современной медицинской науки, отметил, что у человека существует удивительная склонность исключать тех, кто «иные». Образование границы является всеобщим явлением живой природы, особенно актуально это для образования границы между человеком и группой.

Психиатр (как и любой другой врач, в том числе нарколог) преодолевает две границы: одну, отделяющую его от больного, другую, отделяющую больного от здорового. Одним из условий преодоления этих границ профессор А.Кемпински называет «сближение с больным — усилие, необходимое, чтобы войти в мир больного, принять его чувства, не занимать позиции осуждающего, всегда идти к нему с помощью, одновременно отдавая себе отчет в том, что эта помощь может быть бесполезной. Переживания больного не редко наталкиваются на собственные, часто не осознаваемые проблемы».

Карл Юнг в своих воспоминаниях о первых годах работы (под руководством профессора Евгения Блейлера) после окончания медицинского факультета Базельского университета писал: «Я замкнулся в клинике, как в монастыре, чтобы лучше понять и узнать мир психически больных людей. Хотел узнать, как реагирует человеческий дух на собственные внутренние нарушения».

Психология в наркологии пока не имеет «полноценной прописки» в общественном сознании. Ее отождествляют либо с «заговариванием зубов», либо с психиатрией. В данной главе попытаемся восполнить этот пробел.

## МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИИ

Одним из критериев психических нарушений является отсутствие адаптации к ежедневной жизни, что связано с общественной культурой, к основным ценностям которой относится и качество жизни. Поэтому необходимо более внимательно рассмотреть методологию антипсихиатрии, обращающей внимание на патологию социальных групп и норм. Это достаточно важная проблема: сегодня далеко не решен вопрос о том, какое влияние имеют референтные и социализирующие группы на развитие самого человека и общественной культуры.

Тем не менее мы придерживаемся тезиса о том, что если социальные группы и их требования будут проявлять признаки патологии (наркомания, насилие, алкоголизм, агрессия), то невыполнение этих требований и ожиданий общества НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЕЙ поведения конкретного человека. Это значит, что человек, не следующий патологическим алкогольным традициям (рискованное, частое и массивное употребление алкоголя, предпочтительное употребление крепкого алкоголя, употребление алкоголя в молодом возрасте и т.д.), не обнаруживает признаков патологии.

Уместно задать вопрос о том, какое значение имеет клиническая психология для решения проблем зависимости. Как нам кажется, прежде всего, и наркологическая превентология, и клиническая психология имеют прикладной характер:

- наркологическая превентология занимается проблемами предупреждения зависимости для создания возможности самореализации человека;
- клиническая психология рассматривает проблемы психического здоровья в рамках профилактики кризисных жизненных ситуаций;
- области применения наркологической превентологии и клинической психологии не совпадают, но взаимодействуют друг с другом;
- взаимодействие наркологической превентологии и клинической психологии двунаправленное: с одной стороны, наркологическая превентология может облегчить понимание нарушения внутриличностных и межличностных процессов и состояний при развитии зависимости от ПАВ, с другой — клиническая психология может изменить традиционные представления о зависимости как о нарушении силы воли;
- клинический психолог работает не только с пациентами, имеющими проблемы зависимости от ПАВ, но и со здоровыми людьми, обращающимися за помощью в различные сложные жизненные периоды. Клиническая психология имеет широкую сферу применения, особенно в области проблем психического здоровья, связанных с развитием зависимости от ПАВ. Отсюда цели наркологической превентологии и клинической психологии взаимосвязаны в аспектах развития и укрепления здоровья.

Перед тем как перейти к конкретным методам работы клинического психолога в наркологии, целесообразно рассмотреть модели и методы клинической психологии в эволюционном аспекте.

В клинической психологической практике существует много профессиональных моделей. Становление этой специальности в клинике включает четыре основных действующих лица — лаборанта, техника, консультанта и участника лечебно-диагностической группы. Их функциональные роли в наркологической клинике представлены следующим образом.

*Психолог-лаборант* в наркологическом стационаре или диспансере проводит только тестовые исследования и расшифровывает результаты, пользуясь готовыми матрицами и алгоритмами. Он не проводит ни одного качественного анализа обследования, даже не подбирает тесты. К лечению он также не подключается. Выбор методики и лечение осуществляют только специалисты-наркологи. Психологическая реабилитация алкоголиков заменяется биологизированными методами психотерапии.

*Психолог-техник* практически владеет богатым набором методов исследования и может их выбрать. От нарколога он также получает конкретные указания: исследовать уровень интеллекта, тревожность или эмоциональную уравновешенность. Реабилитация остается только на уровне биологического измерения.

*Психолог-консультант* участвует в постановке диагноза алкоголизма или наркомании, выясняет стадию и структуру нарушений, дает указания по психологической работе с данным пациентом соответственно результатам тестирования, а также оценивает прогноз и возможность ремиссии. Консультант непосредственно сам решает, какие психологические методы исследования применить в данной клинической ситуации, проводит их количественный и качественный анализ. Его работа связана с огромной профессиональной автономией, он участвует в психологической экспер-

тизе больных алкоголизмом и наркоманией, а также в судебно-психологической экспертизе.

И, наконец, *психолог-участник лечебно-диагностической группы*, который работает в рамках группы специалистов, разделяющих между собой диагностическую и лечебную работу в зависимости от навыков каждого и природы факторов, спровоцировавших заболевание, — психологических или органических. Задача работы психолога в группе — остановить прогрессирование и усугубление основного заболевания, чтобы больной, страдающий зависимостью, научился жить без ПАВ, в том числе без алкоголя, восстановил и сохранил себя как можно дольше. Общая эффективность деятельности таких групп зависит от хорошей координации работы каждого. В случае плохой координации существует опасность, что живой человек «потеряется» среди заключений и консультаций специалистов.

Модели работы психолога с наркологическими больными в настоящее время еще формируются и совершенствуются. Своеобразная специализация психолога и методы непосредственного психологического курирования являются отражением различных психологических концепций о природе человека, например, таких, как технократическая, покровительственная и воспитательная модели.

*Психолог-технократ* занимается оказанием помощи наркологическим пациентам в директивном стиле. Он воспринимает человека как несамостоятельного, лишённого признаков субъекта и относится к пациентам с позиции своего авторитета. Технократом очень часто является специалист высокого ранга в области определенных техник, например, гипноза. Он руководит пациентом, дает ему советы и указания, контролирует их выполнение, руководит его социальным окружением, составляет возможную программу поощрений и наказаний пациента. Часто технократ дает директивные указания родственникам, тем самым в какой-то мере перекладывая на них часть проблем пациента и усиливая созависимость.

*Психолог с покровительственной ориентацией* также видит в человеке, зависимом от ПАВ, прежде всего слабое существо, нуждающееся в помощи. Он функционирует как советник, облегчающий принятие решений и разрешение внутрилличностных конфликтов индивида. Он помогает обрести уверенность и отвагу, ликвидирует (или пытается минимизировать) психические травмы или как социальный покровитель приходит домой к пациенту, помогает ему в решении многих бытовых проблем. Существует две разновидности этой модели работы — *покровительственно-клиническая* и *покровительственно-социальная*. В первой модели психолог занимается пациентом, находящимся на лечении или нуждающимся в психотерапевтической помощи. Покровительственно-социальная модель предполагает, что психолог занимается с пациентами после госпитализации, а также помогает людям, находящимся в тяжелой жизненной ситуации.

Наконец, *психолог, работающий в воспитательной модели*, обнаруживает в человеке неограниченные возможности деятельности и развития, которые осуществляются во взаимодействии с другими людьми и в хорошо организованной социальной среде. Задача психолога при этом — открытие самых лучших потенциальных возможностей человека, всего, что в нем есть здорового, ценного и способного к развитию. Главный принцип, который лежит в основе этой модели, — убеждение в том, что лучший способ борьбы с проблемами — не допустить их появления. Синоним этого направления — профилактическая модель работы психолога. Для наркологической превентологии воспитательная, или профилактическая, модель является наиболее

оптимальной по многим параметрам — экономическому, эффективности, степени охвата популяции.

Таким образом, системообразующим фактором клинической психологии в наркологической превентологии считается признание того, что человек является высшей ценностью. Именно в самом человеке заложены резервы развития, потенциал самореализации, дающий возможность решать проблемы, а не искать утешения в наркотиках или алкоголе.

Исследований клинической психологии по методологии превенции не так уж и много. Это связано, прежде всего, с установкой клинических психологов на эффективное воздействие, а не на научную рефлексию. Несмотря на рекомендации ВОЗ, большинство клинических психологов затрудняются ответить на вопрос, что же такое психическое здоровье. Точно так же, как понятия болезни и счастья, понятие здоровья очень субъективно.

При всем разнообразии понятий ясно, что психическое здоровье тесно связано с системой ценностей. Независимо от культуры, психическому здоровью приписывается позитивная ценность и постулативный характер, поэтому повсюду распространилось убеждение в необходимости требовать, чтобы люди стремились к здоровому образу жизни. В связи с этим исследователи и практики сферы психопрофилактики должны соблюдать точность понятий, умеренность в постановке целей и толерантность к мнениям.

Так как концепция наркологической превентологии связана с нормами культуры и социального состояния, можно говорить о модели здорового жизненного поля. По мнению представителя экологической психологии D.Stokolsa, здоровое окружение характеризуется тем, что дает человеку возможность максимального удовлетворения потребностей и реализации общественных целей, т.е. обладает «максимальным потенциалом гуманизма».

Важным условием, объединяющим цели и психологические стратегии наркологической превентологии, является *компетентность*.

В некоторых превентивных психологических моделях наблюдается тенденция замены теоретической модели психического здоровья понятием жизненной компетентности, включающей в себя разнообразные умения. В какой-то мере понятие компетентности является нейтральным, но одновременно инструментальным. R.White (1959), отсылая к основам психоанализа и необихевиоризма, обращает внимание на то, что деятельность человека управляется общечеловеческим стремлением совершенствования своего влияния на окружение — чем больше достижений будет во взаимодействии человека с окружением, тем выше у человека чувство собственной компетентности.

Дальнейшие исследования показали компетентность как способность к такому поведению, при котором человек может максимально осуществить собственные цели адекватно ситуации (Wiemann J.M., 1977). Речь идет о способности использовать выученные стратегии поведения для их эффективного применения в окружающем мире — научиться отказываться от ПАВ, контролировать прием алкоголя, справляться с трудными жизненными ситуациями без опьянения. Однако эта простая и очень прагматическая теория является упрощением таких понятий, как развитие и человеческая жизнь. Эту односторонность смягчают такие связанные с компетентностью понятия, как, например, *компетентность общения*, включающая эмпатию, потребность в сочувствии, релаксации, стремление быть вместе, желание понять партнера.

Положительными факторами этих концепций являются значительная субъективность, признание активности как главного условия психического здоровья. На основе этих концепций создаются готовые сценарии для тренингов различных форм здорового образа жизни (например, тренинг ассертивности и т.д.).

Ключевым понятием психологической превенции является кризис. Имеются в виду и возрастные кризисы, и кризисы, связанные с потерей близких, потерей работы или средств к существованию, с агрессией или насилием, неудовлетворенностью своей жизнью, разочарованием в ком-то, осознанием невозможности чего-то достигнуть и т.д. В такие моменты человек может прибегнуть к аутодеструктивному поведению, чтобы изменить свое психическое состояние, например, при помощи наркотиков, алкоголя и т.д.

Кризис – понятие, широко используемое не только в психологии, но и в медицине, истории, экономике, часто употребляется вместе с терминами «конфликт», «стресс», «трудная ситуация» и т.д. Одним словом, это ситуация, требующая сиюминутной помощи и вмешательства окружения. Наиболее удачное определение кризиса предложено Г.Олпортом: «Кризис – это состояние эмоционального и мыслительного напряжения в ситуации, когда от человека требуется изменение перспектив в течение короткого промежутка времени. Это изменение перспектив связано с изменением структуры личности. Изменения могут быть как прогрессивными, так и регрессивными. В кризисе человек не способен изменить существующую ситуацию, прибегая к рутинным способам поведения, а также к обычным способам адаптации».

К кризису приводит не каждая трудная ситуация, а только такая, при которой:

- 1) возникает очень сильное напряжение, что затрудняет нормальную жизнедеятельность;
- 2) проблема субъективно кажется очень важной;
- 3) человек ощущает себя беспомощным по отношению к проблеме и не знает, как ему далее вести себя и что делать;
- 4) чувство психического дискомфорта длится значительно дольше, чем обычно при переживании проблем.

С точки зрения E.Lindemann и G.Caplan, кризис возникает в ситуации, когда существует угроза какой-либо ценности, представлявшей цель и смысл жизни, а также невозможность осуществления цели имеющимися способами.

По мнению G.Caplan (1964), кризис является переходным этапом, означающим для индивида одновременно и возможность развития, и повышенную уязвимость в плане появления психических нарушений (в том числе алкоголизма и наркомании). В этой ситуации представляется уместным попытаться разграничить такие понятия, как *кризис* и *физиологический стресс*, а также *психологический стресс*.

Под физиологическим стрессом мы понимаем реакцию на уже существующую боль, нагрузку. При психологическом стрессе какой-либо сильный раздражитель воспринимается как угрожающий, как нечто, что принесет физическую или психическую боль, страдание, при этом боль или страдание могут ожидаться или подразумеваться (Lazarus R., 1966). Яркий пример снижения такого стресса – употребление «наркомовских ста грамм» перед атакой во время Великой Отечественной войны.

E.Lindemann изучал поведение людей в состоянии одиночества, развода, потери близкого человека и неадекватного траура, описав это как состояние кризиса. По мнению автора, эти люди входят в группу риска развития патологии, в том числе

возможности развития зависимости от ПАВ, включая алкоголь, или совершения самоубийства в состоянии опьянения, и поэтому нуждаются в специальном раннем антикризисном вмешательстве.

В моменты, когда кризис обостряется, можно наблюдать следующие признаки:

- 1) чувства усталости и физического истощения, не адекватные выполняемой работе;
- 2) многочисленные соматические жалобы (на сердце, желудок, отсутствие аппетита, бессонницу и т.д.);
- 3) чувства потерянности, беспомощности, безнадежности;
- 4) тревожность и беспокойство, суицидальные тенденции;
- 5) нарушения в семейной жизни;
- 6) дезорганизованность на работе, в функционировании социальной группы.

Итак, вследствие какого-либо неожиданного травматического события или переживания (смерть близкого, тяжелая неизлечимая болезнь, исключение из школы или вуза, ссора с приятелем, измена и т.д.) у человека оказывается под угрозой смысл жизни.

G. Carlan (1964) выделил четыре фазы кризиса:

- 1-я фаза – вступительная, появляются дезориентация, большое напряжение, беспокойство, вызванное неумением решить проблему, чувство потерянности и неумение найти новые решения. Вместо поиска решений человек пытается «запить» свое горе, что вызывает еще больше проблем.
- 2-я фаза – напряжение возрастает, происходит поиск решений методом проб и ошибок, нарастает чувство беспомощности, безнадежности, отсутствуют перспективы положительного решения проблемы. В данную фазу на фоне употребления алкоголя возможны суицидальные мысли, у подростков – попытки приема ПАВ.
- 3-я фаза – кульминационный момент, появляется максимальная мобилизация энергии, кажется, что все внутренние и внешние силы заставляют человека пересмотреть ситуацию. Собственные цели оцениваются как неосуществимые. В данной фазе напряжение постепенно снижается, так как либо находится решение проблемы, либо у человека развивается установка отказа.
- 4-я фаза – ее характеризует большое психическое и физическое истощение. Это состояние может сопровождать как позитивное, так и негативное решение проблемы. Если человек не способен отказаться от чего-то без чувства поражения, появляется эмоциональное отчаяние, и тогда нарушается внутренняя интеграция личности.

Одной из разновидностей кризиса, характерного для среднего возраста, является *синдром эмоционального выгорания*. Впервые он был описан американским психиатром из клиники Меннингеров Тобиасом Брошером. Синдром выгорания часто развивается у людей с сильной потребностью достижения чего-либо, честолюбивых, посвящающих много времени работе, стремящихся достигнуть руководящей должности. В среднем возрасте у этих людей развивается усталость от нетерпеливого ожидания эффектов своей профессиональной работы, что не всегда возможно. Появляются неудовольствие, попытки поменять работу. Неприятности на работе сопровождаются эмоциональными проблемами в семье, в контактах с детьми и супругами. В этот период часто развивается злоупотребление алкоголем, транквилизаторами, стимуляторами и т.д.

Синдром эмоционального выгорания чаще появляется у лиц с так называемым поведением типа А, чем у лиц с поведением типа В. Эти образцы поведения, описанные J.Freedman, M.Roseman, характеризуют два различных способа стремления к реализации честолюбивых планов. Поведение типа А сопровождается чрезмерной и неконтролируемой активностью, иногда называемой ересью поступков. Лица с данным типом поведения живут в постоянной спешке, работают под давлением нехватки времени, быстро едят, быстро ходят, думают о нескольких вещах сразу, решают несколько проблем одновременно, принимаются за новые поступки и дела, считая, что кроме них этого лучше не сделает никто. Поведение типа В отличается большей решительностью действия, большей вдумчивостью, постепенностью, пребыванием «в тени». Может показаться, что поведение типа А отличается большей успешностью, однако это ошибочно. В действительности лица с поведением типа А начинают много дел, но большинство из них не заканчивают. Неудачи, которые встречаются полного энергии «человека А», вызывают у него состояние отчаяния, отказ от цели и типичный синдром выгорания.

Другой разновидностью кризиса является описанный К.Юнгом «кризис середины жизни», появляющийся в возрасте 35–45 лет. Человек постепенно начинает подводить итог своего пути. Многого в жизни уже не достигнуть, от многого приходится отказаться. Часто кризис данного типа начинается со снижения физиологических функций и сопровождается духовным и психологическим развитием.

*Кризисы, вызванные ослаблением копинг-поведения* в трудных ситуациях, описаны Aguiler Messick (1977). Данный тип кризисов связан с нереалистичной оценкой трудной ситуации.

*Религиозные кризисы* напоминают кризисы, связанные с достижением зрелости личности, но отличаются тем, что протекают в двух плоскостях — природной и сверхприродной. Это могут быть кризисы веры, а также кризисы, связанные с проблемами духовного развития.

В целом, кризисы и трудные жизненные ситуации связаны с субъективной оценкой происходящего в результате восприятия событий как чего-то негативного или как неожиданной находки. При любом из данных кризисов возможен двоякий исход: бегство от решения проблемы (в том числе с помощью алкоголя или наркотиков) либо поиск выхода из создавшейся ситуации.

Итак, работа клинического психолога в наркологии заключается, прежде всего, в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки человека или группы в трудных (кризисных) ситуациях, возникающих в ходе личностного или социального бытия.

Психологическая помощь в наркологической превентологии может иметь различные формы — от короткой интервенции до обширных профилактических программ. В качестве основных можно выделить следующие: обучение различным навыкам в процессе групповой и индивидуальной терапии, психологическое консультирование, консультативная и экспертная работа, а также общеобразовательная деятельность.

Основным направлением психологической деятельности клинического психолога является помощь людям, находящимся в трудных ситуациях, которые неизбежны в процессе развития и созревания личности, приспособления к меняющимся условиям среды. Преодоление трудных и кризисных ситуаций называется копингом (Lazarus R., 1980). Это состояние знакомо каждому человеку, в том числе страдающе-

му зависимостью от алкоголя, наркотиков, лекарств. Преодолением будут и процессы абстиненции (отказа от ПАВ), трезвости и обучения жизни в согласии с самим собой.

Психологическая нагрузка стресса и кризиса, по мнению R.Lazarus, не зависит непосредственно ни от ситуации, ни от самой личности, хотя взаимосвязана с этими составляющими. Нагрузка и стресс — это, прежде всего, результат того, как индивид оценивает взаимоотношения со своим окружением.

Механизм копинг-поведения можно представить следующим образом.

Сначала событие (стрессор) получает у человека первичную оценку («потеря», «угроза», «приобретение», «польза», «вызов»). Затем наступает вторая фаза — вторичная оценка, в ходе которой индивид оценивает свои возможности преодоления кризиса, стресса и трудной ситуации («ситуация для преодоления», «отсутствие возможности справиться», «случай проверить себя», «шанс», «безнадёжная ситуация»).

Динамика состояния в течение первичной и вторичной оценок, сопровождаемая эмоциями, напряжением, эмоциональными и физиологическими реакциями, определяет дальнейшее копинг-поведение, которое может быть сконцентрировано на собственной личности, собственных эмоциях, поиске решений, а также на внешних элементах ситуации, конфликте, фантазиях, бегстве в воспоминания. Принимая во внимание биологические механизмы рождения эмоций, их центральной регуляции и связи с мотивациями, психическими аспектами поведения, нетрудно увидеть связь копинг-поведения с особенностями психофизической адаптации, которые могут быть как врожденными (конституциональными, наследуемыми), так и приобретенными (в результате модификации конституциональных под действием экзогенных факторов). Отсюда очевидно, что копинг-стратегии определяются и возрастом (степенью зрелости механизмов адаптации), и внешними обстоятельствами (силой и продолжительностью действия стрессоров), и привнесенными факторами (например, психопатологией вследствие предшествующей наркотизации). Ф.Березин (1988) приводит примеры разной эффективности психической адаптации у взрослых мужчин и в юношеском возрасте при различных (высоком и низком) уровнях тревоги. Неадекватная поведенческая реакция есть феноменологическое выражение нарушения адаптации, неотреагированный или неправильноотреагированный интрапсихический конфликт. Последний, в свою очередь, связан не только с психическим состоянием — фрустрацией, но и с психосоматикой. Соматизация нарастающей вследствие нарушенной адаптации тревоги замыкает патологический круг, усугубляет интрапсихический конфликт до кризисного состояния, которое требует разрешения (выхода) и включения механизмов психологической защиты с внешней помощью.

R.Lazarus в своих ранних работах называет процессы регуляции эмоций *паллиативными техниками*, тогда как процессы, лежащие в основе решения проблем, — *техникой активного преодоления*. В последующих его работах отмечено, что обе стратегии, как направленные на проблему, так и на личность и ее отношения с окружением, составляют основу сложной динамики способов преодоления стресса и кризиса.

Психологические исследования, проводимые психологами и наркологами как в стационаре, так и амбулаторно, и исследования больных наркоманиями I и 2-й стадий заболевания со сформировавшейся психической и физической зависимостью, а также лиц, впервые попробовавших наркотики, позволили выявить характерные особенности копинг-стратегий. Обобщающие исследования, проведенные В.М.Ялтонским, Н.А.Сиротой, Н.С.Видерманом и Р.Д.Дорофеевой (1998–2001), основаны на использовании методики «Индикатор копинг-стратегий» (CSI; Amirhan J.H.,

1990), позволяющей выявить особенности таких основных копинг-стратегий, как «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание».

Сравнительный анализ полученных результатов свидетельствует о качественном различии структуры копинг-поведения у представителей групп здоровых мужчин и больных наркоманией. Здоровые мужчины преимущественно использовали активные копинг-стратегии разрешения проблем и поиска социальной поддержки. У больных же следствием употребления наркотических веществ явилось снижение интенсивности применения этих позитивных стратегий с формированием готовности к проблемно-избегающему поведению.

При столкновении с проблемой здоровые мужчины анализировали причины ее возникновения, определяли их для себя по степени важности как основные, требующие быстрого разрешения, или второстепенные, малозначимые. В ходе решения проблемы здоровыми людьми активно проводился необходимый сбор информации, осуществлялся анализ опыта других людей в разрешении подобных проблем, велся поиск наиболее эффективного пути их преодоления.

В то же время использование *копинг-стратегий разрешения проблем* больными алкоголизмом и наркоманией сопровождалось тенденцией к переключению на пассивные, малоадаптивные способы преодоления стресса. Обедненность личностных и средовых ресурсов в результате наркотизации, отсутствие необходимых навыков активного преодоления проблем способствовали накоплению у больных негативного опыта использования копинг-стратегии разрешения проблем. Следствием длительного потребления ПАВ явилась также частичная дефицитарность когнитивных процессов, что препятствовало эффективному подходу к изучению проблемы, ее правильной, адекватной оценке, продуктивному поиску информации о проблеме, выбору конструктивного варианта ее разрешения. Для больных наркоманией характерна искаженная, однобокая оценка событий, получаемой информации, и отсюда — неспособность правильного анализа ситуации и выделения наиболее значимых ее аспектов. При снижении тенденции поиска альтернатив в сложившейся «тупиковой» ситуации постоянно нарастающее эмоциональное напряжение, тревогу, ощущение страха и дискомфорта больные наркоманией снимали привычным для них путем — употреблением наркотика. При этом в состоянии наркотического опьянения у них повышались самооценка, настроение, жизненный тонус, искажалось восприятие проблемы, предпринимались неэффективные попытки ее разрешения. Таким образом, «психофармакологический» путь решения проблем становился преобладающим.

К использованию *копинг-стратегии поиска социальной поддержки* здоровые мужчины прибегали в ходе неудачных попыток самостоятельно разрешить возникшую проблему. Позитивный опыт поиска поддержки способствовал формированию эффективного копинг-поведения. У больных же в результате длительного употребления наркотических веществ отмечались снижение интенсивности использования копинг-стратегии поиска социальной поддержки, постепенная дезинтеграция социально-поддерживающих сетей. Попытки воздействия членов семьи, друзей, «значимых» друзей на больного приводили лишь к возрастанию отчуждения, эмоциональному дистанцированию в межличностных отношениях, что затрудняло в дальнейшем поиск поддержки. Нарушенные интерперсональные контакты с просоциальной средой, резко отрицательное отношение общества к употребляющим наркотические вещества, страх и нежелание общаться с ними даже со стороны самых близких родственников и друзей, осуждение, неприязнь — все это вынуждает больных к поиску сочувствия

и помощи у членов наркоманических групп, где социальная поддержка ограничена и непостоянна, определяется «общей патологической мотивацией — потребностью в наркотике».

*Копинг-стратегия избегания* у здоровых людей при столкновении с проблемой является наименее предпочтительной и реализуется в случае несостоятельных попыток разрешить проблему своими силами или с помощью социальных ресурсов. Копинг-стратегия избегания является наиболее вероятным вариантом дез-адаптационного поведения, что может проявляться у здоровых мужчин в состоянии выраженной психотравмирующей ситуации на фоне низкой самооценки, высокого уровня тревожности, неуверенности в себе. Такие индивиды завышают субъективную значимость проблемы, считая ее неразрешимой. Выбор стратегии избегания нередко является следствием нежелания брать на себя ответственность за принятие важных решений. Искаженное восприятие реальности, оценка проблемы как трудноразрешимой, субъективное ощущение «тупика», наличие негативного опыта преодоления подобных проблем способствуют выбору стратегии избегания. Ее использование в форме механизмов психологической защиты позволяет — пусть за счет некоторого искажения реальности, самообмана, уступок, одностороннего восприятия проблем и т.д. — редуцировать эмоциональное напряжение, вызванное проблемной ситуацией.

В отличие от здоровых людей, у больных наркоманией тенденция к избеганию проблем и снижению интенсивности использования активных способов преодоления стресса была выражена значительно сильнее. Использование копинг-стратегии избегания на некоторое время снижало у них неуверенность и одиночество. Однако конкретная причина, вызвавшая эмоциональный дискомфорт, при этом продолжала существовать. Избегание решения проблем проявлялось в использовании механизмов психологической защиты (патологических ее вариантов) или применении «фармакологического» способа изменения психологического состояния. Следствием длительного употребления ПАВ являлась деформация адаптивных копинг-механизмов, обеспечивающих адекватное функционирование личности. В результате дезадаптивные механизмы психологической защиты выступали в качестве одного из основных способов реагирования личности больного на стресс, снижающего ощущение эмоционального дискомфорта путем искаженного восприятия проблемы, ухода от ее разрешения.

Таким образом, наркоманию и алкоголизм можно рассматривать как псевдоадаптивное копинг-поведение, обусловленное недостаточностью использования активных копинг-стратегий, с характерным доминированием копинг-стратегии избегания. Актуальным направлением процесса реабилитации больных, сокращения числа рецидивов заболевания, формирования длительных ремиссий служит обучение больных эффективным навыкам проблемно-разрешающего поведения, коррекции реальных, социально-поддерживающих сетей с обеспечением адекватности социальной поддержки.

Выделено три основные модели копинг-поведения в наркологии как взаимодействия копинг-стратегий и копинг-ресурсов (Ялов А.М., 1996; Ялтонский В.М. и др., 1999; Сирота Н.А. и др., 2001):

1. **Модель адаптивного функционального копинг-поведения** создана по результатам обследования здоровых, социально-адаптированных подростков и молодых взрослых. Установлено, что исходом данного поведения являются социальная интеграция и конструктивная адаптация, которые могут быть достигнуты с помощью целенап-

равленного воздействия превентивного обучающего процесса на формирование активных функциональных копинг-стратегий и использование личностных и средовых копинг-ресурсов. При этом каждый структурный элемент копинг-поведения может являться мишенью превентивного воздействия.

Адаптивное копинг-поведение включает в себя следующие основные механизмы:

- сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий;
- сбалансированность когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов копинг-поведения и достаточное развитие когнитивно-оценочных механизмов у данной личности;
- преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудачи, готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса;
- достаточные личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие позитивный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий.

2. **Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения**, разработанная на основании результатов исследования лиц с аддиктивным поведением, предполагает развитие двух полярных (позитивного и негативного) вариантов исхода такого поведения, определяемых разной эффективностью функционирования сопряженных блоков копинг-поведения. Характеристики основных признаков данной модели копинга таковы:

- сочетанное использование как пассивных, так и активных копинг-стратегий при снижении удельного веса стратегии разрешения проблем в структуре копинг-поведения; увеличение удельного веса стратегии избегания; несбалансированное функционирование когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих копинг-поведения; повышенный удельный вес в структуре копинг-поведения свойственных более молодому возрасту (детских и подростковых) специфических копинг-стратегий;
- неустойчивость, флюктуация мотивации — то на достижение успеха, то на избегание неудачи; преимущественная ориентация копинг-поведения не на стрессор, а на редукцию психоэмоционального напряжения; подчиненность среде и *псевдокомпенсаторный* характер поведенческой активности;
- низкая эффективность блока личностно-средовых копинг-ресурсов как в целом, так и в отдельных компонентах его структуры: неустойчивая, негативная, искаженная Я-концепция; неравномерно распределяемое по сферам и низкого уровня восприятие социальной поддержки; неоднозначная по интенсивности и получаемая прежде всего от неадекватных социальных сетей — в том числе от наркотизирующихся — социальная поддержка; неустойчивый, более низкий, по сравнению со здоровыми, уровень интернального локуса контроля над средой в отдельных сферах деятельности; относительно развитые эмпатия и аффилиация; отсутствие расхождения между реальным и идеальным компонентами самооценки.

Рассматриваемый вид копинг-поведения носит псевдоадаптивный характер. Разрешение жизненных проблем лицами с аддиктивным поведением часто ассоциируется с разрешением проблемы доступности наркотизации, а сам наркотик воспринимается ими как средство преодоления проблем одиночества, нарушенной коммуникации, плохого самочувствия и т.д.

**3. Модель дисфункционального дезадаптивного копинг-поведения**, разработанная на основе результатов исследования копинг-поведения больных наркоманией, подростков и молодых взрослых, предполагает его исход в виде дезадаптации и социальной изоляции в результате неэффективного функционирования блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов.

Модель характеризуется следующими признаками:

- преобладание копинг-стратегий избегания над стратегиями разрешения проблем и поиска социальной поддержки; интенсивное использование интрапсихических форм преодоления стресса (защитных механизмов); несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения, неразвитость когнитивно-оценочных копинг-механизмов, дефицит социальных навыков разрешения проблем; интенсивное использование несвойственных возрасту копинг-стратегий;
- преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме и оценка ее как угрожающей; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности; низкий уровень копинг-поведения;
- отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор как на причину негативного влияния и воздействие на психоэмоциональное напряжение как на следствие негативного воздействия стрессора с целью его редукции; слабая осознаваемость стрессорного воздействия;
- низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов (негативная, слабо сформированная Я-концепция, низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля, отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающей среды и т.д.).

Данные характеристики дисфункционального дезадаптивного копинг-поведения больных наркоманией повышают их индивидуальную чувствительность к стрессу и рассматриваются нами как психологические факторы риска деструктивного копинг-поведения. Среди выявленных психологических характеристик больных наркоманией практически не обнаружено таких, которые способствовали бы сохранению психического здоровья, то есть психологических факторов резистентности к стрессу, что, вероятно, во многом предопределяет социальную дезадаптацию этого контингента.

Существенную роль в процессах преодоления играет категория «ответственности за причины случившегося», а также «ответственность за последствия».

Психолог может оценить способность преодоления трудной ситуации, определив выраженность копинг-элементов в поведении. Для превентивной деятельности особенное значение имеют следующие из них:

- 1) активное использование существующей ситуации, поиск информации, умение извлечь пользу и опыт из существующей неприятности;
- 2) выражение позитивных и негативных эмоций;
- 3) активное инициирование помощи со стороны других людей;
- 4) умение разделить проблемную ситуацию на части и постепенно их решать;
- 5) распознавание склонности к усталости и дезорганизованности, а также их преодоление в различных жизненных ситуациях;

- б) умение справляться со своими эмоциями, умение принять эмоции, когда их невозможно подчинить;
- 7) пластичность и готовность изменить самого себя;
- 8) доверие к своей личности и к людям.

Итак, в наркологической превентологии особенное внимание должно уделяться не просто копинг-стратегиям в широком понимании, а только тем, которые реалистичны, помогают рационально решить ситуацию и, кроме того, внутренне целостны.

Психологическая превенция может непосредственно касаться не только индивидов, но и социальных групп в их различных измерениях. Стратегии превенции могут иметь как индивидуальный, так и общественный характер. Каждая из этих стратегий имеет свои подходы и методы. Для клинического психолога важным является выбор адекватной стратегии или комплексных подходов.

Принятие решения о превентивном действии наиболее полно отражено в эклектической модели психологического консультирования или психотерапии любой ориентации (Gilland В.Е., 1989). В данной модели можно выделить следующие составляющие процесса психологической помощи:

1. **Исследование проблем** — установление контакта с клиентом<sup>1</sup> и достижение взаимного доверия. Нет необходимости прибегать к оценкам и манипуляциям, следует поощрять клиента к углубленному рассмотрению возникших проблем и фиксировать его чувства, содержание высказываний, невербальное поведение.
2. **Двумерное определение проблем** — установление эмоциональных и когнитивных аспектов, точно охарактеризованных проблем. Уточнение проблем ведется, пока клиент и консультант не достигнут одинакового понимания. Точное определение проблем позволит понять их причину и иногда указывает способы разрешения.
3. **Идентификация альтернатив** — обсуждение возможных альтернатив решения проблем. Следует искать такие альтернативы, которые клиент мог бы использовать непосредственно.
4. **Планирование** — критическая оценка выбранных альтернатив решения. Составление плана реалистического решения проблем должно помочь клиенту понять, что не все проблемы разрешимы. Некоторые проблемы требуют слишком много времени, другие — могут быть решены лишь частично посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизирующего поведения воздействия. В плане решения проблем следует предусмотреть, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения.
5. **Деятельность** — последовательная реализация плана решения проблем. Клиент должен усвоить, что частичная неудача — это еще не катастрофа и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.
6. **Оценка и обратная связь** — клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям (цит. по: Кочюнас Р., 1999).

<sup>1</sup> Приверженцы гуманистической психотерапии предпочитают называть человека, которому оказывается психотерапевтическая помощь, не пациентом, а клиентом, поскольку слово «пациент» несет в себе оттенок беспомощности, а приемы гуманистической психотерапии подразумевают активное сознательное участие человека в процессе лечения.

Важными формами работы психолога в наркологической превентологии являются:

- а) социальная поддержка как вид интеракции;
- б) психологическое консультирование;
- в) обучение личностным навыкам;
- г) изменение контекста.

**Социальная поддержка** как вид взаимодействия характеризуется тем, что:

- ее целью является приближение одного или обоих участников к решению проблем, преодолению трудностей, реорганизации нарушенных взаимоотношений с окружением и эмоциональная поддержка;
- в процессе этого взаимодействия происходит обмен эмоциями, информацией, способами деятельности и материальными благами;
- для эффективности социального обмена важным является соответствие точности между ожидаемой и полученной поддержкой;
- обмен в процессе данного взаимодействия может быть односторонним или взаимным;
- взаимоотношения начинаются в трудной и проблемной ситуации.

Основным и обязательным условием проявления социальной поддержки является объективное присутствие социальной сети, в которой находится индивид, или той, которая доступна для него: семья, группа друзей, общество или группа поддержки, учреждение, психолог социальной помощи, консультации. Доказано, что отсутствие группы поддержки в ситуации чувства одиночества снижает психическую и физическую толерантность людей. С точки зрения истинной превенции и реальной психологической помощи должны распространяться такие формы помощи, при которых у нуждающегося в помощи возникает и укрепляется убеждение, что при необходимости на эту поддержку и помощь можно рассчитывать и получить ее. Количество социальных связей не гарантирует эффективности преодоления стресса.

**Психологическое консультирование** — это метод помощи в наркологической превентологии. Как правило, к психологическому консультированию обращаются люди с какой-либо важной жизненной проблемой. Консультирование отличается от психотерапии, так как нередко за помощью приходят люди с субъективным ощущением психического здоровья.

Здесь мы встречаемся с парадоксом, когда клинический опыт психолога не помогает, а мешает ему. Все дело в том, что консультирование требует мышления не в категориях диагностики, постановки психологического диагноза, а в категориях обозначения проблемы, поиска цели и смысла жизни, т.е. креативности и оптимизации. Психолог, обученный в категориях психопатологии, будет воспринимать болезнь как фигуру, а здоровье — как фон, тогда как от психолога, оказывающего консультирование в наркологической превентологии, требуется проявление большой пластичности при наблюдении обеих категорий: здоровья и болезни, причем целостным образом, с учетом постоянного изменения аспектов фигуры и фона. Поэтому консультирование в наркологической превентологии требует развития навыков психологической работы, ориентированной на проблему, ситуацию, ценности, а не на патологию.

Психологическое консультирование в наркологической превентологии должно быть нацелено на следующие формы: поддерживающие, биодромальные ситуаций или консультирование жизненного пути, с особым вниманием к кризисам развития, воспитания, взаимоотношений между супругами, к профессии, здоровью.

Ситуация консультирования, независимо от содержания, всегда является ситуацией взаимодействия с социальным контекстом: воздействие в паре «консультант — пациент» (или группа пациентов). Контекстом интеракции является место, называемое психологической службой, социально-психологический климат или мнение об уровне психологических услуг. Этим контекстом может быть также школа, консультация по телефону (телефон доверия), группа студентов и т.д.

**Обучение личностным навыкам (моделирование, самоконтроль, самомониторинг и т.д.)** как стратегия наркологической превентологии направлено на развитие индивидуальных умений. Главный принцип данного вида помощи — обучение как предложение, которое заинтересованный человек принимает осознанно, индивидуально изменяя себя в зависимости от ситуации.

Существуют самые различные принципы тренировки личностных умений и навыков. Например, L.Brammer, P.Abreg (1981) предлагают следующую программу обучения личностным навыкам людей, приближающихся к каким-либо кризисным или трудным ситуациям в своей жизни:

- 1) осознание наступления переходного периода в жизни;
- 2) осознание наличия или отсутствия социальной поддержки, когда она необходима;
- 3) умение получать социальную поддержку;
- 4) выявление и использование собственных симптомов психической устойчивости, определение своих слабых и сильных сторон, а также восприятие переходного периода как этапа личностного развития;
- 5) обучение снижению психического и физического напряжения путем индивидуального подбора техник саморелаксации, а также при помощи избегания ситуаций с чрезмерной нагрузкой или путем использования вербализации чувств;
- 6) обучение планированию и осуществлению жизненных целей.

S.J.Danish, A.R.D'Augelli (1981) в своей программе обучения решению проблем критических жизненных ситуаций предлагают сделать акцент на следующих умениях и навыках:

- 1) размышление над жизненными целями;
- 2) обучение эффективному принятию решений;
- 3) обучение оценке различных форм жизненного риска;
- 4) обучение техникам и поведению, соответствующим требованиям актуальной ситуации.

При разрешении межличностных проблем в семье и партнерских группах особенное превентивное значение имеют тренинги общения и тренинги конструктивного спора.

Одной из интересных форм тренинга является предложенная R.Smith (1980) модель преодоления стресса, основанная на когнитивно-эмоциональном подходе, с сочетанием релаксации и индивидуально подобранного девиза самоинструктажа, напоминающих аутовербализованную технику D.Meichenbaum (1977). Это шестиступенчатый тренинг, который начинается с точного определения специфики существующей реакции личности на проблемы или диагностики личностного предпочтения в стрессовой ситуации. Сессия сопровождается индивидуальной релаксацией. Второй этап состоит из сочетания релаксирующих упражнений с обсуждением значения познавательных процессов в преодолении стресса. На третьем этапе достигается снижение напряжения путем обучения релаксации во время воображаемого

стресса. На четвертом этапе происходит самоинструктаж, с сопутствующими упражнениями в воображении типа: «Это не так страшно, как выглядит»; «Не щади себя, ищи решение», «Уже хорошо, я в состоянии контролировать ситуацию». Пятый и шестой этапы концентрируются на упрочении целостной эмоционально-познавательной реакции преодоления стресса.

В работе с детьми больше всего внимания уделяется познавательным навыкам и их стимуляции в превентивных программах. Это программы «хорошего старта» и обучения социальным навыкам. Эффективной оказалась программа формирования навыков преодоления стресса в социальной ситуации, особенно для детей дошкольного возраста, находящихся на пороге критического события, которым является поступление в школу (Shure M., Spivak G., 1980). Эта программа включает следующие умения и навыки:

- 1) вербальное общение;
- 2) распознавание чувств;
- 3) распознавание межличностных проблем;
- 4) обучение альтернативным решениям;
- 5) предвидение последствий.

Программа рассчитана на 42 часа, включает игры, кукольные представления, рисование плакатов, показ видеофильмов и т.д.

Программы, предназначенные для родителей и учителей, могут касаться превентивной деятельности, направленной на развитие личностных умений (получение профессиональных и воспитательных навыков) или на контекст.

Превенция, направленная на контекст (не путать с рефрэймингом как методом психотерапевтического воздействия), подразумевает такое воздействие, которое направлено не на исключительно личностные умения индивида, а на интеракцию между индивидом и групповыми процессами.

Целью данного вида превенции является создание социальной системы, способной поддерживать развитие индивида, а также процесс создания групповых и культуральных ценностей, предупреждая появление аутодеструкции (от курения до наркомании).

Воздействие на контекст осуществляют различные профилактические программы, в которых, к сожалению, психологи пока не принимают должного активного участия. Эти программы включают заботу о чистоте среды, об оптимальных условиях проживания, о гарантии здорового места работы, образования и отдыха, участие психологов в планировании развития культурной жизни. В этой деятельности могут принимать участие и различные группы самопомощи.

Классификация направлений современного психотерапевтического воздействия многообразна и различна. А.К.Болотова, И.В.Макарова (2001) отмечают, что разделение всего многообразия психотерапевтического воздействия на два потока достаточно условно: первое основано на выделении западно-европейской или американской школы психологии, второе — на эклектическом методе, не придерживающемся какого-либо одностороннего метода работы.

Первое направление представлено такими психологическими школами и соответствующими им методами психотерапии, как психоанализ, гештальт-терапия, биохевиоральная, гуманистическая, экзистенциальная, когнитивная и рационально-эмотивная терапия.

Помимо этого выделяется ряд частных форм и методик, позволяющих осуществлять оказание психологической помощи и построение созидательных отношений с клиентом: игровая терапия (индивидуальная и групповая формы), арттерапия, сказкотерапия, психодрама, психогимнастика, музыкальная терапия, библиотерапия, натуртерапия, логотерапия, имаготерапия и др.

М.Е.Бурно в своей монографии «Клиническая психотерапия» (2000) указывает на обязательную связь психотерапевтических методов с личностными вариантами алкоголизма и особенностями отдельных синдромов болезни. Так, например, методы психотерапии структурно различаются в зависимости от присутствия и удельного веса (преобладания) деперсонализационных, бредовых, аффективных расстройств у больных алкоголизмом. Методы выбираются в соответствии с акцентуацией характера, органической психопатией, шизотипическими расстройствами. В арсенале современной клинической психотерапии при таком дифференцированном подходе успешное применение находит терапия творческим самовыражением, духовной культурой, общением с природой, психотерапевтическим театром и творческим изменением стиля жизни.

**Психоанализ** относится скорее к медицинской модели психотерапии, в основе которой лежит исследование бессознательного. Первоначально психоанализ возник как метод лечения и изучения истерических неврозов, но затем превратился в психологическую теорию, в основе которой лежит идея о том, что поведение человека определяется не только и не столько его сознанием, сколько бессознательным. Подавленные желания, конфликт влечения и запреты — причина тех сложностей, страданий, которые испытывает человек в психологическом плане. Задача психоаналитика — помочь страдающему человеку понять истинную картину его страданий, скрытую в бессознательном, вспомнить те травматические переживания, которые были вытеснены, перевести их в сознание и как бы заново прожить. Это, по Фрейду, приводит к эффекту катарсиса, т.е. очищения и освобождения. Выявить скрытое, сделать бессознательное содержание осознаваемым, а значит, доступным осмыслению и отчасти контролю, — задача психоанализа как терапевтического метода.

Одна из центральных идей современной психотерапии, основанной на психоанализе, — идея психологической защиты (приписывание другим собственных скрытых свойств, регрессивные формы поведения, оговорки, описки, ошибки, рационализация). Существует даже определение «алкогольная близорукость», когда алкоголик использует рационализацию для объяснения своей зависимости: «я пью, потому что меня обидели...», «я пью, как все...», «я могу не пить целую неделю», «я ничего не забираю у семьи, а пью на дополнительный заработок...» и т.д. Все это — патологические формы защиты, оправдания нежелательного поведения приемлемыми причинами. В наркологической превентологии одной из важных задач является разрушение этих механизмов защиты у алкоголиков и наркоманов.

**Бихевиоризм** — также одно из влиятельных направлений в западной психологии, существующее с начала XX в. Согласно бихевиористам, такие понятия, как «осознание», «переживание», не могут считаться научными и быть зафиксированными объективными средствами. Предметом изучения могут быть только поведение, активность, которые описываются через понятие реакции. Отсюда и научная программа — научиться управлять поведением.

Бихевиоральная терапия базируется на принципах изменения поведения: хорошее поведение пациента вознаграждается, а нежелательное игнорируется и не прощается. Основной метод бихевиоральной психотерапии — метод классичес-

кого обусловливания — успешно претворяется в жизнь в клиниках, занимающихся лечением психических расстройств.

Другая разновидность бихевиоральной психотерапии — систематическая десенсибилизация — терапевтический метод снятия страхов, основанный на классическом обусловливании; проводится поэтапно с постепенным нарастанием интенсивности стимульного воздействия. Иными словами, предполагается возможность управления поведением: формирование в процессе терапии нужных реакций и исправление ошибочных. Бихевиоризм часто используется в наркологической превентологии, в том числе в виде аверсивных форм терапии.

Вариантом поведенческой терапии алкоголизма является психодрама. S. B. Blume (1974) описывал основные этапы психодрамы, проводимой в реабилитационном центре: 1) начало взаимодействия врача — «режиссера» и аудитории, выбор из терапевтической группы главного действующего «героя»; 2) собственно представление, во время которого изображаются отдельные эпизоды из прошлого, настоящего, будущего «героя» и исполняются сцены недостойного его поведения (пьянство и т.п.) или, напротив, предоставляется возможность вновь пережить трудные жизненные ситуации, не прибегая к алкоголю; 3) обмен впечатлениями, пережитыми после инсценировки. Автор выделяет основные цели, достигнутые с помощью психодрамы. Благодаря непосредственному переживанию во время игры под контролем и руководством врача больному удается прочувствовать собственные конфликты и осознать мотивы своего поведения. Имея обратную связь с группой, протагонист получает возможность видеть себя глазами других участников инсценировки. Больной может «пережить» поведение, противоположное его собственному, что помогает развить гибкость во взаимоотношениях с окружающими. Больной после психодрамы обычно испытывает чувства облегчения и глубокого эмоционального удовлетворения. Эти чувства являются сами по себе лечебными. В отличие от индивидуальной психотерапии метод психодрамы не вызывает развития зависимости больного от врача, поскольку наиболее интенсивные чувства возникают между членами группы, и психотерапевт становится эмоциональным фокусом. Автор призывает использовать при лечении алкоголизма хотя бы один сеанс психодрамы в качестве социальной реабилитации.

**Гештальт-терапия** — одно из важных психологических направлений. Гештальт-психологи выдвинули идею целостности образа, свойства которого не сводимы к сумме свойств элементов. Идея целостности широко проникла в психотерапевтическую практику и стала одним из видов гуманистической психотерапии, принимающей за основу связь между поведением и внутренними переживаниями индивида.

В соответствии с положениями, выработанными Ф. Перлсом (1893—1970), основателем гештальт-терапии, психотерапевты должны внимательно слушать, что и как говорит клиент: жесты и внутренние переживания всегда соответствуют друг другу. Главная задача гештальт-терапии — помощь больному в осознании конфликта и восстановление утраченной целостности, завершенности. Незавершенные, «неотреагированные» проблемы заставляют человека жить не «здесь и сейчас», а ориентироваться на прошлое или уходить в мир фантазий. Если главное препятствие на пути личностного роста — незавершенность ситуаций прошлого, то возможность отреагировать на это через психотерапевтические сеансы знаменует возрождение личности. Гештальт-терапия менее трудоемка, чем психоанализ, и требует меньшего объема времени и средств.

**Гуманистическая психотерапия** — одно из ведущих направлений современной зарубежной психологии. Возникновение названия и формулировка основных принципов связаны с именем американского психолога Абрахама Маслоу (1908—1970). В центре гуманистической психологии — понятие становления

личности, представление о необходимости максимальной творческой самореализации, что означает истинное психическое здоровье.

Методы гуманистической психотерапии подразумевают активное сознательное участие в процессе лечения каждого индивидуума. Поскольку главной целью гуманистической психотерапии является повышение самооценки человека и стимулирование его личностного роста, ориентированная на клиента психотерапия сфокусирована не на отрицательных, а на положительных аспектах его жизни. Сторонником и основателем клиент-центрированной терапии, как одного из видов гуманистической психотерапии, является американский психолог и психотерапевт-практик Карл Роджерс (1902–1987). Центральное понятие в концепции К.Роджерса – самоактуализация, т.е. та сила, которая заставляет человека развиваться и достигать высот на самых разных уровнях. Задача психолога – открыть в человеке эти позитивные тенденции к самореализации, которые на глубоких уровнях присутствуют у всех. Хорошо думающий о себе человек может быстрее решить свои проблемы. Независимость также приветствуется. Конечной целью, по Роджерсу, является не стабилизация внешних оценок, а верность собственным чувствам. Единственный путь поддержки самоактуализации ребенка, полагает Роджерс, его «безусловное принятие», позитивное отношение к ребенку, выражение ему любви. Первоначально К.Роджерс обозначал свою психотерапию как «недирективную», что означало отказ в психотерапевтическом воздействии от советов, предписаний, рекомендаций. В дальнейшем такую терапию стали называть терапией, центрированной на клиенте, или клиент-центрированной терапией.

При использовании этого подхода клиент сам берет на себя инициативу самоактуализации, без боязни какой-либо критики в свой адрес. Роджерс развивал также личностно-центрированную терапию, где главное внимание уделяется личности как таковой, а не социальным ролям или идентичности. Принципы гуманистической психотерапии распространились далеко за пределы психотерапии в традиционном понимании этого слова и легли в основу психологии групповых встреч, охватили проблемы обучения, развития семьи, межнациональных отношений и другие.

**Когнитивная терапия** основывается на утверждении о том, что все психологические проблемы возникают вследствие предубеждений. Аарон Бек (род. в 1921 г.), ведущий специалист в области когнитивной психотерапии, утверждает, что практически все депрессии происходят от необоснованно низкой самооценки, от мрачных мыслей о своем будущем и вообще о всей жизни в целом. Психотерапия нацелена на выявление этих негативных мыслей и замену их более реалистичными. От пациентов требуется, чтобы они записали свои мысли и заново оценили их. Психотерапевты, отстаивающие позиции когнитивной психотерапии, утверждают, что если изменится мышление, изменится и отношение к жизни, и поведение человека. Целью когнитивной психотерапии является изменение образа мыслей пациента методом психотерапевтических бесед. Таким образом, когнитивная психотерапия – направление психотерапии, в основу которого положен метод коррекции нерациональности мышления. Одним из вариантов когнитивной терапии в настоящее время является рационально-эмотивная терапия (РЭТ).

**Рационально-эмотивная терапия (РЭТ)**, по мнению ее основателя американского ученого Альберта Эллиса (род. в 1915 г.), эффективна только для работы с людьми, интеллектуальный уровень которых выше среднего, этот метод совершенно неприемлем для работы с психически больными. В наркологической превентологии РЭТ может применяться по индивидуальным показаниям, она эффективна при разрушении «алкогольных убеждений». Некоторые группы самопомощи используют РЭТ как идеологическую основу (например, группы Moderation Management).

Задача психотерапевта, проводящего РЭТ, состоит в том, чтобы научить пациента мыслить логично и рационально и избегать негативно заряженных мыслей. Обычно это достаточно краткосрочный курс терапии, в отличие от психоанализа или когнитивной психотерапии. Психотерапия на рационально-эмотивном уровне основывается на тезисе когнитивной психологии, согласно которому все иррациональные и негативные мысли и посылки человек приобретает в юности. Например, многим кажется, что произойдет нечто ужасное, если они провалятся на экзамене. В результате этих переживаний они подавляют, ограничивают себя и боятся каких бы то ни было изменений. Психотерапевты помогают таким людям преодолеть свою неуверенность в успехе дела, убеждают их в том, что одна неудача не влечет за собой полнейшую катастрофу. Пациенты обычно получают домашнее задание, которое содержит преодоление какого-то барьера, страха неудачи. Ряд таких заданий и их выполнение позволяют приобретать позитивный опыт, изменять свои иррациональные мысли.

Наряду с указанными выше основными направлениями и методами психотерапевтического воздействия внутри каждого из них можно выделить ряд отдельных форм и частных методик, позволяющих на практике осуществлять оказание психологической помощи и построение созидательных взаимоотношений с клиентом. Среди них метод игровой терапии, который включает индивидуальную и групповую формы, арттерапию, сказкотерапию, психодраму, психогимнастику, музыкальную терапию, библиотерапию, натуртерапию, логотерапию, имаготерапию, моритатерапию и др. Опишем кратко перечисленные психотерапевтические методы.

**Игровая терапия** — одна из наиболее распространенных в 30-е годы XX в. эффективных терапевтических техник и процедур коррекции личностного развития. Обобщена в двух основных формах — игротерапии и арттерапии. Игротерапия часто применяется как техника терапии детского возраста. Выделяют две формы игротерапии — направленную и ненаправленную, которые по-разному предполагают степень активности и участие в игре взрослого с целью актуализации в символической форме бессознательных подавленных тенденций у ребенка и проигрывание их в направлении социально приемлемых стандартов и норм. В практике игротерапии сформулированы основные требования, регламентирующие процедуры и методы ее применения. Различают индивидуальную и групповую формы игротерапии. Так, наилучшей формой коррекции личностных нарушений в общении будет групповая игротерапия. Набор игр, применяемых в игротерапии, включает игры со структурированным игровым материалом и сюжетные игры. Среди них выделяют сказкотерапию и куклотерапию. Близкой к игротерапии формой коррекции психического развития является арттерапия.

**Арттерапия** — специализированная форма психотерапии, основанная на изобразительном искусстве и творческой деятельности. Основная цель арттерапии состоит в развитии самовыражения и самопознания личности через искусство, отсюда важнейшим принципом этого метода является одобрение и принятие всех продуктов творческой деятельности личности, независимо от их содержания, формы и качества. Одним из продуктов арттерапии выступает проективный рисунок, который служит средством усиления чувства идентичности ребенка. Рисунок помогает детям узнать себя, свои способности, является средством выражения эмоциональных состояний, страхов. В качестве арттерапии может выступать и творчество самого психотерапевта (лепка, рисование и др.), способствующее лучшему взаимодействию с клиентом. Арттерапия, направленная на коррекцию личностного развития, находит в современной зарубежной психологии широкое применение для разных возрастных групп детей и подростков, а также взрослых.

**Имаготерапия** — использование в целях терапии игры образами. Среди применяемых здесь приемов можно выделить импровизированный диалог, пересказ литературного произведения, импровизацию ситуации или сюжета, исполнение

роли в спектакле, пересказ и драматизацию народных сказок, различные театрализации и т.д. Цели и задачи имаготерапии заключаются в развитии у клиентов коммуникативных способностей, способности адекватно реагировать на неблагоприятные ситуации, мобилизовать жизненные ресурсы в непредвиденных обстоятельствах, в готовности к самоидентификации и развитию «Я-образа», что ведет к обогащению жизни новыми переживаниями, пробуждает желание увидеть ситуацию другими глазами. Имаготерапия укрепляет и обогащает эмоциональные реакции и впечатления клиентов, формирует у них стремление к самопознанию и самоизменению.

**Натуртерапия** — форма психотерапии, способствующая самоизменению клиента посредством единения с природой. Здесь можно говорить о видеоэкологии, в основе которой лежит изменение гомогенной визуальной среды во избежание постоянного восприятия агрессивной монотонной внешней среды. Некоторые исследователи говорят о положительном влиянии на психическое состояние человека ландшафтотерапии и об отрицательном воздействии городских строений. Изменение ландшафтного дизайна благоприятно влияет на общее состояние человека. Исходя из этого, многие психотерапевтические сеансы предлагается проводить в условиях естественной природной среды — в парке, у озера, а не в замкнутом однообразном пространстве помещения. Натуртерапия выступает как одно из средств релаксации личности, снятия напряжения и восстановления собственных ресурсов.

**Библиотерапия** — лечебное воздействие на психику человека произведений художественной литературы. Художественные образы вызывают целый ряд ассоциаций, которые могут оказывать позитивное влияние на самооценку, самопринятие и общее психическое состояние клиента. В процессе беседы о прочитанном и на основании анализа дневника, который рекомендуется вести в ходе библиотерапии, оценивается объективное состояние клиента. Разумеется, подбор книг, сюжетов произведений должен вестись не клиентом, а психотерапевтом в каждом отдельном случае.

**Логотерапия, или разговорная терапия**, позволяет вербализовать внутреннее состояние клиента, снизить его эмоциональное напряжение за счет включенности в ситуацию доверительного общения, обнаружить готовность к самоизменению, к пониманию и принятию происходящих событий. Поддерживающие, недирективные реплики психотерапевта в ходе беседы помогают клиенту справиться с трудной ситуацией, прийти к осознанию важности конструктивных изменений собственного поведения. Основные понятия логотерапии, используемые в качестве метода разговорной терапии, — самоэксплорация и самоконгруэнтность. Самоэксплорация означает меру включенности клиента в беседу, содержание соответствующих контексту разговора переживаний. Самоконгруэнтность означает совпадение внешней, словесной аргументации и внутреннего состояния человека. Возникновение этих состояний в ходе разговорной терапии означает достижение достаточного уровня эффективности применяемого метода психотерапевтического воздействия.

**Музыкальная терапия** как метод психологической помощи получила известность в конце 40-х годов XX в., когда во многих странах Западной Европы (в Австрии, Германии, Швеции, Швейцарии) стали организовываться музыкально-психотерапевтические общества и центры. Лечебный эффект музыкальной терапии основывается на факторе групповой динамики, взаимного психоэмоционального положительного заряжения, сопереживания и сочувствия, который оказывает воздействие на участников групповых музыкальных занятий. Как справедливо указывается во многих руководствах, на состояние клиента оказывает положительное влияние личность самого музыканта, музыкального психотерапевта. Музыкальная терапия вместе с арттерапией может стать эффективным методом лечения и профилактики психического здоровья личности. Необходимо отме-

тить, что эффективность психотерапевтического воздействия и психологической помощи в целом определяется не только выбранным направлением и конкретной методикой, но во многом зависит и от личности самого психотерапевта. Его профессиональная подготовка, мера владения психотерапевтическими приемами и методами, умение создавать атмосферу доверительного и недирективного взаимодействия, собственные личностные качества и ресурсы самым непосредственным образом оказывают влияние на эффективность психологического воздействия (Болотова А.К., Макарова И.В., 2001).

В.Ю.Завьяловым (2002) разработана новая система интегративной психотерапии — дианализ, исходя из представлений о том, что алкоголизм — это болезнь личности, а не болезнь мозга. Поэтому цель и сущность предлагаемого метода — эффективная помощь больному с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) путем дополнения клинического анализа состояния больного иными способами изучения и понимания личности, борющейся с болезнью или сдавшейся ей. В качестве одного из «модельных описаний» личности больного алкоголизмом для ее максимального познания автором в его системе дианализа используются понятия и принципы не марксистско-ленинской диалектики, а диалектики «последнего русского философа» А.Ф.Лосева — его необыкновенно точное по логике и конструктивное по форме учение о пентактиде («логический скелет Бытия») и учение о мифе, которые помогают полнее раскрыть «персональный миф» пациента. Дианалитический метод, в отличие от известного в клинической практике клинико-психологического, открывает возможность создавать любые интерпретации изменения поведения и душевной организации пациента и тем самым точнее формулировать «терапевтическую идею» и выстраивать терапевтическую логику психотерапии в процессе непрерывного диалога профессионала, работающего с больным алкоголизмом.

А.Л.Катков и В.В.Титова (2002) предлагают оптимальный вариант психотерапии наркозависимых с учетом двух уровней психотерапевтической коммуникации:

- а) глубинного универсального, включающего общие для всех психотерапевтических техник механизмы действия (идентификацию с личностью психотерапевта, убеждение и внушение, трансляцию социальных паттернов поведения, позитивное подкрепление и энергетическую «подпитку» пациента);
- б) поверхностного технологического уровня, использующего индивидуально подобранные техники и методики, направленные на разрушение патологических связей у пациента и создание новых, позитивных.

В двухуровневой интегративно-развивающей психотерапии авторами используются оригинальные методики идентификации психического здоровья пациента и оценки его способности противостоять агрессивным влияниям внешней среды. Приводится алгоритм психотерапевтического процесса. Главные условия успешности программы и излечения состоят в максимально возможном концентрированном развитии в пациенте осознания проблемы зависимости и создании качеств «того — другого», избавляющегося от болезни. Последнее невозможно без веры пациента в свой собственный суперресурс, в дополнение к ресурсам тела и личности.

В качестве одной из ступеней двухуровневой программы психотерапии можно привести шкалу субъективной оценки антинаркотической устойчивости у пациентов (табл. 22).

Таким образом, можно выделить следующие основные формы превентивной деятельности клинического психолога: обучение личностным навыкам в преодолении стресса и трудных ситуаций для создания условий развития личностного потенциала индивида, предоставление специализированной превентивной помощи (психологическое консультирование), общеобразовательная деятельность, а также экспертная и консультативная деятельность, психокоррекция и психотерапия.

Таблица 22

## Шкала субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Параметры оценки	Индикатор
1. Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни: а) однозначно нет; б) трудно ответить; в) начало пути; г) середина пути; д) развился, но не до конца; е) однозначно есть.	
2. Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов: Ответ: а), б), в), г), д), е)*	
3. Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
4. У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
5. Я умею делать свой выбор и держаться избранного, несмотря ни на что: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
6. Я хорошо знаю о всех возможных рисках, связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
7. Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ помешает реализации моих жизненных планов: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
8. Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, несмотря ни на что: Ответ: а), б), в), г), д), е)	

\* Здесь и далее варианты ответов от а) до е) те же, что и для параметра 1.

## РОЛЬ КОНСУЛЬТАНТОВ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Начиная с 60-х гг. XX в., в превентивной психологии появилась новая специальность – консультант. В самом начале работы консультантами были парапрофессионалы из числа экс-пациентов с длительным стажем абстиненции (Deitch D., Carleton S., 1999).

В настоящее время консультанты работают в российской системе здравоохранения. За рубежом консультантов очень часто называют тренерами. Консультантом может стать человек, в прошлом страдавший химической зависимостью, имеющий собственный опыт преодоления болезни (при ремиссии не менее 3 лет) и прошедший реабилитационную программу в качестве пациента с базовым специальным образованием.

Калифорнийский Центр по обучению консультантов для наркологической превентологии составил программу обучения, в которую входят объекты и профессиональные навыки консультанта, необходимые для его работы:

**1. Основные знания по проблемам зависимости:**

- понимание проблемы зависимости;
- знания о принципах лечения зависимости;
- практическое применение знаний;
- профессиональная готовность.

**2. Навыки по клинической оценке:**

- скрининг;
- оценка проблемы.

**3. Разработка плана лечения:**

- оценка полученной информации и данных;
- оценка готовности клиента к лечению и потребностей клиента;
- результаты и стратегии лечебной тактики;
- подбор индивидуального лечения;
- перспективный план лечения и последующая оценка его успешности.

**4. Пациент:**

- оценка ресурсов и проблем пациента;
- конфликт потребностей пациента (внутриличностный конфликт);
- информирование клиента (обмен мнениями).

**5. Ход лечения:**

- выполнение плана лечения;
- консультирование;
- динамическая оценка эффективности лечения и дальнейшее планирование реабилитации после прекращения лечения;
- консультирование: индивидуальное, групповое, семей, супружеских пар, партнеров.

**6. Клиент, семья и обучение общества:**

- образовательные программы;
- культуральные, этнические, возрастные и гендерные исследования;
- принципы и философия превенции, лечение, предупреждение рецидивов и реабилитация;
- проблемы здоровья и поведения;
- основные навыки здорового образа жизни.

**7. Документация:**

- ведение истории лечения;
- права клиента и конфиденциальность;
- скрининг, приемный и текущий эпикриз;
- план лечения и дневник наблюдения;
- выписной эпикриз, документы для выписки.

**8. Профессиональные и этические навыки:**

- этические особенности поведения консультанта;
- федеральное законодательство, законодательство штата, подзаконные акты;
- консультации и исследования зависимости;
- индивидуальные различия.

Впервые обучение по данной программе было начато в 1995 г. J.Adams в штатах Орегон и Вашингтон. Программа предусматривает обучение знаниям, навыкам, умениям. Приоритетной концепцией курса обучения консультантов является умение применять основные знания в существующей ситуации, предпочтение индивидуального подхода к клиентам.

Можно выделить следующие принципы работы консультанта:

1. Ориентация на нормы и ценности клиента. Подразумевается, что психолог во время своей работы должен ориентироваться не на социально принятые нормы и правила, а на те жизненные принципы и идеалы, носителем которых является клиент.

2. Клиентам не даются советы. Как бы ни был опытен психолог, дать гарантированный совет другому невозможно, жизнь каждого человека уникальна и непредсказуема. Дав совет, психолог лишает клиента возможности принять ответственность за выбранное решение, что не способствует развитию личности консультируемого.

3. Анонимность. Любая информация, сообщенная клиентом психологу, не может быть передана без его согласия ни в какие организации, кроме случаев, оговоренных законом, и тех исключительных случаев, о которых клиент предупреждается заранее. Как правило, это информация об угрозе чьей-либо жизни.

4. Разграничение личных и профессиональных отношений — «в своем отечестве нет пророка». Этот принцип означает, что переход со своими клиентами в дружеские отношения или оказание консультативной помощи своим родным либо друзьям таит много проблем, так как происходит обесценивание рекомендаций (Алешина Ю.Е., 1994).

Российские консультанты работают по следующей программе (Петровская О.В., 1998):

1. Первичное консультирование — предоставление клиенту необходимой информации о программе и начало работы над формированием мотивации клиента к лечению. Собственный опыт консультанта помогает в создании атмосферы доверия и эмоционального тепла.

2. Клиент вступает в реабилитационную программу только по собственному желанию. На этапе включения клиента в программу консультант предоставляет информацию о природе заболевания, помогает клиенту более реалистично увидеть свои проблемы, разъясняет правила поведения, обсуждает расписание занятий, права клиента.

3. Консультант помогает клиенту установить контакт с персоналом и другими участниками программы. Важно помнить, что консультант не лечит, а организует самостоятельную работу клиента в программе.

4. Консультант определяет проблемы и трудности клиента, учитывает уровень его мотивации, степень готовности к изменению. В результате составляется лечебный план, представляющий собой план решения проблем в порядке их очередности и степени важности. Лечебный план строго индивидуален, он всегда имеет динамическую структуру и составляется совместно с клиентом при участии всего персонала. Консультант в процессе работы клиента вносит в план необходимые коррективы, обсуждая их с другими сотрудниками программы.

5. Консультирование — это использование специальных навыков для помощи клиенту в достижении поставленных целей. Консультант должен знать теорию и методы консультирования, ведь он является организатором реабилитационного процесса, важнейшим источником информации для клиента, его доверенным лицом.

6. Базой ведения клиента в программе является общий план. В процессе работы клиента консультант может включать в него действия, способствующие решению социальных, юридических, медицинских и других проблем. Клиент может участвовать в других видах терапевтической работы, при этом все эти процессы координируются между собой. Консультант ведет при этом все разделы работы, которая проводится с клиентом, необходимые для отслеживания динамики решения проблем и появления новых изменений мотивации, установок клиента и так далее.

Умение правильно вести записи очень важно для консультанта. Консультации клиента другими специалистами возможны лишь при наличии соответствующих записей. Они необходимы также при передаче клиента от одного консультанта к другому и при составлении послелечебного плана. Без ведения записей лечебный процесс не может рассматриваться как профессиональный.

7. После выхода клиента из программы консультант осуществляет послелечебный патронаж, помогает клиенту в составлении послелечебного плана, в решении его социальных, юридических и других проблем, прослеживает динамику выздоровления, поддерживает письменную или телефонную связь с клиентом.

8. Квалификация консультанта должна быть достаточно высокой. Он обязан знать основы психологии, социологии, физиологии человека. Профессиональный уровень образования консультанта включает также знания:

- видов химических веществ, воздействующих на психику, особенности способов их немедицинского употребления, последствия такого употребления;
- стадий развития наркологической болезни;
- психологических, медицинских, социальных проявлений химической зависимости; особенностей абстинентного синдрома при различных формах зависимости, синдрома органического поражения мозга ПАВ; диагностических признаков сопутствующих заболеваний;
- различных подходов к консультированию;
- организационных основ и принципов работы групп самопомощи («Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы»);
- законов, нормативно-правовых, административных установлений в отношении употребления алкоголя и наркотиков, злоупотребления ими;
- системы наркологической помощи.

9. Профессиональная этика консультанта несколько отличается от этических принципов деятельности врачей. Консультант должен немедленно обращаться за помощью, если у него самого наблюдаются признаки предсрывного состояния. Он также обязан иметь личного «супервизора», продолжая участвовать в работе группы АА или АН. Консультант проходит специальный курс обучения в рамках своей профессии и постоянно поддерживает высокий уровень знаний.

Мировая практика включения в лечебный и реабилитационный процессы консультантов показала, что в этих случаях процент выздоравливающих пациентов гораздо выше, чем при чисто медицинском их ведении и наблюдении.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ**

Под защитными механизмами в психологии понимают искажение ситуации, которая воспринимается как угрожающая или трудная, с целью защиты психики от негативных эмоций, чувства фрустрации и тревоги. Психоаналитики впервые сообщили о защитных механизмах, среди которых выделили: вытеснение, отрицание, рационализацию, проекцию, сублимацию, изоляцию, регрессию.

В любой зависимости всегда присутствует то, что мы называем системой отрицания, или системой защитных механизмов. Защитные механизмы проявляются как сознательное или неосознанное искажение реальности самим алкоголиком для защиты своего самосознания от наплыва негативных переживаний.

Известно, что, с одной стороны, алкоголь временно уменьшает эмоциональное напряжение, помогает достичь определенной легкости общения, изменить актуальную оценку самого себя. Поэтому индивид пытается достичь желаемого результата, прибегая к столь незатейливому поведению. Однако для достижения желаемого результата требуется все большее количество или крепость выпитого. С другой стороны, алкоголизм приводит к неуклонному изменению личности с ограничением круга интересов, ухудшением в сфере настроения, изменением процессов мышления, появлением чувства вины.

Система отрицания достаточно эффективно применяется алкоголиком при объяснении своих поступков родственникам, друзьям и терапевтам. Часто бывает, что алкоголику верят, когда он заявляет, что выпивает «совсем немного». Система отрицания может восприниматься как лживость, очередная попытка избежать ответственности за разрушительный скандал. Например, скандал в семье может обрисовываться алкоголиком как расхождение во мнениях, списываться на дурной характер жены и т.д. Родитель, явившийся в школу в состоянии значительного опьянения, может характеризовать свое состояние как «слегка навеселе» и не понимать, почему у ребенка после встречи с ним вдруг испортилось настроение.

Часто алкоголик встречается с враждебной реакцией на свое поведение, оказывается в психологическом тупике, так как восприятие им реальности нарушено под влиянием алкоголя. Он искренне не понимает, насколько серьезна проблема.

Для эффективной профилактики важно рассмотреть причины, по которым появляются защитные механизмы, а также более подробно остановиться на диагностике и проявлениях наиболее частых при алкоголизме и наркомании механизмов защиты.

К системе защитных механизмов относится и отрицание болезни. Причинами, по которым отрицается алкоголизм самим больным, могут быть следующие осознанные и неосознанные движущие мотивы:

### **1. Страх быть заклеяменным окружающими**

Алкоголизм как болезнь воспринимается как позор. Большинство взрослого населения в нашем обществе употребляет спиртное. Те, кто не пьет, могут быть подвергнуты критике. Тем не менее, потворствуя потреблению спиртного, общество не одобряет и высмеивает тех, кто ведет себя «не так» под действием алкоголя, кто не может «держаться в руках», кто «слабовольный».

### **2. Отсутствие рационального поведения со стороны близких и коллег**

Чаще всего поведение близких, коллег по работе, друзей направлено не на противодействие алкоголизму, а, наоборот, на поддержку иллюзии. Слишком развита лояльность по отношению к поведению алкоголика. Здесь возможны две основные линии отношения к больному алкоголизмом на работе: а) если алкоголизм начинает создавать проблемы, то алкоголика увольт; б) если алкоголик занимает высокий статус, то высокая вероятность того, что сотрудники будут утаивать его безответственное поведение. В тот момент, когда алкоголик начнет сталкиваться с реальностью, его коллеги, близкие, родственники могут реагировать как защита: «Какой ты алкоголик?! Не смей!».

Очень часто алкоголик, избирая линию наименьшего сопротивления, убеждает других, что именно они виноваты в его проблемах, вызывая чувство вины.

### **3. Алкоголик отрицает свой алкоголизм для постоянного получения «кайфа»**

Болезненное пристрастие становится важнее реальности. Постепенно происходит изменение состояния «фантазия — реальность» так, что фантазия воспринимается как реальность, а реальность — как фантазия.

Принципиально важным в психотерапевтической работе является знание не только причин алкоголизации, но и механизмов психологической защиты больного алкоголизмом для их преодоления. Б.С.Братусь, П.И.Сидоров (1984), Э.Е.Бехтель (1984, 1986), К.Г.Сурнов (1990), Ц.П.Короленко (2000) выделяют следующие основные варианты механизмов психологической защиты:

**Расширение диапазона приемлемости поводов и причин алкоголизации** идет параллельно с ростом ее частоты и интенсивности. Повторяющиеся случаи выхода за границы приемлемости в конце концов вызывают расширение диапазона, и алкогольные установки приводятся в соответствие с фактической интенсивностью пьянства.

**Частичное удовлетворение алкогольной потребности** встречается наиболее часто и должно рассматриваться как естественная реакция личности на развитие алкогольной привычки, проявляющаяся в попытках снижения «алкоголь-добывающей» деятельности. В одних случаях индивид сознательно ограничивает свои желания, и цель достигается только частично. В других – пытается уклониться от ситуаций, чреватых алкоголизацией.

**Вытеснение** является одним из наиболее распространенных механизмов защиты при злоупотреблении алкоголем, реализуемых на подсознательном уровне и проявляющихся в попытках подавления внешних проявлений формирующегося алкогольного образа жизни. Однако вытесненные тенденции все же проявляются в алкогольных ассоциациях, обсуждении алкогольных тем, выборе пьющих друзей.

**Перцептивная защита** – основной механизм психологической защиты при злоупотреблении алкоголем и алкоголизме, проявляющийся в попытках исключения собственной психотравматизации от растущего пьянства за счет искажения видения собственной деградирующей личности. Выделяют несколько вариантов перцептивной защиты:

- **Парциальная перцепция** – выделение из окружающего только того, что согласуется с личностными установками индивида. Человек фиксирует и удерживает в памяти случаи длительных перерывов в приеме спиртных напитков, эпизоды, когда он отказывался от выпивки, не пил в компании пьющих, и приводит их в доказательство своих возможностей контролировать прием спиртных напитков. В то же время более частые случаи злоупотребления спиртным, тяжелых опьянений с асоциальным поведением «не запоминаются» индивидом, как бы «выпадают» из памяти. Это явление часто называют «алкогольной близорукостью».
- **Проекция** – поиск худшего и ущербного образца алкоголизации. По мнению такого человека, все кругом пьяницы. Он усиленно подчеркивает, что пьют все. Охотно, в деталях и с явным удовольствием рассказывает о том, как тот или иной знакомый сильно напился, как пьет начальство. Наличие проекционных тенденций проявляется не только на вербальном, но и на поведенческом уровне. Такие люди вольно или невольно спаивают окружающих. Особенно ярко это проявляется во время алкогольного эксцесса, когда, взяв на себя роль тамады, они зорко следят за тем, чтобы пили все, «на равных». Трезвый в компании – это молот, разрушающий здание защиты. Поэтому они стараются напоить окружающих, энергично подгоняя «отстающих».

При полной редукции сдерживающих пьянство установок человек активно отстаивает право на алкогольный образ жизни, отказывается подчиняться общественным нормам, проявляя негативизм и прибегая к агрессии. Вначале поведение человека характеризуется агрессивностью только в состоянии опьянения как реакция на дав-

ление окружающих. В дальнейшем агрессия проявляется и у трезвого, свидетельствуя о трансформации алкогольных установок в алкогольную зависимость. Этот механизм лежит в основе большинства семейных конфликтов, связанных с пьянством.

- **Отрицание злоупотребления**, то есть непринятие факта злоупотребления спиртными напитками, выражается в том, что субъект не воспринимает реальность, игнорирует факты, а следовательно, и конфликт («отрицание в восприятии»). Это дает ему возможность продолжить прежнюю деятельность — человек как бы проходит «сквозь ситуацию», не замечая ее. Слова родственников, сослуживцев, друзей о чрезмерном пьянстве просто не воспринимаются индивидом, не фиксируются им, пропускаются мимо. Человек не придает значения заявлениям окружающих, считая их позицию ошибочной, неправильной, вызванной необъективным к нему отношением, утрированным беспокойством о его здоровье.

Как следствие, он исключается из нормальных семейных взаимоотношений, полностью переключаясь на предмет своей аддикции. При этом существуют самые разные способы отрицания своего пьянства, например:

1. **Отрицание или преуменьшение количества выпитого** — алкоголик может прятать бутылки, пить тайком, убеждая себя и окружающих в том, что выпито меньше (например, сказать вместо «два стакана» «две рюмки»).

2. **Отрицание масштабов зависимости и страстное стремление к алкоголю** — холод и жара, счастье и несчастье, любые оправданные поводы, чтобы выпить. Поводов, как известно, много.

3. **Уклонение от разговора** — алкоголики искусно уклоняются от разговора о своем алкоголизме. Реакция может быть самая разная — исчезновение из комнаты, быстрая перемена темы разговора или крайняя обида на то, что кто-то посмел заговорить на эту тему. Иногда может быть использован прием: «Раз ты мне не веришь, то я пойду и напьюсь!» При этом собеседник чувствует себя виноватым за то, что упомянул слово «пить».

4. **Обвинения в адрес окружающих** — алкоголик ухитряется переместить фокус внимания с себя на окружающих, которые «создают для него слишком большой стресс». Он считает себя жертвой и верит, что все сговорились против него. Это оправдывает необходимость выпить, чтобы снять напряжение. Он верит, что только алкоголь помогает ему.

5. **Отрицание собственных чувств и воздействия своего пьянства на окружающих** — очень часто родственники алкоголика комментируют с горечью происходящее: «Если бы он любил меня, прекратил бы пить. Ради меня он бы бросил».

Возможно, что алкоголик любит своих родственников, но он также любит и алкогольное опьянение и не может (как он сам уверяет) прожить без него. Он не вполне осознает, какое влияние оказывает его алкоголизм на любимых им людей.

Супруги имеют привычку говорить об этом, когда алкоголик пьян, следовательно, не вполне слышит это. Нередко он не может понять, почему семья косо смотрит на него после ночного скандала. Он не помнит о том, что потерял контроль над собой и вел себя постыдно.

Часто многие алкоголики раскаиваются в том, что случилось под влиянием алкоголя. Однако они анестезируют болезненные ощущения. Чем больше они узнают о причиненной другим боли, тем более дискомфортно чувствуют себя. Поэтому алкоголик чем больше хочет чувствовать себя лучше, тем сильнее оправдывает потребность выпить в очередной раз. Появляется порочный круг подавления и отрицания.

**Рационализация** – форма мышления, которой свойственны специфическая фильтрация, отбор данных в соответствии с личностными желаниями, гарантирующая удобную и приемлемую самооценку. Рационализация появляется на поздних этапах злоупотребления и формирования алкоголизма. Ее наиболее важным и частым вариантом является мотивационная рационализация. В этом случае субъект приводит различные доводы для определения своего поступка, разрабатывает доказательства его необходимости. Общим для всех построений является то, что действительный мотив поведения скрыт и заменен псевдомотивом (версией). Эта подмена осуществляется подсознательно, и человек часто искренне верит выдвигаемым доводам.

Одним из наиболее характерных проявлений рационализации является формирование объяснительной системы. Потребность в ней возникает тогда, когда расширение диапазона приемлемости отстает от роста интенсивности пьянства. Отсутствие соответствия между алкогольными установками и алкогольной потребностью приводит к возникновению личностного конфликта, который грозит личности потерей самоуважения и дискредитацией своего «Я». Для сохранения стабильности, снятия внутреннего напряжения формируется объяснительная система, которая дает «рациональное», «логическое» объяснение как единичных случаев пьянства, так и системы пьянства как стиля жизни.

Проявления механизмов рационализации при алкоголизме очень разнообразны:

- **«Алкоголики – это опустившиеся и заброшенные люди, а я не такой».** Очень часто алкоголика представляют как одинокого старика с синим носом, стоящего в подворотне или лежащего в канаве, лежащего на скамейке, что-то бормочущего, воняющего перегаром и вцепившегося в бутылку дешевого красного вина. Большинство алкоголиков не подходят под этот стереотип. У многих из них есть семья, неплохая работа, хотя есть и проблемы, связанные с зависимостью.
- **«Я – женщина».** Женщины-алкоголички страдают в большей степени, чем мужчины, от клейма алкоголизма. Общество не прощает женщине ее алкоголизм. В некоторых странах алкоголизм воспринимается как «мужское дело». Тем не менее число женщин-алкоголичек из года в год неуклонно растет.
- **«Я пью только по выходным».** Часто как жены алкоголиков, так и сами алкоголики пытаются убедить себя и окружающих, что алкоголики – это только те, кто пьет в огромном количестве каждый день.
- **«Я пью только пиво».** Главное при алкогольной болезни – пристрастие алкоголика к химическому веществу, называемому этиловым спиртом. Кружка пива содержит столько же этилового алкоголя, сколько рюмка водки или стакан вина. Еще раз следует подчеркнуть: не важно, что пьет. Важно, зачем пьет. Сами алкоголики часто говорят, что любят не вкус, а последующие ощущения.
- **«Я не пью по утрам».** На развернутых и поздних стадиях болезни алкоголику нужно «опохмелиться», чтобы встать. Но алкоголизм развивается постепенно и задолго до этого. Кроме того, часто алкоголик теряет чувство времени. Он может «жить» ночью, а «спать» днем.
- **«Иногда я не пью месяцами».** Существует стереотипное представление, что алкоголики пьют с утра до вечера. В действительности алкоголику относительно легко прекратить пить на некоторое время. Многие алкоголики прекращают пить, чтобы доказать себе и окружающим, что они могут себя контролировать. Однако проблемы возникают, как только они начинают употреблять спиртное.

Некоторое время человек может выглядеть контролирующим себя, но если есть внутренняя тяга к спиртному, потеря контроля неизбежна. Период «легкой выпивки» неизменно сменяется «тяжелым запоем».

- *«Я слишком молодой, чтобы быть алкоголиком».* Алкоголизм затрагивает не только пятидесяти- и шестидесятилетних, но и молодых людей. Потеря контроля может случиться в любом возрасте. Иногда от пятнадцати- и шестнадцатилетних алкоголиков можно услышать, что они начали пить в одиннадцать—двенадцать лет. Ощущения, которые подростки получили от этой жидкости, настолько их захватили, что хотелось выпить снова и снова: это и была ситуация потери контроля.
- *«У меня есть работа. У меня золотые руки».* Работоспособность — это обычно последнее, что теряет алкоголик. Семья впадает в нищету, когда у алкоголика начнутся неприятности с пьянством на работе. Этому предшествуют проблемы, связанные с потерей контроля при выпивке дома. Поэтому следует напомнить алкоголику: «Пока не потерял работу!» Если не помочь остановить болезнь, работа непременно будет страдать и будет потеряна.
- *«Мне врач сказал бы...».* Это очень распространенное оправдание алкоголизма. Алкоголик очень редко приходит к врачу и рассказывает о своих проблемах открыто и честно. Как правило, врач услышит о самых разных недугах, но ни слова о тяге к алкоголю. Если же врач затронет эту тему, то количество выпитого будет преуменьшено. Алкоголик может даже выгодно манипулировать словами врача о том, что выпить рюмочку за обедом не повредит.
- *«Я пью меньше, чем другие».* У одних алкоголиков развивается высокая устойчивость (толерантность) к алкоголю, у других — нет. Однако количество выпитого не столь важно. Важно, что происходит с пьяным. Некоторые любители выпить длительное время (годы) способны потреблять большое количество алкоголя без приобретения зависимости от него. Они могут пить, а могут и не пить. Часто они могут вполне открыто говорить о своем пьянстве, не отрицают его. Несмотря на то, что большое количество алкоголя влияет на их поведение, существенного изменения личности не происходит. Если у такого пьяницы возникают неприятности из-за спиртного, он урезает количество выпитого. Алкоголику этого не дано, он продолжает пить вопреки неприятностям.

Защитная мотивация пьянства проявляется в подмене реальной цели «официальной версией», необходимой для продолжения алкоголизации. Формируется система поводов или алиби, которая является попыткой построения индивидуально-психологической концепции оправдания пьянства и сокрытия алкоголизма.

**Компенсация** — защитный механизм, проявляющийся на этапе осознания чрезмерности пьянства, связанный с чувством вины и формированием искупительного (экспиативного) поведения. Окружающие относятся к больному алкоголизмом осуждающе и враждебно. Он чувствует себя виновным перед всеми и стремится сгладить, искупить свою вину тщательным выполнением всех требований. Такие люди в трезвом виде подчеркнуто вежливы и предупредительны, угодливы и исполнительны. Формирование такого искупительного поведения лежит в основе мифа о том, что все больные алкоголизмом — «прекрасные люди».

Знание выделенных защитных механизмов, умение раскрыть их содержание больному, преодолеть его анозогнозию (основанную на психологической защите) являются фундаментом всей психотерапевтической работы с больным алкоголизмом.

Важное значение в лечебно-реабилитационной работе имеет коррекция социально-психологического климата семьи. Напряженность межличностных взаимоотношений в микросреде во многом определяется соответствием психологической защиты больного типу реалистического или защитного реагирования на его болезнь ближайшего окружения (Сидоров П.И., 1989).

К реалистическим типам реагирования родственников на алкоголизм члена семьи можно отнести следующие:

а) *активный*, проявляющийся в прямой конструктивной критике и коррекции, готовности помочь и поддержать, в понимании сущности болезни и сопереживании в трудностях ее преодоления;

б) *пассивный*, который сводится к возложению надежд и устремлений на потенциал наркологической службы, общественности, администрации при собственной усталости и истощенности в борьбе с пьянством близкого человека;

в) *амбивалентный*, характеризующийся нестойкостью и противоречивостью во взаимоотношениях с больным, желанием верить в него и страхом новых разочарований, неопределенностью в видении перспективы жизни и путей преодоления имеющихся трудностей.

К защитным типам реагирования родственников на алкоголизм члена семьи можно отнести следующие:

а) *агрессивно-негативистический*, который характеризуется неконструктивной критикой по малейшему поводу, при котором в поведении больного все вызывает неприязнь и раздражение, трудности и проблемы семьи привычно связываются только с алкоголизмом близкого человека;

б) *пассивно-негативистический*, который проявляется в игнорировании больного, исключении его из круга эмоциональных и экономических отношений семьи, безоговорочном презрении и осуждении;

в) *гиперкомпенсаторный*, который выражается в попытках уйти от реальных трудностей «пьяного быта» в сферу внесемейных отношений (работа, хобби, творчество и т.п.), смещении и интенсификации деятельности, направленной на достижение новых рубежей, компенсирующих внутрисемейную неудовлетворенность;

г) *потворствующий*, который сводится к включению членов семьи в «объяснительную систему» больного, подыгрыванию его экспиативному поведению и является основой для расширенного воспроизводства алкоголизма в семье в целом;

д) *аутоагрессивный*, который характерен для части родителей больных алкоголизмом, обвиняющих себя в недостаточном уходе за ребенком в детстве, плохом воспитании и невнимании к нему; при котором активная борьба с пьянством сына или дочери подменяется попытками объяснения, самокопания и самообвинения.

Учет выделенных типов отношения к больным алкоголизмом повышает эффективность семейной психотерапии и является обязательным деонтологическим принципом реабилитации.

Итак, оказывается, что формирующиеся у больного алкоголизмом защитные механизмы призваны не решить проблему зависимости, а лишь исказить трудную ситуацию для того, чтобы уберечь собственную психику от негативных эмоций и признания факта алкоголизма и наркомании. Причем защитные механизмы проявляются как у самих алкоголиков и наркоманов, так и у лиц, окружающих их. Наиболее ярко выраженные механизмы психологической защиты — это рационализация и отрицание наркомании или алкоголизма.

Если в случае взрослого алкоголика или наркомана принята тактика ожидания «падения на дно» из-за последствий зависимости, то в случае ребенка или подростка данная выжидательная позиция родителей и общества недопустима.

### СИНДРОМ СОЗАВИСИМОСТИ

Зависимость от ПАВ – это не просто проблема. Часто, чтобы помочь алкоголику или наркоману, необходимо пройти сквозь сложную паутину отрицания и рационализации, созданных самим зависимым и его семьей.

**Созависимость** – это термин, который употребляется не только в связи с алкоголизмом или наркоманией. Это более широкое понятие, которое касается изменения личности и поведения, основанного на подчинении чужому мнению, стилю поведения и системе ценностей без внутреннего согласия с этим.

Не следует путать конформизм и созависимость, так как конформизм основан на принятии существующего поведения или системы ценностей по самым различным причинам – получения поощрения и избежания наказания, идентификации и др.

В случае созависимости, скорее всего, можно говорить о внешних (воспитание, этические нормы, ценности, экономические причины) и внутренних (отсутствие сил, возможностей, необходимого уровня самооценки) факторах, не позволяющих или ограничивающих возможность выразить свое собственное мнение и не соглашаться с навязанным поведением.

По мнению Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриевой (2000), созависимость характеризуется следующими проявлениями:

- неспособность принимать каждодневные решения без помощи со стороны. При этом многие отрицательные эмоции проявляются в виде злости и агрессивности, оставляя после себя чувства вины и стыда;
- соглашательская позиция, без всякого сопротивления и анализа ситуации; эта позиция связана с неумением отстаивать свою точку зрения и со страхом перед последствиями;
- неспособность претворять в жизнь собственные инициативы и планы.

Попытаемся проанализировать появление созависимости с точки зрения:

- влияния окружения;
- нарушения развития собственного «Я».

Одной из деструктивных сил, вносящих вклад в широкое распространение алкоголизма и наркоманий, является система созависимости, создающаяся вокруг больного. Каждый алкоголик или наркоман бывает окружен людьми, словно сговорившимися избегать реальности. Профсоюзные деятели и руководители предприятий избегают говорить о том, во что обходится эта болезнь обществу в отношении потери рабочего времени. Юристы не отдают отчета, сколько людей, которые ведут себя антиобщественно лишь в пьяном виде, оказываются из-за алкоголя в тюрьме. Многие журналисты пишут длинные нравоучительные статьи об ужасах и драмах наркоманов, но могут равнодушно пожимать плечами, услышав такую же драму об алкоголизме. Врачи часто не могут распознать симптомы алкоголизма, потому что не знают, какие вопросы задавать больному.

К этой пирамиде присоединяются друзья и семья алкоголика, которые натягивают защитную сеть из лучших побуждений, пытаясь помочь алкоголику своим заго-

вором молчания. Часто к этому добавляется страх, что любое расстраивающее больного действие может спровоцировать запой.

Кен Keyes (1979) в своей монографии «A Conscious Person's Guide to Relationships» отмечает, что, если отсутствие чего-либо выводит нас из состояния равновесия, это вполне может значить, что мы зависим от этого. Если потребности созависимых людей не удовлетворены, то люди чувствуют себя достаточно плохо. К. Keyes подчеркивает, что если человеку удастся заменить зависимость на предпочтение, то он не будет так часто раздражаться. Предпочтение — это ситуации, когда нам что-то нравится в данный момент, но временное отсутствие данного объекта не вызывает раздражения.

По всей видимости, следует признать точку зрения, что созависимость возникает на фоне нарушения развития концепции «self» (Я). Действительно, когда у человека не сформировано представление о самом себе или оно нечетко либо размыто, то возникает риск принять чужое «Я» (главным образом, чужую систему ценностей).

Одним из самых главных признаков созависимости является неспособность к переживанию эмоций, тенденция «находиться под влиянием» чужих эмоций. У созависимых людей существует убеждение в том, что заботиться о любимом человеке — это значит защищать его, брать на себя ответственность за его благополучие. Большинство здоровых взаимоотношений содержит элемент такого поведения. В своем крайнем проявлении все это останавливает развитие взаимодействующих партнеров.

Если один из партнеров алкоголик, то второй обычно играет роль няньки. Чаще всего в роль няньки вживаются постепенно, принимая на себя обязанности другой стороны. Возможно, алкоголик способствует этому, обвиняя других, играя роль жертвы, показывая свою беспомощность. Постепенно пьяное поведение выходит из-под контроля. Нередко партнеры даже не видят необходимости задаваться вопросом, какая роль им назначена в сложившихся отношениях. Несмотря на то, что алкоголизм является заболеванием, наиболее разрушительна для алкоголика ситуация, когда кто-то начинает по-матерински о нем заботиться, т.е. создавать удобства для продолжения пьянства.

Нянька постепенно делает целью своей жизни защиту алкоголика. Она следит за всем, что может его расстроить, проверяет, не страдает ли алкоголик от стресса, иначе может начаться очередной запой. Близкие учатся не говорить о пьянстве и последствиях пьяных выходок. При любом упоминании об этом алкоголик приходит в дурное настроение, обвиняет всех окружающих, оскорбляет, молча уходит и возвращается.

Созависимыми могут быть как мужчины, так и женщины. Часто созависимостью страдают дети, которые играют роль родителя для своих мамы и папы-алкоголиков или для своих младших братьев и сестер, особенно если оба родителя пьют.

Партнерша алкоголика пытается контролировать ситуацию с целью помочь ему. Она может:

- умолять;
- прятать бутылки, запирает спиртное в шкаф, отмечать уровень жидкости в бутылке или выливать спиртное в раковину;
- контролировать финансы, выдавая карманные деньги, когда он «хороший мальчик», или расплачиваясь по его долгам;
- быть соблазнительной, покладистой, сексуальной или играть в игру — «Ты выпил — никакого секса»;
- пить наравне с ним, решив: «Не можешь победить, стань союзником», либо пытаясь выпить половину, чтобы ему досталось меньше;

- лгать детям, родителям, друзьям, его руководству;
- убирать за ним, брать на себя его обязанности по дому;
- кричать, запугивать, визжать, бить;
- ждать смерти алкоголика как единственного выхода из создавшейся ситуации.

Чем больше нянька старается, тем изошреннее алкоголик приспосабливается (прячет выпивку), тем более неполноценной, опозоренной чувствует она себя. Она думает, что упустила его. Она верит, что его пьянство — ее вина или недоработка. Подобная проблема полностью поглощает созависимого человека. Созависимая личность не понимает, что вместо реальности прячет алкоголика от жизненных проблем.

В роли созависимой няньки может оказаться психолог, психотерапевт, священник, врач, медсестра и др. лица. Это происходит, если они хотят помочь алкоголику и не могут, не зная истинной природы алкоголизма. Кроме того, они не могут реально оценить свою потребность быть нянькой.

Для предупреждения созависимости первым и главным заданием для консультанта, работающего с алкоголиками, должно быть избавление от собственных мучительных раздумий о том, что алкоголик не способен справиться со своей болезнью, и прекращение тенденции прятать его от жизненных проблем.

Следует отметить, что не каждый, кто находится в близких отношениях с алкоголиком, приобретает болезненное пристрастие к роли няньки. Однако те, кто подвержен этому, нуждаются в не меньшей, чем алкоголик, психологической помощи.

Основные психологические характеристики созависимых людей:

- отрицание потребности в помощи для себя;
- представление самих себя неутомимыми тружениками, независимыми и сильными духом;
- принятие на себя большей части ответственности или вины в любых взаимоотношениях;
- неумное желание и стремление помогать, воспринимаемые как единственно достойные черты;
- неспособность ощущать самих себя;
- страх отказа, разрыва взаимоотношений с зависимым партнером.

Очень часто созависимые личности бессознательно ищут в других боль или ощущение неполноценности. Их притягивает именно эта боль, а не сам человек. Возможно, это является компенсацией собственных нерешенных проблем. Поиск боли других людей — это своеобразный способ не смотреть в лицо собственным невзгодам. Поэтому очень часто (в 63% случаев) дочери алкоголиков выходят замуж за алкоголиков.

M. Bettie (1991) описала симптомы коалкоголизма у жен алкоголиков:

- навязчивый контроль других;
- навязчивая помощь другим;
- низкое чувство собственного достоинства;
- выраженная озлобленность и чувство собственной вины;
- сильная зависимость от людей;
- огромная терпимость к ненормальным поступкам другого человека;
- концентрация на проблемах других с одновременным запуском себя;
- нарушение процесса общения;
- сексуальные проблемы.

Созависимые люди испытывают чувство одиночества и изоляции. Одиночество нередко проявляется как эпизодически острое ощущение беспокойства и напряже-

ния, связанное со стремлением иметь дружеские или интимные отношения (Куницына В., 2001).

Д. Раадшеллерс (1989) предложил классифицировать эмоциональное одиночество по типам:

1. Безнадёжно одинокие, неудовлетворенные своими отношениями люди с чувством опустошенности, покинутости, обездоленности.
2. Периодически и временно одинокие люди с наибольшей социальной активностью.
3. Пассивно и устойчиво одинокие люди, которые смирились с одиночеством.
4. Люди неодинокие (не испытывающие этого чувства), у которых встречаются отдельные случаи социальной изоляции в качестве добровольного и неугнетающего уединения.

Как показали исследования И. Прохоровой (1998), чем более самодостаточным и самоценным чувствует себя человек, тем меньше он волнуется по поводу своей непохожести на других людей, изолированности от них, ухудшения своих взаимоотношений с другими. Самодостаточные люди не склонны к самообвинению, у них нет внутренней конфликтности, фрустрации, наличествует достаточная зрелость (сила сверх-Я). В то же время чрезмерная самоуверенность указывает на высокую психологическую защиту, связана с беспокойством по поводу одиночества и нежеланием признать отсутствие поддержки («не на кого положиться»).

Психологическая защита приводит к тому, что человек отказывается признать свои проблемы. Тревога человека по поводу того, что он очень сильно отличается от других людей, тесно связана с отсутствием надежд на близость, ощущением ухудшения своих взаимоотношений, нехваткой людей, на которых можно было бы положиться, а также собственной неуживчивостью и обострением чувства одиночества. Если человек постоянно возвращается к своему прошлому, стремится пересмотреть его, испытывает беспокойство и при этом сильно привержен традициям, исповедует прежние взгляды, консервативен — можно говорить о верных признаках одиночества и тенденции этого состояния к дальнейшему развитию.

Созависимые люди ощущают, что их любят только за «заботливую часть» личности. Несмотря на явное желание отказаться иногда от роли «плакальщицы», они не знают, как попросить об удовлетворении собственных потребностей. Обычно они чувствительны к чужим переживаниям и знают, что нужно другим людям, но при этом не замечают собственных потребностей:

- навязчивая озабоченность алкоголиком или наркоманом, его чувствами и неприятностями — главная характеристика «созависимости»;
- созависимый человек часами в тревоге думает о создавшейся ситуации;
- планирует разнообразные способы прекращения пьянства и наркомании;
- прочитывает лекции алкоголику или наркоману, ожидая его отклика;
- терзает себя тревогой — где и с кем сейчас алкоголик или наркоман;
- пытается перебить свои мысли другими делами — уборкой дома, выплескиванием энергии в достижениях на работе, чрезмерной опекой детей;
- навязчивые мысли помогают спрятаться от реальной ситуации при помощи ее отрицания, в иллюзорных решениях проблем, в попытках скрыть накопившиеся эмоции гнева и раздражения.

Отмечено, что проблема созависимости у детей алкоголиков в последующем может выражаться в так называемом синдроме взрослых детей алкоголиков (ВДА), по-

дробно описанном J. Woititz (1992), который считает, что синдром ВДА является достаточно серьезным осложнением и требует терапии. Прежде всего следует привести его проявления:

**1. ВДА часто должны догадываться о том, какое поведение считается нормальным.** Это означает, что у них существует проблема с точкой отсчета организации нормальной домашней жизни.

Например: родители-ВДА не очень хорошо ориентируются в типичных реакциях подросткового возраста у своих собственных детей.

Супруг-ВДА не очень хорошо может разобраться в своих чувствах и не знает, как вести себя во время заболевания своей жены, что может вызвать конфликт в семье.

**2. ВДА часто имеют проблемы с осуществлением своих намерений.** Очень часто этот симптом проявляется у студентов, выросших в алкогольных семьях. Как правило, в обычной семье ребенок учится решать трудные ситуации, планировать свою жизнь. ВДА был лишен этого в детстве. Поэтому появление неудовлетворительной отметки за контрольную работу, написание курсовой или дипломной работы может вызвать у него панику, так как любой проект требует ежедневного, планомерного действия.

**3. ВДА часто обманывают, когда легко можно было сказать правду.** Ложь является основой семьи, в которой живет алкоголик. Ложью является сокрытие существующей проблемы от посторонних. Ложь для ВДА становится нормой и естественной формой поведения.

Например, ВДА могут симулировать какое-либо заболевание или состояние, чтобы привлечь к себе внимание, сочувствие, вместо того, чтобы рассказать о своей действительной потребности в опеке и внимании.

**4. ВДА склонны оценивать себя безжалостно.** Это связано с тем, что родители-алкоголики безжалостно критикуют своих детей за все. Поэтому более привычно в последующем видеть себя как негативного, никчемного человека. Как правило, если что-то у ВДА не получается, то это происходит из-за него самого. Если же что-то получилось, то это происходит благодаря помощи других.

**5. ВДА с трудом умеют развлекаться и ощущать радость.** Хронические социально-стрессовые ситуации и межличностные конфликты не позволяют ВДА сформировать стереотипы радостного существования и эмоциональной разрядки, они не умеют снимать напряжение, быть легкими и непринужденными в общении.

**6. ВДА часто относятся к себе чрезвычайно серьезно.** Эта черта связана с предыдущей. Детство ребенка, выросшего в семье с алкоголиком, можно назвать хронической психической травмой. Жизнь была серьезным, понурым занятием. Сама атмосфера в семье не допускала какого-либо праздника или радости. С точки зрения транзактного анализа это состояние можно объяснить неразвитостью состояния свободного ребенка. Данное состояние очень часто приводит к тому, что отношение ко всем делам, в том числе и к работе, у ВДА очень серьезное. Очень часто из-за этого ВДА страдают синдромом эмоционального выгорания.

**7. ВДА с трудом завязывают близкие контакты.** Данная проблема связана с развитым внутрличностным конфликтом «притяжение — избегание». Как правило, в семье алкоголиков выражена эмоциональная неуравновешенность по отношению к ребенку, вызывающая у него страх быть отвергнутым. Например, взрослые дочери алкоголиков неуютно чувствуют себя, если какой-либо мужчина пробует завязать теплый эмоциональный контакт с ними или показывает свою симпатию по отношению к ним. Поэтому часто эти женщины избирают себе роль «отвергаемой» и выходят замуж за алкоголиков.

8. ВДА склонны чрезмерно реагировать на изменения, которые не могут контролироваться. Это можно легко понять. Маленький ребенок, растущий в семье алкоголика, не может влиять на ситуацию, происходящую с его родителями. Жизнь в алкогольной семье была ему навязана от рождения, без его на то согласия. Но с детства такой ребенок пробовал изменить ситуацию и стать ответственным за поведение своих родителей. ВДА надеется только на свой опыт и свой контроль, так как с детства у него остался страх перед неожиданными изменениями, которые могут вызвать неконтролируемость ситуации и воспринимаются как угроза. Поэтому очень часто ВДА обвиняют в сверхконтроле и ригидности поведения.

9. ВДА постоянно ищут признания и уважения, так как выросли в семье алкоголика, где все очень сложно и запутано. Родитель, занятый переживанием своих алкогольных проблем или находящийся в состоянии похмелья, может очень часто ни с того ни с сего выругать ребенка. Данная неопределенность и отсутствие ежедневной похвалы вызывает в будущем неуверенность у ВДА, когда кто-то его хвалит. В этом выражен парадокс ситуации: с одной стороны, ВДА стремится к признанию и любви, с другой – избегает ее.

10. ВДА часто считают, что отличаются от других. Они думают, что только они чувствуют себя хуже всех. В значительной мере это связано с тем, что любая алкогольная семья, вынужденная скрывать свои алкогольные проблемы, изолируется от общества. Изоляция не способствует развитию социальных навыков, необходимых для того, чтобы чувствовать себя свободно при общении. Чувство отличия от других у ВДА выражено чрезмерно.

11. Поведение ВДА часто характеризуется крайностью – от чрезмерной ответственности до безответственности, что связано с детской привычкой пытаться контролировать и компенсировать поведение родителей-алкоголиков: получать хорошие отметки, делать уборку в квартире, пытаться самому приготовить ужин. Все это делается для того, чтобы родитель не напился. Видя то, что эта деятельность не имеет значения, ребенок перестает вообще делать что-либо. Во взрослой жизни детские навыки сохраняются в виде незнания собственных сил и возможностей, неумения сказать «нет» чрезмерной нагрузке. Ответственность, которую сам на себя берет ВДА, огромна, потому что очень часто касается тех дел, которые ВДА не обязан делать.

12. ВДА часто до бесконечности доверяют другим (даже тогда, когда имеются доказательства, что доверять человеку нельзя). Это объясняется тем, что в детстве ребенок алкоголика вынужденно приучается жить вместе с другими членами семьи даже в тех случаях, когда здравый рассудок подсказал бы взрослому оставить алкоголика и уйти. Это поведение воспитывает установку на то, что никто не покидает другого, даже если очень тяжело. ВДА остаются жить в таких партнерских отношениях, которые легче было бы прервать. Если ВДА открылся кому-то, рассказал о своем детстве и партнер не оставил его после «страшного признания», то сам факт является поводом сохранения даже самого разрушительного и деструктивного союза. В дополнение ко всему ВДА не очень хорошо ориентируются в том, что значит нормальная семья и нормальный супружеский союз.

13. ВДА всегда импульсивны. У них наблюдается тенденция пускать все на самотек, без серьезного анализа альтернативного поведения и возможных последствий. Эта импульсивность ведет к потерянности, неприязни к самому себе и потере контроля над окружением. Помимо этого, требуется огромное количество энергии на наведение порядка в этом хаосе.

J. Woititz рекомендует несколько простых правил поведения родителя, чье детство прошло в алкогольной семье. Эти несколько правил помогут избежать нарушений второго и последующего поколений ВДА и, следовательно, проблем созависимости:

1. Работайте над собой и над личностным развитием — Ваши дети учатся путем подражания. Вы являетесь для них образцом поведения — хотите ли Вы того или нет. Будьте такими, какими бы Вы хотели видеть своих детей. Если Вы будете постоянно напряжены или тревожны, тогда в Вашем доме будет напряженная атмосфера. Если на Вашем лице будет сиять улыбка, то улыбаться будут и Ваши дети.

2. Прислушайтесь к своим детям — сядьте рядом с ними и послушайте, что они Вам говорят, что бы это ни было. Пусть знают, что Вы интересуетесь ими, их делами. То, что Вы их слушаете, вовсе не означает, что Вы соглашаетесь с ними. Работайте над признанием их права быть теми, кем они могут быть, и думать так, как они думают. Иногда Вы услышите что-то невообразимое, но разве Вы в их возрасте не имели страшных мыслей? Разве сейчас эти мысли Вас не посещают? То, что Вы их слушаете без нравоучений, обозначает лишь начало диалога.

3. Говорите правду, будьте честными по отношению к ним — у детей из алкогольных семей могут быть проблемы с оценкой реальности. Невозможно кому-то сказать, что он не должен чувствовать себя таким образом. Скорее можно говорить о том, что невозможно вести себя определенным образом. У чувств не существует ни позитивной, ни негативной оценки. Если оценивать эмоции, то тогда вдобавок ко всему появляется чувство вины за «неправильные» переживания. Чувства истинны, поэтому необходимо говорить с детьми именно о них, обучать детей тому, что делать с чувствами.

4. Информировать своего ребенка — рассказывайте детям все, что знаете об алкогольной болезни, дайте им литературу, сядьте с ними и отвечайте на все вопросы, какие только появятся у них.

5. Уговорите своих детей участвовать в группах самопомощи, особенно в таких, как «Алатин». Участие в таких группах может усилить убеждение в том, что алкоголизм является заболеванием и никто не может вызвать алкоголизм или вылечить его, и поможет ребенку чувствовать себя лучше и лучше себя понять.

6. Оставьте отрицания и другие защитные механизмы — алкоголизм является семейной проблемой, поэтому необходимо помогать друг другу решать ее.

7. Не бойтесь быть нежными с детьми. Исполнение каждого каприза в качестве компенсации за нанесенные прежде обиды из-за алкоголизма не является нежностью или любовью. Ребенку необходимо говорить, что Вы его любите, оказывать ему знаки внимания. Ребенок хочет слышать о том, что любим таким, каким он является на самом деле.

8. Дети должны четко знать, что от них требуется. Четко очерченный распорядок дня — это удовлетворение потребности в безопасности ребенка, так же как и определенные его обязанности. Дети не всегда любят то, что от них требуется, и могут проверять, насколько серьезно взрослые контролируют выполнение ими определенных обязанностей. Однако если правила нелюбимы, это не означает, что впоследствии ребенок не будет благодарен за их привитие.

9. Дети должны отвечать за свое поведение. Если ребенок разбил окно, то должен решить, как его поправить, если опоздал на обед — это его проблема, как исправить ситуацию. Обучение решению трудных ситуаций является важным умением, воспитываемым в семье.

Таким образом, очевидно, что алкоголизм и наркомания деформируют всю систему психологических взаимоотношений в микросоциуме семьи, референтной группы и трудового коллектива. Для эффективной помощи необходима разработка индивидуальных методов медико-социальной реабилитации семьи.

### СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДЕОНТОЛОГИЯ В НАРКОЛОГИИ

Неотделимым элементом наркологии, как и социально-психологической практики, является явная или скрытая оценка социально-психологического и медицинского состояния людей, социальных групп, явлений. Насколько допустимы границы идентификации психолога или социального работника с институтом власти? Как психолог, так и социальный работник должны уметь сказать, насколько образ жизни людей является полезным или опасным в плане развития зависимости. Если обнаружится, что образ жизни опасен, то специалист должен объяснить, для кого и в связи с чем. Например, решение проблемы употребления алкоголя или сигарет. Кому полезно? Тому, кто зарабатывает на этом деньги, или тому, кто потребляет? Насколько опасно соседство точки по продаже спиртного с дорогой или со школой?

Любая диагностическая деятельность выступает как система социального контроля, оценки индивидуального поведения, разделяя явления на две категории — «хорошее» и «плохое». Контрольная функция диагностического процесса проявляется через стигматизацию поведения, установок и людей такими этикетками, как «социопатия», «замедление в развитии», «эмоциональная незрелость» и др.

Как справедливо замечает В.Е.Пелипас (1998), наркологическим больным отказано в праве быть субъектами этических отношений. Формально статус больного в отношении «наркомана», «токсикомана» или «алкоголика» признается, но реально предполагаются многочисленные оговорки и изъятия, которые ставят наркологического больного, по сравнению с соматическими или неврологическими, в противоречивое положение. С одной стороны, алкоголики и наркоманы являются больными, но, с другой, — с точки зрения обывателя, они сами виноваты в своей болезни: никто же их не заставлял принимать наркотики или пить. Логика такого рассуждения приводит к тому, что алкоголик или наркоман признается больным, но не таким, как другие — обычные, «законные» больные, а как «условно больные» или больные «второго сорта». Следовательно, применение к этим больным общемедицинских этических норм выглядит неадекватным или вообще ненужным, нецелесообразным — по крайней мере, в полном объеме. В.Е.Пелипас называет это *этическим нигилизмом*, когда любая этическая норма ставится под сомнение или носит относительный характер.

На самом деле не следует забывать, что большинство болезней, за исключением небольшого числа наследственных или врожденных, в большой степени обусловлены патогенным поведением человека, в том числе неоправданным риском, легкомыслием, отказом следовать здоровому образу жизни. Можно согласиться с тем, что в большей или меньшей степени большинство заболевших «виноваты» в своей болезни. Более того, многие пациенты соматического стационара нарушают лечебный режим, предписания, тем самым бездумно усугубляя свое состояние. Можно справедливо сравнить условное «удовольствие» от болезни у больных с госпитализмом, с рентными установками, что хорошо известно врачам ВТЭК.

Наркологические больные по названным параметрам ничем не отличаются от других больных и ничего не требуют от общества.

Под *стигматизацией* (стереотипами) в наркологической превентологии понимается психологическое образование, сложившееся в сознании людей, эмоционально окрашенный образ, передающий значения, в которых есть элементы описания, оценки, предписания. Синонимом стигматизации можно назвать приписывание, «наклеивание этикеток», «ярлыков».

В какой-то мере ситуацию «приписывания» можно объяснить на простом примере. Например, стол является тем, что люди привыкли считать столом, и ничего нельзя с этим поделаться. Неизвестно, что бы он сказал, если бы умел говорить. Но даже если бы стол сам сказал нам, что он не является столом, мы не перестали бы считать его им. То же самое происходит с людьми, которым мы приписываем «этикетки». Обычно «люди с этикетками» становятся для нас теми, за кого мы их принимаем, а не теми, кем они сами хотели бы себя считать.

Стигматизация является чрезвычайно серьезным явлением, так как благодаря ей поведение людей чаще оценивается как ненормальное. Стигматизированный человек не может защититься от этикетки. Даже если он будет защищаться от стереотипа, то все равно его защита будет оцениваться в рамках приписанной ему роли. Как верно отмечено, диагностическая интерпретация поведения каждого пациента поворачивает любое проявление его бунта против него самого (Ахер А., 1980). Последнее замечание особенно касается детей и подростков, как здоровых, участвующих в профилактике первого уровня, так и лиц из групп риска либо уже страдающих зависимостью от ПАВ. Дети и подростки представляются такими, какими их видят при своей диагностике психолог или педагог, но ведь используемые тесты могут иметь различное качество по категориям надежности, валидности, репрезентативности.

Рациональное понимание клиента в наркологической превентологии – это процесс накопления, систематизации вербализованных знаний о других людях и оперирование ими с целью достижения максимального соответствия суждений, оценок, представлений о человеке его объективно существующим чертам, свойствам, мотивам.

По мнению В.Н.Куницыной (2000), наиболее сложным моментом в рациональной оценке людей является расшифровка мотивов, что позволяет оценивать конкретные поступки и прогнозировать поведение. Прогнозирование поступков клиента и оценка поведения, осуществляемая специалистом по наркологической превентологии, включают в себя два пути. Первый – логический (рациональный), представленный в виде следующих этапов: накопление, систематизирование, оперирование знаниями о своих клиентах с целью достижения максимального соответствия суждений, оценок, представлений о человеке его объективно существующим чертам, свойствам, мотивам. Два других механизма понимания – принятие и эмпатия – функционируют на неосознанном уровне и обеспечивают фундамент логического анализа и понимания. Принятие или эмпатия другого человека выражается в наличии или отсутствии неосознанных психологических барьеров и опасений по отношению к нему.

Рассматривая механизмы оценки людей работающими с ними специалистами, уместно напомнить, что интерпретация события является основой рационального познания и представляет длительный, сложный умственный процесс, состоящий из ряда последовательных действий. Процесс интерпретации разворачивается в следующих вербализованных формах:

- *Суждение* – интеграция всех компонентов анализа в едином времени и пространстве.

- *Рассуждение* – протяженность, последовательность времени привлечения аргументов, оснований для оценок.
- *Диалог* – как с самим собой, так и с воображаемым партнером.
- *Наррация* (пересказ, рассказ, повествование) – своеобразное удвоение времени, так как оценка и пересказ не совпадают по времени с оцениваемым явлением, следуют за ним.

Понимание, как динамика взаимосвязей, может быть представлено в виде стадий, различающихся по уровню сложности мыслительных процессов. Завершающей стадией любого понимания считается прогноз, т.е. понимание—предсказание.

Учитывая вышеназванные сложные механизмы диагностической интерпретации, понятно, что диагностическая этикетка, «приклеенная» специалистом, может быть связана с ошибкой атрибуции, основанной на приписывании человеку черт, которыми он не обладает, или на отрицании тех, которые ему присущи.

**Каузальная атрибуция** – это феномен, который позволяет приблизиться к расшифровке механизмов взаимопонимания, представить, каким образом люди интерпретируют поведение другого человека, если не обладают о нем достаточной информацией. Основные теоретические представления о каузальной атрибуции были сформулированы Ф.Хайдером. Атрибуция социальна по своему происхождению (возникает во взаимодействии) и направленности. Основой ее является категоризация, т.е. когда причины поведения часто выводятся из факта принадлежности человека к определенной группе – профессиональной, половой, этнической и т.д.

На основании исследований В.Н.Куницына (2000) выделила два направления в исследовании атрибуции:

**Первое направление** – это интерпретация поведения отдельного индивида. Люди склонны в поисках объяснения поступков других исходить из того, что поведение определяется прежде всего чертами личности.

**Фундаментальная ошибка атрибуции** (по Л.Россу) заключается в том, что переоценивается значение личностных черт и недооценивается роль ситуации. Черты личности являются более важной и наводящей информацией, которая закрепляется в памяти человека, помогает ему в оценке других. Исследования свидетельствуют, что люди предпочитают позитивно оценивать личностные факторы и негативно – ситуационные. Как оказалось, эта ошибка характерна и для профессиональных психологов.

**Второе направление** – это интерпретация поведения человека, основанная на знании его групповой принадлежности. Одна из первых концепций – «эгоцентрического приписывания» – принадлежит Г.Келли. Эгоцентризм выражается в том, что успех приписывается себе, а неудачи – другим людям. Если позитивные события приписываются своей группе, а негативные – чужой, то это свидетельствует об эгоцентрической позиции оценивающего человека.

Европейские психологи связали проблему каузальной атрибуции с теорией социальной идентичности. Были получены любопытные подтверждения на основе лингвистического материала.

Помимо рациональных компонентов процесса понимания важное место в постижении индивидуальности человека и прогнозировании его поведения и развития занимают процессы интуиции. Интуиция является фундаментом такого важного свойства личности, как пронизательность. Интуиция и наблюдательность основаны на умении схватывать нюансы визуально наблюдаемого вербального и невербального

поведения и интерпретации этих элементов, протекающей часто на подсознательном либо полусознанном уровне.

Свойства, необходимые *проницательному человеку*, охарактеризовал еще в 1937 г. американский психолог Гордон Олпорт:

1. *Опыт*, под которым понимается *зрелость*. Жизненный, а не простой житейский, опыт есть следствие хорошо обдуманного на протяжении многих лет результата и характера взаимодействия с разными людьми, который складывается на основе как умозаключений, так и интуитивного прозрения и проницательности.

2. *Подобие, сходство*. Это особый случай опыта, который подсказывает, что чем больше человек похож на тебя (по возрасту, полу, профессии, склонностям и т.д.), тем больше общих черт у вас найдется, что, в конечном счете, и помогает более точным оценкам.

3. *Интеллект*. Он особенно помогает в оценке незнакомых людей, когда предубеждения еще не мешают видеть людей такими, какие они есть. Именно интеллект помогает в уяснении связей между тем, что человек делал и говорил вчера и сегодня, между мимикой, экспрессией и степенью искренности, между характером и судьбой.

4. *Понимание себя* является необходимым условием понимания других. Ошибки и заблуждения относительно себя переносятся на других людей и часто выступают психологическими барьерами между людьми.

5. *Отрешенность*. Развита у тех, кто много болеет, предается уединению, находит больше времени для размышления над сложностью человеческой природы; они умеют отрешиться от ненужных деталей, связующих чувств, посмотреть на вещи и события со стороны, подойти к новому человеку непредвзято.

6. *Сложность*. Г.Олпорт подчеркивает, что люди не могут понять тех, кто их намного сложнее и тоньше. Он замечает, что такое преимущество в понимании должно быть у психиатра (и, конечно, психолога): «Прямолинейный ум не питает сочувствия к волнениям ума культурного и разносторонне развитого... Две души обитали в груди у Фауста, и только одна у его помощника Вагнера; и именно Фауст оказался способным в конце концов постигнуть значение человеческой жизни».

7. *Эстетические склонности*. Человек с эстетическими склонностями и соответствующим складом ума ищет во всем гармонию, и это способствует искусству его оценки.

8. *Социальный интеллект*. Особенно важен этот дар для тех, кто непосредственно взаимодействует с людьми. Тот, кто опирается в большей степени на свое воображение (писатель, художник), может им и не обладать.

«Социальный интеллект связан со способностью высказывать быстрые, почти автоматические суждения о людях. Вместе с тем социальный интеллект имеет отношение скорее к поведению, чем к оперированию понятиями: его продукт – социальное приспособление, а не глубина понимания».

Понятие «несоответствие», охотно приписываемое специалистами многим клиентам, содержит различные оценивающие критерии, исключающие одни и предпочитающие другие ценности. Как показали исследования Z.Welcz (1979), люди, страдающие различными зависимостями, часто необходимы нам, здоровым, свободным от зависимости, для повышения нашей собственной самооценки, чувства величия и успеха, ощущения важности занимаемого нами места в мире.

Клинический психолог, как и нарколог, и социальный работник, может восприниматься клиентами как «человек власти», «человек общественного контроля». Но,

с другой стороны, психолог, как элемент общественного контроля, сам является управляемым, подчиняемым и контролируемым членом общества. Все работники системы наркологической превентологии включены в определенную социальную матрицу (общественную систему), из которой они сами произошли и которая продолжает модифицировать их профессиональное поведение.

Как показали исследования В.Ф.Петренко (1988), стереотип психолога представлен такими понятиями, как *сложный, умный, интересный, гордый, принципиальный, остроумный*. В стереотипе психолога нет таких качеств, как организованный и счастливый. Противопоставление понятия «счастливый» целой гамме других положительных черт ярко демонстрирует возможность невротизации психолога как профессиональной вредности.

Любой специалист системы наркологической превентологии представляет не только самого себя, но и общественные учреждения, стремящиеся к поддержанию определенного уровня социального здоровья. Отсюда профилактика, психическое здоровье, нравственное состояние общества перестают быть только личным делом человека, так как начинают поддерживаться различными лечебными организациями, общественными институтами.

В процессе стигматизации пациентов из групп риска, а также из наркологических центров огромную роль играет миф общества, считающего, что его особенная версия добра (нормальности) и зла (ненормальности) должна быть обязательной для всех (Falandyz L., 1986). Клинический психолог связан с различными общественными группами и лечебно-профилактическими учреждениями. Если говорить о принципах, регулирующих взаимоотношения с учреждением, в котором работает психолог, то, по мнению А. Lewickого (1969), психолог обязан воспринимать цели учреждения как свои собственные, а взаимоотношения с другими сотрудниками должны служить защите интересов пациентов и клиентов, а не личному престижу психолога.

Говоря о стигматизации и стереотипизации больных алкоголизмом и наркоманиями, можно выделить еще один важный фактор, способствующий явлению «наклеивания ярлыков». Это — сленг наркоманов и алкоголиков.

На сленге изъясняются многие пациенты наркологической службы. Современная филология рассматривает различные жаргоны как «социальные диалекты», возникающие в процессе исторического развития общества, его социальной дифференциации, которая, в свою очередь, сопровождается социальной (функциональной, профессиональной, групповой) дифференциацией речи и языка.

Сленг — это не только тайный язык злоумышленников или средство идентификации единомышленников, или нечто другое, но и игровое поведение — игра в тайну, в секреты, существование которых как бы наполняет особым, скрытым смыслом, делает более значимым и серьезным банальное, в сущности, и довольно низкое и грязное дело — потребление и распространение наркотиков. Игровой компонент присутствует в поведении любых социальных групп — носителей сленга, например, музыкантов, бюрократов или ученых (в последнем случае в качестве новояза выступает наукообразная тарабарщина с засильем иностранных слов и выражений), и проявляется он, в частности, в демонстративной нарочитости и необязательности его употребления, в искусственности и театральности поведения потребителя сленга, особенно в чужеродной среде, в возможности потребителя новояза в любой момент от него отказаться и т.п. С учетом представлений об игровой составляющей сленга можно предположить, что, включенный в стиль поведения индивидуума, он может слу-

жить индикатором его инфантильности, культурной и личностной ограниченности, «затуженности», а также, возможно, признаком присутствия в структуре личности достаточно выраженного истерического радикала.

Л.К.Шайдукова с соавт. (1999) выделяет следующие факторы, обуславливающие создание новых речевых и языковых (лексических) единиц и их взаимодействие между собой в рамках того или иного жаргона:

1. Деноминативный — необходимость назвать, точно обозначить или охарактеризовать новый объект (или новое действие).

2. Стилистический — потребность в экспрессивно окрашенной, образной и одновременно «экономичной», сжатой, «оперативной» речи.

3. Ритуально- или защитно-функциональный — некая микрогруппа (или совокупность таких социальных образований разного «масштаба», развивающаяся более или менее автономная социальная инфраструктура) создает свой «язык», исходя из стремления выделиться, обособиться, придать своей речи магическое, сакральное значение (в том числе в рамках особых ритуальных действий, групповых процедур) или сделать ее «закрытой», непонятной для «непосвященных» обывателей или представителей официальных, прежде всего правоохранительных структур.

Для наркологов знание сленга потребителей различных ПАВ необходимо, прежде всего, в плане обеспечения квалифицированной работы — полноценного контакта с больными, более точной диагностики их состояния, успешного медикаментозного и психотерапевтического лечения, обоснованного прогнозирования течения заболевания. Изучение особенностей специфики речи больных, раскрытие ее отдельных социальных и лингвистических функций (ролей, параметров), несомненно, очень важно для составления максимально полного «социально-психологического портрета» конкретных пациентов, определения степени их алкогольной (наркотической) «охваченности», вовлеченности в системное потребление ПАВ для получения аналитической оценки клинических и средовых аспектов заболевания.

Сленг наркоманов — это не только тайный, но и особенный шифрованный язык. Но шифрованных языков много: например, эзоповский язык аллегорий и намеков, язык шарад, иероглифов, систем точек и тире, цифровых криптограмм и т.д. Особенность сленга наркоманов — примитивизм и грубость, не требующие особого образования, тонкости владения языком, вкуса и других признаков интеллектуальности.

Значение функций сленга Л.К.Шайдукова с соавт. (1999) обозначают как:

- стратифицирующее (социально-отграничивающее, социально-знаковое);
- псевдоэстетическое (социально-психологическое — защитно-компенсаторное);
- символическое (деноминативно-знаковое);
- утилитарное (деноминативно-экспрессивное, стилистическое).

**1. Стратифицирующее значение имеет как жаргон алкоголиков, так и сленг потребителей наркотиков.**

Широкое употребление специфического жаргона больными алкоголизмом, бытовыми пьяницами свидетельствует об их принадлежности к определенной «нижней» страте (структуре) общества — социальной и культурной прослойке, группе. Жаргонная речь, реализуя свою стратифицирующую функцию, ясно указывает на невысокий социальный, культурный, интеллектуальный уровень пользующихся ею: она наблюдается у лиц низкоквалифицированных профессий, свойственна недостаточно развитым, более или менее примитивным, «аморфным», «аструктурным» (по

Э.А.Бехтелю) личностям. Выявляются общая обедненность, скудность речи в плане ее лексического (словарного) и фразеологического запаса, синтаксиса, построения фраз. При этом постоянно наблюдается включение в нее нецензурных слов и оборотов — для придания большей экспрессии, «убедительности». Ненормативная лексика используется также для заполнения речевых пробелов; одновременно выступает стереотипность и клишированность употребляемых слов, словесных оборотов, фраз («словесных формул»). Такая «низкая» речь сочетается с широким применением алкогольного сленга, отражающего основную и доминирующую потребность его адептов в регулярной алкоголизации.

В то же время этот сленг исполняет другую важную социально-психологическую роль — знака принадлежности говорящего к «своим», т.е. к тем, для которых алкоголь составляет значимую личностную и коммуникативную ценность, существенно мотивирует поведение, определяет многие его формы.

Алкогольная жаргонная терминология общепонятна, по-своему ярка, но лексически «плоска» и примитивна, относится к просторечиям, вулгаризмам: «дерябнуть», «остограмиться», «поежиться», «хлопнуть», «дернуть», «принять», «вмазать», «раздавить по маленькой» (выпить); «насандалиться», «накиряться», «нагрузиться», «нализаться», «напузыриться», «наберляться» (напиться); «беленькая», «родная» (о водке); «бормотуха», «краска», «уксус», «чернила» (о плохом вине).

Закрепленное превалирование в речи алкогольного жаргона у лиц с исходно высоким образовательным и культурным уровнем указывает на определенное сужение их лексического репертуара и может свидетельствовать о процессе общей примитивизации личности, нарастании ее алкогольной деградации.

Яркой иллюстрацией «гремучей смеси» творческого начала и алкогольного изменения личности является рецептура «коктейлей» из повести «Москва—Петушки» Венедикта Ерофеева.

«...Нет, если я сегодня доберусь до Петушков — невредимый, — я создам коктейль, который можно было бы без стыда пить в присутствии Бога и людей, в присутствии людей и во имя Бога. Я назову его «иорданские струи» или «звезда Вифлеема». Если в Петушках я об этом забуду — напомните мне, пожалуйста. Не смейтесь. У меня богатый опыт в создании коктейлей. По всей земле от Москвы до Петушков пьют эти коктейли до сих пор, не зная имени автора, и правильно делают, что пьют. Мы не можем ждать милостей от природы. А чтобы взять их у нее, надо, разумеется, знать их точные рецепты: я, если вы хотите, дам вам эти рецепты. Слушайте.

Пить просто водку, даже из горлышка, — в этом нет ничего, кроме томления духа и суеты. Смешать водку с одеколоном — в этом есть известный каприз, но нет никакого пафоса. А вот выпить стакан «ханаанского бальзама» — в этом есть и каприз, и идея, и сверх того еще метафизический намек.

Какой компонент «ханаанского бальзама» мы ценим превыше всего? Ну, конечно, денатурат. Но ведь денатурат, будучи только объектом вдохновения, сам этого вдохновения начисто лишен. Что же, в таком случае, мы ценим в денатурате превыше всего? Ну, конечно: голое вкусовое ощущение. А еще превыше тот миазм, который он источает. Чтобы этот миазм оттенить, нужна хоть крупца благоухания. По этой причине в денатурат вливают в пропорции 1:2:1 «бархатное» пиво, лучше всего «останкинское» или «сенатор», и очищенную политуру.

Не буду вам напоминать, как очищается политура, это всякий младенец знает. Почему-то никто в России не знает, отчего умер Пушкин, а как очищается политура — это знает всякий.

Короче записывайте рецепт «ханаанского бальзама». Жизнь дается человеку один раз, и прожить ее надо так, чтобы не ошибиться в рецептах: Денатурат — 100 г, Бархатное пиво — 200 г, Политура очищенная — 100 г. И так, перед вами «ханаанский бальзам» (его в просторечье называют «чернобуркой») — жидкость, в самом деле, черно-бурого цвета, с умеренной крепостью и стойким ароматом. Это уже даже не аромат, а гимн. Гимн демократичной молодежи. Именно так, потому что в выпившем этот коктейль вызревают вульгарность и темные силы. Я сколько раз наблюдал!..

А чтобы вызревание этих темных сил хоть как-то предотвратить, есть два средства. Во-первых, не пить «ханаанский бальзам», а во-вторых, пить взамен его коктейль «дух Женевы».

В нем нет ни капли благородства, но есть букет. Вы спросите меня: в чем загадка этого букета? Я вам отвечу: не знаю, в чем загадка этого букета. Тогда вы подумаете и спросите: а в чем же разгадка?

А в том разгадка, что «белую сирень», составную часть «духа Женевы», не следует ничем заменять: ни «жасмином», ни «шипром», ни «ландышем». «в мире компонентов нет эквивалентов», как говорили старые алхимики, а они-то знали, что говорили. То есть «ландыш серебристый» — это вам не «белая сирень», даже в нравственном аспекте, не говоря уже о букете.

«ландыш», например, будоражит ум, тревожит совесть, укрепляет правосознание. А «белая сирень» — напротив того, успокаивает совесть и примиряет человека с язвами жизни...

У меня было так: я выпил целый флакон «серебристого ландыша», сижу и плачу. Почему плачу? Потому что маму вспомнил, то есть вспомнил и не могу забыть свою маму. «Мама», — говорю. И плачу. А потом опять: «Мама», — говорю и снова плачу. Другой бы, кто поглупее, так бы сидел и плакал. А я? Взял флакон «сирени» — и выпил. И что же вы думаете? Слезы обсохли, дурацкий смех одолел, а маму даже и забыл, как звать по имени-отчеству.

И как мне смешно поэтому тот, кто, готовя «дух Женевы», в средство от потливости ног добавляет «ландыш серебристый»!

Слушайте точный рецепт:

«Белая сирень» — 50 г

Средство от потливости ног — 50 г

Пиво «жигулевское» — 200 г

Лак спиртовой — 150 г

Но если человек не хочет зря топтать мироздание, пусть он пошлет к свиньям «ханаанский бальзам» и «дух Женевы». А лучше пусть он сядет за стол и готовит себе «слезу комсомолки». Пахуч и странен этот коктейль. Почему пахуч, вы узнаете потом. Я вначале объясню, чем он странен.

Пьющий просто водку сохраняет и здравый ум, и твердую память или, наоборот, теряет разом и то, и другое. А случай со «слезой комсомолки» просто смешон: выпьешь его сто грамм, этой слезы, — память твердеет, а здравого ума как не было. Выпьешь еще сто грамм — и сам себе удивляешься: откуда взялось столько здравого ума? И куда девалась вся твердая память?

Даже сам рецепт «слезы» благоволен. А от готового коктейля, от его пахучести, можно на минуту лишиться чувств и сознания. Я, например, лишился.

Лаванда — 15 г

Вербена — 15 г

«Лесная вода» — 30 г

Лак для ногтей — 2 г

Зубной эликсир — 150 г

Лимонад — 150 г

Приготовленную таким образом смесь надо двадцать минут помешивать веткой жимолости. Иные, правда, утверждают, что в случае необходимости можно ме-

шать повиликой вдоль и поперек, — но меня вы не заставите помешивать повиликой «слезу комсомолки», я буду помешивать ее только жимолостью. Я просто разрываюсь на части от смеха, когда при мне помешивают «слезу» не жимолостью, а повиликой...

Но о «слезе» довольно. Теперь я предлагаю вам последнее и наилучшее. «Венец трудов превыше всех наград», как сказал поэт. Короче, я предлагаю вам коктейль «сучий потрох», напиток, заменяющий все. Это уже не напиток — музыка сфер. Что самое прекрасное в мире? Борьба за освобождение человечества. А еще прекраснее вот что (записывайте):

Пиво «жигулевское» — 100 г

Шампунь «Садко — богатый гость» — 30 г

Резоль для очистки волос от перхоти — 70 г

Тормозная жидкость — 35 г

Клей БФ — 12 г

Дезинсекталь для уничтожения мелких насекомых — 20 г

Все это неделю настаивается на табаке сигаретных сортов — подается к столу...

Мне приходили письма, в которых досужие читатели рекомендовали еще вот что: полученный таким образом настой еще откидывать на дуршлаг. То есть — на дуршлаг откинуть и спать ложиться. Это уже черт знает что такое, и все эти дополнения и поправки — от дряблости воображения, от недостатка полета мысли, вот откуда эти нелепые поправки...

Итак, «сучий потрох» подан на стол. Пейте его с появлением первой звезды большими глотками. Уже после двух бокалов этого коктейля человек становится настолько одухотворенным, что можно подойти и целых полчаса с расстояния полутора метров плевать ему в харю, и он ничего тебе не скажет...

Стратифицирующая социально-знаковая роль «наркологического» сленга нередко заключается в том, что его применение сигнализирует о принадлежности лиц, его употребляющих, к криминальной прослойке. В этих случаях алкогольная (наркоманическая) лексика является частью более общего уголовного, «блатного» жаргона («фени»), который свойственен, прежде всего, обитателям мест лишения свободы. Такое «алкогольно-воровское» аргю употребляется не только в местах заключения, но и в закрытых и полузакрытых специальных учреждениях для лечения наркологических больных. Свою специфику в содержательном и функциональном плане имеет жаргон лиц, вовлеченных в потребление и оборот наркотиков и других психоактивных (одурманивающих) веществ. Антисоциальные корни наркомании, ее прочная взаимосвязь с негативными институтами социализации (тюрьма, «зона», более или менее структурированные подпольные наркогруппировки) привносят в наркоманический сленг общие с уголовным миром термины: «пахан» — главарь, «шестерка» — исполнитель, «шустрила» — добытчик наркотиков, «долг» — денежные сборы, «зверек» — наркоделец, «гонец» — перевозчик наркотиков и т.д.

В.Е.Пелипас (1999) замечает, что ближе всего сленг наркоманов к уголовному аргю. В обоих случаях формообразование новояза идет с помощью словотворчества — довольно прямолинейного, спонтанного, бессистемного (внесистемного) и неэкономного, о чем свидетельствуют многочисленные синонимы. При этом игнорируются более тонкие и сложные способы «шифровки»: например, вербигерация, специальные синтаксические и грамматические искажения, языковые вставки, подмены и т.д. Все это выдает происхождение сленга наркоманов как зашифрованного языка криминализованных социальных низов из городских окраин и характеризует его пользователей как субъектов, в массе своей малообразованных и интеллектуально неразвитых.

2. **Псевдоэстетическое социально-психологическое значение** наркоманического «языка» заключается в реализации наркотизирующимися с его помощью стремления придать своей речи «красочное» и одновременно непонятное для окружающих звучание, подчеркнуть свою принадлежность к особой группе («касте») и в то же время продемонстрировать некий «шик», наркоманический эстетизм. Однако псевдоэстетическая функция «наркоарго» — это, прежде всего, типичный вариант психологической защиты личности, ведущей антисоциальной, контрнормативный образ жизни. Традиционные и постоянно появляющиеся все новые сленговые термины, часто не имеющие общих корней с общеупотребительными русскими словами, являются как бы вторым «тайным» и ярким языком наркоманов: коктейль «Джеф», марцефаль, раскумар, мурцовка, труханец, таска, винт, ширка, ханка, кокнар, план, ширево, торч, мультка, кислота, терьяк и т.п.

3. **Символическое деноминативно-знаковое значение** «наркологического» сленга заключается в том, что для пациентов употребление жаргонных слов является символом получаемой эйфории, вербальным знаком, включенным в комплексное личностное (психофизиологическое) переживание состояния одурманивания. Это характерно как для больных алкоголизмом, так и для страдающих наркотоксикоманией. Содержание сленга носит отчетливый клиничко-психологический характер.

4. **Утилитарное, словарно-бытовое значение** сленга состоит в его «стиле» — краткости, простоте, «емкости», точности, «экономности», «оперативности» и одновременно — экспрессивности, яркости и, наконец, «общедоступности» каждого «термина».

В клиническом плане прогностически неблагоприятным признаком является еще одно обстоятельство: широкое применение сленга больными. Дело в том, что в этих случаях обычно у больного наблюдается более глубокая инверсия прежних нормативных социальных ролей, более полное вхождение в образ и роль «алкоголика» или «наркомана», прочно «спянного» с типичной микрогруппой (алкогольной, наркоманической). Такой микросоциум вполне способен заменить собой все остальные общественные структуры — с подчинением индивидуума иным, особым, нередко антисоциальным правилам и законам, с формированием и закреплением нового — «аддиктивного» языка, нового лексического, а шире — психологического, культурного, социального статуса.

Напротив, дискутируя о «заразительности» наркомании, В.Е.Пелипас (1999) подчеркнул неоднородность моделей поведения. Часть из наркоманов ведут довольно замкнутый или корпоративно ограниченный образ жизни, не афишируя и, тем более, не навязывая его другим. Представляется, что именно такое поведение более органично для наркоманов, поскольку оно в большей мере способствует реализации их представлений о собственной значимости, может быть, даже «избранности» и презрения ко всем остальным.

В практике привлечения неопитов значительное место занимают корыстные интересы наркоманов. Это бесспорно, но, кажется, здесь есть и другие аспекты, которые можно было бы охарактеризовать как патопсихологические и которые обычно упускаются из вида. С одной стороны, наблюдается склонность некоторых больных наркоманией к самоутверждению, подчинению себе других лиц, манипулированию окружающими, к инфантильным реакциям группирования с романтизированными формами общения, сочетающимися с переоценкой собственной личности, приукрашиванием, самолюбованием, псевдологией — т.е. мотивация поведения, в основном, психопатическая, близкая к стереотипам функционирования истеро-возбудимой аномальной личности.

С другой стороны, у больных с зависимостью от ПАВ заметно стремление к реабилитации и псевдокомпенсации путем формирования искусственной, суррогатной среды обитания, скрытое чувство вины, стремление «переложить» ее на других, разделить с другими по принципу «коллективная вина — коллективная ответственность», скрыть, закамуфлировать собственную «слабость», спровоцировав появление зависимости («слабости») у других, — т.е. мотивы преимущественно невротические, характерные для личностей, существующих в системе хронического конфликта, неразрешимого своими силами противоречия между социально-ориентированными (приемлемыми для общества) и социально-деструктивными (осуждаемыми обществом) тенденциями. Эту систему координат, в рамках которых функционирует больной наркоманией: влечение к наркотикам (забота об их приобретении), психопатизация личности и невротические переживания (невротическое жало), — необходимо учитывать для понимания поведения больного и конструирования для него психосоциотерапевтической среды.

Итак, по своим причинам и проявлениям стигматизация неоднородна. Одновременно в стигматизации отражаются как многие защитные механизмы со стороны профессионалов и общества — ограничиться от «наркоманов» и «алкоголиков», так и желание самих алкоголиков и наркоманов «выделиться из толпы». Можно заметить и еще один печальный факт: в стигматизации выражены механизмы психологической защиты людей с зависимостью — «псевдоэстетизм».

С понятием стигматизации связано понятие *комплаенса*. М.М.Кабанов (1998) определяет комплаенс как осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача (медикаментозных, психотерапевтических и иных), что неразрывно связано с боязнью стигмы, а не только с характером клинической картины заболевания и наличием к нему достаточной критики у больного, а также с влиянием семьи.

Степень стигматизации и выраженность комплаенса зависят, по мнению М.М.Кабанова (1998), от стиля работы медицинского учреждения, его репутации, профессионализма персонала, его психологических качеств (эмпатии, умения общения и др.) и даже от названия профилактического или лечебного учреждения.

Недооценка или игнорирование этих обстоятельств приводит часто к печальным последствиям. С каждым годом отмечается рост числа пациентов, предпочитающих обследоваться и лечиться у разного рода знахарей и экстрасенсов, а нередко и попросту шарлатанов, где пресловутая этикетка «сумасшедшего» (алкоголика, наркомана и т.д. — *Примеч. автора*) не так явно «приклеивается» или вообще отсутствует, где чаще умеют не только слушать, но и слышать и где хорошо учитываются особенности личности пациента. Зачастую этим господам в средствах массовой информации создается шумная реклама, хорошо оплачиваемая заказчиками. Именно в связи с проблемой стигматизации вначале на Западе, а потом в какой-то мере и у нас возникло движение антипсихиатрии, следы которого сохранились кое-где до сих пор.

Есть все основания утверждать, что в основе укоренившейся дискриминации наркологических больных лежит феномен, который можно назвать «общественная алкогольная (наркоманическая) анозогнозия» — явный или плохо скрытый отказ от признания алкоголизма и наркоманий болезнями в прямом смысле этого слова. Явление стигматизации касается в какой-то степени и специалистов-наркологов. Стереотипное восприятие нарколога в обществе — это предназначение не столько для профилактики или реабилитации «специфических» больных и реинтеграции их в общество, сколько защита общества от таких больных путем их «вылавливания», уче-

та, ограничения в правах и при широких показаниях — изоляции. Больные наркологического профиля длительное время не имели права на получение листка временной нетрудоспособности по основному заболеванию. Что касается инвалидности по основному заболеванию, то получение ее для наркологических больных практически нереально и сегодня.

Естественно, что люди с химической зависимостью не являются поголовно милыми и приятными. У них, как у всех, имеются свои проблемы, они очень часто бывают агрессивны, лживы, общение с ними может быть чрезвычайно трудным, особенно когда меняется их настроение. Особенно если в силу своего депрессивного состояния они реагируют страхом, раздражением или включая иные защитные механизмы. Тем не менее необходимо избегать приемов (особенно используемых в средствах массовой информации), дискриминирующих как больных, так и их родственников. Эта деятельность невозможна без учета этических измерений.

В.Е.Пелипас (2000) выделяет следующие принципы развития этических отношений в российской наркологии:

- признание за наркологическими больными подлинного статуса медицинских больных без какого-либо изъятия;
- фактическое уравнивание в законных правах наркологических больных со всеми другими больными;
- развитие частной наркологической помощи;
- приобретение специалистами, работающими в наркологии, в том числе и превентивной, статуса профессионального деятеля;
- усвоение всеми специалистами наркологической превентологии принципов, норм и стандартов этики;
- создание и активная поддержка различных общественных и некоммерческих профессиональных объединений специалистов, работающих в наркологии;
- создание этических комитетов при лечебно-профилактических и социально-психологических учреждениях.

Выполнение каждой работы требует ее нравственной оценки. Особенно важным является соблюдение нравственности в профессиях, связанных с помощью человеку. Наркологическая превентология объединяет в себе специалистов из различных сфер — врачей, психологов, социальных работников, медсестер, педагогов.

Деонтология (от греч. деон — долг, необходимое) является одним из разделов этики. Это наука о долге, моральной обязанности, профессиональной этике. Впервые термин «деонтология» был предложен И.Бентамом (1748–1832). Деонтология имеет огромное значение в тех разделах социально-медицинской и психологической науки, где широко используются формы межлических взаимовлияний и ответственных взаимодействий.

В конце XVIII в. в Англии был создан первый учебник врачебной этики (Персиваль Т., 1797). На его основе формировались этические позиции Американской медицинской ассоциации. В Германии в XIX в. появился учебник А.Моля «Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его профессиональной деятельности. Для врачей и публики».

В последние годы ситуация в отношении этических норм в наркологии меняется. Интерес к этическим проблемам в психиатрии и наркологии возрос по нескольким причинам. Среди таких причин В.Е.Пелипас выделяет:

- 1) реальное изменение правового статуса наркологических больных;

2) потерю монополии на оказание наркологической помощи различным группам больных — одновременное развитие государственной и альтернативной (частной и кооперативной) наркологической помощи.

Как отмечает В.Е.Пелипас (2000), в России не было опубликовано аналогичных систематизированных разработок. Этические нормы врачебной деятельности складывались в значительной мере на основании высказываний в этом плане выдающихся клиницистов, религиозных и философских деятелей, в результате судебных прецедентов и решений врачебных съездов. После революции для государственного здравоохранения потребность в профессиональной этике, как практически значимом регуляторе профессионального поведения врачей, почти совсем отпала. Врачебная этика была заменена ведомственными инструкциями, приказами и циркулярными письмами. Профессиональная этика врачей стала считаться классово чуждым явлением, «пережитком капитализма». Первый нарком здравоохранения Н.А.Семашко писал о необходимости держать «твердый курс на уничтожение врачебной тайны». В послевоенных изданиях БМЭ, начиная с 50-х годов, отсутствовало даже упоминание о врачебной тайне. И хотя в 1960-х гг. выпускники медицинских вузов стали принимать врачебную клятву, основанную на этических максимах Гиппократов, в практической медицине вплоть до последнего времени господствовал этический нигилизм. Отдельные научные работы по врачебной деонтологии, в том числе в области психиатрии, только подчеркивали неразвитость этических отношений в практической медицине.

Начало современного этапа истории медицинской этики связано со Второй мировой войной. В тексте приговора врачам-нацистам был сформулирован знаменитый Нюрнбергский кодекс (1947) — 10 этических правил проведения экспериментов на человеке, главными из которых являются: обязательность добровольного осознанного согласия; право испытуемого на отказ от участия в эксперименте; исключение экспериментов, заведомо ведущих к смерти или инвалидности испытуемого.

В настоящее время документами, регламентирующими этические проблемы, являются:

- **Женевская декларация**, принятая в 1948 г. Всемирной медицинской ассоциацией, в которой подтверждается приверженность ее членов принципу конфиденциальности врачебной деятельности («Я буду уважать секреты, которые доверяются мне, даже после того, как пациент умрет») и формулируется требование к врачу не допускать, чтобы соображения религиозной, национальной, партийной, политической принадлежности или социального положения препятствовали ему выполнять свой долг в отношении пациентов.
- **Международный кодекс медицинской этики**, принятый в 1949 г. ВМА, в котором признавалось неэтичным: 1) любое саморекламирование врача без одобрения профессионального врачебного сообщества; 2) участие врача в медицинском обслуживании, если при этом он не обладает профессиональной независимостью; 3) получение любой суммы денег помимо соответствующего профессионального вознаграждения. Кроме того, в Кодексе говорится, что любое действие или совет, которые могут ослабить физическую или психическую устойчивость человека, можно использовать только в его интересах; что врач должен утверждать или свидетельствовать лишь то, что он лично проверил; что при обнародовании новых методов лечения врач должен соблюдать величайшую осторожность и т.д.

- **Хельсинкская декларация (1964)**, развивающая идеи Нюрнбергского кодекса 1947 г.
- **Лиссабонская декларация (1981)** о правах пациента.
- **Венецианская декларация (1983)** о терминальной стадии болезни.

В результате философского и этического осмысления проблемных ситуаций, возникающих в клинической и научной практике, в 1970-х гг. появилась биоэтика (термин предложен В.Р.Поттером в 1971 г.) – как идеология защиты прав человека в современной медицине. Старая (классическая) врачебная этика была патерналистской. Этическая позиция врача определялась принципом: «Благо больного – высший закон». Вся (или почти всю) полноту ответственности за принятие клинических решений врач брал на себя. Что касается пациента, то, независимо от того, имеет он профессиональную медицинскую подготовку или нет, в принятии клинических решений он считается этически некомпетентным.

Новая биомедицинская этика или биоэтика – это непатерналистская врачебная этика. Приоритетной ценностью является здесь моральная автономия личности. Пациент изначально признается этически компетентным. Ответственность за принятие решений распределяется между врачом и пациентом. Система ценностей, определяющая моральный выбор врача и больного, не связана жестко с медицинской традицией, поскольку прежде всего основывается на приоритете прав пациента, а не врача.

В.Е.Пелипас (2001) обобщает основные принципы и нормы этики:

1) **Принцип автономии** предполагает уважение к самоопределению (свободе) личности. Различают автономную личность, автономный выбор и автономные действия. На практике принцип автономии в биомедицинской этике реализуется в правах личности на информированное согласие на медицинское вмешательство, на отказ от лечения, на полную информацию о заболевании и лечении, на содействие в осуществлении автономного решения (выбора), действия и т.п.

2) **Принцип непричинения вреда** предписывает врачу не наносить ущерба больному ни прямо, ни косвенно. При этом принято считать, что какую бы благую цель ни ставил перед собой врач, она не может оправдать любые средства ее достижения. Нельзя совершать нечто безнравственное в отношении больного или творить зло только потому, что за этим может последовать нечто положительное, полезное для больного.

3) **Принцип благодеяния** реализуется в действиях, являющихся, бесспорно, благими для больного, включая действия по устранению вреда, и в действиях относительно благих или полезных для больного, что предполагает перевес добра над злом, пользы над ущербом. Здесь врача подстерегает опасность гипертрофии идей полезности, которые могут привести к тому, что интересы больного будут принесены в жертву интересам общества. Вместе с тем завышенную оценку интересов общества биоэтика квалифицирует как несправедливость в отношении больного.

4) **Этический принцип справедливости** призывает к доступности медицинской помощи для любого больного в соответствии со справедливым стандартом этой помощи, существующим в обществе.

Общие принципы биомедицинской этики реализуются посредством более конкретных этических норм:

1. **Норма правдивости** предполагает обязанность и врача, и больного говорить правду, чтобы наилучшим образом реализовать идею уважения личности, создание атмосферы терапевтического сотрудничества и право больного на информацию о своей болезни, лечении и прогнозе.

2. **Норма приватности** подразумевает обязанность врача уважать право больного на личную жизнь и не вторгаться в нее, тем более грубо, без согласия больного

или без строгой необходимости. Нарушение нормы приватности, не продиктованное строгой терапевтической необходимостью, считается неоправданным патернализмом, нарушением автономии личности.

3. **Норма конфиденциальности** предполагает доверительность отношений врача и больного и неразглашение без разрешения больного информации, сообщенной врачу больным или полученной врачом в ходе обследования и лечения больного. Полная конфиденциальность практически недостижима, поскольку, как правило, в обществе существуют ее ограничения, предусмотренные законом (например, в интересах следствия и суда).

4. **Норма лояльности** — это верность врача больному и своему долгу благодетельства для него, а также добросовестное отношение к своим обязанностям перед больным, включая моральные обязательства и просто обещания. Это, наконец, приоритет своих отношений с больным перед отношениями с другими заинтересованными лицами и другими социальными институтами, если это не противоречит закону и общим этическим нормам.

5. **Норма компетентности** требует от врача, во-первых, овладения профессиональными знаниями и искусством врачевания и, во-вторых, признания пределов своей компетентности областью медицины и своей врачебной специальностью.

Наркология как сфера здравоохранения имеет специфические этические проблемы. К ним В.Е.Пелипас (2001) относит следующие:

- Психиатрия и наркология являются в наибольшей степени социально ориентированными медицинскими дисциплинами. Психиатр (нарколог) часто имеет дело с больными с социально деформированным, асоциальным и (или) антисоциальным поведением.
  - Психиатры и психиатры-наркологи никогда не смогут отказаться от патернализма в отношении значительной части своих больных, и вместе с тем они могут широко внедрять непатерналистскую (партнерскую) модель отношений для другой, не меньшей части своих пациентов. Тем самым психиатры и психиатры-наркологи — в отличие от врачей других специальностей — обречены на существование одновременно в двух этических системах: классической и биомедицинской.
  - Психиатр (нарколог) имеет дело с обществом, которое относится к их пациентам настороженно, предвзято, часто — нетерпимо и жестоко, обнаруживает высокую интолерантность к ним и склонность к рестриктивным социальным санкциям.
  - Существенной особенностью, отличающей психиатрию и наркологию от других медицинских дисциплин, является то, что в арсенале средств, применяемых к больным в рамках лечебно-профилактических мероприятий, находятся и такие меры, как принуждение, прямое или косвенное, и насилие, полный отказ от которых невозможен в связи со спецификой психической патологии.
- Специфика психиатрии и наркологии вызывает необходимость разработки механизма этического саморегулирования профессионального сообщества врачей-психиатров и психиатров-наркологов. В ряде стран таким механизмом этического саморегулирования, призванного свести к минимуму риск совершения этических ошибок, являются кодексы профессионального поведения психиатров. Пленум правления Российского общества психиатров также принял «Кодекс профессиональной этики психиатров».

Осмысливая истинное значение деонтологии в наркологической превентологии, уместно вспомнить слова величайшего чешского педагога Яна Амоса Коменского (1592—1670), который учил, что под именем нравственности необходимо разуметь «не только внешние приличия, но и всю внутреннюю основу побуждений человека».

Предметом воздействия наркологической превентологии являются именно такие важные элементы человеческой психики, как система ценностей, мотивация, структура личности. В связи с ответственностью, возлагаемой на участников лечебно-профилактических программ, очень важно учитывать требования деонтологии в наркологической превентологии.

### ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ НАРКОЛОГИИ

Назначение клинической психологии в наркологической превентологии достаточно сложное, так как располагается на стыке биологии, психологии и медицины. Чтобы справиться с огромным потоком информации, клинические психологи должны иметь серьезное психологическое образование, а также располагать четким пониманием медицинских проблем.

Подготовка клинических психологов должна проходить в три этапа по принципу непрерывного образования (табл. 23).

Справедливо будет заметить, что клиническая психология в наркологии — в равной степени призвание (миссия) и работа (профессия).

Структура представлений психологов о психологии задана двумя ортогональными осями. Первая определена бинарной оппозицией общества и индивида как наиболее адекватных объектов психологического исследования и воздействия, вторая образована противопоставлением профессиональной компетентности, методической искушенности, с одной стороны, и личностных способностей, внутреннего призвания — с другой, рассматриваемых как стратегия и инструмент психологического

Таблица 23

#### Трехэтапное обучение клинических психологов для наркологической превентологии

Уровень образования	Основное психологическое образование	Практическое обучение	Последипломное образование
Цели, достигаемые на данном уровне образования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приобретение основ гуманитарных, общественных, естественно-научных, медицинских знаний</li> <li>• Формирование мировоззрения психологов, образование в широко понимаемом смысле - обучение, воспитание, развитие личности психолога</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможность применения на практике свежеприобретенных знаний</li> <li>• Возможность самостоятельной работы под контролем специалистов в группе</li> <li>• Для студентов, планирующих научную карьеру, возможность проектирования, проведения исследований, публикации их данных</li> <li>• Приобщение к практике на наиболее ранних этапах обучения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дополнительная специализация в течение года</li> <li>• Для психологов, планирующих работу в группе, — отработка навыков и умений под контролем опытных специалистов</li> <li>• Для будущих научных работников — возможность самостоятельного планирования и реализации профилактических проектов, поиска источников финансирования</li> </ul>

Таблица 24

**Типы клинических психологов-профессионалов в зависимости  
от социопрофессионального самосознания**

Стратегии и инструмент психологического вмешательства	Объекты психологического исследования и воздействия	
	Общество	Индивид
Профессиональная компетентность, методическая искушенность	Познание и преобразование социальной реальности как условия создания достойного существования каждому при помощи профессиональных техник и методов (психолог – междисциплинарный эксперт)	Не отвергая психотерапию, клинические психологи обязаны владеть набором техник психодиагностики и психокоррекции, способствовать преодолению человеком индивидуальных проблем (клинический психолог)
Личностные способности, внутреннее призвание	Психолог должен выявить и устранить социальные корни человеческих страданий, включиться в активную политическую жизнь с целью изменения социальных условий. Служение обществу требует не столько технологических навыков и знаний, сколько шлифовки персональных достоинств посредством образования (психолог – общественный лидер)	Объектом психологического воздействия является человек в системе конкретных межличностных связей. Рабочим органом психолога является его собственная личность (тип психоаналитика)

«вмешательства» в жизнь. Отношение к контексту и способу такого «вмешательства» определяет тип социопрофессиональной идентичности психолога (табл. 24).

В первом случае прототипом социопрофессиональной идентификации служил образ политически активного борца, во втором – междисциплинарного эксперта, диагностирующего социальные проблемы и намечающего пути их разрешения, в третьем – психоаналитика, посредством психотерапии облегчающего страдания пациента, в четвертом – клинического психолога, профессионально способствующего преодолению индивидуальных трудностей (Донцов А.И. и др., 1994). При всем различии названных прототипов, в каждом из них отчетливо запечатлена идея практической целесообразности психологии как вида профессиональной деятельности. Каждый из выделенных прототипов может легко найти конструктивную стратегию профессиональной деятельности в превентивной, социальной и клинической наркологии.

Очень опасен непрофессионализм, низкий уровень знаний психолога. Необученный психолог опасен так же, как и необученный врач, потому что он обманывает и вредит людям. В процессе постановки психологического диагноза и психологической помощи психолог располагает определенными методами, знает профессиональные приемы. Наиважнейшим диагностическим инструментом и техникой является его личность.

На выбор методов помощи, интерпретацию тех или иных поступков накладывают отпечаток такие факторы, как профессиональный интерес, предпочтение того

или иного направления психологии, система личностных ценностей, а также психологическая культура.

Предметом многочисленных исследований являются желательные и нежелательные черты клинического психолога. Господствует распространенное мнение, что тот, кто помогает своему клиенту, не должен иметь желание командовать и руководить людьми, не должен выбирать психологию, чтобы решить свои собственные личностные проблемы, не должен тревожиться и пугаться и, прежде всего, должен сначала помочь самому себе.

Несмотря на теоретическую ориентацию, психолог должен отличаться верой в то, что может помочь своему пациенту. Психолог очень хорошо может передавать свой оптимизм или пессимизм клиенту. Чувство бессмысленности общения и безнадежности вызывает недоверие со стороны пациентов. В этом случае у психолога может возникнуть усиление агрессивного или легкомысленного отношения к своим клиентам, отчуждение, а иногда и гордыня.

Люди, которые обращаются за помощью к психологу, возлагают определенные надежды на его личность, активность, директивность методов, а иногда имеют стереотипы о возрасте, поле, внешнем виде и кабинете специалиста. Поэтому несправедливым будет создание какого-то среднего образа психолога. Но важные черты психолога — это сопереживание другим, доброжелательность, естественность, а также высокий уровень знаний.

Бодалев А.А. с соавт. (2001) указывает, что в основе профессионализма клинического психолога лежат следующие компоненты: интеллектуальный, духовный, рефлексивный, проявляющиеся на трех уровнях: высокий (творческо-мыслительный), средний (репродуктивно-исполнительный) и низкий (формально-исполнительный).

**Высокий уровень** профессионального развития личности психолога отличается тем, что субъект постоянно рефлексивует по поводу особенностей своей личности, отражает и анализирует особенности характера, мотивы поведения, читает психологическую литературу. Полученные знания психолог использует в познании себя. Саморазвитие связано с самосовершенствованием и воспринимается как условие самореализации своей личности в профессиональной деятельности.

**Средний уровень** профессионального развития проявляется в виде устойчивого интереса к своему внутреннему миру. Иногда появляется желание заняться своим внутренним самосовершенствованием. Психолог принимает к сведению мнения о себе, анализирует свои поступки. Психологическую литературу читает, но редко. Осознает необходимость целенаправленного саморазвития, но реально преобладает стихийное саморазвитие.

**Низкий уровень** профессионального саморазвития психолога проявляется в том, что слабо выражен интерес к собственному внутреннему миру. Осознает те особенности своей личности, которые слышит от окружающих. Не анализирует свои поступки, не проявляет собственной активности в плане познания себя. Не считает нужным заниматься саморазвитием.

Оценка деятельности психолога складывается из следующих компонентов:

1. Уровень компетентности клинического психолога в выполнении должностных обязанностей и участия в профессиональной деятельности превентивной группы — нарколог, социальный работник, медсестра, педагог.

2. Результативность социально-психологической работы и роль психолога в ее организации.

3. Соответствие условий и возможностей для проведения эффективной социально-психологической работы.

4. Реальное социально-правовое, организационное и материальное обеспечение профессиональной деятельности непосредственно психолога.

Так как наркологическая превентология ориентирована на воспитательную модель оказания социально-психологической помощи, то прежде всего в оценке эффективности работы клинического психолога должны использоваться качественные показатели, т.е. оценка результата, а не процесса работы.

Как показывает практика, подготовка клинических психологов к работе в наркологической превентологии требует постоянной модификации в зависимости от актуальных потребностей общества. Начиная с 1975/76 учебного года в Католическом Люблинском университете (КУЛ) ведется такая подготовка на кафедре психопрофилактики социальной патологии. Будущие психологи изучают как психологические, так и социальные факторы в диагностике зависимости, а также знакомятся с методами профилактики, противодействия и терапии зависимости. На кафедре проводятся исследования различных форм зависимости. Ежегодно защищается несколько дипломных работ, издаются монографии по проблемам алкоголизма, наркомании, токсикомании и духовных аспектов профилактики. Обучение профилактике длится в течение пяти лет: годичный курс психопрофилактики включает в себя практические занятия и лекции, завершающиеся сдачей экзамена. На втором и третьем курсах проводятся курсовые работы, электив по избранным проблемам профилактики. Главным образом программа обучения на старших курсах включает умение составлять профилактические программы различного уровня по конкретно поставленной проблеме. На четвертом и пятом курсах студенты посещают семинар и пишут дипломную работу, посвященную созданию профилактической программы того или иного характера.

Курс обучения психопрофилактике включает 270 часов, из них лекции по проблемам профилактики зависимости—30 часов, практические занятия—60 часов, электив—60 часов, дипломный семинар—60 часов, лекции для аспирантского курса—30 часов, семинар для аспирантов—30 часов. Помимо занятий обязательной является практика студентов в различных учреждениях системы профилактики зависимости, группах самопомощи, консультативных поликлиниках для наркоманов и алкоголиков. КУЛ был первым университетом, который ввел в Польшу плановые занятия по профилактике зависимости на педагогическом и психологическом отделениях факультета социальных наук. Как показала практика, создание кафедры психопрофилактики целесообразнее и эффективнее, нежели чтение студентам внеплановых лекций приходившими врачами или психологами.

Особенностью КУЛ является изучение религиозного опыта и деятельности религиозных программ в профилактике зависимости от ПАВ. Центром практической работы студентов являются различные центры для реабилитации наркоманов и алкоголиков. Обучение психологов в КУЛ включает в себя воспитание высших духовных ценностей (Sekiera S., 2001).

В России профессия психолога к концу XX в. стала одной из наиболее популярных. По неполным данным, к началу 1998 г. в государственных и негосударственных вузах Российской Федерации было создано около 120 психологических факультетов, а до 1991 г. их было всего 6 (Володин Н.Н., 1999). В существенной мере это было связано с огромной неудовлетворенной потребностью общества в психотерапевтах. Офи-

циально зарегистрированных народных целителей в 1999 г. было в 150 раз больше, чем врачей-психотерапевтов, и в 200 раз больше, чем клинических психологов, работающих в учреждениях Министерства здравоохранения РФ (Макаров В.В., 1999). Дефицит клинических психологов по самым скромным подсчетам составляет 12–20 тысяч.

Именно поэтому в конце 1999 г. в Архангельской медакадемии (с 2000 г. Северный государственный медицинский университет – СГМУ) на базе факультета медицинской психологии Минздрава России состоялось выездное совещание Межведомственного координационного совета по клинической психологии, проректоров по учебной работе и заведующих кафедрами психологии и психиатрии по проблемам подготовки клинических психологов и психотерапевтов. На совещании был подведен итог проводившегося по решению коллегии Минздрава с 1991 г. эксперимента по подготовке клинических психологов в Самарском и Курском медуниверситетах (врач с углубленной подготовкой по психологии), а с 1997 г. в Архангельской медакадемии (психолог со специализацией по клинической психологии, превентивной психологии). В качестве базовой модели была рекомендована система преподавания клинической психологии, которая успешно осуществляется в Архангельске.

В 2002 г. в СГМУ состоялся первый выпуск психологов. В настоящее время большая группа выпускников обучается по 600-часовой послевузовской специализации «превентивная психология». Именно им предстоит стать новым и, надеемся, эффективным профессиональным отрядом, который придет в психопрофилактику и наркологическую превентологию.

Концепция работы клинического психолога в наркологической превентологии включает обучение всем аспектам и формам профилактики зависимостей. В первичной профилактике или воспитании психолог опирается на формирование у человека таких установок, которые были бы свободными от аутодеструктивного поведения и девиаций. Это предупреждение деморализации и падения нравов, нравственного вырождения и опустошения, недопущение эгоистических, асоциальных и патологических установок по отношению к обществу.

В программах вторичной профилактики психолог участвует в скрининге и выявлении групп риска по развитию зависимости от ПАВ, максимально раннем и полном осуществлении лечебных мероприятий, оздоровлении социально-психологического климата семьи.

Психологический блок в третичной профилактике ориентирован на предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений, реабилитацию и ресоциализацию.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Любая зависимость проявляется не только биологическими нарушениями, но и целым комплексом психологических внутриличностных и межличностных изменений, которые нарушают нормальную жизнь человека и его взаимодействие с окружающей средой. Принципиальной в наркологической превентологии является воспитательная модель клинической психологии.

Развитие человека является основой превенции. Речь идет не о нормативах развития, а о том, что развитие происходит тогда, когда человек обучается решать противоречия между процессами естественного созревания и требованиями (ценностями) культуры, частью которой он является.

Под психологической помощью в наркологической превентологии понимается обеспечение эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки человеку или сообществу в трудных ситуациях, возникающих в ходе их личного или социального бытия.

Действующие и развивающиеся личности являются полуоткрытыми системами, которые в силу необходимости поддержания определенных взаимоотношений с окружением должны обладать механизмами приема и переработки информации, определяющей данные типы поведения. В случае зависимости от ПАВ взаимоотношения с окружением резко нарушаются. Прежде всего, это связано с развитием у зависимого системы защитных механизмов. Защитные механизмы проявляются как сознательное или неосознанное искажение реальности самим алкоголиком (наркоманом) для защиты своего самосознания от наплыва негативных переживаний.

Не менее важной проблемой для психологической реабилитации при зависимости является реабилитация созависимого окружения. Созависимость – это термин, который употребляется не только в связи с алкоголизмом или наркоманией. Это более широкое понятие, которое касается изменения личности и поведения, основанного на подчинении чужому мнению, стилю поведения и системе ценностей без внутреннего согласия с этим. Алкоголики отличаются умением вызывать сочувствие, привлекать на свою сторону и таким образом удерживать консультанта на безопасном расстоянии. Не осознав мотивы своего стремления к разрушению, клиент не сможет преодолеть анозогнозию и достичь реального уровня трезвого образа жизни.

Наркологические больные ничем не отличаются от других больных. Одной из причин, по которой больные и их родственники боятся обратиться за помощью, является проблема стигматизации. Под стигматизацией (стереотипами) в наркологической превентологии понимается психологическое образование, сложившееся в сознании людей, передающее значения, содержащие элементы описания, оценки, предписания. Синонимом стигматизации можно назвать приписывание, наклеивание этикеток, ярлыков. Одна из задач превенции в наркологии – дестигматизация пациентов и их родственников со стороны общества с целью повышения качества лечения и эффективности воспитательной модели наркологической превентологии.

# ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Здоровье имеет очень важную составляющую – духовную. Любая мировая религия содержит в своих канонах обязательную заботу о нравственном здоровье и профилактику зависимости. Зависимость – это несвобода, влияние злых сил. Только поистине свободная личность может полностью раскрыть свою человечность.

В данной главе сделана попытка взглянуть на абстиненцию как на аскетизм, как на ответственность человека перед своим будущим.

## ОСНОВНЫЕ РЕЛИГИИ И КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

### Система кундалини-йоги

Среди множества программ профилактики и терапии зависимостей, распространенных и на Востоке, и в Европе, существуют программы, основанные на восточных философских системах, одной из которых является йога. В настоящее время существует несколько систем йоги как определенного стиля жизни и поиска Правды.

Почему именно йога пользуется таким уважением и так популярна? Что может дать она современному человеку?

Философия индийской йоги признает существование в человеке неосознаваемых сил, возможность высвобождения собственной энергии, поглощения энергии Вселенной путем концентрации. Благодаря йоге достигается баланс сил, равновесие, необходимое для нормальной жизни.

**Кундалини-Йога** – это комплекс физических и духовных упражнений, медитаций, специальных воспитательных систем, применяемых с целью достижения гармоничной и счастливой жизни. Профилактика и терапия зависимостей, разработанная по системе кундалини-йоги, проводится в ашрамах, условия жизни в которых напоминают жизнь в семье.

Ежедневное слово приветствия, используемое в ашраме, – «Сатнам» – обозначает «жертвенную правду». Опираясь на эту силу и осознание ее в себе, можно контролировать собственные силы, усиливать свое «Я» или ограничивать его. Существует целый комплекс упражнений для контроля движений, эмоций, сознания. Например, повторение текстов в полный голос, речитатив или определенное слушание применяются с целью усиления концентрации (Hjelle L., 1972). Эффективность упражнений зависит во многом от наличия группы, играющей важную роль в процессе воспитания в целом.

Очень важным элементом в процессе развития человека являются его взаимоотношения с окружающими. В ашрам приходят, чтобы овладеть умением отдавать или концентрировать энергию. Человек решает, какими принципами руководствоваться ему в жизни: удовольствиями, потребностями или необходимостью. Злоба является

признаком неупорядоченной личности. В жизни можно наблюдать много поступков, направленных на управление этими энергиями. Человеческое Эго всегда присоединяется к чему-то, и очень важно, к чему именно оно присоединится. Присоединение Эго к бесконечности дает полное и зрелое развитие личности, что достигается путем медитации и упражнений. Йога обозначает соединение, связь между self и бесконечным, между сознанием индивида и сознанием Бога (Hittleman R., 1974).

**Кундалини-йога** — это комплекс специальных упражнений, основанных на гармонизации и синтонизации человеческого организма и психики с ритмом и вибрацией Космоса. Упражнения рекомендуется проводить в группе. Чрезвычайно важно, что в упражнениях йоги присутствует сознание Эго, которое находится внутри нас и подвергается давлению извне. Эго нельзя подавить и уменьшить — его необходимо расширять и развивать, поэтому следует заниматься в группе.

В человеке можно выделить 5 групп энергии и измерений личности, важных для сохранения равновесия (TATTWAS — пять органов чувств): удовольствие, злость, жадность, высокомерие, привязанность. Этими силами необходимо умело управлять, балансировать, а не подавлять их (как это было в некоторых воспитательно-аскетических традициях).

Основным упражнением в кундалини-йоге являются мантры — специальные дыхательные упражнения, включающие громкое или тихое произнесение гласных или их пение при соответствующем положении тела. Во время этих упражнений происходит концентрация всей психической энергии в затылочной части головы, а затем ее перемещение к передней части лба над носом (между надбровными дугами), к точке третьего глаза. При этом важное значение имеют сложение пальцев, голос и произношение слов. Часто повторяется словосочетание СА-ТА-НА-МА, что означает: СА — бесконечность, ТА — жизнь, НА — смерть, МА — возрождение. Кундалини-йога включает в себя все виды йоги: мантра-, хатха-, бхакти-, райа-, лайа-, йана-, сурат-, карма-, тантри-йога. Каждая из них включает в себя различные виды упражнений, совершенствующие людей, а также разные степени концентрации и сознания. Существует пять видов концентрации:

- 1) звучание голоса — особенная артикуляция звуков;
- 2) значение слов — концентрация сознания на значении слов при их повторении;
- 3) универсальная медитация — расширение содержания проговариваемых слов на аналогичные понятия — трансцендентальная медитация;
- 4) соединение с содержанием размышления — эта степень больше, чем просто размышление. Когда произносят, например, Сатнам — Правда, то и являются Правдой, с ней идентифицируются;
- 5) осознание Правды — наивысшая степень осознанности, это осознание Правды в экстазе, соединение с Правдой.

Человека, сконцентрированного, живущего в Правде, никто и ничто не может вывести из равновесия. Чтобы достигнуть такого состояния, требуется выполнение специальных упражнений. Программа упражнений включает в себя всего человека: его мысли, организм, чувства. Согласно йоге, все имеет свой смысл, даже цвет одежды. Например, одежда должна быть из натуральных, а не искусственных тканей, звуки простые, а не сложные, или «разбитые» (расщепленные, шизофренические) (Maharishi Maheshi Yogi, 1973).

Кундалини-йога была разработана Jogina Ваajan. Эта система учит здоровой, счастливой и совершенной форме жизни. Кундалини-йога опирается на принцип трех НО — Healthy, Happy, Holly Organization.

То, что происходит в ашраме, — это определенного рода рецепт счастливой жизни: погоня за богатством не приносит счастья, только мощный дух дает возможность противостоять ситуации фрустрации, ведущей в тяжелых случаях к самоубийствам.

Человек имеет установку брать, но сам он получил жизнь от матери. Поэтому умение отдавать связано со счастьем. Путем долгих упражнений человек осознает, что «универсальная энергия всегда с ним».

Упражнения в ашраме очень трудные, болезненные, но участники сообщества выполняют их, так как в результате получают заряд психической энергии и силу. В ашраме обязательна вегетарианская кухня. Во время интенсивного курса используется строгая диета, направленная на общую очистку печени. В основе вегетарианства не только этический принцип «не убий», но и расширение возможностей нашего Эго — любовь и свобода, а также освобождение от зависимостей. Не случайно издавна существует поговорка: «Ты — то, что ты ешь».

Кроме диеты, важным в программе кундалини-йоги является кинезиология — акупрессура, занимающаяся коррекцией функционирования организма. Большое значение кундалини-йога придает уходу за стопами, так как в них находится более 72 тыс. точек, важных для состояния организма (Thie J., Marks M., 1974).

Терапевтический эффект жизни в ашраме выражается в освобождении человека от нервного напряжения, стрессов, всевозможных зависимостей. Эффект взаимопомощи в процессе воспитания и психотерапии проявляется достаточно зримо. Многочисленные свидетельства бывших и нынешних участников курса, а также постоянных жителей ашрама подтверждают позитивное влияние упражнений кундалини-йоги на физическое и психическое здоровье. Поэтому система кундалини-йоги может быть признана одним из средств психопрофилактики зависимостей.

### **Ислам**

Ислам (магометанство) является самой молодой из мировых религий и представляет собой систему тщательно разработанных религиозных предписаний и догматов, определяющих не только духовную, но и повседневную земную жизнь каждого мусульманина.

Мировоззренческая концепция ислама напоминает знакомую нам христианскую традицию. В центре мироздания, согласно мусульманству, — Аллах, создатель Вселенной и единственный источник жизни.

Согласно Корану, каждый мусульманин должен прожить свою жизнь благочестиво и праведно, угождая таким образом Аллаху, и тогда после смерти в награду его ожидает светлый и счастливый рай (джаннам). Но для этого в земной жизни необходимо следовать исламскому закону (шариат), представляющему собой свод правил поведения, обрядовые нормы богопочитания, моральные установки семейной и общественной жизни, всевозможные разрешения, предписания и запреты.

Внешнее поведение каждого мусульманина подчинено строгому кодексу правил, духовная жизнь верующего также должна соответствовать определенному религиозному образу (тасавуф): светлые намерения, сосредоточенность в молитве, богопочитание, очищение души и нравственное совершенство. Следует подчеркнуть, что наставления Корана как в повседневной жизни, так и в поддержании внутренней духовной гармонии обязательны для каждого мусульманина.

Однако было бы ошибкой представлять ислам исключительно догматичной и косной религией, центральной идеей которой является беспрекословное и буквальное следование Корану. Подобную точку зрения опровергает существование исламского мистицизма — так называемого суфизма. Суфии — своеобразные мусульманские святые, аскеты, аналогами которых в некоторой степени можно считать христианских монахов-отшельников и буддийских учителей-проповедников. Свои-

ми целями суфии ставили отвержение мирских желаний, богатства, страстей; поиски внутреннего единения с Аллахом через эмоциональные переживания; растворение собственной личности в духовном поиске смысла бытия, отказ от своего «Я». Так, в XIII веке суфия Джалаледдин Руми основал орден «кружащих дервишей», последователи которого добивались религиозного экстаза посредством вихревых танцев в сопровождении музыки. Организация суфийского ордена напоминает таковую в типичной секте: во главе ордена – шейх, далее – посвященные (муриды), а затем – остальные присоединившиеся поклонники.

Ислам, как и другие мировые религии, неоднороден; существует множество течений и маргинальных группировок (рис. 36). Основными течениями религии являются суннитский и шиитский ислам. Последователи первой ветви (например, в Саудовской Аравии) почитают Сунну – книгу, содержащую наставления Мухаммада; шииты же (например, в Иране) отвергают достоверность большинства тезисов Сунны и признают существование духовных лидеров – имамов. Выделяют также и третье крупное направление ислама, возникшее несколько позднее, – хариджиты, по представлению которых халифом, т.е. духовным и светским лидером, может стать любой мусульманин, избранный общиной.

Шиитский ислам дал начало многим другим направлениям (зейдизм, исмаилиты и др.), в том числе и маргинальным экстремистским сектам, отличающимся крайней религиозной нетерпимостью, трагические результаты деятельности которых хорошо известны в наше время.

Таким образом, ислам можно охарактеризовать как чрезвычайно строгую религиозную систему, жестко контролирующую не только поведение человека в обществе, но и его внутренний духовный мир. Покорность – главный мотив ислама (буквально «ислам» означает «покорность воле Аллаха», а «мусульманин» – «тот, который покоряется»). Самодисциплина, безусловное подчинение догматам веры и духовному лидеру – это то, к чему приучен каждый мусульманин с детства, и что предопределяет, с одной стороны, предсказуемость поступков верующего, а значит, и стабильность исламского общества, а с другой – открывает широкие возможности для манипулирования человеком и использования его в своих целях лидерами исламских сект.

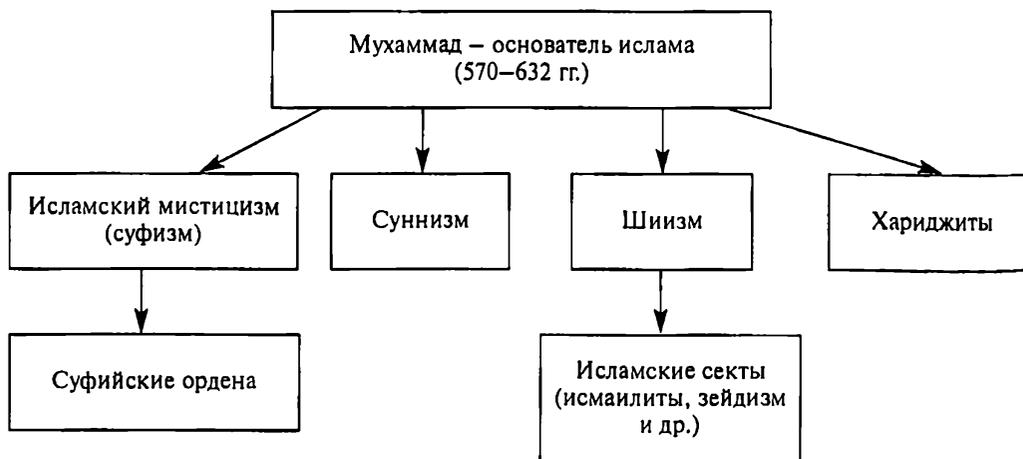


Рис. 36. Основные течения ислама.

Поведение верующих регламентируется Кораном и традициями. Сторонники ислама соблюдают пять обязательств: веру, молитву, оброк, пост, паломничество в Мекку. Кроме этого, обязательными являются некоторые ритуальные поступки (обрезание, запрет употребления свинины, алкоголя, наркотиков).

Первый запрет вина был провозглашен пророком Мухаммадом перед его эмиграцией из Мекки в Медину. Во 2-й книге Корана сказано, что потребление алкоголя является греховным деянием. С течением времени проповедники ислама усилили запреты, мечеть стала местом, хранящим эти запреты. Пятикратное обязательство молитвы в течение дня также было фактором, препятствующим потреблению наркотиков.

Мусульманские страны с преобладанием магометанской религии (Египет, Пакистан, Саудовская Аравия, некоторые страны Африки) в психотерапевтических программах особую роль придают религиозному фактору. Как утверждают профессор Mohamtaad Rashid Chandry (Пакистан) и доктор, генеральный секретарь общества психического здоровья в Египте Gomal Mady (Абу-ел-Азаем), принципы Корана удерживают в человеке контроль и равновесие между экстраверсией и интроверсией, обязывают воздерживаться от алкоголизма, наркомании и самоубийства. Массовые встречи в мечети с точки зрения психологии обладают терапевтическим эффектом, охраняют от различных девиаций. Необходимо подчеркнуть, что в мусульманских странах статистические показатели, касающиеся наркомании и алкоголизма, ниже, чем в других государствах. Мечети являются возрождением религиозной жизни мусульман. Наиболее известные среди них – Abu Delling и Kargus в Судане, Abu-El-Azaem в Каире. Мечеть охраняет мусульманина от зависимостей, помогает излечиться от них. В мечети концентрируется религиозная, общественная и культурная жизнь мусульман. Духовный проводник мусульман – имам – помогает в организации терапевтических групп, в чтении Корана, в познании его принципов, стимулирует и улучшает интерперсональные взаимоотношения (Shanandeh B., 1985).

Необходимо подчеркнуть, что существуют религиозные запреты и наказания не только для тех, кто потребляет алкоголь и наркотики, но и для тех, кто продает, выпускает, распространяет эти вещества. Запрет на потребление алкоголя имеет большее значение, чем просто его ограничение, так как ориентирует на полный отказ от потребления алкоголя и формирует резко негативную установку по отношению к спиртным напиткам. Во многих странах (Иран, Ирак, Сирия, Египет) наметилась тенденция к более жесткому использованию наказаний за нарушение запрета: например, наказание плетью увеличено с 40 ударов до 80. Коран жестоко наказывает нарушивших запрет. При этом происходит двойное наказание: с одной стороны, собственное чувство вины и угрызения совести, с другой – наказание со стороны обществу (Baasher T., 1983).

Следует подчеркнуть, что в древнем исламе существовал обычай употреблять опиум как противоболноевое и снотворное средство. Ранее с этой же целью опиум употреблялся древними греками и римлянами. Магометане унаследовали этот обычай. В последнее время опиумом злоупотребляют в арабском мире, злоупотребление гашишем носит характер эндемии и составляет серьезную социально-психологическую проблему. В 1983 г. среди пациентов, поступивших в университетскую клинику Кабула, 13% составляли пациенты с психозами, вызванными курением конопли (Baasher T., 1983).

Значение религиозно-культурных иммуногенов, сдерживающих развитие алкоголизации, показано в работе Ю.Э.Разводовского (2003), проанализировавшего употреб-

ление спиртного студентами-медиками в Белоруссии. В исследовании приняли участие 103 студента-мусульманина (из Сирии, Кувейта, Ливана, Пакистана) и 103 студента-белоруса. Полученные результаты представлены на диаграммах (рис. 37–39).

Как показали результаты опроса, мусульманские студенты не употребляли алкоголь у себя на родине главным образом по причине религиозных запретов. Оказавшись в обществе, где алкоголь является социально-приемлемым, на протяжении 2 лет большинство мусульманских студентов игнорировали алкоголь. После 3–4 лет проживания в чужой культуре под влиянием комплекса факторов (в первую очередь традиционно-культуральных) половина мусульманских студентов стали употреблять алкоголь. Характерно, что среди мотивов употребления алкоголя мусульманские студенты не называли гедонистический. По-видимому, основную роль в процессе ломки алкогольных стереотипов играет субмиссивный фактор. Это значит, что мусульманские студенты пренебрегают религиозными запретами не с целью получения удовольствия, а с целью лучшей адаптации в чужой культуре. Это предположение подтверждается тем, что большинство студентов-мусульман употребляют алкоголь редко (примерно 1 раз в месяц), в определенных ситуациях, и отдают предпочтение легким спиртным напиткам. После таких эпизодов у половины из них возникает чувство вины.

Проведенное исследование показало глубокое влияние на поведенческие стереотипы религиозных и культурных иммуногенов, которые с 50% эффективностью могут выдерживать агрессивный алкогольный прессинг славянской культуры.

Надо отметить, что даже в традиционных мусульманских странах ислам в качестве государственной религии не может быть единственным гарантом эффективной антиалкогольной и антинаркотической политики.

Принципы Корана носят предупреждающий характер. Вера, пятикратная молитва в течение дня, пост (рамадан), паломничество, жертвование — это способы, которые магометане используют при лечении наркомании. Несмотря на жесткую систему наказания, вплоть до смертной казни, запрет потреблять опиум, каннабис, хаш, психотропные вещества, алкоголь, хорошо организованная дистрибуция и продажа этих веществ мешают властям мусульманских стран справиться с этим социальным злом.

### **Буддизм**

Буддизм возник в VI веке до н.э. в Индии, откуда распространился по странам Центральной Азии, Юго-Восточной и Восточной Азии, в настоящее время насчитывает около 400 млн последователей.

Суть буддизма состоит в воспитании высоконравственного человека, освобожденного от земных желаний, удовольствий, страстей и переживаний. Будда считал, что каждый человек подчинен так называемому закону справедливого воздаяния (карма), согласно которому будущая жизнь определяется соотношением добрых и дурных поступков в жизни настоящей. Если человек совершил в своей жизни больше добрых дел, то в следующей жизни он вновь обретет человеческий облик, возможно, даже какого-нибудь царя или правителя; если же чаша дурных дел перевесит, то в следующем воплощении душа человека окажется стесненной телом животного, дельфина, рыбы, а то и вовсе неодушевленным предметом — камнем.

Поскольку, согласно буддийским представлениям, душа вечна, то эта цепь переждений (сансара) будет длиться вечно. Однако есть выход — нужно достичь состояния нирваны — полной свободы сознания от всяких желаний и стремлений. Описание нирваны весьма неясно и неопределенно, однако несомненно, что она пред-



рис. 37. Количество студентов, употребляющих алкоголь.

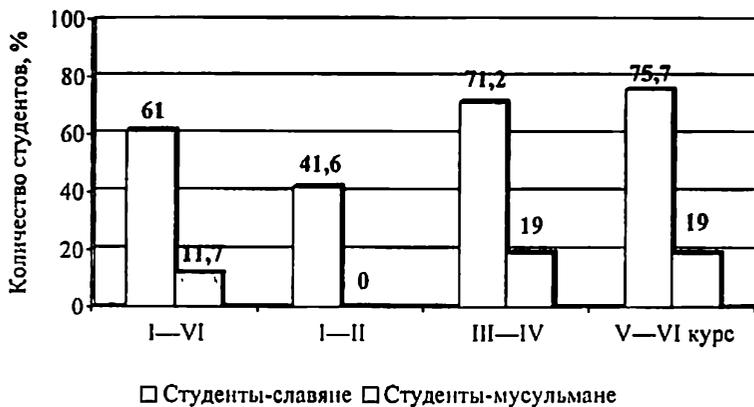


рис. 38. Количество студентов, набравших более 8 баллов согласно тесту AUDIT (признак проблемы).

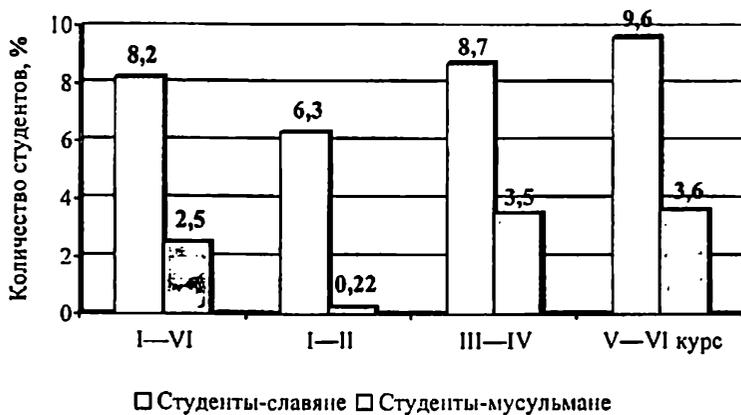


рис. 39. Средний балл согласно тесту AUDIT.

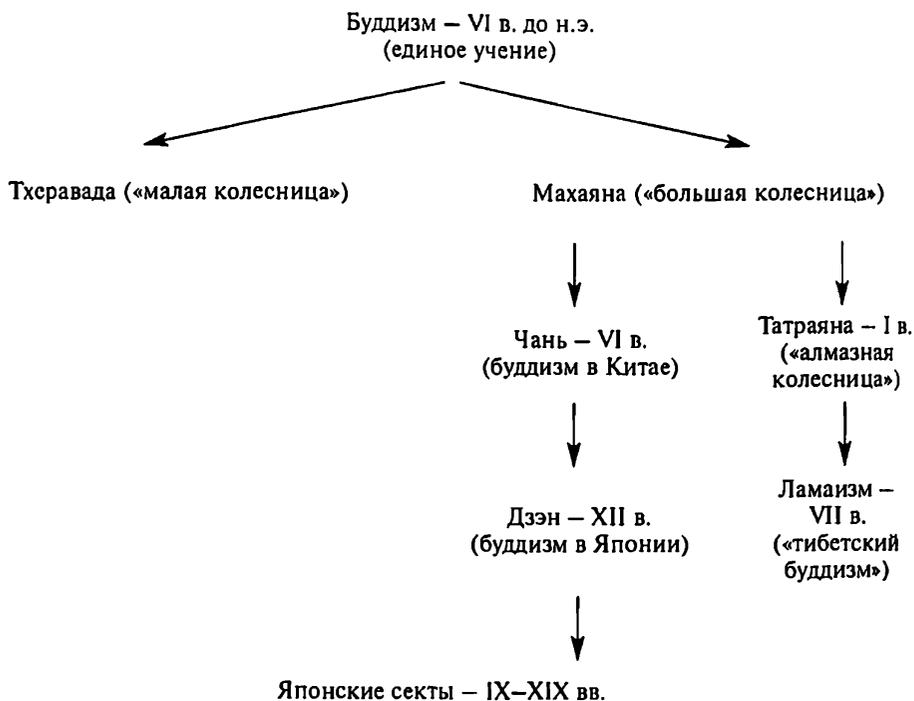


Рис. 40. Эволюция буддизма (основные ветви).

ставляет собой, выражаясь научным языком, измененное состояние сознания (ИСС), пограничное состояние сознания, которого невозможно добиться в обычных, нормальных условиях существования человека и сравнимого, скорее, с изменением сознания и психической деятельности при употреблении галлюциногенных наркотиков.

Как и всякое древнее религиозное учение, буддизм прошел сложный эволюционный путь – имеются многочисленные его течения и разновидности (рис. 40)

Не вдаваясь в рассмотрение особенностей основных течений буддизма, следует отметить, что главным способом достижения нирваны все буддийские школы считают практику йоги и медитации, включающую многочисленные и разнообразие методики. Целью этих упражнений является обучение человека контролировать не только свое физическое состояние, но и психические функции.

Дзэн-буддизм, или японский буддизм, в миропонимании идет дальше своего первоисточника. Дзэн в качестве необходимого условия достижения пробуждения (сатори) отвергает любое противоречие в сознании, любую мыслительную оппозицию, провозглашая, что окружающий мир – иллюзия, фикция, а значит, и все желания человека иллюзорны и не имеют смысла. Пробуждение в дзэн-буддизме достигается с помощью медитации – так называемому «сидячая медитация» (дзадзэн): известная «поза лотоса», обязательно сопровождающаяся полным очищением сознания от каких-либо мыслей и образов, а также решение задач (коан), которые невозможно решить логически, поэтому требуется максимальное сосредоточение – когда, наконец, происходит «прорыв», выход за рамки логического мышления и понимания истинного смысла.

Дзэн дал начало множеству сект, распространенных в Японии, Корее, Вьетнаме. Учение этих нетрадиционных религиозных организаций (НРО) является смешением традиционного буддизма и древней японской религии – синто. Среди них и мистические (секта Шингон), и обрядовые (секты Амиды: например, секта Шин, где утверждается, что «заработать» спасение можно только изнуряющими молитвами; секта Одору Шике, создавшая собственный экстатический танец, позволяющий верующим достичь состояния «не-себя») и рационалистические (секта Тенрике, создавшая собственное Писание и священный город – Тэнри), и откровенно националистические (японская Нитриэн, вьетнамская Као-дай, принимавшая участие в вооруженной борьбе за власть во Вьетнаме в 1950-х гг.), а также секты со значительным политическим весом (например, секта Соко Гаккай, которая является негласным основателем крупнейшей политической партии Японии – комеито и насчитывает более 20 миллионов последователей).

В Древнем Китае приобщение к буддизму имело свои особенности. До появления буддизма в Китае господствовала официальная религия – даосизм, в основе которой была жесткая социально-иерархическая система, отводившая каждому человеку свою роль в обществе. Однако, очевидно, что принуждение низших слоев китайского общества соответствовать отведенному им религией положению вызывало неприятие и недовольство.

Определенный слой людей (маргинальный тип личности), вступая в тайные религиозные объединения, обретал возможность более теплого общения, заполняя эмоциональный вакуум, т.е. мог на практике реализовать многие положения, которые только постулировались, но не осуществлялись в официальном даосизме или, позднее, в официальном монастырском буддизме. Уже сам факт принадлежности к такого рода объединению приобщал человека к совершенно иному типу отношений, отводящему важную роль непосредственно эмоциональному общению.

Для традиционного китайца существовать означало, прежде всего, соответствовать правильной социальной роли и предписанным правилам поведения, в то время как для адепта НРО – прежде всего активно действовать (разумеется, что действия членов НРО не соответствовали жестким рамкам доминирующей культуры и воспринимались как отклонения от нормы).

Компенсировать неустойчивость своего социально-психологического статуса адепт стремился достижением особого психофизиологического состояния – ИСС, пути к которому наиболее разработаны именно в буддизме.

Практикуемые в НРО методики достижения «состояния Будды»:

- медитация;
- техника йоги, сочетаемая с гимнастикой у-шу;
- беседы наставников с учениками (убеждение адепта достигалось при условии добровольного стремления ученика, подчинения требованию отказа от всех земных желаний и стремлений – как предварительное условие принятия в секту; практика гипнотического транса; принятие в НРО преимущественно подростков и молодых людей, для которых характерно, как известно, еще не сформированное самосознание и становление личности).

Интересно, что при приеме учеников наставники руководствовались особенностями психофизиологического статуса человека – использовался прием «шокового гипноза» (если после неожиданного удара рукой по лицу человек падал без сознания – его принимали в секту; несомненно, здесь имеет место тест на внушаемость адепта, степень лабильности его психики);

- использование разнообразных психотропных средств.

Целью наставника было формирование у учеников нового стереотипа поведения, особой метапрограммы, т.е. набора действий, активизирующихся с помощью определенных заклинаний.

Метапрограмма формировалась с использованием вербального воздействия: чтение религиозной литературы, повторение заклинаний (мантр), распространение различных прокламаций и воззваний; а также невербального: гипнотическое внушение, ритуальные действия (групповые ритуалы способствовали общности членов НРО, свидетельствовали о единстве нравственных ценностей, образа мыслей, коллективных настроений и чувств).

В целом буддизм, возможно, наиболее демократичная из всех религий мира, поскольку не требует от человека безусловного подчинения и поклонения создателю учения — Будде и не принуждает к немедленному поиску спасения души (в конце концов, благодаря бесконечной сансаре возможность спастись будет и в последующих жизнях). Однако буддизм представляет собой типичную религиозную систему, предоставляя надежду на лучшую жизнь и предлагая для этого довольно сложный путь духовного и физического самовоспитания, путь изменения состояния сознания, трансформации психики человека. Именно эти методы духовного воздействия практикуются и в наше время.

Психопрофилактическое действие в буддизме основано на формировании установок, охраняющих людей от страдания. К таким установкам относятся чувство дружелюбия, стремление не причинять вреда никому и ничему, практика милосердия. Техника, используемая буддистами, делает человека независимым от материальных вещей.

Как правило, буддийские монахи используют различные формы профилактики зависимости. Это провозглашение науки Будды на улицах, на молодежных собраниях, а также организация центров реабилитации при буддийских монастырях. Как правило, каждый монастырь имеет свою профилактическую программу.

Одним из известных монастырей в Таиланде считается Там Крабок, расположенный в 130 км на Восток от Бангкока. Здесь одновременно проходят реабилитацию до 400 резидентов, руководят их действиями 100 монахов. Лечение проводится в течение 10 дней и включает три этапа. Новопринятые наркоманы приносят двукратную присягу в начале и в конце лечения, в которой обязуются не потреблять наркотики и другие токсические вещества. С 1963-го по 1977 г. лечение в монастыре прошло около 40 тыс. зависимых (Poshyachinda V., 1983).

Принципы буддизма обязывают воздерживаться от самоубийства, совершения краж, прелюбодеяния, сексуальных излишеств, лжи, а также употребления токсических веществ и напитков. Буддисты не только должны следовать этим принципам, но и воздерживаться от мыслей, ведущих к их нарушениям.

В Индии самой древней и известной книгой являются Веды. В ведийских книгах, особенно в Бхагават-гита и Шримад-бхагаватам, описаны способы избегания иллюзий и фрустрации вследствие ошибочного понимания самости. Наркомания имеет свои источники — это сотворение иллюзии и попадание во фрустрацию. Центры помощи наркоманам, которые используют ведийскую культуру, стараются описать наиболее существенную тайну всех существ — сознание — духовный атрибут человека. Кризис современного человека состоит в том, что духовное живое существо идентифицируется со своим телом, мыслями и интеллектом и за сознание принимает свое

я. Это ошибочное понимание приводит к фрустрации. Наркомания является состоянием отупения мозга, попыткой заглушения сознания и иллюзорного решения проблем. Наркотики — это материальное вещество, поэтому они не могут питать и оживлять человека, существо духовное. Наркоманы, вместо того чтобы открывать и расширять свое сознание, приносящее спокойствие и мир душе, игнорируют этот процесс и потребляют ПАВ в поисках полезных изменений в своем теле и мыслях. Столпы зрения буддийской веры, излечение возможно только в том случае, если удастся обучить трансцендентальным знаниям, описанным в Ведах. Сторонники «трансцендентального лекарства» убеждены, что эффективность профилактики и терапии наркоманов зависит от того, как человек научится черпать удовольствие из своего духовного сознания. Именно в этом находится залог успеха и умение не возвращаться к наркотикам.

Современный индийский философ Шрила Прабхупада, обращаясь к хиппи, которые чаще всего были жертвами наркотиков, подчеркивал, что достижение духовного равновесия и трансцендентального мира приводит к обогащению сознания. Если человек действительно желает достигнуть совершенства жизни, он должен разбудить свою спящую любовь к Богу. «Можешь верить в любую религию, но чтобы проверить, является ли твоя религия совершенной, должен будешь убедиться, развил ли ты свою любовь к Богу».

В японском буддизме существуют две профилактические программы: Наикан — терапия (самонаблюдение, опирающееся на принципы буддизма) и Даншукай (Община алкогольных абстинентов). Обе программы распространены во всех префектурах и объединяют по несколько тысяч человек (Suwaki H., 1985).

Религиозные системы Востока (браманизм, индуизм, буддизм) разработали программы терапии и организации терапевтических сообществ. В Индии богатую и разнообразную деятельность проводит общество «Сатсаган» — Общество охраны нравственных и духовных ценностей, занимающееся проблемами молодежи, которая находится в поисках смысла жизни и ценностей. «Сатсаган» имеет свой центр в Бомбее. Деятельность этого общества распространена не только в Индии, но и за ее пределами. Международный образовательный центр «Сатсагана» находится в Риме.

Общество объединяет различные группы молодежи:

1) молодежь, которая посещает Индию в поисках духовных ценностей и стремится внутренне обогатиться через духовное осознание. Среди этой группы находятся и наркозависимые, им помогают найти настоящие ценности и освободиться от наркотиков;

2) беглецов, покидающих Европу в надежде на то, что в Индии они найдут ценности, которых им не дает материальный мир. Некоторые из них не хотят возвращаться на Запад, путешествуют от ашрама до ашрама, пытаются найти легкую жизнь;

3) наркоманов, которые ищут в Индии новый стиль жизни, легкий доступ к наркотикам. Некоторые из них, однако стремятся к тому, чтобы под руководством гуру освободиться от зависимостей;

4) лиц, находящихся в кризисе из-за различных психических нарушений вследствие тюремного заключения или разочарования в прежнем гуру, а также из-за передозировки наркотиков, в состоянии психотических симптомов, ломки и т.д.;

5) индуистскую молодежь, которая переживает подобные проблемы и нуждается в помощи.

Программа деятельности «Сатсаган» включает:

1. Помощь молодежи в организации волонтерского движения, работающего в малых группах или центрах.
2. Организацию обучения и семинаров для работников здравоохранения.
3. Распространение трезвеннического движения.
4. Развитие исследований по социальным, религиозным и другим факторам, вызывающим наркоманию.

Освобождение от зависимости в программе «Сатсаган» включает несколько ступеней: конTEMPLацию, медитацию, концентрацию, взгляд в себя, осознание себя, контроль дыхания, физиологические упражнения, сохранение принципов, самоконтроль.

### Христианство

Христианство – крупнейшая религиозная конфессия мира, насчитывающая около 2 млрд последователей, и их количество постоянно увеличивается (табл. 25).

Христианская церковь была единой вплоть до V в., когда постепенно стали формироваться ее западная и восточная ветви, а в 1054 г. между этими двумя основными христианскими конфессиями произошел окончательный раскол с образованием ортодоксальной восточной православной церкви и западной католической церкви (рис. 41). Первая, насчитывающая около 150 млн последователей, в настоящее время представлена в нескольких государствах, где доминируют соответственно греческая, русская, сирийская, армянская и коптская православные церкви; кроме того, православные приходы и церкви существуют во многих других странах мира. Западная католическая церковь, претерпев в XVI в. реформаторское движение, раскололась на последователей Римской католической церкви (в настоящее время около 890 млн человек) и протестантов, боровшихся с излишним догматизмом вероучения и громоздкостью обрядов богослужения.

Христианство, как и ислам, призывает человека к достижению нравственного совершенства в его настоящей жизни, предупреждая о возможном наказании после смерти за земные грехи – в отличие от восточных религий (буддизма, индуизма), где заняться духовным саморазвитием можно и в последующих жизнях-инкарнациях.

Таблица 25

Распределение последователей христианства в регионах мира

Регион мира	Количество верующих, млн чел.			Фактическое изменение 1980–1993, %	Предполагаемое изменение 1993–2006, %
	1980 год	1993 год	2006 год (прогноз)		
Европа	440	450	440	+2	–2
Латинская Америка	370	470	590	+27	+26
Северная Америка	190	220	225	+16	+2
Африка	180	310	530	+72	+71
Южная Азия	ПО	160	245	+45	+53
Бывший СССР	100	120	160	+20	+33
Восточная Азия	20	120	170	+500	+42
Океания	20	20	20	0	0
Всего	1430	1870	2380	+31	+27
Мировое население	4370	5580	6770	+28	+21

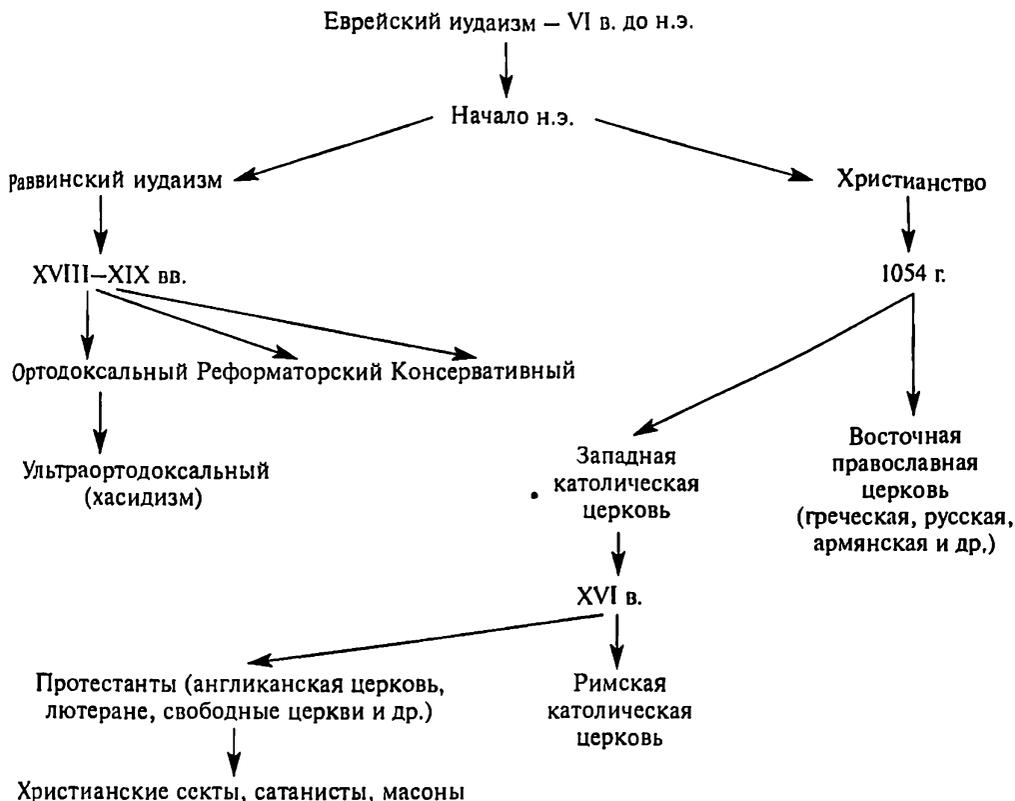


Рис. 41. Эволюция и направления христианства.

Таким образом, традиционный западный верующий твердо ориентирован на жизнь настоящую, стремится успеть спастись, что делает его более зависимым в психологическом отношении от религиозного лидера и морально-этических установок того направления христианства, приверженцем которого он является. При стремлении человека к нравственному очищению и духовному здоровью в христианской (или исламской) религии становится неизбежным контроль догматов веры над сознанием и волей, открывая широкие возможности для манипулирования в многочисленных сектах христианского толка.

На философии христианства спекулируют многие секты и пограничные религиозные группы, последователи которых превращаются в религиозных фанатиков, готовых выполнять любые распоряжения своих лидеров.

В середине XIX в. некий Джозеф Смит объявил о создании Церкви Иисуса Христа и Святых Последнего Дня (движение мормонов), утверждая, что Бог передал ему откровения о переселении в Америку двух волн библейских народов, зафиксированные на золотых пластинах, найденных Смитом. Эти откровения стали основой так называемой Книги Мормонов – главной религиозной святыней.

В конце XIX в. в США возникла ныне хорошо известная религиозная организация «Свидетели Иеговы». «Свидетели» на протяжении XX в. неоднократно «назначали» сроки конца света, однако по понятным причинам этого события так и не произошло, что,

впрочем, не мешает «Свидетелям» процветать и в наши дни. Благоденствует и другая околочристианская религиозная группа — «Всемирная церковь Господа», имеющая свой собственный журнал и разветвленную сеть радиовещания на территории США.

Однако если посещение вышеуказанных религиозных организаций, может быть, и не связано с риском для здоровья и жизни, то пребывание в некоторых сектах околочристианской ориентации попросту опасно. Например, в организации Давида Берга — «Семья любви» («Дети Господа») — практикуются оккультизм, проституция и педофилия. Члены организации «Народный Храм» по примеру своего лидера совершили акт массового самоубийства в Джонстауне (Гайана): погибло 900 человек. В 1993 г. при штурме штаб-квартиры религиозной группы «Колено Давидово» в результате самоожжения погибло 83 сектанта. Наконец, еще свежи в памяти события середины 90-х годов в Киеве, когда адепты секты «Белое Братство» также совершили массовое самоубийство.

К сожалению, примеров самоожжения адептов нетрадиционных религиозных культов в России достаточно много. Это связано прежде всего с движением раскольников. При приближении правительственных войск раскольники запирались в избах, поджигали их и погибали, надеясь своим добровольным самопожертвованием достичь царствия небесного. Так, в середине XVIII века, когда гонения на старообрядцев были особенно настойчивыми, в окрестностях Каргополя в результате самоожжения погибло около 650 человек; в Олонецком уезде — 3000 человек, в Нижегородской губернии — 600 человек.

Безусловно, с христианством, а точнее, с христианской мифологией, связано и движение демонопоклонников-сатанистов. Основателем современного сатанизма считается Алистер Кроули (1875—1945). Будучи знакомым с различными оккультными практиками, он основал организацию «Орден восточного замка», в некоторых ритуалах которой соединились сексуальная магия и поклонение сатане. Наиболее известные демонопоклоннические культы в наши дни — это Церковь Сатаны Антона Шандора ля Вея, автора «Сатанинской библии»; Храм Зла Майкла Аквино; «Любители» (используют в основном только сатанинскую символику); «Гностики»; «Вторичные» сатанисты; Клубы Адского Пламени и многие другие. Сатанисты своей главной целью считают пришествие и установление на земле царства Антихриста. Ритуалы поклонников дьявола представляют собой обратное исполнение традиционных обрядов христианства (чтение «Отче наш» наоборот, использование перевернутого креста; присутствие при ритуале священника, обращенного для служения сатане, и т.п.). В своей деятельности демонопоклонники практикуют каннибализм, кремацию, жертвоприношения (как животных, так и людей). По данным МВД РФ, в 1998 г. в Москве существовало более 30 сатанинских сект общей численностью около 2 тыс. человек.

К движениям христианской направленности можно отнести и масонство («Общество вольных каменщиков»), возникшее в XVII—XVIII вв. в Англии и получившее затем распространение по всему миру, в том числе и в России. Первичными организациями масонов являются ложи, объединявшиеся по странам или группам стран — провинциям. Большинство масонских организаций не принимает в свой состав женщин и представителей нехристианских конфессий, хотя масоны никогда не придавали значения различиям между отдельными христианскими течениями: идеалы масонства основываются на общих для всех христиан заповедях. Масонские ложи, безусловно, самые загадочные христианские организации, где распределение философской концепции по степеням не позволяет большинству членов ложи знать

или хотя бы иметь представление об истинных целях организации, доступных обладателям только высших ступеней. Таким образом, о распространении и объеме влияния масонства в современном мире можно только догадываться.

Следует упомянуть и о маргинальных иудаистских религиозных группах. Так, в частности, Исраэлом Баал Шем Шем Товом (1700—1760) в Европе было основано движение, получившее название асидизм, считающееся по сути ультраортодоксальным иудаизмом. Последователи хасидизма объединены во множество сект по всему миру (наиболее влиятельные находятся в США — «Любавич», «Сатмар»); во главе каждой — учитель (ребе), слово которого — закон, и, если потребуется, последователь секты должен покинуть свою семью. В общине практикуются педантичное следование Торе (первые пять книг Библии), особые формы молитвы и религиозных обрядов.

Христианство является самой распространенной мировой религией; именно этим объясняется чрезвычайно большое количество направлений и маргинальных религиозных групп. Но дело не только в этом: в Европе демократические постулаты имеют наиболее устоявшуюся и давнюю историю, это касается и демократического принципа свободы вероисповедания. Данный принцип не только позволил проникнуть в Европу, где веками господствовало христианство, другим религиозным конфессиям, но и способствовал формированию сект христианской направленности, каждая из которых претендует на утверждение своей истины и собственное толкование Евангелия. Идея борьбы добра со злом, Бога с дьяволом, отраженная в христианстве, на протяжении двух тысячелетий культивировалась в сознании европейцев, оставила значительный след в литературе и искусстве. Выражаясь современным языком, христианство — наиболее раскрученная религия. Неудивительно, что философию и мифологию христианства используют многие неокульты, лидеры которых ставят себе целью привлечение максимально большего количества поклонников; при этом высокие идеалы истинного христианства подменяются жадой власти, денег, материальных благ.

### **Православие**

«Годы атеизма и гонений на Православие не прошли бесследно. Выросло почти два поколения людей, не знавших Бога и Святую Церковь. Сегодня мы переживаем очень трудное время. К большой скорби, духовный вакуум у части наших соотечественников (и не такой малой) заполняется лжеучениями, ересями, всевозможными сектами, увлечением оккультизмом». Автор этих строк — Дмитрий Авдеев, православный врач-психиатр, кандидат медицинских наук, сотрудник Душепопечительского центра во имя св. прав. Иоанна Кронштадтского.

Представляет особый интерес исследование, проведенное департаментом полиции и народного образования в г. Фуллертоне, штат Калифорния, в марте 1988 г. Целью исследования было сравнение семи основных проблем школ города в 1940-м и 1988 г.

#### **Основные проблемы школ в 1940 г.:**

1. Ученики разговаривают во время урока.
2. Жуют жвачку.
3. Шумят.
4. Бегают по коридорам.
5. Не соблюдают очередей.
6. Одеваются не по правилам.
7. Сорят в классах.

### Основные проблемы школ в 1988 г.:

1. Употребление наркотиков.
2. Употребление алкоголя.
3. Беременности.
4. Самоубийства.
5. Изнасилования.
6. Ограбления.
7. Избиения.

Сравнительный анализ показывает, что комментарии излишни. Эти метаморфозы произошли за неполные 50 лет XX в. Духовно преодолевая страсть к пьянству, следует не упускать из вида душевные причины ее стойкости. Святые отцы особенно обращали внимание на важность сохранения мира душевного при любых жизненных обстоятельствах. Перечислим некоторые действия, которые необходимо совершить православному человеку, чтобы искоренить греховный недуг винопития (Авдеев Д., 2000):

- осознать, что пьянство – страшный грех;
- принять глубокое, твердое решение не пить спиртное;
- не поддаваться уговорам, насмешкам со стороны недоброжелателей, собутыльников;
- продумать варианты поведения в трудных жизненных обстоятельствах, а также за праздничной трапезой;
- научиться трудиться и с пользой для души и тела отдыхать;
- не пребывать в праздности, стремиться быть полезным людям.

Эти положения перекликаются с рекомендациями «Пособия против страсти пьянства» (по творениям Св. Тихона Задонского):

1. Юным людям не позволять пить пьянящего питья, ибо юный быстро привыкает.
2. Совершенным мужам без нужды не употреблять вина.
3. Помнить, что от этой страсти привыкшие к ней трудно освобождаются, и многие так и умирают.
4. Привыкшим к сей страсти против нее вооружиться и, истерзавшись, милосердному Богу молиться, плакать, чтобы от нее освободил.
5. Помышлять им, что пьяницы многие, уснув пьяными, умирают, и от сего века переходят без всякого чувства и без покаяния, что страшно.
6. Приводить им на память случающиеся во время пьянства несчастья: соблазны, ссоры, драки, также приключаются мечтания, страхи, недуги и всего тела расслабление, и сравнивать трезвое житие с состоянием пьяных (Авдеев Д., 2000).

### Десять горьких гроздов пьянства

(из сочинений Святителя Димитрия, митрополита Ростовского)

Знаменитый у древних эллинов мудрец Анахарсис говорит, что виноградная лоза приносит три грозда: первый грозд услаждения, второй – упоения, а третий – печали. Философ сие толковал так: умеренное употребление вина служит человеку в удовольствие и во здравие, ибо и жажду утоляет, и желудок укрепляет, и сердце веселит; неумеренное же порождает ссоры, возбуждает гнев, возбуждает на брань и побои, затем следует обыкновенно немало скорбей. А мы, если захотим внимательно рассмотреть силу пьянства и если назовем его виноградною лозою, то найдем на ней не три нравственных грозда, приносящих человеку вред и печаль, но гораздо более, а именно, десять.

**Первый грозд** его есть помрачение ума, потемнение рассудка, потеря сознания, ибо от желудка, переполненного вином, винные пары поднимаются в голову, действуют на мозг и возмущают ум. Потому многие в состоянии опьянения не помнят себя, сами не знают, что делают и что говорят, точно безумные, и каково бы ни случилось зло, бесчестие ли, или побои, наавтра они ничего не помнят. Над таковыми исполняется писанное в Притчах: биша мя и не поболех, и поругашася ми, аз же не разумех (Притч. 23, 35).

**Второй грозд** есть бесстыдство: пьяный никого не стыдится, но, потеряв совесть, произносит скверные, хульные, нелепые, оскорбительные для целомудренного слуха речи; уста его бывают подобны стоялищу скотскому, наполненному смрадною нечистотою, а язык — лопате, которой выбрасывают эту нечистоту... Что же другое сердце этого человека, как не вместилище многих зол, из которых не может ничего выходить, кроме зла, по слову Евангелия: злый человек от злаго сокровища сердца своего износит злое: от избытка бо сердца глаголют уста его (Лук. 6,45)

**Третий грозд** с лозы пьянства есть несоблюдение тайны. Пьяный откровенно рассказывает всем и каждому все те тайны, свои и чужие, которые тщательно скрывал в глубине своей души, сохраняя их в молчании, когда был трезв. Этого мало: что давно уже прошло и предано забвению, и то он напоминает. И как обычно пьяному извергать пищу из желудка, так же обычно и тайны открывать: и то, и другое — и пища, и тайны — в пьяном не держатся.

**Четвертый грозд** содомской лозы пьянства есть возбуждение плотской похоти, почему и увещевает Апостол: не упивайтесь вином, в нем же есть блуд (Еф. 5, 18).

**Пятый грозд**, полный яда змеиного, есть ярость, гнев, вражда, ссоры, брань и кровопролития. Упившись вином, люди восстают с яростью друг против друга. Вот почему и говорит с укоризною Приточник: кому горе? Кому молва? Кому судове? Кому горести и свары? Кому сокращения вотще? Кому сини очи? Не пребывающим ли в вине? И не назирающим ли, где пирове бывают? (Притч. 23, 29–30). И премудрый сын Сирахов увещевает: в вине не мужайся, многих бо пугби вино (Сир. 31, 29).

**Шестой желчный грозд** с лозы пьянства есть повреждение здоровья, изнеможение телесных сил, дрожание рук, головная боль, ослабление зрения, страдания желудка, стоны, немощи, преждевременная старость, умаление лет жизни и несчастная смерть.

**Седьмой грозд** — расточение имущества, потеря богатства, лишение выгод: делатель пьяный, говорит сын Сирахов, не будет богат (19, 1). Как много людей, которые из-за пьянства от большого богатства пришли в последнюю нищету. Пример сему — блудный сын, описанный в Евангельской притче.

**Восьмой горький грозд** — утрата спасения. Как вещественное богатство, так и духовные сокровища расточаются от пьянства, потому что пьяный имеет дерзость на все грехи. Какого греха трезвый гнушается, боится или стыдится, того самого греха не стыдится делать, не боится, не гнушается, когда бывает пьян. Есть повесть в книге Отечник (или Патерик) об одном египетском пустынножителе, которому бес обещал, что не будет более тревожить его никакими искушениями, если он однажды сделает который-нибудь из трех грехов, и предлагал на выбор: убийство, блуд и пьянство... «Один какой-нибудь из них сделай, — говорит бес, — или убей человека, или соблуди, или упейся однажды, и будешь после того жить в мире: я уже не буду искушать тебя никакими соблазнами». И рассуждал сам с собой пустыжник так: «Человека убить — страшно, ибо это большое зло и за него угрожает казнь смертная и по Божию, и по человеческому суду. Сотворить блуд — стыдно, да и жаль осквернить хранимую дотоле чистоту телесную: мерзко оскверниться человеку, когда он еще не познал этой скверны. А напиться однажды, кажется, небольшой грех: ведь человек скоро сном отрезвляется. Пойду напьюсь, чтобы бес не докучал мне больше и чтобы после спокойно бы-

ло жить в пустыне». И вот взял он свое рукоделие, пошел в город, продал его, вошел в корчму и стал пить, и напился, по действию сатаны, пришлось ему разговаривать с одной бесстыдной женщиной, и он прельстился и согрешил с нею... Вдруг приходит муж сей женщины и, застав пустынного в греху с нею, стал бить его, а он в свою очередь схватился с ним, одолел его и убил... И сделал пустынный тот все три греха: блуд и убийство, а начал с пьянства! И те грехи, кои боялся и гнушался трезвый, — теперь без страха совершил, будучи пьян, и погубил многолетние труды свои. Так пьянство дерзает на все грехи и лишает спасения, погубляя добродетель. Хорошо о сем говорит св. Златоуст: «Если в ком пьянство найдет целомудрие, и стыдливость, и благоразумие, и кротость, и смиренномудрие — оно все повергает в пучину законопреступления!» А человек, который чрез пьянство лишился всех добродетелей, разве не лишает себя спасения и не отчуждает себя от небесного наследия?

Справедливо говорит Апостол: пьяницы Царствия Божия не наследят (1 Кор. 6, 10). **Девятый желчный грозд** — гнев Божий: пьяница, преступая заповеди Божии, возбуждает на гнев Самого Бога своими грехами. Вот почему вопиет Исаия пророк: горе возстающим завтра, и сикре гонящим, пьющим до вечера: вино бо сожжет я (Ис. 5, 11).

**Десятый, самый горький плод пьянства**, есть всеконечная погибель души... Другие грешники, когда настанет их смертный час, могут каяться и сожалеть о грехах своих, потому что их ум трезв; умирающий пьяница как может покаяться, когда он не помнит себя, когда он не сознает, что наступает смерть, которой он вовсе не ожидал? А для умирающего без покаяния геенна неизбежна. Вот каковы нравственные грозды сего содомского винограда, то есть пьянства; хотя на вкус они кажутся вначале сладкими, но потом эта сладость превращается в горечь желчи, в яд змиев и аспидов!

Справедливо св. Златоуст считает пьяниц хуже псов и других бессловесных животных: «никакое животное, — говорит он, — не ест и не пьет более того, сколько нужно, и никто не может принудить его есть и пить больше, чем сколько требует природа. А пьяница и без принуждения все больше и больше наполняет свое чрево, пока не повредит сам себе».

На всех путях жизни, во всех скорбях и болезнях, в радости и в горе, во всякое время и на всяком месте православные христиане молятся Спасителю и Его Матери. Издревле русские люди шли к мощам преп. Сергия Радонежского, молились у чудотворных икон Пресвятой Богородицы, Св. Николая Чудотворца, преп. Серафима Саровского.

Если говорить о недуге винопития (а теперь и о потреблении наркотиков), то в христианской православной традиции принято молиться об избавлении от страсти пьянства Божией Матерью в честь Ее иконы «Неупиваемая Чаша» (1878, 18 мая). Легенда гласит, что крестьянин Тульской губернии, одержимый страстью пьянства, дошел до нищенского состояния, у него отнялись ноги; увидел необыкновенный сон, в котором святолепный старец советовал ему отправиться в Серпухов в мужской монастырь и там пред иконой Божией Матери «Неупиваемая Чаша» отслужить молебен от страсти пьянства. Струмом добравшись до этого монастыря, найдя икону, о которой не знали и монахи, отслужив молебен чудотворной иконе, он выздоровел. Это было в 1878 г. С тех пор в монастырь стекается много страждущего народа в поисках исцеления у этой чудотворной иконы. Молятся Мученику Вонифатию (290 г., 1 января). Вонифатий сам погибал от страсти пьянства, но обратился в веру и удостоился мученической кончины. Преподобный Моисей Мурин (IV в. 10 сентября). Моисей сначала был разбойником, погибал от страсти пьянства, затем вступился в число иноков и подви-

зался в монастыре в Египте. Скончался мученической смертью в 75 лет. Мученики Флор и Лавр (II в., 31 августа) жили в Иллирии. Флор и Лавр по ремеслу каменотессы, были родными братьями. Вначале они страдали страстью пьянства, но затем обратились в веру. За свою христианскую веру они приняли мученическую смерть — были брошены в пустой колодец и засыпаны землей. Еще при жизни своей они исцеляли людей от болезней и от страсти пьянства. Молятся святому праведному Иоанну Кронштадтскому.

Религиозная картина Российской Федерации в последние годы отличается большой пестротой. На территории страны зарегистрированы уставы около 16 тысяч религиозных объединений 56 вероисповеданий, направлений и толков. В этой ситуации понятно стремление Православной церкви активнее влиять на процессы духовно-православного воспитания человека, возрождение культуры и общечеловеческих гуманитарных ценностей. Только с 1991-го по 1997 г. количество приходов Русской православной церкви увеличилось на 5517, т.е. почти в три раза, и их число продолжает расти, строятся новые и восстанавливаются старинные храмы (Колесников А., Кудрявцев А., 1998). Одновременно наблюдается рост религиозности, в том числе среди молодежи.

С целью установить взаимосвязь религиозности молодых людей и их приобщения к наркотикам Э. Фаустовой (2001) была опрошена репрезентативная выборка 333 студентов МГУ. Верующими считают себя 67%, из них: 47% отнесли себя к конкретной религиозной конфессии, 43% считают себя православными верующими.

Однако традиционная религия еще слабо влияет на отношение молодежи к наркотикам и алкоголю: из числа употребляющих ПАВ 42% считают себя православными. Видимо, религиозная мораль и догматы церкви — пока еще очень формально воспринимаемые поведенческие детерминанты. Более того, среди молодых людей, считающих себя православными, доля как потребляющих наркотики, так и потенциально предрасположенных к зависимости от наркотиков даже выше, чем среди не определившихся в религиозном отношении. Причисление себя к верующим у большинства молодых людей не соответствует их истинному внутреннему кредо и потому не создает нравственного барьера против наркотиков.

Сегодня отношения между Русской православной церковью и государственной системой здравоохранения регламентируются Соглашением о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Московской патриархией Русской православной церкви, подписанным в марте 1996 г. Соглашение определяет приоритетные области сотрудничества, к которым относятся профилактическая деятельность и медицинское просвещение, осуществление совместных превентивных программ, издание печатных материалов, проведение конференций и семинаров, подготовка статей и передач для СМИ и т.п. За последние годы выпущен цикл православных изданий по проблемам алкоголизма и наркомании (Как исцелиться от недуга пьянства. М., 1998; Игумен Герман (Чесноков). Проповедь перед чином изгнания злых духов из человека. М., 1998; Как помочь страдающим от недуга пьянства и наркомании. Духовные советы и молитвы для матерей, жен и детей. М., 1999).

В последние годы активно создаются общества трезвости и православные медицинские организации. Так, с 1997 г. на Крутицком патриаршем подворье был организован Душепопечительский центр во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского. Центр объединяет и направляет усилия целого коллектива православных врачей и психологов. Руководителем и духовником Центра является доктор медицинских наук, профессор, иеромонах Анатолий Берестов.

### Католицизм

Деятельность костела в своих принципах, практических методах реабилитации, воспитания молодежи направлена на развитие полной, зрелой личности каждого человека и социальной группы в целом. В обращении к участникам VIII Мирового конгресса терапевтических сообществ в Кастель Гандольфо в 1984 г. Папа Римский Иоанн Павел II особенно подчеркнул:

«Усилия, вложенные в познание человека и понимание его мира, не напрасны, их цель — доведение его до открытия самоуважения; необходимо помочь индивиду вновь разбудить и расширить уничтоженные наркоманией ресурсы личности, к которой необходимо относиться как к субъекту, доверять, оживить волевые механизмы, обращенные к нетронутым и благородным идеалам... Важной задачей является забота о молодежи, наиболее подверженной и, без сомнения, наиболее чувствительной к опасности в четырех кругах жизни: в семье, школе, группах и объединениях, которая бессознательно становится целью обогащения со стороны лишенных уважения и чести торговцев, необходимо позаботиться о сегодняшнем и завтрашнем дне нашей цивилизации. Если не будут предприняты необходимые средства для решения проблемы, то цивилизация получит серьезную и болезненную кару на дальнейшие поколения» («L'Osservatore Romano», 1984, №207, р. 1).

Нормы и поступки христиан содержатся в Библии, в Ветхом и Новом Завете. Религиозная ценность трезвости является Божьей просьбой и нравственной ценностью. В рамках психопрофилактики напоминание о высших ценностях, о необходимости соблюдать нормы морали проводится при катехизации верующих. Разнообразная работа осуществляется в рамках профилактической христианской деятельности — существуют группы неокатехизации, харизматические движения, «оазисные» и библейские группы.

В Италии движение «Focolarini» действует во имя защиты жизни, профилактики наркомании и алкоголизма, углубления религиозных ценностей. Движение действует в 156 странах и насчитывает около полутора миллионов участников. Молодежная организация «Focolarini» называется «Gen Nova» («Новое поколение») и собирает в своих рядах свыше 30 тыс. человек. Деятельность движения связана с распространением профилактических мер среди молодежи, с защитой высших ценностей.

Во Франции широко популярным является движение протестантской общины в Таизи, собирающей молодежь из многих стран для совместной молитвы и углубления религиозной жизни.

Во многих странах известна молодежная организация YMCA, объединяющая молодежь из сотен стран мира, препятствуя распространению наркомании. При сотнях костелов действуют группы анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов и другие, помогающие освободиться от зависимости. В Испании, а также в других странах появились сообщества неокатехизации, основанные Кико Аргуелло в 1962 г. Это движение ставит своей целью распространение гуманистических и религиозных ценностей путем придания смысла жизни и преодоления страха, который является барьером нормальной общественной жизни.

К религиозным молодежным движениям относятся: Движение Троицы (университет Нотр-Дам в штате Индиана), движение православной молодежи ZOE — жизнь. Большинство из этих религиозных движений появилось в свете обновления костела после Второго Ватиканского собора.

Одним из наиболее известных является движение «Крестный ход (Круциата) за освобождение человека — KWC» (Польша), созданное 8 июня 1979 г. Это религи-

озное движение, целью которого является спасение народа от алкоголизма и токсикоманий.

Освобождение человека не является освобождением в политическом, общественном или экономическом смысле. Главная цель KWC – освобождение от пьянства. Хотя движение является религиозным, это не исключает научных принципов, методов и средств борьбы с алкоголизмом и различными формами токсикоманий. **Библейско-богословские принципы** этого движения сформулированы в следующих положениях:

- провозглашая борьбу с алкоголизмом и другими токсикоманиями, KWC считает своей целью спасение достоинства человека и освобождение его от зависимости;
- всякую деятельность во имя освобождения человека от алкоголизма, наркомании следует рассматривать как продолжение спасительной деятельности Христа для человечества;
- свобода является пониманием правды; личность реализует свою свободу тогда, когда живет правдой;
- освобождение приносит человеку избавление от ошибок и страха, прежде всего от эгоизма, от эгоцентрической любви, которая является причиной зависимости.

**Тактика KWC** предполагает:

- практику и пропаганду членами KWC полной алкогольной абстиненции;
- борьбу с никотиновой зависимостью;
- стремление достичь доверия алкоголиков для того, чтобы помочь их спасению от болезни;
- приглашение к сотрудничеству специалистов из различных областей науки, особенно врачей, психиатров, психологов (Podrecznik KWC, 1986).

**Деятельность «Круциаты»** основана на следующих принципах:

- KWC является антиалкогольным движением, объединяющим в своих рядах только абстинентов;
- KWC считает, что абстиненция, как и умеренное употребление алкогольных напитков, имеет значение в зависимости от своей мотивации; поэтому это движение не обосновывает абстиненцию как моральное принуждение и не считает, что этически абстиненция лучше, чем умеренное употребление алкоголя;
- KWC пропагандирует добровольную абстиненцию как эффективное средство достижения цели, какой является борьба с общественными последствиями алкоголизма;
- абстиненция в KWC имеет практическую ценность как средство спасения алкоголиков. Чтобы сохранить трезвость, алкоголик должен найти моральную опору в добровольных абстинентах. Присутствие одного или нескольких абстинентов может сломать стремление общественности к алкоголизации. Отсюда появился постулат добровольной абстиненции, принятой с мыслью о спасении близких, являющихся жертвами зависимости;
- абстиненция имеет значение для антиалкогольной профилактики среди детей и молодежи;
- KWC эффективно борется с причинами алкоголизма, особенно с компанейским принуждением к употреблению алкоголя;
- KWC предлагает воздержание по отношению к пиву и вину, так как их употребление может привести к появлению зависимости;

- алкогольная абстиненция, принятая сознательно и добровольно, освобождает того, кто ее принимает, потому что такой человек воспитывает и создает себя как личность, принимая решение (Podreznik KWC, 1992).

### **Иудаизм**

Иудаизм является монотеистической религией, признающей существование одного Бога. Иудеи в психопрофилактике советуют соблюдать религиозные наказания (обрезание, шаббат, использование специальной диеты, посты, воздержание). Они признают существование благодати Божьей, верят в Воскрешение мертвых, в существование ангелов и Высший суд.

Основой религиозного сообщества является приход (кагал), или кибуц, в котором проводятся различные мероприятия по профилактике наркомании. Впервые о мерах борьбы с наркоманией в иудаизме было рассказано в монографии L.Landman «Judaism and drugs. Commision on Synagogue relations FJF of New York» (1973), в которой наркомания рассматривалась в религиозном, народном, этическом, психологическом и социологическом аспектах. Прежде всего, эта книга была рекомендована родителям, чьи дети страдали зависимостью от наркомании.

Как показали проведенные исследования, в Нью-Йорке в 1967 г. среди всей популяции наркоманов иудеи составляли 4–7% (Sekiera С., 1994). В то время около 15 тыс. иудеев употребляли героин. В Сан-Франциско около 20% пролеченных наркоманов были иудеями. Особенное беспокойство вызывал тот факт, что употребление наркотиков быстро распространялось среди еврейских детей (Rosenthal G., 1973).

Эти данные мобилизовали еврейскую общественность для борьбы с наркоманией и для ее профилактики. В какой-то момент в обществе началась паника, так как родители буквально «потеряли голову от проблем», пресса давала различные советы, но не было единой программы. Правительство Израиля ужесточило наказание для торговцев и производителей белой смерти. Еврейская общественность пережила то, что мы можем назвать шоком. Оказалось, что иудеи также не смогли уберечься от зависимости от ПАВ. Подтверждалось, что алкоголизм так и не был полностью элиминирован в прошлом. Было замечено, что иудейская религия относится слишком терпимо ко многим ПАВ.

В иудаизме источником и мотивом действия служит Тора, которая предостерегает своих верных от употребления ПАВ. Как утверждают авторы ортодоксального документа Halakhis, наркотики, особенно марихуана, являются вредными веществами и не могут употребляться истинным иудеем (Landman L., 1973). Вследствие все более частых случаев потребления наркотиков в США уже в 1959 г. появились первые организованные центры для евреев, зависимых от наркотиков. Был образован Комитет по делам семей и детей при Федерации еврейских филантропов в Нью-Йорке.

В 1968 г. при Федерации была создана Комиссия по контактам с Синагогой, которая занималась проблемами наркомании. Соучредителем этой комиссии стал раввин Isaac N. Trainin. Комиссия выслала опросники 500 раввинам, которые должны были оценить степень распространенности наркомании среди своих прихожан. Ответили 57 человек, из них только 4 представили более-менее истинные данные по распространению наркомании среди молодежи. Остальные ответили, что подобной проблемы у них не существует. Раввин B.Stein сделал очередную попытку получить информацию о распространении наркомании и пригласил 700 раввинов на встречу

в Goldman's Hotel — приехали только 15. Так тяжело начиналась работа по профилактике наркологических заболеваний.

В настоящее время Федерация проводит широкую антинаркотическую деятельность в больницах, центрах здоровья, в семьях, среди рабочих. Созданы центры индивидуальной и семейной консультаций в районах Nassan, Suffolk, Westchester. Разработаны дальнейшие планы профилактического, воспитательного, образовательного воздействия. По мнению I. Trainin (1983), наркомания проникла слишком далеко в иудейское общество и дошла до школ. Раввин считает, что решение проблемы находится в руках родителей. Только счастливая семья и дом могут помочь в борьбе с наркоманией. Все остальные манипуляции без семьи будут утопией.

В психопрофилактике важны принципы и социальные нормы. Человек — это социальное существо, и его развитие и созревание происходит только в среде. Поэтому охрана здоровья, а следовательно, лечение и превенция являются обязанностью абсолютно всех (Tendler M., 1973).

В Бруклине и Гарлеме известна деятельность группы AREBA (Reeducation of Emotional and Behavioral Attitude). Появилось множество других групп для молодежи (Aleph Beth; Nadar Hatorach), изучающих хасидскую философию с целью профилактики наркомании. С 1971 г. на основе противонаркотического устава New York State's Youthful Drug Abuser Act, Torah Umesorah организован новый тип еврейских школ, опирающихся на иудейские традиции и этические принципы (Friedman M., 1983).

В Израиле, где государственной религией является иудаизм, по мнению H. Neichal (1994), члена антинаркотического общества (Тель-Авив), в настоящее время число наркоманов достигло 30 тыс. До 40% среди зависимых — преступники. В профилактико-реабилитационной программе используются различные меры и системы, чаще всего сложившиеся исторически. Наркоман признается больным человеком и направляется на лечение, даже если он является рецидивистом. Программы реабилитации и лечения включают не только саму реабилитацию, но и ресоциализацию как реинтеграцию с обществом. Реинтеграция происходит в религиозных общинах при синагогах. В Израиле психопрофилактикой занимается общество психического здоровья ENOSH. В последнее время созданы центры взаимопомощи, в некоторых кибуцах проводится профилактика наркомании через предложения работы, борьбу с безработицей или возможность развития профессиональных талантов и способностей.

Подводя итоги, можно сказать, что эффективность использования психопрофилактических методов, предписанных различными религиями, до сих пор изучалась недостаточно, и в настоящее время слишком мало научных и катанестических данных. Целесообразно продолжить проведение исследований по данной теме на научной основе и в практическом измерении, чтобы о ценности средства или метода в наркологической профилактике судить по их эффективности.

## **ТРЕЗВОСТЬ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АСКЕТИЗМА**

Трезвость как форму поведения или физиологическое состояние можно представить в различных аспектах. Если рассматривать отказ от алкоголя как аскетизм, то для этого необходимо ответить на несколько вопросов: что такое аскетизм с точки зрения психологии? Всегда ли отказ от алкоголя и трезвость являются аскетизмом? Какие факторы играют важную роль в аскетической практике? Аскетизм в теологи-

ческом аспекте означает добровольно принимаемый человеком труд для достижения высших морально-религиозных целей путем ограничения своих потребностей, подавления своих эмоций в соединении со строгой самодисциплиной и выдержкой.

Фома Аквинский писал: «Нет необходимости в особенной добродетели, чтобы умерить прием пищи. Во всех опьяняющих напитках содержится общая сила, парализующая разум» (STh., II –II, q. 149, art. 2, 3). Алкогольная абстиненция служит человеку для достижения высших целей, направленных к моральным и духовным ценностям. По мнению Фомы Аквинского, абстиненция необходима для того, чтобы «достигнуть мудрость в полной степени: кто хочет обладать такой мудростью, естественно, должен полностью воздержаться от потребления вина» (STh., II –II, q. 149, art. 2, 3).

Выбор аскетического стиля жизни связан с определенными трудностями. Прежде всего, аскетизм – это всегда добровольный выбор. Человек, имеющий зависимость от алкоголя и отрекающийся от него, знает по собственному опыту или из наблюдения за другими людьми о предмете своего отречения. Но он не всегда может полностью представить последствия своего поступка. Часто развивается конфликт по типу «стремление – избегание». Стремление к объекту, с которым связан поиск достижения эмоционального равновесия, а также избегание страдания, боли, которые этот объект может причинять. Внутренний психический конфликт связан в этом случае, с одной стороны, с неприятностями отречения, а с другой – с представлением удовлетворения потребностей, связанных с употреблением алкоголя.

Кажется, что человек, не имеющий алкогольной зависимости и отрекающийся от алкоголя, не чувствует в трезвости никакого психического напряжения. Это не так. Разница в этих случаях связана с направлением аскетизма: в первом случае – это негативный аскетизм, или «аскетизм от алкоголя», во втором случае – позитивный аскетизм, или «аскетизм к добру и высшим ценностям».

Психическое усилие стремящегося к трезвости человека, имеющего зависимость, начинается с признания своей зависимости, признания себя алкоголиком. Подобное изменение связано с изменением самосознания. Человек меняет свою жизнь вместе с изменением самосознания. Начинается вход в трезвое общество, возрождение взаимоотношений в семье, изменение мышления и привычек. Перед алкогользависимым человеком появляются сотни вопросов, большинство из которых адресовано самому себе: «Выдержу ли, не прерву ли абстиненцию?» Аскетизм связан еще с одним измерением – страданием. Человек не может полностью освободиться от страданий, но, с другой стороны, страдание может стать фактором, усиливающим устойчивость к неприятностям. Однако не известно, можно или нет увеличить свою устойчивость к стрессам.

В аскетизме не должно быть спешки, страха, неконструктивного обвинения людей за свои собственные поражения, а также постановки глобальных, нереальных целей. Это все является преградой в правильном понимании аскетического образа жизни. Не должно быть чрезмерного акцентирования внимания на значении физической нагрузки для развития аскетизма. Переусердствование будет выражаться в поддержании чрезмерного вегетарианства, без учета качественной и количественной ценности диеты; в переутомлении, в зависимости от работы, а также в сексуальных нарушениях. Иногда считается, что в назначении себе различных страданий, отречений и ограничений находится критерий особенной святости и превосходства. Естественно, что существенной ценностью аскетизма является господство духа над телом, но аскетизм не является ни целью, ни критерием истинной духовной жизни.

Z.Chlewinski (1985) выделяет два аспекта в аскетизме – формальный и содержательный. Формальный аспект означает определенную фактическую возможность, содержательный – мотивы, по которым человек что-то делает. В данной ситуации недостаточно иметь только сильную волю. Мотивационные механизмы, связанные с волей, являются способностью к осознанному и намеренному действию и воздержанию от других действий. Потребности, установки, ценности и эмоции выполняют в жизни человека мотивирующую функцию, что значит – инициируют, усиливают, модифицируют человеческую деятельность.

Главные потребности человека – это потребности в любви, в принадлежности к группе, в безопасности. По отношению к причинам абстиненции, т.е. отказа от алкоголя, потребности имеют особое значение. Если человек перестает пить из-за нехватки денег или страха перед смертью, то такая абстиненция не является аскетизмом, так как в данном случае появляется консумпционная и деструктивная (страх) мотивация.

Страх, который присущ человеку, является нормальным состоянием в случаях угрозы. При отсутствии угрожающего фактора чувство тревожности может быть свидетельством невротической реакции (Terruwe A., Vaars C., 1987). В этом случае происходит вытеснение других чувств человека, психическая жизнь которого становится подчиненной страху. Вред тревожности, который можно назвать «страхом перед будущим», выражается в исчезновении рационального понимания взаимоотношений между причинами и последствиями, в нарушениях процессов мышления, воображения, в перевесе внешних чувств и появлении различных соматических нарушений (боль, тахикардия, заикание, бессонница, нарушения кровообращения).

В поведении абстинента подобные реакции могут проявляться как сомнение в правильности своего выбора, в возможности выдержать трезвый образ жизни. В крайних случаях могут наблюдаться агрессия или злость как проявления реакции тревожности. R.T.Potter-Efron и P.S.Potter-Efron (1995) в своих исследованиях показали, что множество людей с зависимостями, а также их дети страдают от хронической злости. Подобный симптом будет проявлением нарушений в содержательном аспекте аскетизма.

Нарушения в формальном аспекте поведения (навыки, способы поведения, доминирование врожденных или приобретенных предрасположений) будут проявляться как отсутствие адаптации к изменению внешних условий жизни.

Следующим элементом в поисках дороги к трезвости является ответ на вопрос о смысле жизни. Абстиненция усиливает этот вопрос и заставляет искать на него ответ. Экзистенциальный вакуум, бессмысленность собственного действия и существования являются причинами алкоголизма. Наоборот, успокоение «боли существования» проходит через ряд психических кризисов к аскетической жизни и отказу от алкоголя во имя высших ценностей. Философские ценности придают смысл жизни и даже смерти, так как они стоят выше всего в системе человеческих ценностей. Стремление к этим ценностям и будет дорогой к аскетизму.

## **ДУХОВНОСТЬ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

В православной аскетике понимание «душевных болезней» значительно шире, чем в психологии. Аскетика имеет в виду не только ярко выраженную психопатологию, акцентуации характера, пограничные состояния, различные формы психопатий

и неврозов, но и «безнравственное состояние ума и сердца человека, волевою неспособностью состояния в добре» (Игумен Евмений, 1999).

По мнению митрополита Антония Сурожского (1997), важно различать **духовное** и **душевное**.

«Когда речь идет о духовности и душевности, эти области часто путают. Если спрашиваешь людей об их духовной жизни, очень часто в ответ они описывают свое душевное состояние, как будто духовная жизнь может быть выражена физическими и психологическими проявлениями. Однако если обратимся к Священному Писанию, мы увидим, что с самого начала истории человечества совершенно ясно определены две области: дух и плоть. А между ними находится область человеческой душевности, человеческая душа, очень напоминающая сумерки между тьмой и светом.

Эта область человеческой личности наиболее трудна для понимания и выражения в терминах духовной жизни. Словами определить границы душевной, духовной и телесной областей очень трудно: у нас есть вполне определенный опыт того, что происходит в нашем теле, в нашем уме, сознании, в наших эмоциях, но только немногим ведома область духа.

Аскетическая традиция считает область телесности гораздо более надежным путем к пониманию того, что происходит в духовной области, чем душевность. Аскетическая традиция предостерегает нас от опасности, заключенной в душевности. Душевность — область воображения, фантазии, ложных толкований; именно она нуждается, чтобы ее очистил, просветлил Бог, заполнил Собой. Наше дело — открыть Ему доступ путем собственной трезвости, путем неустанной борьбы с воображением. И, тем не менее, мы не можем познать ни Бога, ни благодати, ни многие взаимоотношения иначе, как на этом уровне».

В Священном Писании Ветхого Завета (Сирах, 38, 1–15) существует заповедь относительно обращения к врачу:

«Почитай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его, и от Вышнего врачевание... Господь создал ... врача, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими. Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь, и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце... И дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен... Кто согрешает пред Сотворившим его, да впадет в руки врача!» (цит. по: Игумен Евмений, 1999).

О важности совмещения в решении проблем человека религиозного и психотерапевтического подходов свидетельствуют классики различных направлений психотерапевтических школ. Австрийский психотерапевт, автор логотерапии Виктор Франкл считает: «Медицинское служение не претендует на то, чтобы быть замещением того лечения душ, которое практикуется священником. Каково же соотношение между психотерапией и религией? На мой взгляд, ответ очень простой: цель психотерапии — лечить душу, сделать ее здоровой; цель религии — нечто существенно отличающееся — спасти душу. Но замечателен побочный эффект религии — психогигиенический. Религия дает человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше. ... Нельзя сводить религию к неврозу или «коллективному бессознательному». Духовное измерение не может быть игнорируемо, именно оно делает нас людьми».

Как замечает доктор психологических наук Т.А.Флоренская (1995), «история отечественной науки свидетельствует о том, что бездуховная психология оказывается

и бездушной — «наукой без души». Став естественно-научной дисциплиной, психология «разобрала» душу на части, умертвив ее: так умирает душа, оторвавшаяся от духа, так утрачивает себя, свое изначальное призвание бездуховная психология. Психология начинает интенсивно осваивать наследие (мировое и отечественное) религиозной философии, духовного опыта исповедников веры, подвижников духа, расширять опыт работы с субъективным миром человека, его сознанием, а главное — строить новый взгляд, новое видение человеческой реальности в ее субъективной проекции. Появление второго полюса психологической предметности — духовности — открывает перед психологией перспективу стать подлинным лидером, а во многом и законодателем в системе наук о человеке».

В. Франкл напомнил психологам и психотерапевтам, которые занимаются не только зависимостями, но и другими человеческими проблемами, что конечное разрешение человеческих проблем невозможно вне осознания его отношений с Богом:

«Религиозный человек отличается, по-видимому, от нерелигиозного переживанием своего существования не просто как задачи, но как миссии. Это означает, что он осознает как Личность Того, от Кого исходит эта задача, ему известен Источник его миссии. Тысячи лет этот источник назывался Богом».

Такого же мнения придерживается президент Ассоциации гуманистической психологии, профессор Сэйбурского университета Джеймс Бьюдженталь. В «Науке быть живым» он пишет о возможностях, приоткрываемых процессом самопознания и внутренней работы по расчистке пути к духовному плану человеческого бытия:

«Все мы ищем Бога, все. Атеисты и агностики не меньше, чем богомольцы. Мы можем отказаться от этого поиска не больше, чем остановить поток нашего сознания. Наши мысли неизбежно сталкивают то, что есть, с тем, чего мы желаем, и вскоре мы уже представляем себе, какими мы могли бы быть, и таким образом вступаем на путь поиска Бога».

Я верю в то, что поиск Бога совпадает с глубочайшими стремлениями человека к его собственному бытию» (Бьюдженталь Д., 1998).

Выдающийся психолог и психотерапевт Ролло Мэй, классик экзистенциально-гуманистической психологии, считал, что прежде, чем начать работу с человеком, психотерапевт должен составить для себя портрет личности, состоящий из четырех слагаемых: свобода, индивидуальность, социальная интегрированность и глубина религиозности.

«Духовность личности является признаком больших возможностей. Это повод для ликования, ибо искра Божия потревожила темноту внутри нашей земной оболочки... Портрет личности будет неполным, если не учитывать ее внутреннюю духовную напряженность. Системы психотерапии, исходящие из чисто натуралистических принципов, обречены на неуспех. Мы можем сделать вывод, что здоровая личность должна творчески адаптироваться к пониманию предельности и что залогом здоровья является осознанное чувство духовности. Задача консультанта — научить клиента достойно принять и сделать устойчивым то духовное напряжение, которое присуще природе человека» (Мэй, 1998).

Роберт Дилтс (1997), один из ведущих специалистов в области нейролингвистического программирования (НЛП), считает, что «ответить на вопросы, касающиеся миссии (человека в этом мире), никак невозможно, не затрагивая тему Бога». Психотерапевты этого направления в своей работе с проблемами пациентов используют таблицу логических уровней, работа над которыми приводит человека к более глубокому пониманию себя и своего места в мире.

Психотерапевты, использующие НЛП как основную методику, предполагают, что для решения психологических проблем избавления от болезненных симптомов человек в конечном итоге должен прийти к вопросу осознания своего места в этом мире, смысла своей жизненной миссии, своих отношений с Богом. Поэтому можно сказать, что утверждение о том, что психология, психотерапия, а тем более профилактическая наркология могут быть атеистическими, является мифом, опровергнутым самими специалистами.

Как считает Игумен Евмений (1999), подход некоторых верующих людей к человеческим проблемам с точки зрения линейной шкалы «грех – добродетель» не соответствует тому глубокому учению о человеческой личности, которое предлагают святые отцы. Зависимости, по мнению автора, являются поводом для обращения не только к священнику, но и к психотерапевту. Зависимость он рассматривает как ситуацию, в которой какая-то привычка начинает властвовать над человеком, и предлагает следующую классификацию зависимостей:

- химические – алкоголь, табак, наркотики;
- психологические – зависимость от какого-то человека; желание постоянно переживать состояние влюбленности, накал страстей;
- невротическое переедание – зависимость от еды;
- зависимость от компьютеров;
- зависимость от работы («трудоголизм»).

Во всех этих случаях потребность становится автономной, приобретает большую власть и разрушает сложившиеся социальные связи. Человек оказывается в состоянии, когда он действует будто бы не по своей воле. Если мы говорим о духовности, то должны говорить об ответственности за себя, за свою жизнь. Именно духовность – высокая, значимая категория для людей, относящихся к жизни ответственно. Личность в христианской антропологии рассматривается в единстве духовных, душевных и телесных проявлений. И это единство достигается только при условии преобладающего влияния сферы духа. По утверждению святителя Феофана Затворника, духовную сферу в человеке составляют благоговение и жизнь в страхе Божиим, совесть, искание Бога. «Дух есть, прежде всего, способность человека различать высшие ценности: добро и зло, истину и ложь, красоту и уродство. Если выбор в этой области сделан, то дух стремится подчинить своему решению душу и тело. Через свой дух человек общается с Богом. Без общения с Богом дух человека не способен найти настоящий критерий для определения высших ценностей, так как только Бог, который Сам есть абсолютное благо, истина и красота, может верно указать решение человеку» (Православный Катехизис, 2000).

### **ТОТАЛИТАРНЫЕ КУЛЬТЫ И ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

В настоящее время заметно возрос интерес населения к вопросам религии. Известно, что народы многих государств имеют свою традиционную религию, а в некоторых странах она пользуется даже статусом государственной. Роль религии в формировании мировоззрения, в определении моральных и нравственных норм в обществе, в создании стабильной духовной атмосферы жизни государства общепризнанна. Однако состоявшейся тенденцией стал опережающий традиционные конфессии темп роста новых религий (табл. 26).

Аксиомой является и то, что социальные катаклизмы, приводящие к разрушению сложившихся устоев, сопровождаются и дестабилизацией духовной жизни.

Таблица 26

## Рост численности верующих (Г.Белфак, 1994)

Религия	Количество верующих (млн чел.)			Фактическое изменение 1980–1993, %	Предполагаемое изменение 1993–2006, %
	1980 г.	1993 г.	2006 г. (прогноз)		
Христианство	1430	1870	2380	+31	+27
Ислам	720	1000	1330	+39	+33
Буддизм	270	330	310	+22	–6
Индуизм	580	750	800	+29	+7
Иудаизм	20	20	20	0	0
Новые религии (секты)	90	120	200	+33	+67
Религии племен	90	100	70	+11	–30
Сикхизм	10	20	30	+100	+50
Прочие религии	260	230	220	–12	–4
Атеизм	190	240	280	+26	+17
Нерелигиозные группы	710	900	ИЗО	+27	+26
Мировое население	4370	5580	6670	+28	+21

Можно выделить следующие факторы ментальной экологии современного общества:

1. Уплотнение информационной среды – каждые 18 месяцев объем информации удваивается.
2. Нарастание некомпетентности населения в условиях информационного взрыва.
3. Глобализация идеологической агрессии и геополитического противостояния.
4. Поточно-конвейерное производство массовой культуры и культуральная дезориентация.
5. Рост маргинальности, утрата социальных связей и отчуждение.
6. Высокие темпы роста криминальной субкультуры, увеличение объема психического насилия как средства совершения преступлений.
7. Психологическая неграмотность населения как предпосылка любых манипуляций.
8. Доступность психотехнологий и широкое бизнес-консультирование.
9. Истеродемонический ренессанс, проявляющийся индустриализацией деятельности разнообразных медиумов и экстрасенсов.
10. Отсутствие эффективных и доступных институтов психогигиены и психопрофилактики.

Все это нередко приводит к образованию духовного вакуума, который заполняется «хаосом новой духовности». Эту новую духовность или экспортируют зарубежные религиозные организации, или она формируется различными культовыми группами. Чуждые для духовных традиций данной страны, эти религиозно-культовые организации обычно называют сектами, хотя юридически нормативного понятия «секта» нет. Более того, это понятие содержит в себе столько смысловых противоречий и разночтений, что его употребление целесообразно ограничить (Кондратьев Ф.В., 2000). В связи с этим было предложено новое обозначение – культовые новообразования, некульты, которое содержит в себе отличительные черты новоявленных сект от сект прежних времен. Вместе с тем является правомерным мнение М.Малерба (1997) о том, что наилучший критерий, позволяющий отличить секту от традиционных ре-

лигий, — это использование сектой веры для достижения целей, не имеющих ничего общего с духовностью: деньги, личные амбиции, политика.

На максимальном уровне обобщения выделяется три основных типа социальных групп (Орел Н.А., 2004):

1. **Культуральные:** национальные, имущественные, религиозные, территориальные, мировоззренческие, виртуальные, половозрастные, локально-временные, творческие союзы, художественные течения, клубы, общественные организации и движения.

2. **Паратоталитарные:** политические (партии, профсоюзы), корпоративные (фирменные, монопольные, спортивные), криминальные, элитные (финансовые, военные, академические и т.п.), подростковые сообщества (неформальные объединения).

3. **Тоталитарные:** радикальные и экстремистские партии, террористические организации, псевдорелигиозные, коммерческие (наркосообщества, экспансионизирующие маркетинговые сети), оккультные (парапсихологические, магические и т.п.), апокалиптические (катаклизматические, сайентологические, уфологические).

Ведущими характеристиками или векторами, по которым возможна дифференциация выделенных групп, являются: 1) возможность саморазвития и самоорганизации; 2) общность мировоззрения; 3) стереотипизация стиля жизни; 4) контроль властвующей верхушки; 5) иерархизация отношений; 6) жесткость кодекса поведения.

В последнее время в России на фоне известных социальных потрясений обозначилось огромное, исчисляемое тысячами количество разнообразных некультов («сект»).

Выделяют четыре основные группы сект, действующих в России: обрядовые, мистические, рационалистические и тоталитарные (табл. 27). Обрядовые секты характеризуются, прежде всего, особенностями в проведении религиозных обрядов, отражающих суть данного религиозного учения. В мистических — наибольшее внимание уделяется особым символам, образам, формирующим атмосферу загадок и тайн. Источником верования рационалистических сект признается Евангелие, которое зачастую трактуется извращенно, в соответствии с желаниями сектантского лидера. В тоталитарных — человек оказывается полностью подчиненным лидерам секты и утверждаемым ими догматам.

Среди тоталитарных культов выделяются следующие группы:

1. **Долгожители:** Мормоны, Свидетели Иеговы, Новоапостольская церковь.
2. **Послевоенная эклектика:** Сайентология, Мунизм.
3. **Псевдоиндуистские:** Кришнаиты, Трансцендентальная медитация, Шри Чинмой, Ошо Раджниш, Сахаджа-Йога, Тантра-Сангха, Ананда марга, Брахма-Кумарис, Сом Баба, Искусство жизни.
4. **Псевдобиблейские:** Церковь Христа, неопятидесятники, Семья, Уитнес Ли.

Таблица 27

## Классификация сект, действующих в России

Группы сект	Примеры
1. Обрядовые	Баптисты, старообрядцы
2. Рационалистические	«Источник жизни»
3. Мистические	Скопцы, пятидесятники
4. Тоталитарные	«Аум Синрикё», «Свидетели Иеговы», «Церковь Христа»

5. **Постсоветские:** Анастасия, Амрам Шамбалы, Белое Братство, Богородичный центр, Виссарион, Радастея, Божовцы, К богодержавию, Космические коммунисты, Адамиты, Страна Анура, Фархат Ата, Эксодус.

6. **Оккультные:** неоязычники, Нью Эйдж, Рерихианство, сатанизм, теософия Блаватской, Астрология, Неокаббалистика, Культ Чинг Хай, Новый акрополь, Фалуньгун.

7. **Псевдоправославные:** Опричное братство, учение и практика священников Анатолия Гармаева и Георгия Кочеткова.

8. **Коммерческие:** Сэмвел, Атлантида, Гербалайф.

9. **Педагогические:** Вальфдорская педагогика, Юнивер, Психологический колледж.

10. **Псевдоцелительские:** Порфирия Иванова, Столбуна – Стрельцовой, Трофимчука.

Секты оказывают существенное, нередко явно негативное, социально-психологическое влияние, приводящее даже к расстройствам психического здоровья (Кондратьев Ф.В., 1995, 1997; Полищук Ю.И., 1995, 1998). Данное обстоятельство явилось одной из причин того, что в Федеральной целевой программе по усилению борьбы с преступностью, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации №600 от 17 мая 1996 г., был выделен специальный раздел, разработка которого наряду с другими министерствами и ведомствами (включая Генеральную прокуратуру, ФСБ, МВД, Министерство юстиции и иные федеральные структуры) была поручена и Минздравмедпрому РФ. В этом разделе предписывалось, в частности, изучить и обобщить материалы о влиянии и медико-социальных последствиях деятельности в России новоявленных религиозных организаций. На основе результатов проведенной работы в 1998 г. Минздрав РФ опубликовал аналитический обзор «Медико-социальные последствия деструктивной деятельности тоталитарных сект», составленный в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского под руководством профессора Ф.В.Кондратьева с учетом принятого Межведомственной комиссией Совета безопасности Российской Федерации 23 июля 1997 г. решения №4 «Психическое здоровье населения России как проблема национальной безопасности». В этом решении говорится о том, что выяснение факторов риска для здоровья, в том числе психического, ни в коем случае не предполагает какого-либо вмешательства психиатров в религиозные ориентации адептов даже тех неокультистов, деятельность которых содержит этот риск. Данное положение определяет место и роль психиатров в социальной проблеме сектантства.

Действительно, казалось бы, психиатрия не должна иметь отношения к этой проблеме, поскольку любой человек вправе верить во что угодно. Вместе с тем являются реальностью многочисленные обращения за помощью к психотерапевтам и психиатрам лиц, считающих себя пострадавшими от деятельности неокультистовых групп и организаций. Поэтому объектом психолого-психиатрического исследования должен быть не сам факт принятия новой веры, а те психические изменения и расстройства, а также связанные с ними изменения социальной адаптации, которые возникают у адептов в результате участия в деятельности новоявленных религиозных культовых образований. В связи с этим необходимо строго обозначить правовые рамки оказания помощи пациентам, пострадавшим от деятельности неокультистов.

Психолог и психиатр, к которым обратились по тому или иному вопросу, сопряженному с деятельностью неокультиста, должны уметь отличить собственно психопато-

логию от тех отступлений от общепринятой социально-психологической нормативности, которые не могут быть квалифицированы как болезненные расстройства психики и поведения, какими бы парадоксальными они ни представлялись. Если же устанавливается факт добровольного присоединения к культовому новообразованию и у адепта не отмечается признаков психического расстройства, то какое-либо психиатрическое вмешательство недопустимо. Психиатрическая помощь может оказываться только при обращении самого адепта или же вышедшего из секты (экс-культиста), при информированном согласии с их стороны и при наличии соответствующих показаний. Однако в случаях развития тяжелого психотического состояния согласно Федеральному закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» может быть поставлен вопрос о недобровольном стационарировании (Кондратьев Ф.В., 2000).

Социально-психологическое и психиатрическое изучение предпосылок присоединения к культовым новообразованиям, особенностей психических изменений и расстройств, возникающих у адептов, представляется крайне необходимым в связи с отмеченной социальной значимостью проблемы сектантства. Однако верифицированных на репрезентативных материалах данных о распространенности тех или иных неокультизм, применяемых в них методах воздействия на неофита и последствиях этих воздействий нет. В связи с этим дополнительные материалы о деятельности культовых новообразований представляют интерес для психолого-психиатрического анализа.

По данным исследования, проведенного среди 1000 жителей Архангельской области, верующие составили 33%, колеблющиеся – 10%, безразличные к религии – 9%, не верующие, но уважающие чувства верующих – 48%. При этом 77% опрошенных придерживались православия, 1% – католицизма, 1% – протестантизма (лютеранства, баптизма, евангелизма, адвентизма), 10% – «просто христианства».

В Архангельской области есть и старообрядцы – община древлеправославной поморской церкви, которая была зарегистрирована в 1995 г. Среди официально действующих протестантских объединений – «Новое поколение», «Вефиль», «Жизнь во Христе», «Слово жизни», «Няндомская церковь христиан Веры Евангельской», «Адвентисты седьмого дня», община христиан баптистов, приход «Церкви Святой Екатерины», община «Церкви Христа».

За период с 1991-го по 2001 г. Управлением юстиции администрации области зарегистрированы уставы 123 религиозных объединений (Мельников В.Ф., 1997; Сидоров П.И. с соавт., 2001). Среди них в 1997–1999 гг. появились религиозная община «Свидетели Иеговы», община «Православной Церкви Божией Матери Державной», приход римско-католической церкви, буддийские центры «Карма Че Линг – Архангельск» и «Карма Че Линг – Северодвинск», отделение Санкт-Петербургского «Общества Сознания Кришны».

При опросе студенческой молодежи об отношении к религиозной жизни оказалось, что большинство респондентов положительно относятся к православию, а одна треть считают себя верующими. Важно, что многие из них не имеют представления об особенностях деятельности сект и других нетрадиционных религий, не знают разницы между ними.

В отличие от традиционных религий неокульты для привлечения максимального количества потенциальных членов (особенно среди молодежи) используют не только современный антураж религиозных обрядов, с претензией на интернациональ-

ность «новояз» (специальной сектантской лексики и терминологии), но и интенсивные методы рекламы и агитации (яркая, качественная полиграфия, непосредственная вербовка на улице, в транспорте, в учебных заведениях). Для создания имиджа духовности и бескорыстия секты широко афишируют свою благотворительную деятельность (Карпунин С.И., 1997). Вместе с тем декларируемые цели и практическая деятельность сект имеют расхождения, что, кстати, нередко является причиной изменений в названиях сект, особенно в тех случаях, когда по названию можно определить их подлинную сущность.

Источники жизнедеятельности секты, пожалуй, самая темная сторона их деятельности. Подавляющее большинство сект, действующих в настоящее время на территории России, – зарубежного происхождения, поэтому решающее значение в финансировании этих организаций имеют внешние источники (Кондратьев Ф.В., 2000). Кроме того, существенную роль играет создание сознательной или бессознательной финансовой зависимости адептов.

Что касается особенностей организации большинства сект, то прежде всего необходимо отметить ее иерархичность: во главе – основатель или лидер (пастор, гуру, президент и т.п.), безоговорочный духовный авторитет для наиболее приближенных учеников, ему непосредственно подчиняется определенный круг лиц; у последних есть свои ученики, которые соответственно являются лидерами еще более мелких групп, и т.д. (Мозговая О., 1998).

В качестве примера нетрадиционной религиозной организации можно привести секту «Источник жизни», действующую на территории Архангельской области. Среди особенностей ее деятельности и организации необходимо отметить следующее. На религиозных собраниях этой секты постоянно звучат призывы читать только Библию и игнорировать другие источники информации: телевидение, книги, журналы; учить псалмы наизусть и больше общаться с членами секты, активно пропагандировать ее идеи среди родственников и друзей. У членов организации поддерживается ощущение исключительности по сравнению с другими людьми, которые «находятся в плену у дьявола». Братья и сестры секты «Источник жизни» в лучшем случае равнодушно относятся к науке, русской истории и культуре, а Русскую православную церковь считают отступнической и сбившейся с «истинного» пути. Среди методов духовного воздействия в «Источнике жизни» главным является проведение служений, каждое из которых состоит из двух частей: первая – пение религиозных песен и чтение молитв, вторая – проповедь пастора. Источники жизнедеятельности, по-видимому, достаточно щедрые, поскольку эта секта может позволить себе аренду большого количества помещений, причем служения проводятся не только в Архангельске, но и в других городах области, а для «достойного проведения собраний» используется современная стереоаппаратура.

Чем же привлекательны нетрадиционные религиозные движения? Почему люди обращаются именно к «Источнику жизни» и «Свидетелям Иеговы», а не к традиционно более близкой русскому человеку православной церкви?

С точки зрения гуманистической психологии приобщение человека к какому-либо религиозному культу может играть существенную роль в его жизни, поскольку позволяет самоактуализироваться, достичь духовного совершенства и обрести смысл жизни (Зиглер Д., Хьелл Л., 1997). По мнению А.В.Меня (1991), стремление к добру, красоте и чему-то высшему – естественная потребность каждого человека. Вместе с тем, если религия оказывается в руках невротического лидера (что часто и проис-



Рис. 42. Вовлечение человека в деструктивный культ.

ходит в сектах), то такая «вера» приводит только к неврозу и распаду личности (Мэй Р., 1994).

Исследователи, как правило, выделяют четыре основные группы причин, которые подталкивают людей вступать в секты: интеллектуальные (человек приобретает особое мировоззрение, образ мыслей, существующие в жестких рамках данной псевдонаучной религиозной концепции), эмоциональные (приобретение эмоционального тепла, «братской любви»), социальные (семейные проблемы, потеря работы), духовные (потребность человека в духовном общении) (Макдауэлл А., Стюарт А., 1993).

Обобщенно и несколько условно можно следующим образом представить динамику вовлечения человека в секту (рис. 42). Чаще всего причинами нарушения привычного стиля жизни являются разнообразные внешние кризисные ситуации: тяжелая болезнь, смерть близких, потеря работы и т.п. В норме человек находит ресурсы и возможности для сохранения адаптивного поведения и преодоления трудностей. Другое дело, когда внешние факторы совпадают с определенной внутренней психологической предрасположенностью.

Внутренние факторы — это особенности личности и психики индивидуума, которые могут оставаться как в пределах нормы (психологические особенности), так и выходить за их границы (психопатологические особенности). В первом случае — это качества и черты личности, такие как застенчивость, доверчивость, потребность в самоутверждении (характерная для юношеского возраста), разочарование в культурных ценностях. Во втором — приобщение к секте определяется мотивами и стремлениями определенных психопатологических типов личности: истериоида привлекает возможность транса, мистических переживаний; депрессанта — мотив страдания, жертвенности; параноика — идея ненависти к врагам веры; лиц нарциссического поведения — идея исключительности и привилегированности.

Указанные факторы могут действовать как изолированно, так и совместно, но в любом случае их воздействие приводит к нарушению стереотипа поведения че-

ловека и развитию дезадаптации. Прежние поведенческие адаптационно-приспособительные реакции (психоэмоциональные проявления, привычки, формы общения) оказываются недостаточными для обеспечения индивидуума необходимым душевным комфортом. Несостоятельность прежнего стереотипа поведения приводит к возникновению душевного вакуума — состоянию психической незащитности. Со временем человек может справиться с возникшими проблемами, но может приобрести и другие поведенческие адаптивно-приспособительные реакции с формированием нового стереотипа поведения. Однако возможен и вариант, когда психологически незащищенная личность попадет под влияние умелого манипулятора. Это и реализуется в сектах, где в роли последнего выступает ее лидер. «Учитель» наполняет человека «спасительными» религиозными учениями, постепенно разрушая и практически уничтожая его естественную индивидуальность.

Вербовка чаще всего бывает успешной только при наполнении ее определенным психотерапевтическим содержанием, значимым для объекта воздействия. В 80-е годы прошлого столетия Американский семейный фонд, учрежденный для борьбы с сектантством, предложил четыре признака вербовщика:

1. Это *самый дружественный человек*, которого вы когда-либо встречали.
2. Это человек, *слишком заинтересованный* в том, что вам, как он выяснил, нравится делать.
3. Это тот, кто *осыпает вас комплиментами* и похвалами, хладнокровно оценивая, чем вы пригодитесь: энтузиазм, энергия, интеллектуальная сила, деньги, квартира и т.д.
4. Это тот, у кого *есть ответы на все вопросы*.

Ирония истории состоит в том, что сегодня бренд Американского семейного фонда захватила секта Мунистов и эксплуатирует его в своих целях.

Дезадаптация может приводить к развитию социально-стрессовых расстройств, требующих квалифицированной психологической коррекции или психотерапевтической помощи. В случае же вербовки развивается культовый вариант зависимого поведения.

Непатологическое культовое зависимое поведение характеризуется подчиненностью собственных интересов интересам секты или ее лидера; длительной фиксацией внимания на культовой деятельности; снижением способности контролировать вовлеченность в сектантскую деятельность; несамостоятельностью и пассивностью в выборе стратегии поведения.

Важным условием развития любого варианта зависимого поведения (в том числе культового) является зависимая личность вне личностного расстройства, характеризующаяся инфантильностью, внушаемостью и подражательностью, прогностической некомпетентностью и сниженной интуицией, ригидностью и упрямством, наивностью и простодушием, чувственной непосредственностью, любопытством и высокой поисковой активностью, максимализмом и эгоцентризмом, яркостью воображения и фантазией, впечатлительностью и нетерпеливостью, склонностью к риску, «вызову опасности», страхом быть покинутым.

К признакам патологического зависимого поведения В.Д. Менделевич (2002) относит наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости, непреодолимость зависимости, стереотипизацию поведения, синдром отмены.

Зависимые личностные расстройства по МКБ-10 характеризуются неспособностью самостоятельно принимать решения, готовностью позволять другим принимать

значимые решения, затруднениями начать какое-либо дело самостоятельно, готовностью добровольно выполнять неприятные работы с целью приобрести поддержку, плохой переносимостью одиночества, ощущением беспомощности, когда рушится близкая связь, охваченностью страхом быть отвергнутым, легкой ранимостью и податливостью любой критике.

Человеческий социум манипулятивен по своей природе, поэтому понятны непрекращающиеся попытки дискуссий со стороны ангажированных тоталитарными культурами «независимых экспертов» по поводу клинической реальности и академичности терминов деструктивного (культового) контроля сознания (личности). Однако уже 45 лет как Т.Д.Лифтоном (1961) обоснованы критерии деструктивного контроля сознания: средовый контроль, мистическое манипулирование, невыполнимое требование чистоты, культ исповеди, сверхценная священность учения, внедрение «новояза», доктрина выше личности, разделение существования (право на жизнь и развитие имеют только культисты).

Прошедший через секту мунистов и вышедший из нее С.Хассен (1988, 2002) определил деструктивный культ как авторитарную иерархическую организацию, которая практикует обманную вербовку и контроль сознания. К характеристикам контроля сознания он отнес тонкость и изощренность, сотрудничество и добровольное участие, восприятие наставников вначале как друзей (в этом отличие от «промывания мозгов»), создание новой идентичности (личности). Сферами контроля сознания по С.Хассену являются поведение, информация, мышление, эмоции.

Представляется возможным выделить следующие механизмы воздействия на личность (контроль и деформация личности) в тоталитарных сектах:

1. **Монологичность** — однонаправленность воздействия и исключение альтернативных источников информации.
2. **Мифологичность** — эксплуатация проверенных мифологических схем.
3. **Эмоциональность** — компенсация не полученного в миллисоциуме эмоционального тепла и «бомбардировка любовью» в культе.
4. **Коллективизм** — использование групповых форм само- и взаимоиндукции.
5. **Контраргументация** — опережающее внушение контраргументов на возможные возражения.
6. **Интолерантность** — стимуляция внушаемости на фоне психофизиологического истощения.
7. **Селективность** — рекрутирование неофитов из числа дезадаптированных и дефицитарных (зависимых) личностей.
8. **Манипулятивность** — использование технологий эффективного суггестивного влияния.
9. **Паранормальность** — эксплуатация вымышленных достижений на основе вневещественного опыта.
10. **Ритуалистичность** — создание экзотических культовых поведенческих стереотипов и «новояза», облегчающих тотальный контроль личности.

Патогенезу зависимого поведения предшествуют обратимые и корректируемые этапы социогенеза и психогенеза зависимости, наполняющие ее конкретной психосоциальной феноменологией (рис. 36).

Траектории и маршруты как вовлечения в секту, так и выхода из нее, безусловно, очень многовариантны. Но постоянной, чаще всего, остается структура зависимой личности, у которой можно изменить лишь тактический вектор актуальной зависимости.

Следует отметить, что мнения психиатров по проблеме пребывания человека в нетрадиционной религиозной организации порой существенно различаются (Батаев В.Г., Савенко Ю.С., 1995; Кондратьев Ф.В., 1997, 2000; Полищук Ю.И., 1995; Щиголов И.И., 1994; и др.). Так, при медико-психологической экспертизе деятельности религиозной организации «Свидетели Иеговы» (Каган В.Е., 1999) у 113 обследуемых не было обнаружено признаков деформации структуры темперамента и подтверждения связи длительности пребывания в организации с изменением личностных особенностей; по психологическим характеристикам выявлено преобладание представителей интровертированного типа личности (флегматики, меланхолики). Из другого же источника следует, что эта секта имеет сильную антигосударственную, антисоциальную и антитрадиционную (в том числе и антихристианскую) направленность, накладывает запреты на участие человека в жизни государства и общества; ограничивает своим адептам обращение за медицинской помощью, иногда даже в случаях, угрожающих жизни члена секты или его ребенка, что уже привело к смертельным исходам (Информационный материал Министерства здравоохранения РФ №2510/3774–96–27 от 21.08.1996). Не случайно в 35 странах деятельность этой организации запрещена.

В справке Центра реабилитации жертв нетрадиционных религий памяти А.С.Хомякова по поводу деятельности «Белого Братства» указывается, что оно является деструктивной религиозной организацией (сектой) оккультной ориентации. Данное заключение поддержала и Генеральная прокуратура РФ. В отчете Военно-медицинской академии и Комитета защиты семьи и личности утверждается, что «вовлечение молодых людей в религиозные секты приводит к разрушению семейных отношений, тормозит их психическое и социальное развитие, деформирует структуру личности» (Чегулина Е., 1999).

По данным другого психологического обследования (Полищук Ю.И., 1995), спустя 2–3 мес. после вступления в секту у людей отмечались изменения в поведении и функциональном состоянии: отчуждение от привычной социальной среды (родственников, друзей); отказ от учебы и работы с полным погружением в деятельность секты; прекращение чтения газет, просмотра телевидения; утрата интереса к противоположному полу; резкие изменения питания (недоедание) и сна (сокращение до 3–4 ч в сутки). Эти изменения приводили к физическому и психическому истощению, но в то же время способствовали еще большей убежденности в правоте религиозного учения и частым материальным пожертвованиям в пользу секты.

Священное знание, которое преподносится вступившему в секту как «высшая истина», требует от него «быть достойным достижения истины», поэтому он должен «перестроиться» — начинается процесс изменения «Я». Устанавливаемый контроль над волей, сознанием и чувствами адептов достигается жесткой дисциплиной, требованием и навязыванием штудирования определенных печатных пособий, психологическим давлением на тех, кто хочет уйти из секты (Привалов К.Б., 1987). У рядовых членов постепенно формируется психологическая зависимость от лидера и организации, что отражается в «огрупплении мышления» — в подавлении способности критического осознания действительности, сужении круга общения только членами секты, в прекращении отношений с семьей, друзьями, в создании атмосферы алларизма, т.е. тревоги и страха (Майерс Д., 1997).

Все эти изменения нарастают на фоне определенных действий во время религиозного собрания (однообразной музыки, стереотипных движений, песен), облегча-

ющих введение человека в гипнотическое состояние и способствующих повышению внушаемости (Рожнов В.Е., 1977). Механизм «психического заражения», взаимной индукции психического состояния между членами секты, находящимися вместе, способствует возможному развитию определенной психической патологии. Это могут быть прежде всего состояния со сверхценными или даже бредовыми идеями религиозного и псевдорелигиозного содержания, с вероятным развитием паранойяльных мыслей, аффективно-бредовых психозов. Данные литературы подтверждают, что у больных шизофренией, часто вовлекаемых в подобные организации на начальной стадии заболевания, под влиянием медитаций, гипнотизации, недосыпаний возникает обострение болезни вплоть до острого бредового психоза с галлюцинациями псевдорелигиозного содержания и до необходимости помещения в психиатрический стационар (Полищук Ю.И., 1998).

В любой общественной организации, будь то политическая партия, рабочий коллектив или секта, есть люди, у которых обнаруживаются те или иные психические изменения, но важно знать, зависит ли рост количества подобных индивидуумов от длительности пребывания в данной организации. Необходима динамическая беспристрастная медико-психологическая экспертиза деятельности любых религиозных организаций (как нетрадиционных, так и традиционных), для того чтобы определить степень социальной опасности и подтвердить наличие или отсутствие их разрушительного влияния на человека.

Это тем более важно в ситуациях использования тоталитарными сектами и деструктивными культами методов психофизиологического воздействия и ПАВ для насильственного управления психикой и поведением адептов.

Использование наркотиков религиозными сектами описано со времен Средневековья. Их стратегия и тактика весьма напоминают методы и приемы современных террористов, а наркотики занимали важное место в рекрутировании адептов. Ю.А.Габов с соавт. (2002) приводит в качестве примера секту ассасинов, возникшую в Персии в XI веке. Они совершали набеги на Сирию, убивали префектов, губернаторов, халифов и королей крестоносцев. Действуя в обстановке строжайшей секретности и аскетической дисциплины, ассасины нередко переодевались иноземцами, даже христианами. Их оружием был только кинжал, они приветствовали мученичество и смерть во имя идеи. Какое-то время эта тактика приносила успех в борьбе с сельджуками. Основателем и бессменным лидером ассасинов был Хасан ибн Сабах (1033—1124), который некоторое время был влиятельным чиновником при дворе сельджукского султана, когда сельджукам удалось захватить всю Переднюю Азию, включая Ирак, Персию и Сирию. Из-за интриг он в 1087 г. был отправлен в ссылку в Персию, где захватил крепость Аламут (Орлиное гнездо) в горах, на границе с Ираком, и стал именоваться с тех пор Старцем горы. Хасан ибн Сабах учредил семь религиозных степеней и создал кодекс ассасинов и систему постепенной психологической обработки будущих сподвижников. В эту систему входило применение наркотических средств для внушения одурманенным людям нужных Старцу горы установок. На определенной стадии (3-й) в душе обрабатываемого вызывались сомнения в истинности Корана, а затем бралась клятва в полном повиновении. Все последователи Хасана «федави» (самопожертвователи) и «искатели» вследствие воздействия внушения и наркотиков становились послушным орудием в его руках. Федави всегда достигали результата и спокойно жертвовали своей жизнью. Хасан практиковал убийства с явным расчетом внушить коронованным особам страх и тем самым обеспечить своей секте абсолютную тайную власть в мусуль-

манском мире. И только благодаря внутреннему расколу и смутам в 1256 г. Аламут был взят штурмом монголами хана Хулагу и все его обитатели перебиты.

И сегодня использование ПАВ – повседневная практика тоталитарных сект. Так, это свойственно псевдохристианскому культу «Белое братство», основанному на «новом откровении» и оккультном учении. Московские психиатры, имевшие пациентов из «Белого братства», не исключают использования в ритуальных напитках психотропных веществ. Родителями и бывшими адептами, среди которых было много несовершеннолетних, отмечалось применение в культе наркотических веществ и психоэнергетических средств («Иорданской воды», «живых аудиокассет» и т.д.). Есть подтверждение врачей-психиатров об использовании в «вине причастия» для адептов «Братства» психотропных средств (Колосовская С.Ф., 1994).

Наркотики часто выступают в качестве альтернативы медитации и духовным управлениям при спекуляциях новоиспеченных гуру на восточных религиях. Многие последователи «Единственной религии» Бхагвана Шри Раджниша применяли наркотики, следуя призыву гуру познать свою божественную природу, разбивать стереотипы и не подавлять своих инстинктов, помня, что «все дозволено» (Вандерхилл, 1996).

Стремление оккультистов и сатанистов проникнуть в иной сверхчувственный мир неизбежно приводило к использованию ПАВ для изменения сознания. Каждый из мистиков вносит свою лепту в учение об оккультизме. Так, Алистер Кроули изобрел множество мрачных ритуалов, связанных с сексом, наркотиками и кровавыми жертвоприношениями. В «Сатанинской Библии» Лавей (1966), являющейся американизированным вариантом учения А.Кроули, наркотики не применяются в ритуальной практике, но и не осуждаются. «Церковь Сатаны» отвергает любые запреты, провозглашая вседозволенность и совершение «всех так называемых грехов».

В СССР первые сатанинские группы («Черный ангел», «Южный крест», «Общество Сатаны» и др.) появились в начале 1980-х годов. В современной Москве насчитывается 15 сатанинских сект, построенных на пятиступенчатой иерархии. Сатанисты находят неофитов во всех слоях общества, но особенно активно среди наркоманов в возрасте 16–30 лет. «Московская Церковь Сатаны» проводит активную вербовку адептов в школах и вузах, обращая особое внимание на увлекающихся тяжелым роком и посещающих тусовки. В культе активно пропагандируются наркотики, употребляемые в культовых обрядах. Отдельные сатанинские секты до сих пор практикуют человеческие жертвоприношения, пьют человеческую кровь и служат черные мессы (Габов Ю.А. и др., 2002).

«Церковь сайентологии» предложила программы реабилитации наркоманов («Нарконон») и осужденных («Криминон»), используя большие дозы витаминов и саунотерапию, которые могут вызывать при интенсивных марафонах особые состояния сознания и галлюцинации, формируя «управляемый тип личности адептов» (Аналитический вестник. Федеральное собрание. – М., 1996, – №28).

Нельзя не учитывать и того, что наркобизнес – один из основных источников существования террористических организаций и тоталитарных сект. Так, «Талибан» – террористическое исламское движение – получало ежегодный доход от наркотиков около 80 млрд долларов США, из которых 45 млрд долларов тратилось на поддержку международного терроризма, в том числе и в Чечне (Рушайло, 2001). Наркотики были и остаются основой финансирования международного терроризма и в Афганистане, и на Северном Кавказе, и в любой точке мира. При этом интересы наркомафии несопоставимо выше формально декларируемых идей талибов или вахабитов.

В современном мире насчитываются десятки тысяч тоталитарных сект: Бразилия – 4100, США – 3000, Россия – 2500 (состоит около 1 млн человек), Великобритания – 2000, Италия – 400, Дания – 300, Бельгия – 150 и т.д. Оценивать их агрессивную деятельность необходимо с позиций психического терроризма. Уместно сопоставить определения и критерии агрессивности тоталитарных сект и террористических организаций.

**Тоталитарные секты** – культовые организации, стремящиеся к всецелому подчинению человека (его разума, воли, эмоций) при помощи манипулирования сознанием своих адептов и подавления способности к критическому мышлению.

**Критерии агрессивности:**

- провозглашение антигосударственных идей;
- поощрение ухода из семьи, отказа от учебы и работы;
- снижение духовного и интеллектуального развития человека;
- захват имущества и сбережений адептов;
- отказ от медицинской помощи;
- поощрение самоубийств и саморазрушающего поведения (в том числе наркомании).

**Террористические организации** – военизированные политические организации, стремящиеся путем насильственных методов воздействия (шантаж, нападения, убийства, провокации, коррупция) удержать определенную идеологию и добиться власти.

**Критерии агрессивности:**

- провозглашение антигосударственных идей;
- террористические акты;
- проникновение в органы власти;
- налаживание способов сбора и отмывания денег;
- распространение наркобизнеса.

Сравнение показывает, что отличие имеется только по вектору вооруженного насилия у террористических организаций.

Важно подчеркнуть, что психические расстройства у жертв религиозных культов и людей, подвергшихся террористическому воздействию, еще 10 лет назад в США рассматривались в рамках единых этиопатогенетических механизмов и клинических проявлений (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994 – third edition, 2000 – fourth edition, text revisod. Washington, DC, American Psychiatric Assosiation):

1) **Синдром диссоциативного неуточненного расстройства** проявляется у лиц, подвергшихся длительному и интенсивному насильственному внушению (промывание мозгов, изменение мышления, принудительная обработка сознания людей при захвате террористами или при вовлечении в секту).

**Диагностические критерии:** диссоциативные симптомы выражены, но клиническая картина расстройства полностью не отвечает диагностическим критериям специфического диссоциативного расстройства; происходит нарушение или изменение нормальной интеграции между способностью осознавать себя как личность, памятью на прошлые события и непосредственными ощущениями, нарушение нельзя объяснить простой забывчивостью.

2) **Осложненный синдром посттравматического стресса** проявляется у лиц, подвергшихся тотальному контролю в течение длительного времени (месяцы, годы), ставших жертвами концентрационных лагерей, захвата террористами, а также переживших пребывание в религиозных культах (причины не ограничиваются только указанными).

**Диагностические критерии:** хроническое течение; в течение нескольких лет периодически происходит переживание травмирующего события; при наличии психопатологических нарушений до травмирующего события прогноз менее благоприятный.

Одним из важных мотивов развития зависимого поведения является переживание комфортного и даже экстатического состояния, экзальтированного возбуждения и блаженства у адептов сект, что достигается достаточно простыми психотехниками с использованием религиозной риторики. При этом у бывших наркоманов возникает ощущение «кайфа», близкое к тому, что они испытывали в наркотической интоксикации. Когда человеку удается выбраться из секты и он лишается этих состояний, у него развиваются расстройства, близкие к клинике абстинентного синдрома с характерной «ломкой» у наркоманов (Габов Ю.А. и др., 2002). Это было, в частности, проиллюстрировано в России на примере адептов секты «Аум Сенрикё». Когда она распалась (после ареста ее лидера в Японии), то многие адепты оказались в психиатрических больницах, образно говоря, с явлениями «психологической ломки», представленной клиникой посттравматических стрессовых расстройств. В психологической сфере отмечались разнообразные невротические нарушения, страхи, бессонница, чувство дискомфорта, дисфория, подавленность, депрессия, идеи преследования. В соматической сфере обострились ранее имевшиеся хронические заболевания, развивался «спидоподобный синдром», характеризовавшийся повышенной чувствительностью ко всем вредным воздействиям окружающей среды. Такие люди нуждались в серьезных лечебно-реабилитационных программах и, как это ни парадоксально, в новых конструктивных и социально-адекватных зависимостях. Ведь их преморбидная личность и до попадания в секту чаще всего отличалась дефицитарно-инфантильными чертами измененной зависимой личности.

Можно выделить следующие общие характеристики деятельности тоталитарных сект и террористических организаций:

1. Сильная антигосударственная направленность — запреты на участие человека в жизни государства и общества.
2. Жесткая иерархичность организации с безоговорочным подчинением лидеру.
3. Сходство в источниках финансирования — внешнее финансирование из-за рубежа, часто через различные фонды. Создание финансовой зависимости от организации.
4. Создание имиджа бескорыстия и благонравия: декларирование принципов свободы, равенства и братства.
5. Использование специального антуража и групповых психотехник: у террористов — различные клятвы и посвящение с оружием, у сектантов — использование религиозных обрядов.
6. Интенсивные методы агитации и рекламы с претензией на интернациональность.
7. Привлечение максимального количества потенциальных членов, особенно среди молодежи.
8. Однородные психические изменения у участников — деформация структуры личности под интенсивным психологическим воздействием.

Таким образом, религиозные тоталитарные культы представляют сегодня угрозу национальной безопасности России так же, как и терроризм. Тоталитарные культы можно признать разновидностью **психического терроризма**, включающего манипулятивные воздействия на психику человека с целью уничтожения его индивидуальности и корыстного подчинения поведения, управления эмоциями и волей. Психический терроризм — самая массовая форма нелетального оружия (Сидоров П.И., 2005).

Именно из этого определения, думается, надо исходить, оценивая ущерб общественному и психическому здоровью нации от разрушительной деятельности деструктивных сект.

Эта деятельность имеет вполне определенные противоправные характеристики.

1. **Нанесение вреда здоровью людей и детей, вовлеченных в секту**, — нарушение ст. 18 «Международного пакта о гражданских и политических правах»; ст. 143 УК РФ; ст. 1, 5 «Декларации о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений»; принципа 2 «Декларации прав ребенка».
2. **Вовлечение в секту детей и подростков** несовершеннолетнего возраста — нарушение ст. 17 «Закона о свободе вероисповедания».
3. **Пропаганда и агитация, возбуждающая религиозную ненависть и вражду к людям, не являющимся членами сект**, — нарушение ст. 29, п. 3 ст. 55 Конституции РФ; п. 2 ст. 20 «Международного пакта о гражданских и политических правах».
4. **Покушение на свободу выбора и независимость личности** — нарушение ст. 2 «Декларации о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений»; п. 1 ст. 21, п. 3 ст. 29 Конституции РФ; ст. 1 «Всеобщей декларации прав человека».
5. **Запрещение участвовать в выборах органов государственной власти и управлении страной** — нарушение ст. 21 «Всеобщей декларации прав человека».
6. **Разрушение государственности России, морали общества и менталитета русского народа** — нарушение п. 2 ст. 6 Конституции РФ; ст. п. 3 2.18 «Международного пакта о гражданских и политических правах»; ст. 29 «Всеобщей декларации прав человека».
7. **Запрещение образования как средства, направленного на развитие человеческой личности, уважения к правам, свободам человека, терпимости между религиозными группами** — нарушение ст. 26 п. 2 «Всеобщей декларации прав человека».
8. **Нарушение прав и обязанностей родителей** заниматься нравственным воспитанием и нести ответственность за судьбу своих детей — нарушение п. 4 ст. 18 «Международного пакта о гражданских и политических правах»; п. 1 ст. 5 «Декларации о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений»; принципов «Декларации прав ребенка».

В различных информационно-аналитических исследованиях<sup>1</sup> дается краткое изложение учения большинства действующих в России сект, содержится список городов и областей, в которых они действуют, перечень официальных документов (итоговые заявления научных конференций, материалы Аналитического управления Государственной думы РФ, Министерства здравоохранения РФ и другие), в которых секты определяются как организации, наносящие вред здоровью людей; на основе установленных фактов подводятся итог деструктивной деятельности сект на территории России; показаны связи сектантских организаций с некоторыми зарубежными движениями и деятелями, покровительствующими им. На основании непосредственного обследования лиц, поступивших в психиатрические больницы в состоянии психозов с бредом псевдорелигиозного характера после посещения сект, а также собеседования с членами и руководителями сект сделаны выводы о том, что их дея-

<sup>1</sup> Д-иск «Энциклопедия. Новые религиозные организации России деструктивного, оккультного и неоязыческого характера». — Институт государственно-конфессиональных отношений и права. — М., 2000.

тельность наносит серьезный ущерб психическому, физическому, нравственному здоровью человека и семьям людей, вовлеченных в эти организации.

Ущерб здоровью проявляется в форме индуцированных бредовых, бредоподобных расстройств, патологических сверхценных идей и патологического развития личности, физического и психического истощения, создающего предпосылки для иных заболеваний и прекращения детородных функций; возникающие нарушения сопровождаются грубой семейной и социальной дезадаптацией личности, ставящей ее вне семьи, общества и государства. Деятельность учредителей сектантских организаций по реализации своего права на свободу совести и вероисповедания противоречит ст. 17 Конституции РФ, определяющей, что «осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц».

Не случайно в приказе министра здравоохранения РФ №245 от 13.06.96 г. говорится о недопущении использования «методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения» и о применении «методов и методик психологического и психотерапевтического воздействия... только при наличии лицензии на данный вид деятельности».

Некоторые исследователи считают, что единственный способ избавиться от контроля со стороны секты – депрограммировать человека, т.е. заставить его отказаться от своих убеждений, прибегнув, если это будет необходимо, даже к насильственному содержанию в заключении (Conway F., Sieglman J., 1979). Безусловно, подобные методы противоречили гражданским свободам и являлись неприемлемыми с медицинской точки зрения (Barker E., 1989). Поэтому сегодня используются добровольные консультации о выходе из культа (Хассен С., 2002).

По мнению Ю.И.Полищука (1995), необходимо создать лечебно-реабилитационные центры для оказания помощи «жертвам психического насилия со стороны сектантских организаций». Однако в Итоговом документе Палаты по правам человека при Президенте России (1996) указывается, что подобная идея противоречит закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Это сомнительное решение, поскольку пострадавшие есть и им действительно необходима лечебно-реабилитационная помощь.

Представляется целесообразным более широко информировать население через СМИ о возможности ущерба здоровью и личности человека при вступлении в секту на основе установленных и доказанных фактов деструктивной деятельности данной религиозной организации. Кроме того, необходимо нацеливать врачей общей практики и психоневрологических диспансеров на выявление и предупреждение психических расстройств, возникающих как у здоровых людей, так и у психически больных, попавших под влияние сект, на оказание им целенаправленной психосоциальной помощи.

Можно выделить следующие условия высокой толерантности к попыткам вовлечения в деструктивные культы:

1. Высокая социальная активность.
2. Хорошее образование.
3. Знание иностранных языков.
4. Доступ к разнообразным источникам информации.
5. Многогранность личности.
6. Разнообразные виды деятельности.
7. Профессиональный карьерный рост.
8. Видение перспектив развития личности.

Свидетельством растущего политического, общественного и правового осознания проблемы явились парламентские слушания в Государственной думе ФС РФ «Угрозы и вызовы в сфере информационной безопасности» (1996), разработка Институтом психологии РАН по заказу Совета безопасности РФ проекта «Основы государственной политики в области обеспечения информационно-психологической безопасности» (2000), принятие «Доктрины информационной безопасности РФ» (Российская газета, 28.09.2000).

### **Христианская наркология**

Большинство современных лечебно-реабилитационных наркологических программ имеет биологические и клинические, социальные и психологические блоки и аспекты. С точки зрения православной психологии и психотерапии медико-биологические нарушения являются вторичными по отношению к духовным и социальным проблемам. Православная наркология считает проблемы зависимости от ПАВ в первую очередь духовно-социальным следствием бездуховного образа жизни, жизни без Бога и вопреки Богу.

В большей или меньшей мере христианская составляющая явно или не явно присутствует во многих реабилитационных программах. Так, сторонники программы «12 шагов» называют ее не религиозной программой, хотя центральная идея выздоровления, не вполне формализованная в литературе АА, есть уверенность в том, что в каждом человеке есть образ Божий во всей полноте. Искажение этого образа – причина болезни. «Шаги» направлены на восстановление целостности души как образа Божьего. Целостность рассматривается во множестве связей человека с миром. Человек ведет кропотливую работу по трансформации ЭГО центрического мира алкоголика в БОГО центрический мир, начиная сознать всю глубину и сложность отношений этого мира. На последнем 12-м шаге алкоголика, пережив духовное пробуждение, несут эти идеи другим страдающим алкоголизмом. В России, с точки зрения Е.Савиной (1994), программа оказалась очень эффективной в силу особенностей восточного христианства. Христос и вера в Него воспринимались прежде всего как личный духовный опыт, которым люди делились. Это не мировоззрение, а глубоко личный опыт. Именно таким духовным опытом делятся участники программы «12 шагов».

Отец Анатолий (Берестов) с соавт. (2002) выделяет следующие принципы православного душепопечения, лежащие в основе **православной наркологии**:

1. Исповедание православной веры и привнесение ее духовной истины и чистоты во врачебную, психологическую и психотерапевтическую деятельность.
2. Базирование душепопечительской практики на религиозно-философском и психологическом отеческом и святоотеческом наследии.
3. Неприятие оккультно-мистических техник (программирование, кодирование, гипноз) и других методов воздействия на подсознание.
4. Пастырское окормление:
  - пастырские собеседования и проповеди;
  - занятия в группе по изучению Святого Писания;
  - приобщение к церковной жизни: Святые Таинства Крещения, Исповеди, Причастия, Елеосвящения;
  - литургическая жизнь, совершение молебнов, паломнические поездки по святым местам.

В Душепопечительском центре (ДПЦ) во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского с 1998 г. проводится программа реабилитации наркозависимых, направленная на избавление от недуга наркомании, нравственное возрождение личности, обретение семьей и обществом полноценных граждан и состоящая из трех этапов.

На 1-м этапе, который длится от 2–3 недель до 1,5–2 месяцев, проводится курирование абстинентного и постабстинентного синдромов. Важным является назначение тех или иных медикаментозных или фитопрепаратов, после чего начинается активное воцерковление и пастырское душепопечение.

На 2-м этапе, продолжительность которого от 6 месяцев до 1,5–2 лет, происходит удаление больного из наркозависимой среды, изменение образа жизни и активное духовное, психотерапевтическое воздействие на личность. Этап становления и закрепления ремиссии осуществляется психиатрами-наркологами, психотерапевтами, группой бывших наркоманов, вернувшихся к нормальному образу жизни, при активной пастырской поддержке. Анализируются интерсоциальные контакты и среда, способствовавшие формированию наркозависимости, моделируются ближайшие и отдаленные перспективы. Активно обсуждаются вопросы, касающиеся смысла жизни, понятий «грех», «страсть», проводятся беседы о христианских добродетелях. Осуществляется духовно-психологическая подготовка к Таинству Исповеди.

На 3-м этапе реабилитации осуществляется активная социализация молодых людей, возвращение их в общество и семью.

Естественно, что не все обратившиеся в ДПЦ проходят все эти этапы в силу своего неприятия тех или иных требований по процессу реабилитации (в среднем «отсев» составляет, как и в других центрах, около 40%), с оставшимися проводится активная работа.

Первичный прием больного в ДПЦ проводится врачом-психиатром-наркологом, который не только определяет состояние его здоровья, но и направляет на катехизацию, к психологу, психотерапевту и в дальнейшем прослеживает, насколько правильно больной проходит все этапы реабилитации.

В духовном плане на 1-м этапе реабилитации после снятия абстинентного симптомокомплекса, физической ломки, основной задачей является пробуждение у наркозависимого осознания его греховности и греховного образа жизни, выработка понятий о грехе, вечной жизни и сознания того, что наркомания — это результат греха и греховного образа жизни. Грех не лечится, а побеждается благодатью Божией и верою больного.

Пробуждение у больных наркоманией покаянного чувства и привитие им стремления к покаянию проводится всеми специалистами ДПЦ — психиатром-наркологом, психологом, психотерапевтом, катехизатором. В клинике НИИ наркологии с 1999 г. действует больничный храм во имя святой блаженной старицы Матроны Московской.

С 1999-го по 2001 г. отцом Анатолием (в миру — доктор мед. наук, профессор Берестов) с соавт. (2002) обследовано и пролечено 220 больных опийной (героиновой) наркоманией (82% мужчин и 18% женщин) в возрасте от 15 до 36 лет, судьбу которых нам удалось проследить в течение 2 лет. Катамнестическое наблюдение за больными показало хорошую эффективность проводимого лечения: 85% больных из числа желающих и полностью идущих по православной программе не употребляют наркотики, работают и/или учатся, у них наладились семейные отношения, а у некоторых родились здоровые дети. Таким образом, система реабилитации в пра-

восславном Душепопечительском центре под руководством иеромонаха Анатолия (Берестова) обнаружила хорошие результаты, прямо связанные с воцерковлением больных.

С медико-биологической и социально-психологической точек зрения ранее мы уже обсудили этиопатогенетические механизмы зависимости и подходы к реабилитации. Представляется уместным привести теологическую концепцию православной наркологии.

Михаил Труханов (1993) убеждает, что «страсть насытить нельзя. Она заставит человека работать себе, пока совершенно не поглотит его и не погубит. Победить страсти без прямой помощи Божьей невозможно. Бес, возбуждающий страсть, боясь, что одержимые ею обратятся к Богу, старается уверить поработанных страстью винопития (наркомании), что они могут быть избавлены от страсти в результате лечения. Памятуя, однако, что все действия всякого беса направляются на гибель человека, следует учитывать при этом и его коварство: с удалением из человека беса винопития (наркомании), якобы от медикаментозного лечения, в него входит бес какой-то еще более погубительной страсти (гордыни, гнева, блуда). И для человека тогда поистине последнее бывает горше первого. Потому-то поработанный какой-то страстью человек не должен обольщаться, что может избавиться от нее с помощью медицины. Ведь страсть — как нечисть духовная — может быть очищена и удалена только духовной святостью. Когда прошедший курс лечения в условиях лечебницы освобождается от страсти пьянства (наркомании), всегда нужно свидетельствовать об избавлении его от бесовщины отнюдь не медикаментозным вмешательством, но силою молитв родных, священнослужителей или всей Церкви; ибо бесовское обладание человеком, одержимым какою-то страстью, никогда не может быть удалено от человека ни гипнотическими сеансами, ни материальными средствами (медикаментозным лечением), но только благодатью Святого Духа, действующей в молитве, в крестном знамении...».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Велико богатство и разнообразие методов оказания помощи людям, страдающим наркоманией и алкоголизмом. Духовные методы воздействия являются альтернативными способами помощи по отношению к медицинскому лечению. Тем не менее это очень важный и серьезный аспект реабилитации. Все мировые религии — христианство, ислам, буддизм, иудаизм — отвергают аутодеструктивное поведение, в том числе и химическую зависимость, как тяжкий грех.

Духовная реабилитация направлена на восстановление высших ценностей человека — неповторимости жизни, любви, веры, терпения. Каждый верующий человек может сделать для себя выбор: вера и спасение души либо неверие. В любом случае каждый человек получает результат своего поведения.

Задача наркологической превентологии состоит в рациональном использовании имеющегося опыта духовного совершенствования.

В завершение этой главы представляется уместным привести текст молитвы, которую произносят члены АА на своих собраниях и в которой сконцентрирована вся мудрость этого движения:

«Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество — изменить то, что могу, и мудрость — отличить одно от другого. Аминь!».

## КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Данная глава посвящена исследованиям и вопросам, касающимся нескольких отраслей знаний – этнической психологии, этнической наркологии и социальной психологии. Современные культурологические исследования нацелены на поиск универсалий (сходства) в поведении людей из различных культур. Поиск сходства, т.е. интегральности культур, в наркологической превентологии обусловлен следующими факторами:

- «перенос и проверка» – когда социально-психологические теории и факты, полученные в одной культуре, проверяются в других культурах. Это дает возможность выявить наиболее универсальные и точные механизмы появления, распространения и профилактики социальной патологии;
- изучение других культур для нахождения психологических особенностей алкоголизации и наркотизации, отсутствующих в культуре исследователя;
- попытка интегрировать данные исследований, полученных в разных культурах, и создать универсальную концепцию превенции для максимально возможного числа культур.

Когда человек первый раз столкнулся с алкоголем – неизвестно. Это «эпохальное событие», скорее всего, произошло случайно, потому что «в противоположность большинству культурных открытий, алкоголь пришел к нам не как триумф воображения, а, скорее, через человеческое любопытство» (Rouché B., 1963).

Определенные традиции, удовлетворяющие социальные потребности, могут существовать необычайно долго. Американский антрополог D.Horton (1943) в свое время установил факт, что в первобытных обществах существует взаимосвязь между степенью алкоголизации и тревогой за обеспечение себя необходимыми условиями выживания. По мнению автора одной из известных классификаций алкоголизма Jellinek, неправильно было бы объяснять упорную алкоголизацию любого народа только функциональными причинами. Совместное потребление алкоголя является не только фактом идентификации с группой, но и служит в какой-то мере удовлетворению потребности солидарности с другими. Теории, пытающиеся выяснить устойчивость обычаев употребления алкоголя людьми с древнейших времен, безусловно, касаются и нашей страны, с определенными особенностями культуры, ее географического положения, климата, общественной психологии, религии.

В психологии любого народа отражаются его культура, история, коллективный дух нации и социальная действительность. Важно подчеркнуть, что алкоголь может рассматриваться как явление культуры только в рамках обычаев и традиций, принятых в обществе. Россия с ее сложным этническим составом населения, с разнообра-

зием культурных уровней и характера народов представляет особенно благоприятные условия для разработки наркологической превентологии.

## СОДЕРЖАНИЕ И ФУНКЦИИ АЛКОГОЛЬНЫХ ОБЫЧАЕВ В РОССИИ

Для русской культуры алкогольные обычаи — это исторически сложившиеся и передаваемые из поколения в поколение формы употребления спиртных напитков с соответствующими духовными эквивалентами обыденного сознания и мировоззрения. Алкогольные обычаи выполняют две социальные функции: являются средством стабилизации утвердившихся в данной среде отношений и форм употребления алкоголя и осуществляют воспроизводство этих отношений в жизни новых поколений.

Тенденция к увеличению злоупотребления алкоголем в России в течение последнего времени заставляет задуматься над возможными причинами этого явления. Может быть, причина в значительных социально-исторических изменениях последних десятилетий, а может быть, — в традициях и обычаях? Найти однозначный ответ не представляется возможным в силу существования различных взглядов на причины возникновения алкоголизма.

По свидетельству Начальной летописи, русская земля издавна жила по обычаям и законам отцов своих, жила «по правде и по закону святу, юже принесеху отци наши». Во времена светлого князя Владимира пьянства на Руси не было, — не было его как порока, разъедающего народный организм. Питье составляло веселье, удовольствие, о чем свидетельствует знаменитая поговорка князя Владимира: «Руси есть веселье пити, не можем без того быти». Прошли века, и ту же поговорку ученые стали приводить в пример пьянства, без которого «не можем быти...».

Напитки имели громадное значение в социальной жизни русского народа. Это были ячные и медвяные питья — брага, мед, пиво (от славянского — пити), эль (олуй, оловина), квас, — которые славяне употребляли на протяжении ряда веков, создавая свою культуру. Значительный доход приносило бортничество, вначале заменявшее пчеловодство. По преданию, святые Зосима и Савватий Соловецкие были признаны распространителями и покровителями бортей и пчел по всей земле. В муромской земле существовал даже особый молитвенник о сохранении пчел, а также ряд поверий о святости пчелы. Искусственное разведение пчел на Руси началось в XIV в. Повсеместное обилие меда и других продуктов, употреблявшихся для приготовления напитков, привело к установлению пошлин и мыта с меда, хмеля, солода, а также натурой — медом и хмелем.

Следы социального устройства жизни общества проявляются в организации пивовых общин. Древнеславянские общественные питейные заведения назывались корчмами. Происхождение этого слова корнями уходит к древним персам и арабам. Корчмой называлось место, куда народ сходил для питья и еды, для бесед и попок. Корчма на юге Руси имела гораздо большее значение, чем на северо-востоке, где общественная жизнь была развита слабее. В кабаке или трактире могли зайти только мужчины, в корчму же — и мужчины, и женщины. «В корчме и в бане уси ровные дворяне», — гласила народная поговорка. Кроме того, корчма приносила доход, так как облагалась налогом. Во времена Ивана IV был издан приказ, запрещающий кому бы то ни было варить мед, пиво и употреблять хмель. Право изготавливать и продавать питья принадлежало казне. Деятельность корчемника (имеется в виду не поставленного от казны) считалась преступной. Более того, в Паисиевском сборнике

XIV в. в списке запрещенных занятий рядом с чародеями и наукотворцами стоит корчемник. Иван IV продолжал насаждать царские корчмы.

Сведения о первом появлении водки в России относятся к 1386 г. и связаны с купеческим караваном, двигавшимся из Генуи в Литву. Генуэзцы преподнесли Московскому князю подарок – несколько сосудов с «горящей водой». Следующий приезд инородцев и второе знакомство с водкой состоялись в 1429 г., во времена Василия II. Тогда же впервые попробовали разбавлять «огненную воду». Однако, по другой версии, водка на Руси появилась как продукт перегонки спирта из квасогонения или медуварения (Романов С., 1998).

Иван Грозный, уничтожив вольные общины Новгорода и Пскова, намеревался восстановить падшие великорусские общины. Царь издает указ о назначении старост, сотских, которые должны судить за разбой, кражи, происходящие в земстве. При Иване Грозном сохраняется государственная монополия на водку. В смутное время Федора Иоанновича, а впоследствии и Бориса Годунова, часть питейных заведений закрывается: крестьяне «били челом» царю и просили закрыть кабаки, где собирались в основном горькие пьяницы. Часть кабаков закрывают, но при этом царь издает указы, запрещающие продавать питье, а вино разрешается варить только для себя. За нарушение указов применялись различные виды истязаний, иногда виновных забивали насмерть.

В 1598 г. Борис Годунов запретил частным лицам торговать водкой и в городах были открыты «царские кабаки» (Шипов Н., 1908).

Во времена царствования Алексея Михайловича происходят так называемые «кабацкие бунты»: крестьяне, не имея возможности уплатить «кабацкие долги», поднимали мятеж. Очень часто кабаки поджигали, в результате значительная часть построек была уничтожена. С 1649 г. продажа вина, пива и меда стала исключительным правом казны. С 1652 г. в малых селениях кабаки начали закрываться в посты и праздники. В этом же году Патриарх Никон собрал особый Собор о кабаках, на котором было принято решение больше одной чарки никому не продавать (Прыжов И., 1998). Благодаря «благим постановлениям этого Собора» пьянство уменьшилось. Однако как только правительство поняло, что в результате заметно ослабли доходы «царевой казны», постановления Собора были отменены.

В России около шести раз объявлялась монополия на водку. Государство несколько раз передавало водочное производство откупщикам. При Иване Грозном, согласно постановлению Стоглавого Собора, был принят ряд мер, направленных на предотвращение народного пьянства. Однако во второй период своего царствования Иван Грозный, начав жаловать своих приближенных правом открытия кабаков, устроил для своих опричников царский кабак и в интересах фиска сдавал кабаки на откуп.

В Петровскую эпоху пьянство усилилось. Об этом Патриарх говорил следующее: «Теперь и благородные и простые, даже юноши хвастаются пьянством, говоря бесстыдно друг другу: «тогда-то и тогда-то я был пьян, а церковные торжества в праздники проспал». Петр I даже опоэтизировал пьянство, устраивая шутовские праздники и создав «всепьянейшую коллегия», в числе членов коей был Никита Зотов, называвшийся «Всешутейшим отцом Иоанникием» (Шипов Н., 1908). Сам Петр I любил выпить и требовал, чтобы все приближенные от него не отставали, за чем зорко присматривал граф Апраксин. Во время ассамблей провинившийся должен был выпивать кубок большого орла. Петр I заботился и об умножении «кабацкого сбора», хотя и предназначал эти деньги на «нужнейшие потребности». В Петровскую эпоху

борьбы с пьянством не существовало — едва ли можно считать за борьбу с оным предписание для сибирских городов бить «ботажем» «задорных пьяниц», которых воеводы должны убеждать пить «честно, в веселье и в отраду».

Алкоголизм во всех слоях общества процветал с не меньшей силой и после Петра I. В XVIII в. раздавались лишь единичные голоса против пьянства: Ломоносов писал против праздничного разгула, св. Тихон Задонский боролся с масленичным разгулом, а святитель Дмитрий Ростовский написал проповедь «Десять горьких гроздов пьянства».

С 1767 г. Екатериной II окончательно учреждается откупная система. Питейный доход по вычислению проф. Китарры («Публичный курс винокурения») за 140 лет существования откупов увеличился в 335 раз. По его словам, народ пропил в одном только 1856 г. 151 289 909 руб., из коих в казну попало 82 193 358 руб., при этом откупщики получили чистую прибыль около 43 миллионов рублей. В 1860 г. доходы с откупов дали казне 103 600 000 рублей. Откупная система с первых же годов своего существования проявила тенденцию к беспощадному спаиванию, развращению народа, несмотря на то, что доход питейный постепенно падал. Вследствие этого в 1819 г. министром финансов граф Гурьевым был введен устав казенного производства и продажи питей. Спирт выкуривался на казенных заводах и продавался в казенных оптовых складах; розничная же продажа была представлена в определенном количестве заведений частным лицам. Питейный доход сразу почти удвоился (благодаря главным образом проискам одного из откупщиков — Кокорева, разбогатевшего на винных откупах), но пьянство уменьшилось. При министре финансов Канкрине откупная система была возобновлена с 1 сентября 1827 г. и существовала до 1 января 1863 г.

Для того, чтобы представить панораму русской алкогольной культуры, обратимся к наиболее типичным примерам употребления спиртного и пьянства крестьянства и рабочих, духовенства и монашества, солдат и офицеров, помещиков и высшей знати.

**Крестьянство** употребляло спиртное в основном в праздники, на ярмарках, свадьбах/поминках, во время «мирщины» (коллективное пьянство всего села), на «помогах» (угощение хозяином водкой пришедших помочь соседей). Вот типичная статистика 1875 г. по одному из сельских уездов: один кабак приходится на 360 крестьянских душ, расходы на водку составляют 36 рублей на крестьянский двор или семь ведер 40-градусной водки в год (1 ведро = 12,3 литра = 20 бутылей = 80 чарок). Появление традиций досугового общения с целью разрядки после тяжелого труда связано со становлением самосознания русского крестьянства. Потребность в общении реализовывалась в организации праздников. Живя впроголодь, месяцами питаюсь исключительно хлебом и пустыми шами, крестьяне стремились чрезвычайно широко отмечать праздники, другого способа самоутверждения они не знали.

**Малочисленным народностям Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока** пьянство прямо навязывалось алкогольной политикой царского правительства при колонизации национальных окраин России. Коренное население откровенно спаивалось и грабилось местной администрацией. Воеводы скупали за бесценок меха и обирали северных аборигенов с помощью вина до такой степени, что они не имели возможности своевременно платить ясак — натуральный налог пушниной. Например, в начале XX в. в стойбищах орочей бутылка спирта стоила 4 рубля, а шкурка первосортного соболя — 3 рубля. «Забота» правительства о малочисленных народностях сводилась в основном к доставке спирта.

**Рабочие** имели гораздо более широкий спектр причин и поводов для алкоголизации. Только официальных праздников в русском календаре 196. В качестве примера

влияния урбанизации на мотивацию алкоголепотребления приведем зародившуюся в рабочей среде традицию так называемых «спрысков» — выпивок в день получки: рабочий, возвращаясь домой с деньгами, заходил в трактир. Точно так же «спрыскивались» или «обмывались» поступление на работу и выпуск учеников, встречи и проводы, новые назначения, покупки. Традиционно пьянствовали целые мастерские и цеха. Характерно, что именно города стали инициаторами спроса на спиртные напитки в бутылках большого объема — по 3 и 6 литров. В 1912 г. Архангельская губерния запросила водку исключительно в трехлитровых бутылках. Хотя за двадцать лет до этого еще была так называемая «демократическая посуда» — стограммовые (сотки) и двухсотграммовые бутылки («мерзавчики» или «жулики») — стоимостью по 4 и 8 копеек.

Помещики также вносили свою лепту в насаждение алкогольных обычаев. Приведем отрывок из записанного современником рассказа помещика Сибирской губернии о его «правильной жизни»: «Летом, встав в 4 часа, выпиваю стакан (чайный, 200 г) водки и объезжаю поля. Потом в 6 часов выпью стакан водки и обхожу усадьбу. В 8 часов выпью стакан водки, закушу и лягу отдохну...». И так в течение всего дня каждые два часа принимался стакан водки. Этот яркий пример откровенного пьянства дает представление об алкогольных обычаях землевладельцев.

Пьянство в русской армии поддерживалось благодаря существованию так называемых казенных винных порций. В военное время солдатам отпускалась чарка (0,16 л) водки: строевым — три раза в неделю, нестроевым — два. В мирное время — не менее 15 раз в год (причины — ненастная погода, маневры, парады и т.д.). Непьющий солдат мог отказаться от чарки и получить за это вознаграждение в 6 копеек. По Морскому уставу Петра I матросу отпускали 4 чарки водки в неделю, а с 1761 г. — по чарке ежедневно. От чарки за денежное вознаграждение отказывались 50–75% матросов. В отличие от солдат и матросов кадровые офицеры обязательно должны были пить (под угрозой отставки). Выдача чарки в армии и продажа водки в солдатских лавках были запрещены только в 1908 г.

Можно привести многочисленные примеры пьянства высшей знати — царей и императоров. Так, в кутежах протекали молодые годы последнего русского императора Николая II. Наследник престола проходил стажировку в качестве младшего офицера в лейб-гвардии, приобщаясь ко всем традициям гвардейского пьянства. Обязательным для офицера было питье водки «аршинами» (рюмки составляли вплотную на аршин) и «лестницами» — поднимавшийся на второй этаж должен был выпить все рюмки, расставленные на ступенях.

Таким образом, можно выделить следующие черты русской алкогольной культуры: довольно жесткая «патриархальная решетка» традиций и обычаев, требующих питья по определенным поводам и превративших алкоголь в обязательный атрибут повседневного быта населения; традиционное потребление преимущественно крепких спиртных напитков (в 1911 г. в структуре потребления водка занимала 89,3%); разовые приемы больших доз алкоголя; высокая частота асоциального и криминогенного поведения в состоянии опьянения. Важно подчеркнуть, что алкоголь может рассматриваться как явление культуры только в рамках обычаев и традиций, принятых в обществе.

В XIX в. в России появились первые общества трезвости. Способствовали этому несколько факторов: проповеди священнослужителей, в которых говорилось о воздержании; патриархальный уклад жизни, при котором пьянство порицалось; дороговизна вина. Общества трезвости были созданы в Курской, Саратовской, Тульской,

Владимирской, Екатеринославской и многих других губерниях. Кроме того, в каждом селении выбирали старшину, который следил за употреблением спиртного. Судебная система в то время предусматривала различные виды наказания за излишнее употребление вина. Помимо телесного наказания за пьянство виновник платил штраф, одна половина которого шла в мирскую казну, а другая — в приходскую. В некоторых местностях обществ трезвости не создавали, но народ, собравшийся на сходку, давал зарок не пить. В редких случаях, когда без спиртного нельзя было обойтись, покупали виноградное вино. Как свидетельствуют историки, «меньше было трезвости вблизи столицы, больше всего вдали от нее». Последствия трезвенничества были благодатные: пили только тогда, когда это было необходимо, пьяных не было, цена жизненных припасов понижалась, повинности выплачивались исправно. Но откупщики продолжали жаловаться министру внутренних дел на священников, удерживающих народ от пьянства, требовали отмены указа Святейшего Синода, призывавшего к воздержанию. Министр финансов распорядился отменить приговоры городских и сельских обществ о воздержании и запретил проводить городские собрания и сельские сходки для сей цели. Но Святейший Синод указом от 10 августа 1859 г. благословил духовенство на борьбу с народным пьянством. Тем не менее откупщики добились того, что губернаторы на основании особых циркуляров должны были следить за тем, не делается ли со стороны священников что-либо насильственное и противозаконное, т.е. не требуют ли они клятвенных обещаний воздерживаться от употребления алкоголя после торжественно отслуженных молебнов, приговоров сельских обществ и т.п. Постепенно антиалкогольное движение стало затихать, общества трезвости начали приходить в упадок. С одной стороны, осознания вреда пьянства у народа не существовало, и с улучшением качества водки и ее удешевлением он снова начал пить. С другой же стороны, материально необеспеченному и приниженному православному духовенству трудно было бороться с сильными мира сего. К тому же и само духовенство в своей массе неясно понимало вред пьянства.

Продажа спиртных напитков при Николае I была воспрещена только инородцам Сибири и немецким колонистам. Русский же народ мог свободно пьянствовать. Однако во время крепостного права помещики, блюдя свои интересы, заботились, чтобы крестьяне их не спивались (Шипов Н., 1908).

В 1863 г., после освобождения крестьян, откупы были уничтожены и вследствие того, что был наложен ничтожный акциз на спирт, водка подешевела, в результате чего пьянство сразу возросло. Откупщики были уверены, что народ, получив волю 19 февраля 1861 г., совсем сопьется. В чем-то их надежды оправдались. Но уже вскоре акциз на спирт начал постепенно повышаться. Все это, конечно, привело к усилению народного пьянства. Особенно тяжелым стало положение русского народа на Севере и в Юго-Западном крае.

Местные помещики (преимущественно поляки) после освобождения крестьян от крепостной зависимости в каждой деревне оставляли за собой по десятине и более земли, на которой создавали кабаки. При всем своем желании народ не мог освободиться от шинкаря, за которого стоял помещик. Бывали случаи, когда крестьяне под влиянием убеждений священника поднимали голос против шинкаря, против его беспатентной торговли, но это крестьянам обходилось дорого: помещик отказывал им в продаже дров, в пастбище для скота и пр. Испытавши разного рода гонения и притеснения, крестьяне волей-неволей мирились с существующим порядком вещей.

Указ Св. Синода от 5 июля 1889 г., призывавший духовенство «путем живого и ближайшего воздействия на население способствовать отвлечению низших классов городского и сельского населения от питейных заведений и от употребления вина», вновь повлиял на оживление деятельности духовенства в борьбе с пьянством, так как часть духовенства откликнулась на этот призыв, и уже в 1889 г. насчитывалось 95 обществ трезвости, утвержденных министром внутренних дел, и 36 церковно-приходских (Шипов Н., 1908).

Общества трезвости активно работали в Ковенской губернии, где народ был наиболее стеснен, в Гродненской, Виленской губерниях, одновременно в Поволжье, Московской губернии, в Петербурге и близ Петербурга, в Сибири.

Благодаря распространению шинков в 1863 г. казна получила доход на 7% больше, чем намечалось. Правительство начало выяснять, сколько же денег осталось у народа, т.е. что недополучила казна и насколько занижена цена на вино. Над всей этой политико-экономической игрой посмеялась судьба, когда по вине наборщика вместо 16 млн руб. серебром была напечатана цифра 66 млн руб. Тот факт, что 66 млн рублей, которые должны были поступить в казну, остались у народа, вызвал недовольство в Министерстве внутренних дел. Тогда губернии предъявили свои данные, в которых говорилось о том, что в 1863 г. народ выпил водки и вина на 300 млн руб. больше. Это означало, что целые губернии выпили водки больше, чем предполагалось: в Пензенской — на 281%, Иркутской — на 151%, Ярославской — на 150%, Петербургской — на 93% и т.д. В 1863 г. вся Сибирь выпила на 134% алкоголя больше, чем предполагалось. В результате всеобщего пьянства правительство в 1864 г. увеличило патентный сбор. В 1865 г. была учреждена комиссия с целью пересмотра правил торговли крепкими напитками и ограничения пьянства народа. Член комиссии князь Васильчиков так оценивал работу комиссии: «Впечатление такое, что комиссия эта была несерьезная. Она открыла свою работу тем, что начала читать записки, составленные чиновниками питейно-акцизного управления, в которых оспаривался сам факт пьянства, и все жалобы приписывались прежней партии откупщиков. Чиновники утверждали, что народ пьет не более, чем прежде» (Прыжов И., 1991).

Комиссия приняла ряд мер, направленных на предупреждение пьянства. С этой целью все места торговли спиртным в городах могли быть открыты только с разрешения общества, владельцев земель, городских учреждений. Комиссия предписывала обращать внимание на личность виноторговцев, от которых требовалась благонадежность. Патенты на продажу выдавались только на год. Комиссия предписала увеличить расстояние питейных заведений от сельских церквей и ввести в законодательство некоторые учреждения, близ которых не может быть терпима даже продажа. В устройстве питейных заведений запрещалась любая мебель, кроме полов и стойки. Одной из последних мер против пьянства было решение городских дум обложить питейные заведения новым акцизом в пользу города.

Между тем по случаю различных вновь вводимых земских учреждений возле кабаков собирался народ: потолкует народ, да и выпьет. Это привело к увеличению числа лиц, умерших от употребления вина. Как отмечает И. Прыжов (1991), умерших от пьянства в Москве в 1855 г. было 1423 человека, в 1857 г. — 1713 человек, в 1858 г. — 1774 человека, а опившихся в 1863 г. и «счесть трудно». По сведениям 1863 г., число жертв преждевременной смерти от пьянства составило 7155 человек. Ежедневно от пьянства умирало 7 человек. По отчетам полицейского управления, в 1863 г. за пьянство было арестовано 21 794 человека.

Л.Н.Толстой в статье «Пора опомниться» (1889) писал: «Вино губит телесное здоровье людей... губит душу людей и их потомство и, несмотря на это, с каждым годом все больше и больше распространяется употребление спиртных напитков и происходящее от него пьянство. Заразная болезнь захватывает все больше и больше людей: пьют уже женщины, девушки, дети. И взрослые не только мешают этому отравлению, но, сами пьяные, поощряют их. И богатым, и бедным представляется, что веселым нельзя иначе быть, как пьяным или полупьяным; представляется, что при всяком важном случае жизни: похоронах, свадьбе, крестинах, разлуке, свидании, самое лучшее средство показать свое горе или радость состоит в том, чтобы одурманиться и, лишившись человеческого образа, угодиться животному».

В России в 1863–1866 гг. ежегодно на душу населения приходилось в среднем по 4,55 л чистого спирта. Активная пропаганда трезвенничества уже через 10 лет привела к снижению потребления спирта до 4,18, еще через 10 лет – до 3,32 и в 1893 г. – до 2,98 л в год (Синицкий В.Н., 1988).

С 1895 г., после проведения реформы в производстве и торговле винно-водочными изделиями, потребление спиртных напитков увеличивается до 4,7 л на душу населения (Ключевский О.В., 1937).

За два года до Первой мировой войны профессору В.М.Бехтереву удалось убедить власти в необходимости создания государственного института с целью лечения алкоголиков и исследований проблем алкоголизма. Министерство финансов выделило для строительства этого института 250 000 тыс. рублей. Потребовались дополнительные ассигнования. В.М.Бехтерев обратился в Государственную думу с проектом, который был отдан на рецензию академиком И.П.Павлову, Н.Е.Введенскому и А.Я.Данилевскому. И.П.Павлов в результате несложных расчетов определил «безвредную норму» – 1 стакан 40-градусной водки – и пришел к выводу о нецелесообразности открытия подобного института в России. Эта пресловутая «суточная норма» чуть не повредила открытию будущего института. Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма и помощи алкоголикам был открыт в мае 1912 г. (Воробьев В.С., 1988).

Как показывают исследования, «практический опыт действия законодательства в России в 1914–1917 гг. убедительно свидетельствует о слабой эффективности и бесперспективности искоренения пьянства и алкоголизма как социальных явлений путем резкого ограничения и даже почти полного запрещения продажи спиртных напитков. В Российской Империи не существовало сухого закона. Изданные на протяжении 1914–1917 гг. нормативные акты представляли собой систему жестких запретительно-ограничительных мер в отношении продажи спиртных напитков. Усугублявшееся тяготами военного времени тяжелое социально-экономическое положение малоимущих слоев населения неизбежно толкало к поиску, взамен спиртных напитков, других ПАВ» (Запорожченко В.Г., Гаплыков А.В., 1998).

После Октябрьской революции Совет народных комиссаров РСФСР 19 декабря 1919 г. принял предписанное В.И.Лениным постановление «О воспреещении на территории РСФСР изготовления и продажи спирта, крепких напитков и не относящихся к напиткам спиртосодержащих веществ». Несмотря на данное постановление, самогон оставался наиболее распространенным алкогольным напитком в стране. За два года число обнаруженных случаев самогонварения увеличилось почти в 2 раза (с 94 тыс. случаев в 1922 г. до 275 тыс. в 1924 г.). Колоссальное потребление самогона, огромный ущерб, наносимый народному хозяйству самогонварением, расши-

рение пьянства среди населения вынудили правительство взять на себя производство водки и ввести винную монополию. В 1925 г. в России расширена продажа сорокаградусной водки. В последующие годы производство алкогольных напитков увеличивается, и в 1940 г. потребление спиртных напитков (в пересчете на абсолютный алкоголь) составило 1,9 л на душу населения (Сидоров П.И. и др., 1990).

Война в 1941–1945 гг. сопровождалась в СССР снижением потребления алкоголя, которое еще в 1950 г. оставалось ниже предвоенного (1,9 л против 2,3 в 1940 г.).

К 1950 г. производство всех алкогольных напитков достигло почти довоенного уровня и в последующем увеличилось. Начиная с 1960-х гг., потребление крепких спиртных напитков составляло почти 69,5%. После 1962 г. все сведения о потреблении спиртных напитков, соответствующих расходах населения и связанных с алкоголем негативных явлениях исчезли из официальной статистики и стали предметом государственной тайны. В 1988 г., когда эти данные были рассекречены, стало известно, что рост потребления алкоголя достиг максимального уровня в 1979 г. – 10,6 л чистого алкоголя на человека в год. Во второй половине 1960-х годов отмечался рост смертности и снижение продолжительности жизни мужчин до 61,4 года (Заиграев Г.Г., 1994).

Далее государственная политика по отношению к пьянству не отличается особенной эффективностью. Менялись лишь названия указов и постановлений, а алкоголизм то «перемещался» в подьезды, скверы, на улицы (после указа 1958 г. Н.С.Хрущева, по которому запрещалась продажа алкоголя во всех предприятиях общественного питания, кроме ресторанов), то вдруг расширялось потребление низкосортных плодово-ягодных вин, что привело к «омоложению» алкоголизма и вовлечению в пьянство подростков (1970 г. – указ Л.И.Брежнева о сокращении производства крепких спиртных напитков и расширении производства вин и пива) и, наконец, венцом антиалкогольной политики является реформа М.С.Горбачева (1985 г.).

Для периода алкогольной политики 1980–1984 гг. характерна стабилизация потребления алкоголя. Государственная продажа составила 10,1–10,5 л, реальное потребление 13,1–14,8 л. В этот же период наблюдается стабилизация продолжительности жизни у мужчин на уровне 61,4–62,3 года.

В 1989 г. Госкомстат СССР и РСФСР провели расчеты производства самогона на основе семейных бюджетных обследований и закупок сахара населением. В соответствии с этими данными, в РСФСР в 1981–1984 гг. производство самогона составляло 30,2% от алкоголя госпродажи (в Финляндии, например 12%). Суммарное потребление алкоголя составляло 13,8 л (сравните: Франция–13,5 л). С 1988 г., когда начались перебои с сахаром, эти расчеты стали неточными, а с 1990 г. данных нет. Этапы алкогольного потребления в СССР до 1985 г. отражают общеевропейские тенденции, несмотря на «железный занавес».

Следующий период антиалкогольной кампании в СССР длился с 1985 по 1991 г. За первые три года антиалкогольной реформы часть водочных заводов закрыли, оставшиеся резко сократили выпуск водочной продукции. Винные заводы в большинстве своем перешли на производство безалкогольных напитков, беспощадно вырубались виноградники. Запретили торговлю спиртными напитками в кафе, ресторанах. Легальное пьянство сменилось подпольным. Объем государственного производства алкоголя уменьшился в два раза. Тем не менее потребление алкоголя держалось на прежнем уровне за счет суррогатных напитков и... самогона (Левин Б.М., 1997).

Реформа создала много новых проблем — от финансовых (дефицит бюджета) до потребления неконсумационного алкоголя и возрастания токсикомании. Многие справедливо утверждали, что «никакой алкогольной политики в России не существовало» (Левин Б.М., 1997). Однако в результате антиалкогольной кампании в России в 1987 г. «потребление алкоголя из государственных ресурсов» сократилось в 2,7 раза, или на 63,5%, по отношению к 1984 г., что существенно превысило запланированные темпы снижения госпродажи на 11% в год. С 1987 г. уголовная ответственность за изготовление суррогатных напитков без цели сбыта была заменена на административную. С 1 января 1988 г. началось увеличение госпродажи алкоголя, а с 25 октября 1988 г. наступает конец антиалкогольной кампании. Результаты реформы, безусловно, отразились на демографических показателях. С 1985-го по 1987 г. в РСФСР отмечалось снижение смертности и рост ожидаемой продолжительности жизни до 64,9 лет у мужчин и 74,3 у женщин. Это произошло в результате уменьшения насильственных смертей (травмы, отравления, несчастные случаи). В результате антиалкогольной кампании в России НЕ УМЕРЛО почти 700 тысяч человек. К 1993 г., когда потребление алкоголя достигло уровня 1984 г., количество неумерших достигло почти миллиона. Это — главный позитивный итог кампании. Антиалкогольная кампания 1985 г. показала жесткую зависимость демографических показателей от количества потребляемого алкоголя. Потеря 9,5 месяцев жизни для мужчин и 4 месяцев для женщин может быть отнесена за счет каждого дополнительного литра алкоголя сверх 8—10 литров в год. В настоящее время можно рассчитать цену одного «сверхлитра» после 8: она примерно равна смерти 65 тыс. человек (Немцов А.В., 1998).

В период 1992—1996 гг. главным событием алкогольной политики является либерализация цен на спиртную продукцию в январе 1992 г., что вызвало резкий рост потребления нерегистрируемого алкоголя—21,9%. Резкий скачок потребления алкоголя привел к увеличению почти всех зависимых показателей, особенно к росту насильственных смертей на 22,3% (173,0 на 100 тыс. населения). Этот показатель превышал западноевропейские (во Франции, например, он равнялся 88,3 на 100 тыс. населения). Отмечался стремительный рост отравлений суррогатами и фальсификатами алкоголя (количество случаев отравлений спиртным в год, в тыс.): 1991 г. — 16,1; 1992—26,2; 1993—45,4; 1994—55,5; 1995—43,4; 1996—35,2; 1997—27,2; 1998—24; 1999—27,2; 2000—31,5. Отказ в январе 1992 г. от государственной монополии на производство и продажу винно-водочной продукции, переход к рыночным отношениям привели к полнейшей дезорганизации и хаосу в этом вопросе. Отсутствие государственного контроля способствовало увеличению в 1,5 раза «пьяной преступности». Медико-социальный анализ алкогольной обстановки в начале 1990-х гг. выявил изменение мотивов потребления алкоголя — распитие спиртного ради удовольствия и наслаждения стало уступать распитию с целью снятия стрессов и чувства неудовлетворенности, ухода от гнетущей и мрачной обстановки. Упразднилась система социального контроля и профилактико-воспитательного воздействия на лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. На работе, по месту жительства все больше стала утверждаться система равнодушия и терпимости к проявлениям пьянства. По результатам опросов, проведенных экспертами — сотрудниками МВД, в 2000 г. основной причиной обострения положения алкогольного рынка в России явилась непродуманная налоговая и ценовая политика государства. С 1999 г. были дополнительно повышены акцизы на водку на 20%, а с января 2000 г. — на 40%. Увеличение цен при низкой покупательной способности создало условия для роста нелегально-

го изготовления спиртных напитков. По оценкам экспертов, до 70% жителей села потребляют самогон. Каждые трое из четырех опрошенных в селе и каждый второй опрошенный в городе отмечают наличие массового самогонаварения и тенденцию его роста. Среди опрошенных 83% не верят, что в ближайшие 2 года обстановка изменится к лучшему (Заиграев Г.Г., 2002).

Период алкогольной политики с 1996 г. до нашего времени характеризуется тем, что потребление алкоголя держится на рекордно высоких цифрах – от 14,8 до 15,1 литра на человека. Как способ борьбы с фальсификаторами водки и крепких спиртных напитков, с 24 февраля 2000 г. повышены цены на крепкие спиртные напитки почти на 40%.

На фоне сокращения в России производства важнейших продуктов питания происходит устойчивый рост выпуска отечественных алкогольных изделий. За первое полугодие 1995 г. производство мяса снизилось на 29%, цельномолочной продукции – на 23%, хлеба – на 12%, но выпуск водочных изделий вырос на 29%, коньяка – на 21%, плодово-ягодных вин – на 5%. В результате потребитель может выбрать в среднем – или 1 кг колбасы, или 5 бутылок водки за те же деньги. Самогон также актуален – его доля в структуре потребления составляет 80–85%. Среди опасных предикторов потребления спиртных напитков отмечаются: омоложение контингента пьющих и увеличение числа пьющих женщин, что ведет к необратимым последствиям для здоровья будущего потомства.

В истории человечества в течение определенного времени появлялись и исчезали тысячи обычаев. Употребление алкоголя – это обычай, который прочно вошел в нашу жизнь, несмотря на то, что во все времена люди хорошо знали о скрытых в нем опасных последствиях.

В XXI в. алкоголизм в нашей стране продолжает оставаться сложной медико-социальной проблемой. Более того, алкогольная ситуация в России многими специалистами и экспертами характеризуется как катастрофическая, прежде всего с учетом длительно наблюдавшихся высоких показателей реального душевого потребления алкоголя, прогрессивно увеличивающихся в последнее десятилетие.

В 1994 г. Россия вышла на первое место в мире по душевому потреблению алкоголя и, несмотря на некоторое снижение уровня этого показателя в последние годы, она остается мировым лидером.

При изучении медико-социальных аспектов этой проблемы необходимо учитывать то обстоятельство, что отдельные географические регионы и контингенты населения существенно отличаются по «стилю» массового потребления алкоголя – его частоте, предпочитаемым напиткам, дозам и так далее. Распространенность алкоголизма в России имеет значительные региональные различия, при этом максимальные показатели заболеваемости характерны для территорий с экстремальными условиями проживания населения. В группу с «напряженной» алкогольной ситуацией традиционно входят Северный и Северо-Западный регионы.

Знание эпидемиологической ситуации, связанной с потреблением алкоголя, представляет теоретический и практический интерес с точки зрения региональных и национальных особенностей, позволяет изучить как стиль и характер алкоголизации, так и тяжесть ее последствий среди различных социальных групп населения, проживающих в одинаковых климатогеографических и различных социально-экономических условиях Европейского Севера.

В рамках Международной российско-норвежской программы «Влияние алкоголя на здоровье населения Европейского Севера России» нами было выполнено исследе-

дование эпидемиологических особенностей культуры и объема алкоголизации и табакокурения населения Европейского Севера России и Севера Норвегии (Сидоров П.И. и др., 2002).

Объектом исследования было выбрано городское население Европейского Севера России и Севера Норвегии в возрасте 18 лет и старше. Численность обследованной популяции в Норвегии составила 27157 человек, в России—3705 человек.

Согласно международным стандартам, количество потребляемого алкоголя оценивалось в международных алкогольных единицах (алк. единица). При этом 1 алк. единица приравнивалась к 1 бутылке (кружке) пива, либо обыкновенному стакану (120 мл) столового вина (9–10%), либо бокалу (80 мл) крепленого вина (18–20%), либо рюмке 40-градусной водки (40 мл). Кроме того, для удобства оценки количества потребленного алкоголя респонденты информировались, что 0,5 литра легкого пива соответствует 1 алк. единице, 1 бутылка столового вина (0,7 л)—5 алк. единицам, 1 бутылка крепленого вина (0,7 л)—8 алк. единицам, 1 бутылка водки (0,5 л)—15 алк. единицам.

Поскольку при исследовании сравниваемых групп населения Европейского Севера России и Севера Норвегии использовались идентичные методики исследования, это позволило впервые провести корректный сравнительный анализ некоторых характеристик образа жизни обследованного контингента.

При анализе полученных результатов мы попытались, прежде всего выявить среди обследованного контингента абстинентов, т.е. лиц, вообще не употребляющих спиртные напитки. Полученные данные свидетельствуют, что таковых, как среди мужчин, так и среди женщин, было достоверно больше на Европейском Севере России (12,8 и 26,5% соответственно), в Норвегии их число составило—9,4 и 17,0% соответственно ( $p < 0,001$ ). В большинстве возрастных групп число абстинентов было несколько больше среди мужчин российской популяции, достигая уровня достоверности в возрастной группе 40–49 лет ( $p < 0,01$ ) и в возрасте старше 60 лет ( $p < 0,001$ ).

Оказалось, что с возрастом обнаруживается устойчивая тенденция к увеличению числа не употребляющих алкоголь, среди женщин как Европейского Севера России, так и Севера Норвегии, достигая уровня 59,1% на Европейском Севере России и 40,0% — на Севере Норвегии в возрастной группе старше 60 лет ( $p < 0,001$ ). В остальных возрастных группах мы также обнаружили больший процент непьющих женщин на Европейском Севере России по сравнению с Севером Норвегии.

Анализ частоты употребления алкоголя свидетельствует, что интенсивность алкоголизации сравниваемых контингентов в целом незначительно отличалась и была несколько ниже в России как у мужчин, так и у женщин, а частота алкоголизации у мужского и женского населения оказалась следующей: 3,7 и 1,9 раза в месяц, соответственно, на Европейском Севере России 3,8 и 2,4 раза соответственно, на Севере Норвегии.

Полученные данные позволяют судить об определенных тенденциях изменения частоты употребления алкоголя, а именно: в Норвегии с возрастом она увеличивается (с 2,9 раза в месяц в возрастной группе 20–29 лет до 4,3 раза в месяц в возрастных группах 40–49 и 50–59 лет). Среди мужского населения Европейского Севера России — наоборот, с возрастом частота потребления алкоголя снижается (с 4,5 раза в возрасте 20–29 лет до 2,1 раза в старшей возрастной группе). В то же время частота употребления алкоголя не является единственным показателем интенсивности алкоголизации населения, так как в некоторых странах принято почти ежедневное упо-

ребление алкоголя, но в очень небольших дозах. Поэтому нами был проведен анализ суммарного количества потребляемого алкоголя мужским населением в двух сравниваемых популяциях (рис. 43).

Суммарное количество потребляемых спиртных напитков в неделю у женского населения имеет свои особенности (рис. 44).

Как и у мужского населения, максимальные различия в количестве потребляемого алкоголя у женщин Европейского Севера России и Севера Норвегии мы находим в более молодом возрасте, с последующим уменьшением этих различий в возрастных группах 40—49 и 50—59 лет и даже фактом большего потребления алкоголя женщинами Севера Норвегии в старшей возрастной группе.

Полученные результаты свидетельствуют, что для Европейского Севера России наиболее массивная алкоголизация, как для мужчин, так и для женщин, приходится на молодой возраст, что крайне неблагоприятно в плане дальнейшего формирования алкогольной зависимости.

Анализ количества и структуры потребляемых спиртных напитков мужским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии свидетельствует об одно-

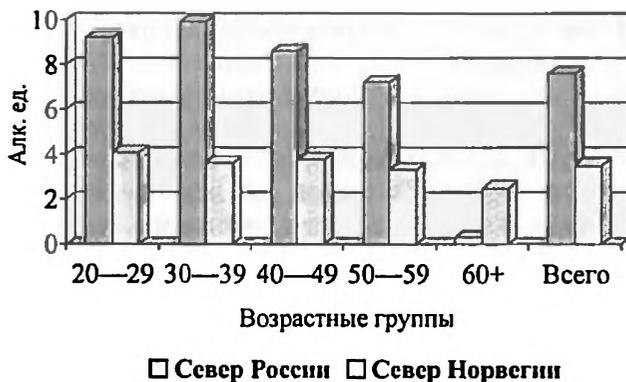


Рис. 43. Среднее количество алкогольных напитков, потребляемых в неделю мужским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии (в алк. ед.).

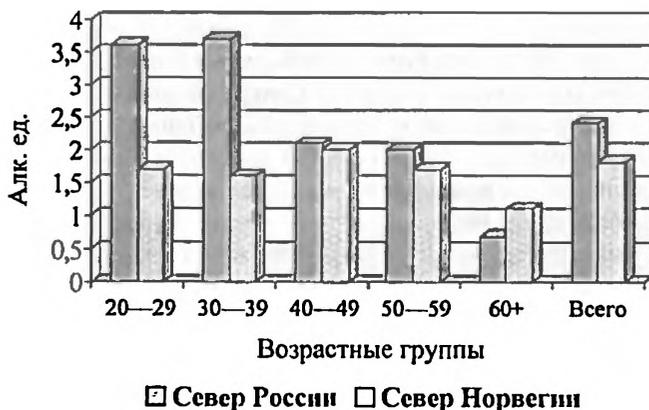


Рис. 44. Среднее количество потребляемых алкогольных напитков в неделю женским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии (в алк. ед.).

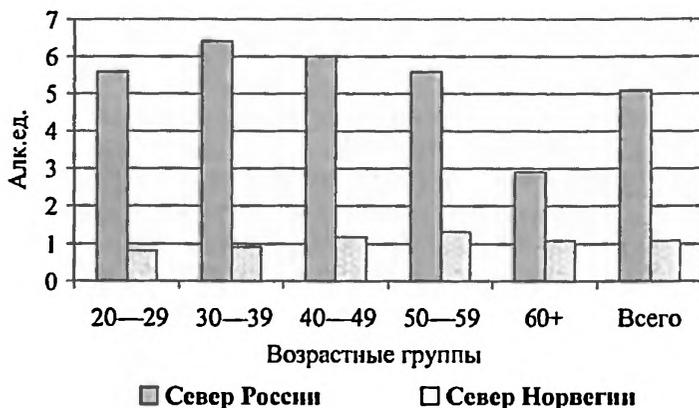


Рис. 45. Среднее суммарное количество алкогольных напитков (водки), потребляемых в неделю мужским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии (в алк. ед.).

направленных тенденциях потребления пива. Как на Европейском Севере России, так и на Севере Норвегии наибольшей популярностью пиво пользуется у молодого поколения, а именно в возрасте 20–29 лет. С возрастом количество потребляемого в неделю пива уменьшается, достигая минимальных значений в старшей возрастной группе.

Более существенные различия были выявлены при сравнении обследуемых групп по количеству потребляемого в неделю вина. Как в целом по всему населению, так и в отдельных возрастных группах норвежское население в 2–4 раза больше употребляет вина, чем мужчины российской популяции. Особенно значительные различия выявлены в сравниваемых возрастных группах старше 40 лет.

Самые значительные различия по количеству потребляемого алкоголя были обнаружены в отношении крепких спиртных напитков. Потребление крепких спиртных напитков мужчинами представлено достаточно равномерно во всех возрастных группах (рис. 45). Однако в Норвегии доза потребляемых крепких напитков не превышает 1,3 алк. ед. в неделю, в то время как в России она в среднем составляет 5,1 алк. ед. в неделю, а в возрастных группах 30–39 лет и 40–49 лет—6,4 и 6,0 алк. ед. в неделю соответственно.

При анализе количества и структуры потребляемых спиртных напитков женским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии мы обнаружили, что как российские, так и норвежские женщины употребляют около 0,6 алк. ед. пива в неделю. Однако обращают на себя внимание достаточно высокие уровни потребляемого пива российскими женщинами в молодом возрасте с постепенным уменьшением до полного прекращения в возрасте 60 лет и старше. У женского населения Севера Норвегии были обнаружены более низкие и более равномерно распределяющиеся показатели в различных возрастных группах.

Среднее количество потребляемого женщинами вина оказалось сопоставимым в обеих сравниваемых группах, при несколько более высоких показателях в молодом возрасте и более низких показателях в старших возрастных группах у российского контингента по сравнению с норвежским женским населением.

Как и у мужчин, у женщин наиболее значимы различия по количеству потребляемых крепких алкогольных напитков (рис. 46).

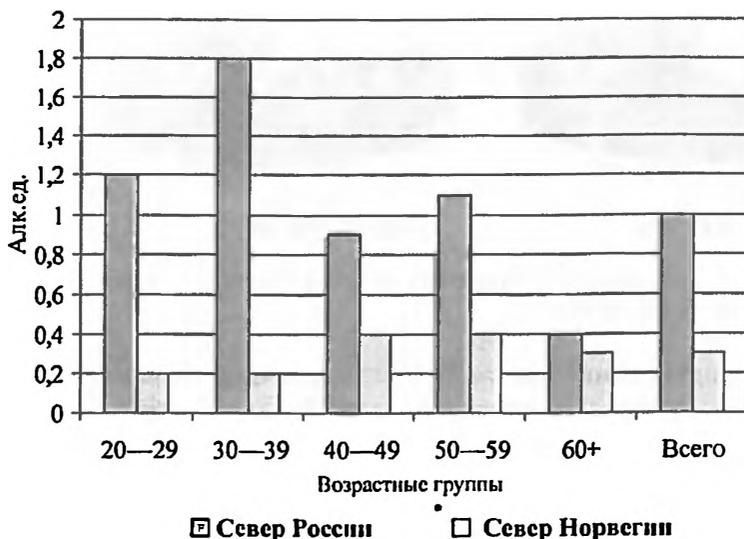


Рис. 46. Среднее количество потребляемых алкогольных напитков (водки) в неделю женским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии (в алк. ед.).

В среднем женщины Европейского Севера России в три с лишним раза больше потребляют водки и другого крепкого алкоголя. При этом для женщин младших возрастных групп это различие оказалось еще более существенным. Так, в возрастной группе 20–29 лет российские женщины в 6 раз, а в возрастной группе 30–39 лет – в 9 раз больше потребляют крепкого алкоголя, чем женщины соответствующих возрастных групп из числа населения Севера Норвегии.

Распределение удельного веса различных алкогольных напитков, употребляемых мужским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии, представлено на рис. 47.

Удельный вес различных алкогольных напитков, употребляемых женским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии, представлен на рис. 48.

В характеристике особенностей алкоголизации населения представляет интерес массивность одноразовой алкогольной нагрузки.

Нами была проанализирована ориентация населения на остроинтоксикационный характер алкоголизации, т.е. когда однократное употребление алкоголя составляло 6 и более алк. единиц. Распределение обследованного контингента по частоте

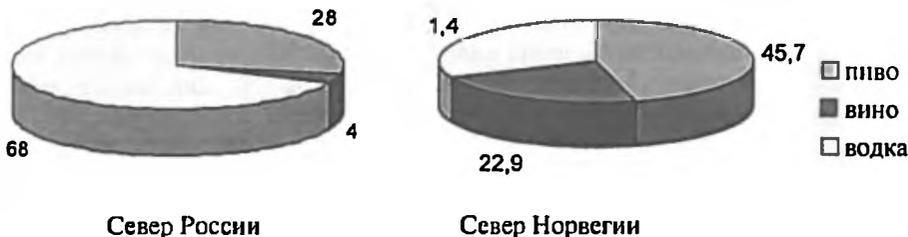


Рис. 47. Структура алкоголя, потребляемого мужским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии (в %).

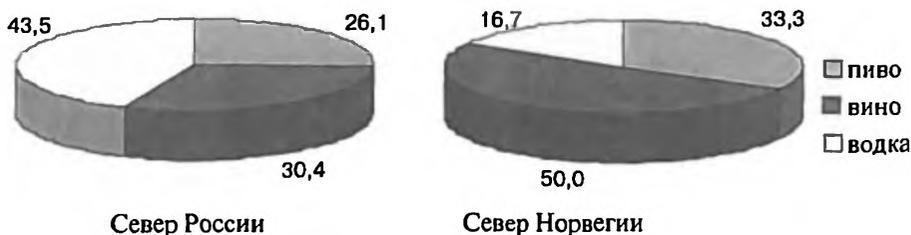


Рис. 48. Структура алкоголя, потребляемого женским населением Европейского Севера России и Севера Норвегии (в %).

абузусной алкоголизации выявило, что 30,3% мужчин Европейского Севера России вообще отрицают употребление таких доз алкоголя когда-либо в своей жизни (в Норвегии – 23,0% обследованных), 23,5% указывают на частоту реже 1 раза в месяц (в Норвегии – 41,6% обследованных), 14,9% россиян признают наличие абузусов 1 раз в месяц (в Норвегии – 25,9% мужского населения) и ежедневную абузусную алкоголизацию признают 1,8% мужчин Европейского Севера России и 1,0% мужчин Севера Норвегии.

Таким образом, полученные данные в целом свидетельствуют, что абузусный стиль алкоголизации более характерен для мужского населения Европейского Севера России, чем для мужчин Севера Норвегии.

Распределение обследованного женского контингента по частоте абузусной алкоголизации не выявило столь значимых различий, а именно 87,6% российских женщин и 86,7% обследованных женщин норвежской популяции либо никогда, либо реже 1 раза в месяц отмечают наличие подобных алкогольных эксцессов ( $p > 0,05$ ). Прогностически неблагоприятным является тот факт, что как у российского, так и у норвежского населения максимальный процент лиц, признавших абузусное пьянство с частотой 1 раз в месяц, обнаруживается в наиболее молодой возрастной группе – от 20 до 29 лет.

Анализ распространенности курения среди населения Европейского Севера России и Севера Норвегии свидетельствует, что число курящих среди мужского населения Европейского Севера России значительно больше, чем у сравниваемого контингента в Норвегии (55,1 и 35,7% соответственно) ( $p < 0,001$ ). Необходимо отметить, что во всех возрастных группах эти различия имеют высокую степень достоверности ( $p < 0,001$ ). Обращает на себя внимание тот факт, что у норвежцев распределение курящих лиц в различных возрастных группах оказалось достаточно равномерным с некоторым уменьшением процента курящих в старшей возрастной группе. В российской популяции максимальный процент курильщиков приходится на возраст 20–29 лет (64,1%), в то время как в Норвегии процент курящих в данной возрастной группе составил 37,9 и не отличался от среднестатистического (табл. 28). Стаж курения у сравниваемых контингентов как в целом, так и в отдельных возрастных группах не отличался.

Анализ распространенности курения среди женщин выявил в целом более благоприятную картину для российского населения. Число курящих женщин на Европейском Севере России примерно в 2 раза меньше, чем на Севере Норвегии (19,9 и 35,8% соответственно) ( $p < 0,001$ ). Лишь в возрастных группах 20–29 лет мы не обнаружили достоверных различий, в то время как в остальных возрастных группах курение у женщин достоверно чаще было распространено в Норвегии, чем в России.

Таблица 28

**Распространенность курения среди населения Европейского Севера России  
и Севера Норвегии в различных половозрастных группах (в % от )**

Возрастные группы	Европейский Север России		Север Норвегии	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
20–29	64,1	36,4	37,9	38,2
30–39	60,2	31,2	38,5	40,7
40–49	54,1	24,0	39,2	42,5
50–59	59,8	8,8	35,6	36,6
60+	39,7	1,2	28,4	22,9
Всего	55,1	19,9	35,7	35,8

Обращает на себя внимание, что число курящих в выборке мужчин – жителей Европейского Севера России примерно в 3 раза превышает число курящих женщин (55,1 и 19,9% соответственно); число курящих мужчин и женщин Севера Норвегии было практически одинаковым (35,7 и 35,8% соответственно).

Таким образом, алкогольную ситуацию на Европейском Севере России можно охарактеризовать как крайне неблагоприятную по сравнению с Севером Норвегии, что подтверждается следующими фактами:

- Среди сравниваемых контингентов мужчин в большинстве возрастных групп количество алкоголя, потребляемого в неделю, в российской популяции было в 1,5–2 раза выше, чем в норвежской. Главным транскультурным отличием стиля алкоголизации как мужского, так и женского населения Европейского Севера России по сравнению с Севером Норвегии является ориентация на крепкие спиртные напитки и выраженный интоксикационный эффект опьянения. Наиболее массивная алкоголизация и мужского, и женского населения Европейского Севера России приходится на молодой возраст, что крайне неблагоприятно в плане возможности дальнейшего формирования алкогольной зависимости.
- Как у мужчин, так и у женщин Европейского Севера России максимум алкоголизации приходится на молодой возраст, в то время как у населения Севера Норвегии уровень потребляемого алкоголя практически одинаков в различных возрастных группах, при этом суммарное потребление алкоголя молодежью Севера Норвегии в 2,5–3 раза ниже, чем их сверстниками в России.
- Данные эпидемиологического обследования населения Европейского Севера России и Севера Норвегии выявили значительные различия стиля алкоголизации сравниваемых контингентов, что выражено в преобладании неблагоприятного «северного» типа потребления у российского населения и «мягкого» умеренного – у норвежского. Население Европейского Севера России более ориентировано на остроинтоксикационный характер алкоголизации, потребление больших доз алкоголя, при этом отдается предпочтение крепким спиртным напиткам.
- Распространенность курения составляет 55,1% у мужчин Европейского Севера России и 35,7% – у мужчин Севера Норвегии. При этом наибольший процент курильщиков среди российского населения (64,1%) выявлен в возрасте 20–29 лет, что отражает низкую актуальность восприятия проблем здоровья молодежью.

В целом, проведенное исследование позволило количественно измерить объемы «алкогольной нагрузки» и выявить качественные особенности стиля алкоголизации населения Севера России и Норвегии. В настоящее время работа продолжается в плане оценки влияния интоксикационной составляющей стиля жизни на качество общественного здоровья населения двух стран и выделения социально-психологических механизмов формирования культуры алкоголизации.

Воплощением любых общественных традиций на уровне отдельной личности являются ее социальные установки – состояние готовности, базирующееся на опыте и оказывающее влияние на реакции индивида относительно всех объектов и ситуаций, с которыми он связан. Частным случаем социальных установок являются алкогольные установки, регулирующие и опосредующие поведение человека в отношении алкоголя. Они могут быть позитивными, т.е. создающими предрасположение, готовность к употреблению спиртных напитков, или негативными, определяющими воздержание от них. Формирование алкогольных установок (позитивных или негативных) начинается уже в детском возрасте и протекает в направлении, отстаиваемом убеждающей коммуникацией.

Переход алкогольных обычаев в установку может осуществляться как осознанно, так и неосознанно. Однако в обоих случаях результат один – превращение обычая в установку влечет за собой автоматизм в ее соблюдении, субъективную потребность в следовании ей, что обусловлено самой природой установки. В дальнейшем складывается словарь мотивов алкоголизации. Если алкогольные установки определяют стратегию поведения, то мотивы – тактику в каждом конкретном случае. В норме можно говорить о первичной «реалистической» мотивации алкоголизации, когда спиртные напитки употребляются по праздникам, при встрече с друзьями, в день рождения и т.д. Мотив – вербализация цели и программы, дающая возможность данному лицу начать определенную деятельность. Реалистическая мотивация алкоголизации предполагает наличие первичной адекватной в социально-психологическом плане цели (праздники, дни рождения) и вторичной программы, включающей в себя употребление алкоголя.

Возникающая при опьянении эйфория не является прямым следствием только интоксикации. Это психическое состояние, формируемое во многом механизмами само- и взаимоиндукции, содержание которого определяется ситуацией и зависит от общего уровня культуры личности. Если человеку под предлогом какой-либо инъекции ввести внутривенно этанол, то можно наблюдать легкое возбуждение и повышение тонуса, сменяемое последующей релаксацией и сонливостью без очерченного эмоционального компонента. В норме эйфория является внутренним (и зависимым) следствием внешних социально-психологических характеристик ситуации.

Иллюстрацией роли внешних характеристик ритуала праздника в создании внутренней эмоциональной установки может служить наблюдение из дневника писателя Федора Абрамова: «В войну как жили? Робили, мох ели и праздники праздновали. В бутылку воды нальем, на стол поставим и поем. А сейчас вина бочку выпьют, и то песни нету» (Крутикова Л.В., 1986). Таким образом, не алкоголь как таковой, не его взятое само по себе физиологическое действие, а прежде всего проекция психологического ожидания актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения создает ту внутреннюю субъективную картину, которую человек начинает приписывать действию алкогольного напитка.

Именно в этом «опредмечивании» первоначально содержательно неоформленного состояния и заключается то зерно, из которого вырастает психологическая при-

влекательность алкоголя. Отсюда начинается крайне опасный по своим жизненным последствиям и кардинальный для геноза пьянства процесс — все большая децентрация, искажение восприятия: человек начинает видеть главный источник привлекающего его состояния только в алкоголе. Усиливающаяся в процессе алкоголизации *децентрация личности*, бытового поведения и образа жизни сопровождается углублением алкогольной установки, а также усиливающимся разрушением свободы воли (отсюда новое психическое состояние — алкогольная зависимость), заметным для самосознания искажением мотивации поведения. Для сокрытия от себя нового состояния мотивации «другое Я» личности формирует защитную мотивацию. С этого момента начинается психический разлад в жизни пьющего человека, который, в конечном счете, ведет к деперсонализации.

По тем же механизмам проекции психологической predisпозиции возникают представления о других «незаменимых» свойствах и функциях алкогольных напитков. Так, алкоголь употребляют не только в связи с радостными, но и в связи с печальными событиями, например, на поминках. Причем характерно, что в последнем случае, как бы ни было сильно опьянение, люди, для которых утрата действительно тяжела, грустят, а не смеются: эйфория захмелевшего человека на поминках оценивается как неуважение к покойному, и ссылка на опьянение не принимается в расчет. Со временем диапазон субъективных причин употребления алкоголя становится все шире — пьют и «для храбрости», и «с обиды», и чтобы «поговорить по душам», и «чтобы расслабиться», и чтобы «взбодриться», чтобы «обмыть успех», чтобы «облегчить деловой контакт»...

Другой важный момент, который надо подчеркнуть, состоит в том, что субъективная картина, конечно, не создается одномоментным актом проекции психологического ожидания, актуальных потребностей на фон алкогольного опьянения. Картина эта всегда деятельно опосредована, она создается в ходе особой деятельности пьющего человека, которую можно назвать *иллюзорно-компенсаторной деятельностью*, направленной на создание и поддержание эмоционального состояния, особого «алкогольного», т.е. иллюзорного, удовлетворения той или иной актуальной потребности. Эта деятельность является основой не только алкоголизма и наркотизма, но и всех форм аддиктивного поведения.

## КУЛЬТУРА АЛКОГОЛИЗАЦИИ В США

Говорить об американской культуре алкоголизации сложно, по меньшей мере, по трем причинам. Во-первых, необходимо определить, чья культура является американской — индейцев или потомков европейских переселенцев и их рабов. Во-вторых, имеют место огромные различия между Севером, Югом, Западным и Восточным побережьями. В-третьих, с точки зрения исторической перспективы это достаточно молодая культура.

Характеризуя культуру алкоголизации Соединенных Штатов Америки, следует отметить, что две трети взрослого населения страны употребляет спиртные напитки. Сумма, полученная от налогов на алкоголь, в 1992 г. составила около 17,5 миллиардов долларов; экономическая деятельность, связанная с алкогольной промышленностью (включая транспорт, расфасовку), оценивается в три триллиона долларов (Heien M., Pitamn D., 1993).

Роль алкоголизации американского общества оценивается неоднозначно. С одной стороны, алкоголь связан с традициями, обычаями и выполняет функцию соци-

ализации. С другой — алкоголь является причиной многих дорожно-транспортных происшествий, преступлений, заболеваний, поражений в военных кампаниях. Уровень употребления алкоголя в США был неодинаков в разные исторические периоды. Так, во время колонизации (1620–1775 гг.) в обществе господствовала точка зрения, согласно которой алкоголь помогает укреплять здоровье (поэтому даже маленькие дети употребляли спиртные напитки вместе с родителями) (Hanson D., 1995). Местом, где чаще всего собирался народ, была таверна, которая выполняла объединяющую функцию, так как очень часто использовалась для проведения церковной мессы, городских мероприятий, а также в качестве зала суда. Социальный контроль за потреблением алкоголя был жестким: пьянство не поддерживалось и не одобрялось, однако и полный отказ от алкоголя как от напитка не воспринимался обществом, поскольку «алкоголь создан Богом».

Гражданская война (1776–1783 гг.) совершила переворот в алкогольной политике США. Часть антиалкогольных законов была изменена в сторону послабления, что способствовало распространению алкогольных проблем. Пьянство среди мужского населения приводило к росту уровня преступности. Помимо этого, индустриализация, урбанизация, социальные изменения и конфликты замыкали порочный круг и способствовали распространению злоупотребления алкоголем.

Нарастание алкогольных проблем послужило поводом для развития антиалкогольного движения, которое вначале формировалось и распространялось на основе религиозной мотивации. К 1850 г. половина штатов приняла «сухой закон», действие которого длилось, однако, недолго. Наиболее серьезный этнический и культуральный конфликт наблюдался между крестьянами и населением маленьких городков, где прослеживалось мощное влияние протестантов и католиков. Антиалкогольные организации проводили выступления, печатали книги, буклеты, открытки и плакаты. Как правило, при этом не рассматривались различия между алкогольной зависимостью и пьянством. Например, в учебнике, выпущенном Женским христианским союзом трезвости, говорилось, что «любое количество алкоголя любого вида при регулярном потреблении вызывает наследственные нарушения даже у потомства третьего поколения» (Kobler J., 1973). Сторонницы этого союза иногда, желая напугать людей, допускали подмену научных фактов. Например, они говорили о том, что большинство любителей пива умирают от водянки, а алкоголь прожигает горло насвозь и превращает кровь в воду.

Общенациональный «сухой закон» был установлен в Америке в 1920 г. Очень важным был тот факт, что деятельность антиалкогольных организаций широко поддерживалась и пропагандировалась. Но, вопреки ожиданиям, «сухой закон» не способствовал снижению алкогольных проблем и уменьшению употребления алкоголя. Наоборот, он вызвал такие серьезные проблемы, как увеличение производства суррогатов алкоголя и случаев отравлений ими, рост организованной преступности, повышение уровня насилия в обществе, коррупции. «Великий эксперимент» закончился в 1933 г.

Сегодня «сухой закон» применяется в небольших округах, маленьких местечках, в индейских резервациях. Алкоголь не продается также молодежи, не достигшей 21-летнего возраста.

Впервые об алкоголизме как о заболевании в Америке заговорили в 1795 г. Врач Бенджамин Раш предложил концепцию алкоголизма не как «морального дефекта», а как заболевания. Позднее, в 1935 г., эта мысль прозвучала в идеологии Общества

анонимных алкоголиков. В 1946 г. о зависимости от алкоголя писал E. Jellinek. Серьезные исследования, подтвержденные Национальным советом по алкоголизму, Американской медицинской ассоциацией, Национальным институтом по проблемам злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости, а также Всемирной организацией здравоохранения, способствовали признанию концепции алкоголизма как заболевания.

Главная цель признания алкоголизма как заболевания – снижение алкогольной преступности и повышение доступности медицинской помощи алкоголикам. Помимо этого, необходимо было решить вопросы, связанные с медицинским страхованием алкоголиков как заболевших, а не как людей «с недостатками поведения, слабой волей, с моральными дефектами». Сегодня реабилитация алкоголиков в США является целой индустрией. Злоупотребление алкоголем менее изучено, чем алкоголизм как зависимость (Hansen D., 1995).

Америка – многонациональная страна. Ее коренные жители – индейцы – составляют этническое меньшинство. В настоящее время американцы – это афроамериканцы, испаноязычные американцы, иудеи, индейцы, китайцы и др. Исследования показали, что употребляют алкоголь 66% белых, 67% афроамериканцев и 67% испаноязычных американцев. В каждой из этих групп уровень пьющих мужчин выше, чем уровень пьющих женщин.

**Афроамериканцы** составляют одну восьмую населения США и самую большую этническую группу среди расовых меньшинств. Многочисленные исследования показывают, что как мужчины, так и женщины-афроамериканцы потребляют значительно меньше алкоголя, чем белые (Spiegler D., 1985). Однако среди контингента учащихся колледжей чернокожие студенты имеют больше алкогольных проблем и начинают раньше употреблять спиртные напитки, чем их сверстники из других этнических групп (Herd D., 1985).

В последнее десятилетие XIX в. экономические и социальные проблемы в Америке усилили волну расизма. Черные становятся «козлами отпущения», особенно для бедных слоев белого населения США. Движение за трезвость также приобрело черты расизма. Для начала XX в. характерен рост эмиграции темнокожего населения: из южных районов – на Север, из сельскохозяйственных местностей – в промышленные. Урбанизация, снижение роли религиозных организаций, уменьшение влияния семьи приводят к катастрофическому распространению алкоголизма среди афроамериканцев в США.

**Испаноязычное население** составляет около 9% населения американской популяции. Термин «испанец» неоднороден. В эту группу включены выходцы из Пуэрто-Рико, Доминиканской республики, Гватемалы, Кубы. В целом, среди американцев пьющих испаноязычных мужчин несколько меньше, чем неиспаноязычных. Следует заметить, что испаноязычные мужчины пьют чаще и больше, чем испаноязычные женщины. Это связано с существующими обычаями и традициями. Так, женщинам запрещено пить алкоголь во время семейных торжеств или каких-то церемоний – например, венчания. Испаноязычные женщины редко употребляют спиртные напитки во время дискотек, в отличие от мужчин, которые употребляют алкоголь для «повышения коммуникативных способностей, раскованности, дружелюбия». Мужчины имеют тенденцию к злоупотреблению алкоголем, особенно после тяжелой работы. Интересен тот факт, что среди старших возрастных групп (когда заканчивается период работы) злоупотребление спиртным не наблюдается.

Региональные, классовые и другие различия прослеживаются среди представителей различных испаноязычных групп. Например, считается, что **мексикано-американцы** (на юге Техаса), употребляя алкоголь в присутствии родителей или членов семьи, демонстрируют тем самым свое неуважение к ним (Gilbert, 1985).

**Иммигранты из Доминиканской республики**, как правило, мотивированы достижением финансового и социального успеха. Поэтому среди этой группы принято употреблять алкоголь в семейном кругу, но меньше и реже, чем у себя дома в Доминиканской республике. Существуют доминиканские социальные клубы, задача которых – контроль за употреблением алкоголя. Как правило, доминиканцы предпочитают шотландское виски, а в жаркую погоду – пиво. Эта модель употребления алкоголя отличается от типичной *rangandero* (ром, женщины, песня).

Другая испаноязычная группа в США – это **выходцы из Гватемалы**. Несмотря на то, что цель иммиграции в США у гватемальцев та же, что и у доминиканцев, – ориентация на экономическое благополучие, – они имеют гораздо больше алкогольных проблем. Гватемальцы успевают скопить достаточно денег для того, чтобы вернуться домой и открыть собственный бизнес, но без контроля семьи все деньги пропиваются.

**Пуэрториканцы** иммигрировали в США главным образом для обретения социального и экономического статуса. Расовая дискриминация, жизнь в гетто, плохое образование – все это способствовало тому, что популяция пуэрториканцев-мужчин характеризуется развитием высокого уровня как алкоголизма, так и наркомании.

Прирост числа **мигрантов с Кубы** усилился после 1959 г. Главным образом кубинцы поселяются на Флориде в Майами. Первую волну эмигрантов составляли представители среднего класса, профессионалы. Их отличали большое трудолюбие, честолюбие, работоспособность. Они достаточно тяжело приспосабливались к условиям жизни в Америке. Особенно трудно приходилось кубинским женщинам, которые имели низкий уровень образования. В Америке встречается очень много кубинских ребяташек, потерявших обоих родителей. Тем не менее эта этническая группа, по сравнению с другими, не отличается злоупотреблением алкоголя или высоким уровнем алкоголизма.

**Иудеи** – многочисленная этническая группа американской популяции, которая составляет 2%. Среди иудеев распространен обычай употребления алкоголя, но проблемы, связанные с этим, встречаются очень редко. Это одинаково справедливо для всех конфессий – ортодоксальной, консервативной или реформаторской церкви, мужчин и женщин, старых и молодых, бедных и богатых, городских и сельских жителей, высокообразованных и малообразованных. Однако среди иудеев наблюдается достаточно высокий уровень неврозов. С раннего возраста дети обучаются социально безопасному употреблению алкоголя, что связано с еврейскими традициями (шаббат, праздничные дни, обряд венчания, карнавалы). Несмотря на то, что алкоголь проходит через всю жизнь иудея, трезвость достаточно жестко прописана в религии. Насилие, криминальное поведение, связанные с приемом алкоголя, называются еще при первых попытках криминальной алкоголизации молодежи.

**Натуральные американцы (индейцы)** – их осталось менее 1% популяции и насчитывается около 300 племен. Социальная, экономическая, политическая и территориальная история этих племен полна драматизма. Сегодня в этой популяции можно выделить абстинентов и алкоголиков (злоупотребляющих алкоголем). Алкоголизм и пьянство распространены среди мужчин. До 1600 г. племена не имели алкогольных проблем, но с приходом европейцев эти проблемы получили распространение среди

апачей, пима, папаго. До XVII в. индейцы производили небольшое количество алкоголя для ритуальных целей. Затем они быстро обучились приему алкоголя в больших количествах. Очень часто употребление ими алкоголя приводило к насилию и криминальному поведению. Как известно, распространению алкоголизма среди индейцев способствует и генетическая предрасположенность, вызванная дефицитом некоторых ферментов, расщепляющих алкоголь.

**Китайцы** – также одна из многочисленных этнических групп США. Низкий уровень алкоголизма среди китайцев обусловлен как генетическими (восточная флэш-реакция на алкоголь), так и культуральными особенностями – обучение приему алкоголя в семье. Флэш-реакция наблюдается у 85% этнических китайцев.

Таким образом, среди североамериканцев имеются многочисленные различия по уровню и распространению алкогольных проблем. Это связано как с этническим многообразием населения, так и с социально-историческими особенностями страны.

### **КУЛЬТУРА АЛКОГОЛИЗАЦИИ В КАНАДЕ**

На первый взгляд может показаться, что Канада похожа в культуральном измерении алкоголизации на США. Однако в этой стране имеются свои особенности алкоголизации.

Известно, что до того, как европейцы впервые попали в Канаду, абсолютно все ее коренные жители были непьющими. Когда же установилась торговля между индейцами и европейцами, одним из самых важных товаров для первых стали бренди и ром. Именно коренные жители стали первыми много пьющими людьми в этой стране. Частое и в больших количествах употребление алкоголя стало одним из аспектов жизни и ранних европейских поселенцев, особенно лесорубов, шахтеров, лодочников и железнодорожников. В середине XVIII в. спиртные напитки стали источником годового дохода правительства. Церковь также проводила либеральную политику по отношению к потреблению алкоголя. В Канаде в изобилии появились таверны и постоялые дворы, где имело место чрезмерное употребление спиртных напитков. Уровень потребления алкоголя на душу населения был на 25–30% выше, чем в настоящее время. Употребление спиртных напитков не считалось социальной проблемой до первых десятилетий XIX в., когда появилось движение за трезвость. С началом этого движения алкоголь стали рассматривать как источник моральной деградации и всех видов социальных проблем. Движение за трезвость поддерживали в основном люди среднего класса, англосаксонские и протестантские фундаменталисты и сельские жители. Они верили в то, что запрет алкоголя приведет к уничтожению самого главного социального зла. Общества борьбы за трезвость распространились по всей стране, за исключением Квебека, где католическая церковь относилась более благосклонно к потреблению спиртных напитков в небольших количествах, чем к полному их запрещению.

Несмотря на недовольство выпивающих и занимающихся продажей и распространением алкоголя, общество борьбы за трезвость запретило употребление спиртных напитков во всех десяти провинциях. На острове принца Эдварда закон, запрещающий употребление алкоголя, был принят в 1907 г. В остальных провинциях он стал действовать с 1910 г. Однако успех движения за трезвость был недолговечным. Люди продолжали выпивать, и это вызвало активное нелегальное распространение алкоголя на рынке. Было очень сложно соблюдать запрещающие законы. С их появ-

лением важные социальные проблемы (болезни, криминальная обстановка, бедность и др.) отнюдь не исчезли. В послевоенные годы произошли изменения в демографической структуре населения Канады. Увеличилось количество иммигрантов и городских жителей, которые также подрывали общественное движение борьбы за трезвость. Остров принца Эдварда являлся прочным оплотом политики запрета алкоголя: закон здесь действовал с 1907 по 1948 г. В других же провинциях его отменили раньше: в Квебеке закон действовал всего один год (1918–1919), а в Нова Скотия—13 лет (1916–1929).

Несмотря на то, что эксперимент по запрету употребления спиртных напитков потерпел крах, в течение последних десятилетий количество пьющих людей и уровень смертности от алкоголизма существенно снизились. Данные по употреблению алкоголя в период с 1930 по 1960 г. ограничены и разбросаны. В результате проведенных исследований Галлуп Поль установил, что количество выпивающих (т.е. когда-либо употреблявших спиртные напитки) в возрасте двадцати одного года и старше увеличилось с 59% в 1943 г. до 65% в 1958 г.

Спиртные напитки пользуются большим спросом у канадцев особенно в периоды коллективного отдыха. Многие канадцы предпочитают посмотреть по телевизору хоккей или бейсбол с друзьями, попивая пиво, поболеть за любимую команду – это хорошо отлаженный сценарий общественных мероприятий. Хотя потребление алкоголя в Канаде намного выше, чем в странах Южной Америки, Азии и Африки, по сравнению со странами Запада оно находится на среднем уровне.

В обзоре *National Alcohol and Other Drugs (NAD, 1989 г.)* приведены данные телефонного опроса 11634 человек из 10 провинций в возрасте 15 лет и старше. Опрос проводился путем произвольной выборки. Собрано огромное количество информации об обычаях употребления алкоголя в Канаде, об отношении населения к «выпивке» и обо всех проблемах, связанных с алкоголем (*Health and Welfare, Canada, 1990; ARF 1992*).

Самым популярным спиртным напитком в Канаде является пиво, за ним следуют крепкие спиртные напитки и вина. В 1989–1990 гг. продажа пива принесла 4,981 млрд долларов (около 4,2 млрд американских долларов, что составило 50% от всей продажи алкогольных напитков), продажа крепких спиртных напитков и вина соответственно—3,174 млрд долларов (2,7 млрд американских долларов, т.е. 32%) и 1,741 млрд долларов (1,5 млрд американских долларов, т.е. 18%).

Наиболее популярными местами для выпивки являются бары и таверны. Почти 3/4 постоянно выпивающих употребляют спиртные напитки лишь в этих местах. Также канадцы любят пить на вечеринках, свадьбах и в других общественных местах. В меньшей степени пьют дома, в ресторане за ланчем, на концертах или спортивных соревнованиях.

Канадцы не любят пить в одиночку. Чаще всего они выпивают с друзьями, реже с супругами, членами семьи, родственниками. Около 50% постоянно выпивающих предпочитают пить с друзьями; 30% – со своей второй половиной; 25% – с членами семьи и родственниками; немного больше 10% – с коллегами по работе; менее 10% – выпивают в одиночестве один раз в неделю и чаще. Это, скорее всего, пожилые люди и злоупотребляющие алкоголем. Так как большинство канадцев выпивают с друзьями или родственниками в барах, тавернах, на вечеринках или приемах, не удивительно, что в Канаде либерально относятся к употреблению спиртных напитков. Почти 60% опрошенных считают приемлемым для мужчины принять 1–2 рюм-

ки в баре с друзьями, а 22% считают, что мужчина может пить до тех пор, пока не почувствует эффект от выпитого. Позволятельным также считается, если в баре с друзьями пьет женщина. Однако лишь немногие (16%) «разрешают» ей пить до появления эффекта от алкоголя. На общественных мероприятиях так же, как и в баре с друзьями, можно выпить до состояния легкого опьянения.

Однако канадцы очень осторожно относятся к употреблению спиртных напитков на работе. Почти 60% опрошенных считают, что в рабочее время коллеги пить не будут.

Нормы выпивки для мужчин и женщин различны. Во всяком случае, канадцы «смотрят сквозь пальцы» на пьющих мужчин и не очень любят, когда выпивает женщина.

Как и во многих других странах, в Канаде мужчины более склонны к употреблению спиртных напитков, чем женщины. 84% мужчин и 72% женщин постоянно выпивают. Мужчины употребляют алкогольные напитки чаще и в больших количествах, чем женщины. 15% мужчин и только 6% женщин употребляют спиртные напитки один и более раз в неделю. Постоянно пьющие мужчины выпивают в среднем 5,3 раза в неделю, женщины – 2,0.

Характер употребления спиртных напитков напрямую связан с годовым доходом семьи. Процент постоянно выпивающих с самым низким годовым доходом (менее 10000 долл.) составил 60%; с доходом 10000–19999 долл. – 66%; 20000–39999 долл. – 80%. Самый высокий процент в группе с годовым доходом 40000 долл. и больше (свыше 34000 американских долл.) – 89%. С увеличением годового дохода увеличивается и количество эпизодов употребления спиртных напитков в неделю: от 2,7 в группе с самым низким годовым доходом до 4,2 – в группе с самым высоким.

Употребление алкоголя вызвало ряд социальных проблем. 12% постоянно употребляющих алкоголь указали на то, что иногда после приема спиртного чувствуют ухудшение общего состояния. Следующим наиболее распространенным последствием употребления спиртных напитков является возникновение проблем в общении с друзьями (11%). 26% отмечают следующие проблемы: негативный взгляд на жизнь, материальные трудности, проблемы в браке, в домашней жизни, учебе, на работе.

Канада – это политическое общество, в котором среди нескольких этнических групп доминируют народности британского и французского происхождения. В последние два столетия в Канаду в большом количестве иммигрировало население из разных регионов Европы. С 1960-х годов постоянно увеличивалось количество приезжающих иммигрантов из Центральной и Южной Америки, Азии, Среднего Востока и Африки. Это значительно изменило этнический состав страны.

В Канаде говорят на нескольких языках: в Квебеке доминирует французский, в других частях страны – английский. Кроме этих официальных распространены и национальные языки (особенно среди иммигрантов, слабо знающих английский и французский).

По данным журнала Cheung and Euanу (1992), количество постоянно употребляющих спиртные напитки среди англо- и франкофонов примерно одинаково (соответственно 79 и 77%). Самый низкий процент постоянно выпивающих наблюдается среди людей, говорящих на своем национальном языке – 66%. И англофоны, и франкофоны употребляют алкоголь одинаково часто – в среднем 3,8 раз в неделю; говорящие на национальном языке – 3,2.

В украинско-польской группе жителей Канады самое большое количество постоянно выпивающих – 82%; в немецко-голландской – 80%. Вопреки сложившемуся стереотипу, в ирландской, шотландской и итальянско-португальской группах коли-

чество постоянно выпивающих скорее низкое, чем высокое, по сравнению со средним количеством по Канаде (соответственно 73, 76, 76%), в английской и французской группах—78 и 79% соответственно. В еврейской, китайской и других группах самое низкое количество постоянно выпивающих—72%.

Известно, что коренные жители Канады употребляют больше алкоголя и имеют соответственно больше проблем, связанных с этим. Из данных о продаже спиртных напитков в Юконе и на северо-западных территориях известно, что покупают их в основном коренные жители. Многочисленные исследования показали, что уровень употребления алкоголя коренными жителями очень высок.

### **КУЛЬТУРА АЛКОГОЛИЗАЦИИ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АМЕРИКЕ**

Впервые алкоголь в Центральной Америке начали употреблять более 10 тыс. лет назад.

Потребление алкоголя и основные особенности алкоголизации в Гондурасе связаны с религиозными, традиционными и общественными торжествами. Гондурас, уходящий своими корнями в культуру преколумбийских общин, которые до сих пор населяют некоторые области, испытывает сильное влияние со стороны туземных племен, для которых характерно обрядовое употребление алкоголя. В Гондурасе употребление домашних алкогольных напитков было неотъемлемой частью трапезы вплоть до испанского завоевания. Религия родной культуры объединила традиционные верования с верованиями католической церкви таким образом, что индейцы Центральной Америки развили черты смешанной религии, в которой «алкогольное опьянение стало переплетаться с религиозными праздниками»; такой стиль существует и ныне (Sancher O., 1984).

Кукуруза — это основной продукт рациона гондурасцев, считающийся особым связующим звеном между человечеством, землей и сверхъестественными силами. Chicha — это домашний напиток, полученный из кукурузы, повседневно потребляемый мужчинами, женщинами и детьми. Из кукурузы также получают более светлый домашний напиток (atol chuco), наиболее часто употребляемый для снятия похмелья. До периода испанской колонизации перебродившая кукуруза (chicha) была основным источником алкоголя.

В качестве наиболее частого повода к употреблению алкоголя выступают дни рождения, отмечаемые на работе, в кругу семьи, с друзьями. Местные и этнические традиции определяют особенности алкоголизации: от полного воздержания, как в случае немногочисленных изолированных племен, до опьянения различной степени, что случается главным образом по воскресеньям. В эти дни в городах идет торговля текстильной и сельскохозяйственной продукцией, куда по этому поводу съезжаются местные жители. Сказанное выше можно наблюдать в районах, где проживают преимущественно майя. Кроме этого существует и ритуальное поведение, явившееся результатом объединения традиционной веры и католичества. Как в прошлом, так и сейчас, религиозные празднества (Пасха и Рождество) собирают людей и отмечаются во внеучебное и вне рабочее время.

В Гондурасе к употреблению алкоголя относятся в целом положительно, но все-таки с некоторыми ограничениями, что зависит от времени и повода, по которому выпивают. В этом государстве употреблять алкоголь начинают в юности, что счита-

ется нормальным и для мужчин является общепринятым способом утверждения в обществе. Мужское население начинает выпивать в семейной обстановке в возрасте 8–10 лет, а в 15–19 лет выпивка становится привычным делом. Главными причинами, толкающими людей попробовать алкоголь, являются любопытство и давление со стороны общества и сверстников. Привычка, дружба и желание приятного времяпрепровождения заставляют большинство гондурасцев выпивать и в дальнейшем. Существует определенной степени дозволенность в отношении последствий и отклонений в поведении, вызванных чрезмерной выпивкой. Среди взрослого населения нет четкой дифференциации между умеренно пьющими и злоупотребляющими. Алкоголиком же называют человека, имеющего ряд проблем, связанных с употреблением спиртных напитков.

Врачи-специалисты считают злоупотребление алкоголем и наркотиками серьезной проблемой, причем большинство из них классифицируют это как болезнь. Профилактикой и лечением алкоголизма и наркомании занимаются частные и государственные учреждения; большинство из них действует с 1970-х годов, за исключением Общества анонимных алкоголиков, существующего с 1960-х годов.

Экономическая отсталость Гондураса, множество медицинских, общественных проблем вызвали особый интерес к вопросу потребления алкоголя. В 1981 г. был принят закон о создании государственного учреждения, которое бы регулировало и контролировало потребление алкоголя и других наркотических веществ. Такое учреждение было создано правительством в августе 1989 г. Гондурасский институт по профилактике алкоголизма, наркомании и зависимости от лекарств (*The Institute Hontureno para la Prevencion del Alcoholismo, Drogadicion y Farmacodepentencia*)— это государственный орган, отвечающий за профилактику, лечение и реабилитацию наркоманов и алкоголиков, а также за регулирование и законное распространение алкоголя и наркотиков (включая табак).

Употребление спиртного — это неотъемлемая часть поведения в периоды праздников, особенно в мужских компаниях. Оно служит способом ухода от жестокой реальности повседневной жизни. Статистика Министерства здравоохранения показывает, что госпитализация вследствие алкоголизма и связанные с ним несчастные случаи и преступления, как и эмоциональные травмы (особенно депрессия), достигают наивысшей точки во время праздников и в течение нескольких недель после них.

Проведенные исследования показали, что в 1980-е и 1990-е годы среди сельского населения большинство мужчин (68%) в возрасте 20–35 лет употребляли алкоголь, а в возрасте 45 лет и старше злоупотребляли спиртным. Наиболее употребляемыми напитками (97%) являлись *chagamila*, *rachanga* и *cususa* (спирт или незаконно производимый алкоголь). Популярность, но меньшую, имели местное пиво и диачо, законно производимый 90% ром (*Inestroza M.*, 1987). Среди рабочего населения крупных городских районов (особенно столицы Тегусигальпы) употребляли пиво — 51%, водку *aguartiente* (называемую также *guaro*) — 38%, и только немногие жители городов употребляли спирт (*Zelaya*, 1990).

В настоящее время в Гондурасе имеют место смешанные культуры потребления пива и крепких спиртных напитков. И несмотря на то, что ввозимые вина предназначаются для высшего класса, их потребление ограничено. Женщины предпочитают пить вино, которое считается напитком, недостойным мужчин.

В Гватемале употребление алкогольных напитков, во-первых, составляет неотъемлемую часть религиозных действий среди индейцев, являясь, таким образом, сво-

образным указателем этнической принадлежности; во-вторых, алкоголь служит связующим звеном между культурами латинос и индейцев. Наконец, в-третьих, продажа облагаемого высокими налогами алкоголя является источником дохода для правительства.

Мы располагаем недостаточными сведениями о роли спиртного в традиционном обществе индейцев майя. Единственные ключи к разгадке для нас кроются в манере повсеместного и пресмственного потребления алкоголя в современных религиозных ритуалах майя.

Потребление спиртных напитков дважды упоминается в «Попол Ву» (Popol Vuh), священной книге майя, что указывает на факт потребления спиртного еще до появления испанцев. В ней говорится, что напиток «кии» (quii) или «чича» (chicha) готовился в течение трех дней путем брожения и что люди, выпившие его, «ничего не чувствовали» (Tedlock, 1985). В обоих отрывках этой книги сказано, что, испив такой напиток, люди умирали. В первом случае это было самоубийство, во втором – убийство. Из-за отсутствия иной информации очень трудно определить значимость этих наблюдений.

Современное потребление спиртного на всей территории Гватемалы носит одинаковый характер, несмотря на различия между индейскими группами, и в основном следует двум отличным друг от друга манерам. Первая манера потребления восходит еще к доисторическому прошлому и связана с религиозными ритуалами. Вторая же берет начало с приходом испанцев в XVI в. и является продуктом светских явлений. Соединение двух форм произошло в XIX в., если не раньше.

Многие из ритуалов, во время которых потребляется спиртное, связаны с «коф-радиас» (cofradias – братство). Участие в подобной религиозно-мирской иерархии было и остается как честью, так и обязательством перед собственным племенем. Многие этнографы рисуют эту иерархию как неотъемлемую часть социальной, политической и религиозной организации индейского племени. Получение должности в «кофрадиас» – очень дорогое удовольствие, требующее существенных денежных и временных затрат в течение всего года. Лица, занимающие положение в верхушке иерархической лестницы, несут основное бремя расходов на проведение церемоний, целью коих является сохранение единства племени и социальной гармонии.

Другие религиозные мероприятия, требующие употребления спиртных напитков, проводятся в знак почитания святого – хранителя данного города. Такие события часто совпадают с паломничеством и организацией региональных ярмарок. Эти мероприятия служили для правящего класса майя механизмом получения доходов и давали возможность людям из разных регионов обмениваться сельскохозяйственными и ремесленными продуктами.

Испанские колонизаторы до конца XVIII в. прибегали ко множеству неофициальных, но экстразаконных способов, включая отработку долга, заставляя индейцев работать на плантациях. Bunzel (1940) пишет, что «индейцы соглашались продавать в кабалу себя и своих детей» в обмен на спиртное. Как только они попадали на плантации, их заработки были крошечными, при этом с них брали огромные суммы за удовлетворение ежедневных потребностей, глубже затягивая их таким образом в кабалу землевладельцев.

В Гватемале существует пять категорий спиртных напитков: продукты перегонки сахарного тростника; индейская брага (незаконная) из сахарного тростника; продукт слабой перегонки (также запрещенный), известный под разными наименованиями;

напиток «агуардиенте» (aguardiente) — более крепкая продукция перегонки, являющаяся легальной разновидностью последнего, а также пиво.

В Мексике умение употреблять спиртные напитки является предметом восхищения и уважения. Если ты не можешь пить много — ты не мужчина, так как много не пьют только женщины. Каждого с детства учат, что, если он не выпивает, общество осуждает его, его будут считать жертвой нравоучений и говорить, что ему не достает мужества. Среди населения в целом отношение к спиртному большинства мужчин (62,8%) и женщин (53,8%) сводится к тому, что «выпивка — одно из занятий, приносящих удовольствие в жизни» (ЕНА, 1988); также считается, что алкоголь приносит людям только пользу и способствует укреплению дружбы. Хотя такое мнение бытует среди большинства молодых людей, считается совершенно недопустимым проявление хотя бы малейших признаков пьянства.

Большинство убеждено в том, что мужчина обязан употреблять спиртные напитки. В наши дни женщины употребляют алкоголь наравне с мужчинами, но пьют до легкой степени опьянения. Все еще широко бытует мнение, что алкоголизм — это не болезнь. Считается, что, если человек алкоголик, ему просто не хватает силы воли, чтобы бросить пить.

Спиртные напитки являются важным и неотъемлемым элементом мексиканской культуры. Наличие большого количества спиртных напитков в Мексике, законно производимых большими компаниями либо выпускаемых подпольно и приготовляемых в домашних условиях, порождает множество проблем. В продажу поступает по крайней мере около 40 видов спиртных напитков, в состав которых добавлены экстракты трав и фруктов. Незаконно производимые спиртные напитки ценятся так же высоко, как и законная продукция. В последние годы увеличилось употребление чистого алкоголя, получаемого методом перегонки из сахарного тростника, который в основном используется среди бедного населения вследствие его низкой стоимости.

Немаловажное значение в истории Мексики отводится магвею, или американской агаве. Это многолетнее растение используют как для приготовления известного пульке, так и других спиртных напитков, таких, как текила и мескаль. Пульке изготавливается методом брожения аквамиеля — сладкого экстракта, добываемого из сердцевины магвея. Иногда туда добавляется чилийский перец, нерафинированный сахар, жареное зерно, мякоть плодов или специи; многие из этих добавок усиливают алкогольный и возбуждающий эффекты. Текила — напиток, получаемый путем брожения и перегонки вареного мелко нарезанного магвея. Мескаль же изготавливают путем последовательного тушения, брожения и перегонки плодов магвея. Каждый из этих напитков изготавливается из разных сортов магвея (Peregrina R., 1993).

Хотя пьянство существовало и в доиспанские времена, законное распитие спиртных напитков, как правило, было связано в основном с ритуалами и было допустимо только для высших классов, пожилых людей и старейшин. Простонародью позволялось выпивать только в определенных ситуациях: женщинам — после родов для «укрепления их крови», мужчинам и юношам — после изнурительной работы для «восстановления силы». Употребление спиртных напитков по случаю церемоний имело место при жертвоприношениях для умиротворения и восхваления богов, для освящения собраний и коллективных работ, а также чтобы отметить окончание календарного цикла и чтобы «обеспечить» плодородие на полях (Cells R., 1985). Тем не менее пьянство считалось серьезным проступком, что наглядно демонстрируют

примеры того, как горьких пьяниц считали недостойными уважения соседями, а их дома сносили. Существовали и другие наказания за пьянство: для некоторых, например, для священников и молодых девушек, оказаться в нетрезвом состоянии было равнозначно смерти.

Национальный обзор публичных привычек (ENA, 1988) предоставил первые данные по распространенности потребления алкоголя среди населения в возрасте от 12 до 65 лет, учитывая пол опрашиваемых. Представители обоих полов употребляют спиртные напитки всевозможных видов, даже чистый алкоголь из сахарного тростника, независимо от того, каким образом они изготовлены. Чаще пьют пиво, в 1989 г. его потребление составило 89%. Пиво употребляют в больших количествах в Северной Мексике, а пультке наиболее распространен в центре страны. Потребление спиртных напитков в равной степени широко распространено по всей Мексике. Женщины больше предпочитают вино, сидр и ликеры употребляют относительно редко.

Употребление спиртных напитков во время работы все еще широко распространено в сельских районах. В конце рабочего дня крестьяне часто выпивают со своим хозяином. Dunzef (1946) сообщает, что в Южной Мексике привычка выпивать тесно связана с эксплуатацией крестьян. Сначала их приглашают выпить, затем обвиняют в пьянстве, после чего надсмотрщик вносит залог в обмен на обязательство крестьянина не уходить с работы, в конечном итоге ему урезают жалование.

Роль спиртных напитков в местном обществе не всегда однозначна. Viqueira и Palerm (1954) описали 2 типа поведения пьяных: «как Аполлон» (спокойный и владеющий собой) и «подобное Дионису» (буйный и неистовый). В сельской местности поводом к потреблению алкоголя во многих случаях являются религиозные или местные праздники, по времени совпадающие с уборкой урожая.

Особенности алкоголизации в сельской местности и индейских поселениях имеют долгую, освященную веками традицию, одновременно сочетая в себе элементы, характерные для современности. На некоторых торжествах с элементами религиозного синкретизма алкоголь играет немаловажную роль. Стиль алкоголизации в сельской местности схож с таковым в городе, где женщины по сравнению с мужчинами пьют намного меньше или вообще не употребляют спиртные напитки в тех местах, где пьют мужчины. Женщины обычно начинают выпивать после достижения восемнадцатилетнего возраста, в то время как мужчины делают это гораздо раньше. Мужчина может выпивать как дома, так и вне его. Женщине же разрешено выпивать только дома, и то в исключительных случаях, например, когда они выходят замуж либо отмечают свой юбилей. Некоторым пожилым женщинам в зависимости от того положения, которое они занимают, в обществе разрешено употреблять спиртные напитки наравне с мужчинами. В других же случаях женщины только готовят выпивку для мужчин. Обычно родители благосклонно относятся к тому, что их сын употребляет алкоголь, но никогда не примирятся с тем, что это делает их дочь. Население всегда готово помочь и проявить участие к тому, кто слишком много выпил, например, помочь пьяному, лежащему на улице. Однако они никогда не защитят женщину, которую избивает пьяный муж.

Среди причин, которые заставляют женщину потреблять спиртные напитки, обычно отмечают недостаток чувств со стороны мужа, авторитаризм и чрезмерная защита. Под воздействием алкоголя у мужчины усиливается стремление чувствовать себя сильнее, ощущать себя «настоящим мужчиной», именно это воздействие и провоцирует потребление спиртных напитков. Большое влияние приписывается и рабо-

те. Мать чувствует себя виноватой, если ее ребенок — алкоголик. Она часто говорит так: «Я не дала ему (ей) того, что ему (ей) необходимо» или «Я была слишком эгоистична и занималась только собой». Они стыдятся этого и предпочитают не говорить о проблемах своего ребенка. Хотя они и несут ответственность за выбор решения, чувство стыда мешает им обратиться за помощью вовремя. Однако характерно, что в поисках решения своих проблем они предпочитают традиционные способы, такие, как молитвы и услуги местных целителей.

В менее развитом обществе (большая часть стран Третьего Мира) алкогольные привычки людей имеют ярко выраженный общественный, экономический и политический подтекст. Особенно это заметно там, где большинство жителей страдают из-за низкого семейного дохода, широко распространенной безработицы и частого пьянства. В таких условиях жизни пьянство выступает в равной степени и синдромом проблем, и их причиной. Поэтому алкоголизм или потребление алкоголя с целью ухода от проблем все больше становится социальным, а не личным феноменом. Вопрос об алкоголизации следует включать в любую научно-исследовательскую дискуссию, посвященную вопросам здоровья общества и общественного благосостояния.

## **ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ В ЕВРОПЕЙСКОЙ КУЛЬТУРЕ**

### **Великобритания**

Завоевания алкоголя в Англии настолько велики, что, по справедливому замечанию D.Mandelbaum (1967), слово «drink» очень часто подразумевает принятие алкоголя. Значение алкоголя в Великобритании отражает тот факт, что приблизительно 750 тысяч человек занято производством, распространением и продажей спиртных напитков. Но, несмотря на широкое использование и почти полное принятие алкоголя, Великобритания может присоединиться к таким важным протестантским культурам, в которых имеется значительное двойственное отношение к пьянству (Plant M., 1995).

Великобритания, как и некоторые северные европейские страны, США, Канада, Австралия, Новая Зеландия, является страной, в которой потребление алкоголя на душу населения не столь высоко, но злоупотребление алкоголем долгое время считалось главной национальной проблемой. Несмотря на это, «алкогольные дебаты» в Великобритании менее популярны, чем в других странах, в которых большая часть населения воздерживается от принятия алкоголя и движения трезвости имеют весомое значение.

Исследования показывают, что меньше употребляют алкоголь жители Северной Ирландии. Более половины женщин и почти треть мужчин этой части Британии — трезвенники. Около 12% женщин и 7% мужчин после 18 лет в Британии не употребляют алкоголь.

Традиционно долгое время считалось, что шотландцы употребляют больше спиртного, чем в Англии и Уэльсе. Образ пьяного шотландца популяризировался комедиантами Harry Lauder, Billy Connolly и телевизионным персонажем Rab C. Nesbitt. Данные проведенных исследований показали отличия шотландцев от их южных соседей. В исследовании K.Foster (1990) показано, что высокие показатели употребления алкоголя существуют среди взрослых мужчин, в основном живущих на севере и северо-западе, в центре Англии и Уэльсе; среди женщин самые низкие показатели по Шотландии, восточной Англии и Уэльсу.

Мужчины старше 17 лет употребляют спиртного больше, чем женщины. Исследования показали, что три четверти взрослых мужчин и около половины женщин в Англии, Уэльсе, Шотландии употребляют спиртное в течение недели. Эти же данные по Северной Ирландии составляют 50% мужчин и 8% женщин.

Большое внимание в Великобритании уделяется проблеме женского пьянства. Известно, что употребление спиртного женщинами значительно увеличилось за последние десятилетия. Женщины выпивают в меньших количествах, но чаще, чем мужчины (Plant M., 1990). Женщины предпочитают некрепкие напитки: пиво, лагер, сидр. В Шотландии и Северной Ирландии женщины предпочитают спиртные напитки, а не чистый алкоголь; в Англии и Уэльсе отдают предпочтение винам и крепким винам. Мужчины же, наоборот, во всех частях Великобритании употребляют пиво, лагер, стаут, сидр; в Шотландии и Северной Ирландии употребляют в больших пропорциях виски (воспетый шотландцами). И это неудивительно, так как виски в Шотландии — самый знаменитый экспортный товар.

Мужчины в основном употребляют спиртное 3–4 дня в неделю, женщины же только 2–3 дня, мужчины в Северной Ирландии — в среднем 2 дня в неделю (Wilson P., 1970). Кроме того, известна манера принятия более концентрированного спиртного в Шотландии и Северной Ирландии. Это и было основным фактором, мотивирующим либерализацию шотландских лицензированных предприятий в 1976 г.

Распитие спиртного дома, в барах, ресторанах — нормальное поведение для многих людей в Великобритании. Алкоголь, как и в других странах, является не только напитком, но и широко распространенным элементом празднований и торжеств. Большинство детей в Великобритании узнают об алкоголе с ранних лет. Алкоголь легален, доступен и широко рекламируем. Большинство взрослых выпивают, поэтому дети видят употребление алкоголя в своих домах. Значительное количество молодых людей в Северной Ирландии, Шотландии (Глазго) и на Западных островах воспитаны в протестантских семьях, в которых употребление алкоголя не приветствуется. Употребление алкоголя обычно не одобряется в семьях мусульман. Многие из них проживают в городских районах Англии, но есть мусульманские общины и в других районах Великобритании.

Классическое исследование ориентации детей по отношению к алкоголю проводилось в Глазго G.Jahoda, J.Cramond (1972) в форме игровых тестов, в которых дети от 5 до 10 лет отвечали на вопросы, что они знают об употреблении алкоголя. Исследование показало, что даже в раннем возрасте дети имеют четкое представление об алкогольных напитках. Около 40% 6-летних и 60% 10-летних детей различают алкоголь по запаху. Большинство детей могли видеть поведение пьяных в показанных им фильмах. Исследование также показало, что мальчики чаще, чем девочки, поощряются родителями и взрослыми в принятии спиртного. Чем старше они становятся, тем более негативное отношение приобретают к алкоголю, возможно, под влиянием авторитетных людей и мнений о злоупотреблении спиртного. Выводы были подтверждены E.Fossey (1994) в Бирмингеме и Эдинбурге. Это исследование подтвердило, что дети 5–10 лет имеют отрицательное отношение к алкоголю. Несмотря на увеличение употребления алкоголя, выявленное в ранних исследованиях, Fossey обнаружила стойкую двойную норму и то, что женское пьянство более заметно, чем мужское. Fossey сделала вывод, «что алкоголь — в основном прерогатива мужчин» (Fossey E., 1994).

Основное внимание уделяется подростковому употреблению и злоупотреблению спиртным. Во-первых, очевидно, что большинство «заядлых» и «регулярных» алко-

ликов появляются в подростковой группе. Во-вторых, подростковому алкоголизму периодически уделяется широкое внимание благодаря приписываемой связи с социальными проблемами и неблагоприятными последствиями. Средства массовой информации в Британии периодически сообщают о подростковом алкоголизме, нередко в сенсационной и искаженной форме. Подобный интерес иногда оправдывается, однако связь алкоголя с правонарушениями часто остается неясной (Puck, 1989).

Пьянство долгое время было неотъемлемой частью социальной жизни Великобритании. Популярность алкоголя сочетается с широко распространенным восприятием злоупотребления алкоголя как хронической национальной проблемы. В этом отношении Великобритания похожа на те страны, в которых социальное отношение к алкоголю двойственно.

Англичане очень серьезно рассматривают обычную человеческую привычку употреблять алкоголь. Чем чаще и больше, по их мнению, пьет человек, тем больше он поражается алкоголем. Самым важным является вопрос, сколько чистого алкоголя в напитке, каким образом сравнивать различные напитки.

Стандартная порция в Англии (СП) = 1/2 пинты обычного пива или более легкого пива = 1 мере спирта (виски, джин, водка и т.д.) = стакан вина = маленький стакан хереса = мерка вермута или аперитива. 1 порция равна 1/6 пинты. 1/6 пинты – мера, которая используется в большинстве районов Англии и Уэльса. В Северной Ирландии мера в пивной 1/4 пинты, в Шотландии она может быть равна 1/5 или 1/4.

Домашние мерки обычно намного больше, чем мерки в пивной. 1 пинта равна 0,57 л. Как следует из памятки по управляемому приему алкоголя, в 0,5 пинты содержится столько же алкоголя, сколько и в порции виски. Пинта равна двойной порции виски, а крепкие сорта пива содержат алкоголя в 3 раза больше, чем обычное пиво. Стакан вина равен порции виски.

Согласно существующим в Англии нормам, можно прогнозировать опасное употребление алкоголя при следующих объемах спиртного в неделю:

Мужчины	Женщины	Последствия
До 20 СП	До 13 СП	Употребление алкоголя на этом уровне не несет риска для здоровья. Рекомендуется сохранить прием алкоголя на этом уровне
21–36 СП	14–24 СП	Если выпитое распределено на всю неделю, то, возможно, нет вреда для здоровья. Если это количество выпито в 2 приема, то возрастает риск несчастного случая и вредных последствий от употребления алкоголя
37–50 СП	25–35 СП	Человек приближается к черте, за которой последует ухудшение здоровья. В данной ситуации можно говорить не только о проблемах здоровья, но и о социальных, юридических проблемах. Возможно, что употребление алкоголя происходит чаще, чем 2 дня в неделю. Рекомендуется сократить количество дней сильного пьянства
51–95 СП	36–63 СП	Возможно, уже идет причинение себе вреда, но человек не подозревает об этом. На данном уровне потребления, возможно, имеется поражение печени и желудка, ухудшилась память и концентрация внимания. Необходимо срочно уменьшить дозу
96 СП и >	64 СП и >	Редко бывает, чтобы на таком уровне пьянство не приносило вреда. На данном уровне потребления, скорее всего, существует физическая зависимость от алкоголя

Разумный подход в употреблении алкоголя англичане видят в 2–3 пинтах пива (или их эквиваленте) 2–3 раза в неделю (для мужчин), а для женщин – 2–3 стандартные порции 2–3 раза в неделю. Но прием даже 2 глотков алкоголя может быть смертельно опасным перед вождением автомобиля, перед работой на машинном оборудовании, а также в связи с употреблением некоторых лекарств.

Считается, что если мужчина среднего роста и веса выпивает более 8 СП порций в день (например, 4 пинты пива и 8 СП виски), возникает высокий риск заболевания на почве приема алкоголя. Если женщина среднего роста и веса выпивает более 5 СП в день (2,5 пинты пива или 3 стакана вина и 2 стакана хереса), то это может привести к заболеванию, связанному с алкоголем.

Англичане советуют изучить свою карту потребления спиртного, попытаться выяснить, когда и с кем чаще потребляется алкоголь. Общая рекомендация очень проста – попытаться изменить свою жизнь так, чтобы избежать ситуаций, при которых пьется намного больше обычного. К общим рекомендациям относится совет выбирать иногда безалкогольные напитки, чай, кофе, не пить перед вождением автомобиля. И самое главное, по мнению многих британцев, важно помнить, что алкоголь не делает человека ни высоким, ни сильным, ни красивым, ни остроумным, ни утонченным.

### Франция

С начала XX в. Франция – одна из лидеров по ежегодному потреблению алкоголя на душу населения среди тех стран, по которым доступны статистические данные. Тем не менее такая ситуация, которая во многом обусловлена большим количеством потребляемого вина, меняется благодаря устойчивому снижению потребления спиртных напитков на всем протяжении 1990-х гг., особенно со времен Второй мировой войны. Даже несмотря на то, что это снижение касается в первую очередь потребления вина, оно считается ведущим алкогольным напитком, потребляемым во Франции.

Тенденция распространения вина, пива и крепких спиртных напитков становится более-менее эквивалентной по всей Европе (за исключением регионов-производителей вина вокруг Средиземноморья), что подтверждает общее направление стирания различий в характере потребления спиртного в разных странах. Цифры, касающиеся потребления вина, позволяют более точно увидеть тенденцию к его снижению во Франции: в 1965 г. потребление вина в среднем на душу населения составило 90,63 л; в 1977 г. – 64,70 л; в 1989 г. – 31,74 л (INSEE, Национальный институт статистики и экономических условий Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 1993). Во Франции пиво и сидр никогда не имели такой большой важности, как вино. В 1990-х годах вино продолжало составлять 2/3 общего потребления чистого алкоголя, несмотря на прогрессирующее снижение потребления дешевых столовых вин, которые все более и более заменялись изготовленными согласно технологии «профессиональными» винами с этикеткой «контроль качества в пределах названного региона». Более дорогие и более высокого качества вина потребляются главным образом в особых случаях. Потребление сидра, популярного спиртного напитка на севере Франции, имеет тенденцию к снижению. В контрасте с этим сорта пива с высоким содержанием алкоголя (13–17°), пиво «de luke» имеют тенденцию к увеличению продаж во Франции. Хотя потребление крепких спиртных напитков не изменилось, более молодые люди выбирают их чаще для своих вечеринок. Когда эти люди взрослеют, они следуют традиции употребления вина в особых случаях.

Важность обычного потребления вина остается преобладающей характеристикой потребления алкоголя во Франции (Naohum-Grappe V., 1995). Другой характеристикой потребления спиртных напитков является различие в употреблении их между мужчинами и женщинами: 63% мужчин и 30% женщин старше 18 лет сообщили, что выпивают, по крайней мере, один стакан вина в день. Один из пяти мужчин допустил, что может выпить более 4 стаканов вина в день; среди женщин – только одна из 50 (INSEE, 1993). Таким образом, употребление алкоголя в больших количествах есть чисто мужской феномен. Большинство чрезмерно употребляющих алкоголь – это мужчины, принадлежащие, главным образом, хотя и не исключительно, к рабочему классу: наемные служащие, чернорабочие, ремесленники, лавочники, мелкие бизнесмены, фермеры.

Один из примеров половых различий в употреблении спиртных напитков состоит в том, что женщины не принимают участие в соревнованиях по выпиванию, которые способствуют чрезмерному употреблению алкоголя, типичному для мужской среды общения во Франции (Naohum-Grappe V., 1995). Женщина может отказаться выпить без боязни потерять лицо, появление же в нетрезвом виде среди женщин презирается больше, чем среди мужчин.

Во Франции характер потребления спиртного сильно отличается у мужчин и женщин; женщины принимают больше лекарств, едят меньше мяса, но больше сахара и овощей, чем мужчины. Представляется, что вино и мясо связаны и с необходимостью идентифицировать себя как мужчину, и с принадлежностью к рабочему классу. «Добрая» еда во Франции должна включать и вино, и мясо, особенно в традиционной рабочей семье. Кроме того, хотя сила необходимости винопития зависит частично от социального положения, в большей степени она зависит от характера пищи (Bourdieu P., 1979). Считается, что «настоящий мужчина» из рабочих должен пить и есть в больших количествах. Язык такого типа мужественности несовместим с буржуазной утонченностью; обычно представителем «типичного француза» не является тот, кого знают как обладателя хороших манер. Более того, есть некоторое сходство в неряшливом внешнем виде пьяницы и в непреднамеренном стиле типичного рабочего француза (берет, усы, французский батон под мышкой, бутылка красного вина в руке). Употребление вина мужчинами – это символ национального стиля жизни.

Для мужчины вино может заменять воду. Женщины предпочитают пить воду, разбавленную небольшим количеством вина. Француженка согласится выпить стакан хорошего вина, но откажется от второго. В конце приема пищи женщины и дети могут окунуть кусочек сахара в спиртной напиток, поданный для мужчин; это традиционное действие, типично женское и детское, раскрывает относительный культурный запрет в отношении крепких спиртных напитков, которые таким образом трансформируются в безвредный аромат, усиленный изысканностью пропитанного напитком кусочка сахара.

Во Франции женщины пьют меньше, чем мужчины, как в «качестве», так и в количестве. Все специфические представления о женственности во Франции подчеркивают большую умеренность в употреблении алкогольных напитков и предпочтение более легких, более сладких, в большинстве случаев фруктовых напитков, как, например, шампанское или сладкие ароматизированные ликеры (Naohum-Grappe V., 1995).

Высокий уровень потребления алкоголя не обязательно влечет высокий уровень связанных с алкоголизмом болезней и смертей. Действительно, пьющие в регионах-производителях вина во Франции употребляют большое количество вина (но не

крепких спиртных напитков), но это потребление не согласуется с высоким числом болезней и смертей от алкоголя. Напротив, научные исследования показывают полезность умеренного потребления алкоголя для большинства людей. Недостаточно ясно при этом, социологический или физиологический процессы могут быть решающими в защитном эффекте алкоголя в различных регионах, где пьющие употребляют эквивалентное количество спиртных напитков. Одна из гипотез заключается в том, что вино содержит некоторые отличительные ингредиенты, которых нет в спирте (возможно, флавоноиды). Изучается также роль различий диеты, специфической культуры, регионального здравоохранения и других факторов.

Франция производит вино с начала эры христианства, этот продукт играл и играет важную роль в истории ее национальной идентификации. В результате специфические характеристики – высокий показатель потребления алкоголя, половые различия, контраст в характере потребления алкоголя на севере и юге – не могут быть поняты без обращения к истории вина и употребления спиртных напитков во Франции.

На протяжении истории Франции в религиозной, медицинской и нравственной литературе последовательно описываются 4 стиля алкоголизации:

а) употребление вина с пищей как часть пищевого рациона, необходимая для здоровья;

б) употребление вина по поводу общественно значимых событий, таких, как подписание договора участия в чем-либо, подписание экономического контракта, бракосочетание. Этот тип алкогольного поведения включает в себя так называемый «drinking detour» (выходящий за рамки стиль алкоголизации). Выход за рамки означает, что один человек или группа людей пьют без особых на то причин. Такой тип развился в результате бурного демографического движения во Франции внутри больших городов. Гостиницы, таверны, кафе, бистро – типичные места для подобного типа общественного поведения (Naohum-Grappe V., 1995);

в) употребление вина и других алкогольных напитков по случаю празднеств для того, чтобы довести себя до состояния опьянения, уйти от действительности в случае переживаний;

г) употребление вина как эстетическая связь опыта, связанного с виноградарством и винным производством.

Другой пример стиля алкоголизации – тосты; само действие поднятия бокала вина в чью-либо честь – это форма устного общения, принадлежащая французской культуре с момента ее исторического начала. Возможно, это вековой след древних жертвенных возлияний, во время которых жертвуемая жидкость преподносилась богам: кровь или вино в обмен на просьбу, молитва заключалась в словах «живи долго!» или «твое здоровье!», во Франции строго верят, что нельзя произносить тост, поднимая бокал с водой, так как это приносит неудачу. При тосте непременно должно присутствовать вино. Парадоксально, что этот акт является имитацией литургических ритуалов. Вспоминая древние устные жертвоприношения, тост становится светским выражением специфического аспекта французской культуры, которая воспевает пьянство, таким образом бросая вызов смерти.

Во Франции вино – культурно предпочитаемый напиток, выражающий эту философию как маркер важных движений в социальном взаимодействии.

Престиж вина во Франции повышается благодаря его экономической и технологической истории, которая, особенно со средних веков, связана с развитием француз-

ской гастрономии, ценящейся среди элиты со второй половины 1700-х гг. и особенно в 1800-х. Употребление настоящего вина (приготовленного по всем правилам) есть эстетство (Naohum-Grappe V., 1995). Вино к мясу не может быть заменено другим напитком, алкогольным или нет. Если в конце XX в. пиво может быть выпито с сэндвичем в городе — это только потому, что сэндвич — не настоящее французское мясо.

Во Франции существуют два разных подхода к проблемам, связанным с алкоголем. Один — позитивный подход, связанный с употреблением праздничных винных напитков, основанный на долгой истории французской культуры. Другой — негативный, который фокусируется на социально осуждаемых зависимости от алкоголя и склонности к пьянству, как имеющих отношение к низшим классам и вызванных *les alcools* (крепкими алкогольными напитками), а не «гигиеничными» винами. Это объясняет тот факт, что с 1900-х гг. врачи продолжают советовать пациентам пить вино для борьбы с алкоголизмом.

В современной французской культуре полисемия, касающаяся алкогольных напитков, включая вино, продолжает существовать. На всем протяжении XX в. алкоголь изображается как источник тепла, горячности и признак «жизни в мультфильмах». Пьяницы походят на клоунов или нетвердо ступающих буйных детей, которые превращают городское окружение в шуточный цирк, в котором наблюдение за чьим-либо падением может стать развлечением. Такие развлечения пьяных продолжают существовать во Франции, в то время как большинство традиционных стилей алкоголизации потеряли свое значение. Потребление спиртного во время еды постепенно исчезает, и столовое вино в полдень заменяется минеральной водой, напитком, который, как считается, более гигиеничен, более женский, и его чаще употребляют конторские служащие и обслуживающий персонал, чем производственные рабочие. Эта перемена частично может быть приписана успеху антиалкогольной пропаганды так же, как и сокращению класса производственных рабочих — этот социальный класс более всего связан с употреблением вина во время еды. С уменьшением класса производственных рабочих исчезают их стили алкоголизации, и более «элегантные» формы алкоголизации распространяются с увеличением числа конторских служащих.

В то же время прием спиртных напитков для повышения тонуса все еще довольно распространен. Можно наблюдать разделение процессов принятия пищи и употребления спиртных напитков, особенно среди молодого поколения. Действительно, умеренное, контролируемое употребление спиртных напитков заменяется более нерегулярными формами приема с целью активизации психики. Пьяное поведение становится более частым, менее социализированным и более бесцельным, чем в праздничном контексте.

Употребление спиртного как эстетический опыт, с целью дегустации (вина) может иметь институциональное будущее, потому что некоторые авторы во Франции утверждают, что дегустаторы, пробуя вино, могут предотвратить его чрезмерное употребление противостоянием отношению, выраженному в словах: «Не имеет значения, что мы пьем, если мы пьянеем» (*qu'importe le flacon pourere que l'en ait l'ivresse*). Фокусируясь на эстетическом удовольствии от алкоголя, можно также сократить различия между полами, проявляющиеся в том, что женщины сегодня также интересуются дегустацией. Пьянство подростков или пожилых женщин все еще вызывает больше неодобрения, чем пьянство мужчин.

Появление кофе как общепринятого напитка в 1600-х годах привело к чему-то вроде неорганизованного предотвращения чрезмерного потребления алкоголя путем

предложения недорогой альтернативы для употреблявших спиртные напитки время от времени. В XVIII в. вино и бренди были главными напитками во Франции; черный кофе стал самым распространенным напитком в начале XX в.

Изменения в стилях алкоголизации во Франции также являются результатом более общих социологических изменений. Например: почему формы развлечений, выбираемые подростками, кажутся более непорядочными и менее ритуализируемыми, чем традиционные формы празднований? Пустота и одиночество характеризуют ночные клубы и большие вечеринки, которые выбирают молодые люди, чтобы хорошо провести время. Время, проведенное на вечеринках в попытках напиться, становится главным приключением и опытом. Почему тщательно подготовленные балы и другие традиционные празднества устарели, в то время как вечеринки, которые едва дают отдохнуть от повседневной жизни, участились? Во французской песне 1970-х годов «*Dans les Bals populaires*» («на деревенских танцах») парни в баре хвастаются: «Мы не танцуем, мы здесь только для того, чтобы напиться, чтобы получить еще выпивки, не платя за нее».

Такие празднества, где мужчины не танцуют, больше не могут называться *Bals populaires*. Пение и танцы, которые разучивались вне школы и ограничивали потребление алкоголя (человек не пил во время танцев), устарели. Праздничное употребление алкоголя соотносится с тем, как люди отмечают и проводят время в данном обществе. Вообще эволюция стилей алкоголизации нуждается в изучении в более широком контексте все более преобладающего типа поведения, определенного как «демократический индивидуализм», когда человек может (или должен) все более и более контролировать свои действия (Erhenberg A., 1991). Во Франции терпимость или даже привязанность по отношению к алкоголикам не противоречит имиджу грубо опустившегося пьяницы, символизирующего неуспех. В обществе, где главной целью является самоорганизация и тела, и карьеры, конечный риск — это добровольное разрушение этой организации. Алкоголизм, таким образом, проявляет себя как серьезная угроза для культуры, которая объявила «индивидуализм» одной из ее главных ценностей.

Употребление спиртных напитков как признак социальных связей — это система, которая, как кажется, претерпела наименьшие изменения. Как общее правило, градус потребляемого алкоголя соотносится с социальным вкладом в повод. Некоторые события — большой страх, особенно эмоциональное собрание или важный общественный повод (контракты, союзы, изменение профессионального или супружеского статуса) — оправдывают потребление алкоголя почти так же, как если бы была общественная необходимость выпить. Алкоголь играет роль индикатора перемен в обществе. Ни кофе, ни вода не могут его заменить. Но алкоголь также вмешивается, когда вакуум в обществе запрещает думать о переменах.

В больших городах употребление спиртных напитков без особой причины — это такая же общая вещь, как ритуальное употребление спиртных напитков; глоток алкоголя, который может быть просто минутным отвлечением от рутины ежедневной трудовой жизни, раскрывает возможность потребления алкоголя без какой-либо причины, кроме как сама эта возможность.

Хотя молодые женщины пьют больше, чем раньше, употребление алкоголя остается выражением мужской идентификации. Например, мужчина, которого оставила жена, с большей вероятностью напьется (количество алкоголя соразмерно силе его любви) перед тем, как заплакать, в то время как женщина, вероятно, сначала заплачет, а затем выпьет что-нибудь. Женская идентификация менее социально определе-

на, чем мужская (в соответствии с оценкой французов) и остается несовместимой с образом опьянения.

В момент успеха в спорте, финансах или политике, например, от мужчин по-прежнему ожидают предложения выпить (Naohum-Grappe V., 1995). Всемирный успех французского шампанского, развившийся к концу XVIII в., раскрывает физиологическую важность в отношениях между напитком и поводом. Первое есть необходимый признак второго. Даже женщины пьют это золотистое пенящееся вино, которое является своеобразным символом празднества. Возможно, не только по воле случая шампанское распространилось во Франции, не только потому, что эта страна производила высококачественные вина, но также и потому, что это страна, где необходимость потребления алкоголя поставлена в центр социальных отношений.

### Италия

Исторически сложилось, что спиртные напитки в целом и вино в частности всегда играли важную роль в итальянской фармакопее. Начиная с эпохи римлян и в эпоху Ренессанса рецептуры, основанные на спирте, одинаково широко использовались и в народной, и в официальной медицине для лечения наиболее типичных болезней (Cosmacini G., 1987). Даже сегодня, наряду с широко распространенным использованием любого вина для лечения простуд, первоклассные вина рекомендуются в умеренных количествах людям, выздоравливающим после болезни, и пожилым. Более того, нет ничего необычного в том, что врачи поддерживают идею умеренного потребления вина для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, этот подход в последнее время получает все большее научное подтверждение.

Алкогольные обычаи являются вполне уместным компонентом общественной жизни. Вино не только «почетный гость» в особых случаях — таких важных событиях жизненного цикла, как рождение, бракосочетание или поступление на военную службу — но и всякий раз, как только люди собираются в свободное время (Cottino A., 1985).

В отличие от стран, воздерживающихся от спиртных напитков, Италия не восхваляет, но и не осуждает опьянение. Нельзя сказать, что злоупотребление не имеет места или что итальянская культура употребления спиртных напитков не замечает потенциально негативные последствия чрезмерного употребления.

Тот факт, что спиртные напитки вообще и вино в частности представляют неотъемлемую часть итальянской культуры, является палкой о двух концах. С одной стороны, это внедрение спиртных напитков в повседневную жизнь предотвращает осуждение горьких пьяниц до такой степени, как это практикуется в воздерживающихся от спиртного культурах. С другой стороны, злоупотребление спиртным замечается поздно, часто только тогда, когда уже очевидны физический вред или зависимость.

Нет точных данных о широте спектра проблем, связанных с алкоголем и алкоголизмом в Италии. Официальная статистика не считается заслуживающей доверия, в частности, данные предоставляются итальянским государственным агентством, которое часто обвиняется в недооценке или переоценке данных и в изменении критерия оценок. Как результат, нет согласия ни в том, повышается или понижается заболеваемость алкоголизмом в последние два десятилетия, ни в том, как распределяется злоупотребление. Если и есть согласие в чем-то, так это в том, что злоупотребление алкоголем не является больше социальным вопросом в историческом смысле этого слова. В наши дни «горькое пьянство» не считается классовым явлением, а проходит сквозь все слои общества.

Итальянский национальный совет по исследованиям путем частичного пересмотра критериев, изначально выработанных французским *Comitet National de Defense contre l'Alcoolisme*, отметил участившиеся случаи цирроза печени в 1990-х гг. Производство спиртных напитков все еще является одной из главных отраслей промышленности Италии, хотя потребление абсолютного спирта на душу населения в год в литрах длительное время снижалось. Согласно последним данным, торговля спиртными напитками составляет около 10% общего национального производства, виноградники покрывают полностью 10% общей площади Италии, а около 14000 компаний работают в этом секторе экономики (Cottino A., 1995).

Среди спиртных напитков наиболее употребляемым в обществе и дома считается вино. Оно является настолько же неотъемлемой частью итальянской культуры, насколько виноградная лоза является неотъемлемой частью типичного итальянского пейзажа. Эта характерная черта – часть общего наследия, древние корни которого находятся в Месопотамии и питают Италию и другие страны Средиземноморья, что проявляется по-разному. Трудно отыскать любой вид человеческой деятельности, который не относится, в той или иной степени, к употреблению вина. Поэтому неудивительно, что на трезвенников взирают с любопытством, как на чудаков, которые должны объяснить, почему они отказываются пить вино. В народном фольклоре эта позиция неодобрения резко выражена в высказывании: «Упаси меня Бог от тех, кто не пьет».

Италия – это страна, где люди не пьют чистый спирт. Вернее, итальянцы потребляют вино и, в меньшей степени, другие алкогольные напитки. В прошлом аспекты питательности были особенно уместны в питании низших классов, скудная диета которых определенно нуждалась в тех калориях, которые могло обеспечить вино. Эти аспекты не исчезли и в наши дни, и вино регулярно употребляется в сочетании с пищей.

В 1990 г. потребление чистого спирта на душу населения в Италии составило около 9 л (на 1 л меньше, чем в 1980). Страна занимала 4-е место в списке потребления по Европе, возглавляемом Испанией (11,7 л на жителя). На 1995 г. итальянцы выпивали в среднем 60 л вина ежегодно (Rossi, 1992).

Бары сегодня играют важную роль в жизни итальянцев, однако они уже больше не являются местом, где люди проявляют политическую активность или куда заглядывают в поисках работы – как было в случае со старыми *osteria*. Теперь это места, где люди проводят свое свободное время, выпивая, слушая музыку, смотря ТВ и играя в карты или электронные игры. В отличие от баров, похожих на американские салоны или французские кабаре, которые посещают в основном рабочие (преимущественно мужчины), бары сегодня обеспечивают атмосферу общения для гораздо более разнородной клиентуры.

Из четырех главных географических районов, на которые традиционно делят Италию, самым пьющим является северо-восточный, далее следуют центральный, северо-западный и южный, включая острова.

Наибольшее недоумение вызывает тот факт, что низкий уровень индустриализации юга не приводит к более высокому потреблению алкоголя. Это проявляется в моделях, где употребление алкоголя выше всего в общинах с населением немногим более 20000 населения (Kossi, 1992). Также нужно принять во внимание другие стили, не относящиеся, по-видимому, к сельскому или городскому контингенту. Прежде всего, очень высокая концентрация спирта в большинстве южных вин делает их малопригодными для ежедневного употребления, если не смешать их с водой, эти вина можно выпить только в небольших количествах. Во-вторых, контроль за жен-

щинами в южных районах более строгий и сильный, и поэтому можно сказать, что выпивающие женщины встречаются здесь реже, чем в других районах страны.

Женщины смогли преодолеть некоторые препятствия, воздвигнутые мужчинами, и получили больше свободы. Ученые больше не связывают различия в потреблении алкоголя с просто биологическими различиями. Женщины все еще выпивают меньше, чем мужчины, хотя выпиваемое ими количество вина увеличивается.

В традиционном крестьянском обществе половые различия в потреблении алкоголя были весьма заметны. Женщины могли выпить в строго определенных случаях, таких, как свадьба, когда самой невесте позволялось выпить. Однако общественное мнение женское пьянство считало противоестественным (Forni, 1985).

Некоторые моменты сводились к попытке оградить крестьянку — то же практиковалось и в высших классах — от спиртных напитков, прежде всего их употребление было прерогативой мужчин, и изоляция женщин от него помогала мужчинам сохранять их патриархальную власть. Во-вторых, мужчины привыкли пить вино и для восполнения их скудной диеты, и для утоления жажды, особенно во время полевых работ. В-третьих, считалось, что избыток вина делает женщину сексуально доступной, легкой добычей для мужчин. Четвертой причиной, которая выдвигалась на первый план, как только обсуждалось состояние женщины как представительницы рабочего класса, является то, что, как ожидалось, пролетарки возьмут на себя ответственность за свои семьи — вынужденные минимум свободного времени держать под контролем бюджет и контролировать употребление алкоголя мужем.

Этот аргумент, известный как тезис об ответственной рациональности женщин, подчеркивает роль внешних факторов в контроле и ограничении потребления алкоголя женщинами. Однако отношение женщин к алкоголю часто характеризовалось сильными, смешанными чувствами страха и смирения. Это вполне очевидно особенно в крестьянской среде, где злоупотребление алкоголем часто предоставляло возможность мужчинам направить физическое и психологическое насилие против женщин. Это явление ярко описал Forni (1985): «Для женщин количество спиртного является проблемой, а для мужчин, наоборот, полезно, поскольку дает им возможность показать их мужество: пить много без явных последствий».

В прошлом в выращивающих виноград областях, где вино было относительно легко доступно, поощрялось употребление вина маленькими детьми, особенно мальчиками. По мнению их отцов, несмотря на протесты их матерей, вино в умеренных количествах помогало им вырасти и стать «настоящими мужчинами». В районах, где доступность вина была ограничена, женщины и дети отстранялись от употребления алкоголя. В наши дни большинство таких различий исчезло, главным образом по причине быстрого снижения процента крестьян среди населения. Тем не менее есть признаки того, что семья способствует умеренному употреблению вина юношами.

Семья несет ответственность за приобщение к вину. Это обусловлено тем, что употребление вина идет в сочетании с пищей. Пиво выпивается преимущественно в другой социальной среде, вне семьи: подростки учатся пить пиво и крепкие спиртные напитки главным образом в группе сверстников.

В целом можно сказать, что итальянцы начинают приобщаться к спиртным напиткам в раннем подростковом возрасте в семье или в группе сверстников.

Итальянское общество подверглось значительным экономическим и социальным перестройкам, которые внесли глубокие изменения в стили алкоголизации. Как следствие этого, даже если вино останется важным компонентом общения, продол-

жая быть частью гостеприимства, и будет способствовать общению в барах или на вечеринках, большие надежды возлагаются на спиртные напитки, которые немного крепче хорошего вина.

В схватке с антиалкогольными кампаниями и в соревновании с другими спиртными напитками позиция вина в итальянском обществе может оказаться под угрозой, если программы по профилактике злоупотребления алкоголем и по повышению уровня здоровья будут основываться не на признании существующей культуры потребления алкоголя, а на отрицании ее.

Итальянская культура выработала свои собственные механизмы контроля употребления алкоголя. Прежде всего имеет место так называемое «регулируемое злоупотребление», т.е. существуют обычаи, которые по меньшей мере поощряют употребление алкоголя (Forni E., 1985). Такая ситуация может возникнуть в сочетании с так называемыми «обрядами прохождения» (Van Genner A., 1909), когда подростки обоих полов подтверждают свою взрослость. Это может произойти, когда юноши празднуют открытие собственного счета в банке или когда люди женятся. В последнем случае даже женщине разрешается нарушить границы, которые в обычных условиях нарушить нельзя и которые все же строже, чем для мужчин.

Другой механизм контроля, сдерживающий злоупотребление, — это строгий акцент на употреблении вина в сочетании с пищей. Не случайно существует поговорка: «Никогда не пей вино между приемами пищи». Это гарантирует, что спиртные напитки никогда не наполнят пустой желудок, а также контролирует количество выпитого по отношению к приемам пищи. Более того, акцентируется внимание на отрицательных последствиях, к которым может привести чрезмерная выпивка на работе и в обществе.

В Италии осуждается пьянство людей, потерявших контроль над употреблением алкоголя. Если итальянская культура не налагает морального позора на чрезмерное употребление как таковое, то она стремится к осуждению тех, кто не контролирует себя. О таких людях говорят, что «у них плохое вино». Их клеймят позором не потому, что злоупотребление может нанести вред их здоровью, а потому, что это угрожает ценностям общества и человека. В соответствии с традиционными ценностями мужчина, не способный управлять количеством выпитого, — не настоящий мужчина. Более важно то, что неконтролируемое чрезмерное злоупотребление недопустимо, потому что несовместимо с тщательно разработанной сетью общественных взаимоотношений. Хотя ни один голос не был подан в защиту запрета на продажу спиртных напитков, средства массовой информации и официальная медицина сделали упор на расширении связанных с алкоголем проблем, в частности, на пьянство за рулем и на заболеваемость циррозом печени. В результате вождения машины в нетрезвом виде погибают более 2000 человек в год, ежегодно около 30000 смертей вызвано циррозом печени. Оценка числа алкоголиков в зависимости от критерия определения, который выбирают отдельные исследователи, варьирует от полумиллиона до нескольких миллионов среди более чем 60 млн человек населения.

Питательные и терапевтические аспекты алкоголя потеряли значение, но этого не произошло по отношению к эффекту коммуникабельности, которая все еще в большей степени строится вокруг употребления алкоголя. Более того, в вино вкладывается огромный культурный капитал. Утрата многих древних традиций и их религиозных составляющих вопреки современной эре, характеризующейся прозаичностью и невежественным обращением с вином, не стерла полностью глубоко укоренившееся

чувство, что употребление алкоголя обладает еще и символической ценностью, способностью подтверждать принадлежность к традиции и связь с прошлым.

Несмотря на множество способов доказать значимость связанных с алкоголем проблем, итальянская культура употребления вина, вероятно, выживет, особенно в том случае, если восстановится весь комплекс традиционных норм.

### Исландия

Наиболее характерной чертой употребления алкоголя в Исландии XX в. является низкий показатель общего потребления алкоголя наряду с высокой частотой случаев опьянения и болезненного пристрастия к алкоголю. Это отражает типичный для северных стран стиль алкоголизации, когда показатель употребления алкоголя снижается по причине длительных запретов и высоких цен на алкогольные напитки, а личный контроль периодически ослабляется, особенно по праздникам (с целью «выпить и хорошо провести время»). Такой стиль потребления алкоголя характерен для Финляндии, Норвегии, Швеции, России и арктических областей Америки.

Отношение населения к алкоголю и его употреблению противоречиво. С одной стороны, исландцы считают, что большинство социальных проблем связано с употреблением алкоголя. С другой стороны, для большинства людей алкоголь является неотъемлемой частью праздников, его употребление доставляет удовольствие. Исландцы оценивают алкогольные напитки в основном по опьяняющему (наркотизирующему) действию. По результатам исследования северных питейных привычек и отношения населения к алкоголю выяснилось, что, в отличие от других северных стран, исландцы ценят опьяняющий эффект больше, чем сам алкогольный напиток (Hauge R., Irgens-Yensen O., 1987). Поэтому исландцы предпочитают покупать спиртные напитки с наибольшим процентным содержанием алкоголя и по наиболее низкой цене.

В соответствии с питейными традициями исландцы употребляют алкоголь только по определенному поводу. В этом случае его употребление и опьянение считаются морально допустимыми. Характерной чертой исландского общества было употребление алкоголя по выходным. После тяжелой трудовой недели люди испытывали потребность расслабиться и хорошо провести время. Развлечения по выходным были тесно связаны с употреблением алкоголя. Согласно строгим общественным правилам, алкоголь употребляли в свободное от работы время (Asmundsson G., Olafsdottir H., 1986).

«Во время работы употреблять алкоголь нельзя», — это одно из самых строгих правил, которому до сих пор следуют исландцы. Даже стакан вина или пива, выпитый во время ланча в рабочий день, считается нарушением этого правила. Употребление алкоголя в рабочие часы считается серьезным симптомом алкоголизма. Когда в 1989 г. был снят запрет на пиво, многие работодатели были обеспокоены тем, что люди начнут пить в рабочее время; некоторые из них ввели правила, запрещающие употребление спиртных напитков. Однако скорее всего не запреты, а социальные нормы удерживают людей от употребления алкоголя в рабочие часы.

Исландия — это страна с необычайно гомогенным населением, которое по алкогольным привычкам можно разделить на демографические подгруппы. В основном при изучении алкогольных привычек имеют значение пол, возраст, профессия и место жительства. В густонаселенных районах пьют больше, чем в сельской местности. Люди с высшим образованием употребляют алкоголь чаще, но в виде более слабых

напитков, чем менее образованные слои населения. Как и во многих других странах, в Исландии больше пьющих среди женщин, те же, которые употребляют алкоголь, в среднем пьют гораздо меньше мужчин. Однако этот разрыв в последнее время быстро сокращается.

В Исландии, по сравнению с другими западно-европейскими странами, детям и подросткам предоставлена большая свобода, они раньше становятся независимыми. Рабочая нагрузка среднего исландца достаточно велика. Полное рабочее время для большинства профессий составляет 40 ч в неделю, но последнее исследование Исландского статистического бюро показало, что мужчины работают в среднем 55 ч в неделю, а большинство женщин работают несколько часов в день. В результате дети и подростки в основном предоставлены самим себе: обычно они рано начинают зарабатывать деньги, продавая газеты или работая рассыльными, что в определенной степени делает их материально независимыми. Летние школьные каникулы продолжаются 3 месяца. Большинство подростков в это время работают на фермах, стройках, предприятиях рыбной промышленности. Летом наблюдается нехватка рабочих рук и возрастает количество свободных рабочих мест, поэтому подростки имеют возможность подзаработать во время каникул. Это делает исландских подростков более самостоятельными по сравнению с их ровесниками в других странах, что, возможно, частично объясняет алкогольный стиль жизни в молодом возрасте. Проведенные исследования выявили высокий уровень употребления алкоголя в подростковой среде, хотя по закону алкоголь разрешено покупать только лицам старше 20 лет. Наибольшее употребление алкоголя характерно для лиц в возрасте от 18 до 25 лет, но большинство из них меняют алкогольные привычки, когда обзаводятся семьей и приобретают постоянную работу.

Большинство исландских подростков впервые пробуют алкоголь в возрасте 14–16 лет в компании ровесников. Таким образом, употребление алкоголя — это своеобразное утверждение подростками собственной независимости, что полностью обусловлено возрастными особенностями их мышления. Впоследствии для многих подростков употребление алкоголя становится открытым бунтом против родителей.

Тайное употребление алкоголя в компании сверстников является важным условием для установления более тесных дружеских отношений. (Pinson A., 1985). Находясь под действием алкоголя, подростки делятся друг с другом секретами, что способствует образованию небольших, закрытых компаний, особенно из одноклассников. Совместное употребление алкоголя имеет важное значение в основном в компаниях мальчиков. Когда они становятся взрослыми, алкоголь продолжает играть важную роль, например, во время их встреч на рыбалке.

Исландские питейные традиции наиболее сильны среди представителей двух самых старых профессий: фермеров и моряков. Однако эти две группы незначительно отличаются по алкогольным обычаям. Представители той и другой групп употребляют алкоголь нерегулярно, в основном в виде крепких спиртных напитков, но фермеры в целом пьют гораздо меньше, чем моряки. Среди фермеров пьющих больше, чем среди моряков. Сельская работа не совместима с выпивкой, но фермеры все же находят повод выпить, в основном вне дома. Главным поводом считается ежегодный осенний перегон овец и лошадей с летних пастбищ в степи и на горные луга.

Для многих фермеров осенний перегон скота — это единственный повод выпить за весь год. Известно, что фермеры часто употребляют алкоголь на рыбалке и во время прогулок верхом, которые столь популярны в Исландии.

Моряки — это та профессиональная группа, которая больше всех в Исландии подвергалась изучению употребления алкоголя. Обычно они пьют редко, но если пьют, то запоем, в течение 2–3 дней или до следующего отплытия судна на рыбный промысел, во время которого они не притронутся к алкоголю 2–3 недели и даже дольше. Это типичный образец исландского стиля потребления алкоголя в крайнем своем варианте. Такое употребление алкоголя часто приводит к различным происшествиям и арестам полицией за пьянство. Смертность исландских моряков от несчастных случаев очень высока не только во время плавания, но даже в большей степени во время их пребывания на берегу. Часто причиной несчастных случаев является алкоголь.

Исследования, проведенные в других северных странах, дали сходные результаты. Праздник моряков в начале июня — это особый повод для представителей этой профессии собраться вместе за бутылкой спиртного. В прибрежных городах и поселках, где население в основном занимается рыбной ловлей, этот день считается главным праздником, и часто пьянство там начинается с раннего утра (Asmundsson G., 1995).

Однако согласно строгому правилу моряки не пьют в море во время промысла. В последнее время этому правилу следуют как никогда, особенно на судах дальнего плавания, где экипаж должен управлять сложным и дорогим оборудованием, часто в очень плохих погодных условиях. Считается, что рыбный промысел в Северной Атлантике — это одна из самых опасных профессий в мире. Поэтому моряки обычно воздерживаются от алкоголя на длительный период промысла, хотя между плаваниями их питейные обычаи весьма очевидны.

Отмечено, что исландцы — довольно замкнутые люди, с ними трудно установить дружеские отношения, так как они сначала не проявляют к незнакомым никакого интереса. Но если они заводят друзей, то, как правило, эта дружба длится годами. Обычно она начинается после нескольких совместно выпитых рюмок, что сопровождается дружеской беседой по душам в состоянии опьянения. Таким образом, алкоголь облегчает межличностные отношения, что имеет огромное значение для типичного замкнутого в себе исландца. Совместное употребление алкоголя может закончиться крепкой дружбой, особенно между лицами одного пола, но иногда оно приводит к нежелательным последствиям. Например, если такого рода отношения заканчиваются браком, то у таких супругов могут часто возникать проблемы с общением в трезвом виде, что осложняет другие стороны их отношений, особенно касающиеся повседневной жизни. Обычным поводом для разводов в Исландии является пьянство, особенно пьянство мужей. По результатам исследования семейных отношений в Исландии, число разводов по причине пьянства жены превосходит число разводов из-за супружеской неверности или по причине увядшей любви.

Большинство из тех немногих, кто не пьет, объясняют свою трезвость отсутствием необходимости употребления алкоголя. Второе наиболее частое объяснение — то, что это хороший пример для детей. Значительная часть населения высказала опасение, что регулярное употребление алкоголя может привести к пристрастию и что это может стать причиной проблем на работе.

Типичный исландец пьет главным образом для того, чтобы опьянеть. Народная традиция поднять бокал на свадьбе или выпить вина за праздничным обедом является частью церемонии, но вряд ли связана с желанием насладиться вкусовыми качествами спиртных напитков. Выпить рюмку до обеда без всякого опьяняющего эффекта считается напрасной тратой хорошего вина. Конечно, существует избранное меньшин-

ство тех, кто выработал у себя вкус к хорошим винам и кто любит иногда посмаковать стаканчик виски. Но для большинства исландцев основным достоинством алкоголя является именно его опьяняющее действие и связанное с этим веселое настроение. Большинство опрошенных отметили, что они пьют, чтобы хорошо провести время, освободиться от социальной и эмоциональной напряженности и чтобы ближе сойтись с другими людьми, и лишь немногие отметили, что алкоголь принято употреблять в их компании и они просто не хотят отличаться от других. В ходе исследования, проведенного в 4 северных странах (Hauge R., Irgens-Yensen O., 1987), были заданы вопросы о положительных сторонах употребления алкоголя. Исландцы чаще, чем население других стран, отвечали: «становлюсь более оптимистичным», «становлюсь более интересным, общительным, разговорчивым», «могу лучше выразить свои мысли».

Что касается стилей потребления алкоголя, то Исландия сейчас находится в переходном периоде: старые питьевые традиции до сих пор сильны и, вероятно, будут сосуществовать наряду с появлением новых стилей употребления алкоголя, которые отражают более интернациональное и свободное отношение к ним.

Исследования питьевых привычек, проведенные в Исландии после отмены запрета на пиво в 1989 г., выявили два основных стиля потребления алкоголя, которые, возможно, связаны с уровнем образования и профессией. С одной стороны, некоторые люди употребляют крепкие спиртные напитки, и разрешение пива не повлияло на их уровень потребления. В эту группу в основном входят квалифицированные и неквалифицированные рабочие, моряки и фермеры. Для них главной целью употребления алкоголя является опьянение. Есть и другая, меньшая группа людей, в которую входят в основном представители престижных профессий и администраторы. Они предпочитают вино спирту. Разрешение спирта привело к снижению показателя потребления крепких спиртных напитков в этой группе, но не повлияло на количество употребляемого вина. Таким образом, общий показатель употребления спиртных напитков также не изменился. Представители второй группы пьют чаще, но в меньших количествах, чем представители первой группы. Они любят выпить стакан хорошего вина до обеда или во время обеда, при этом не стремятся захмелеть. Эти два стиля употребления алкоголя отражают старые и новые питьевые привычки исландцев.

Исландцы все больше присоединяются к жизни мирового сообщества, национальные традиции уходят в прошлое. Протестантское отношение к алкоголю сменяется на более умеренное, что в то же время приводит к увеличению потребления алкогольных напитков.

### **Швеция**

Шведы имеют репутацию больших любителей спиртного, а Швеция известна как одна из стран так называемой «зоны водки», пересекающей северо-восточную Европу. Однако если сравнить общее потребление спиртного в Швеции с тридцатью другими странами, она занимает лишь 28-е место. Временами ставятся под сомнение низкие цифры статистики потребления алкоголя в стране, так как люди в нетрезвом состоянии — частое явление на улицах, а статистика отражает лишь количество легально проданного спиртного, без учета подпольного производства и частного импорта. При этом Швеция занимает одно из средних мест в списке по количеству несчастных случаев и заболеваний, связанных с злоупотреблением спиртным. Таким образом, складывается впечатление, что общее потребление алкоголя в Швеции действительно меньше, чем во многих других странах (Nyberg K., Allebeck P., 1995).

Объяснить тот факт, что шведы считаются большими любителями спиртного, причем сами разделяют это мнение, может шведская модель потребления алкоголя, когда часто выпивают по поводу, например, праздников, каникул и просто на вечеринках в конце недели. Это и характерно для так называемой «зоны водки» — сильное употребление алкоголя по не столь частым поводам. В Швеции принятие спиртного чаще имеет место вне дома и в таких количествах, которые вызывают глубокое опьянение. Эта модель имеет древние культурные корни. Следовательно, пагубное воздействие алкоголя на организм более наглядно в Швеции, чем, например, в странах Южной Европы (где люди выпивают чаще, но в меньших количествах) или даже в соседней Дании.

Система регулирования потребления алкоголя существует сейчас в большинстве стран как результат индустриализации и урбанизации. Законы, ограничивающие уровень алкоголя в крови во время управления автомобилем, были впервые введены в практику именно в Скандинавии: в Норвегии — в 1956 г., в Швеции — в 1941 г. С тех пор Скандинавия часто служила моделью регулирования потребления спиртного в других регионах мира.

Потребление алкогольных напитков в Швеции на душу населения в период со Второй мировой войны до 1976 г. увеличилось почти вдвое, в то время как в период 1976—1984 гг. оно уменьшилось на 22%. Особо следует отметить, что потребление вина и пива постоянно увеличивается, начиная с середины 1970-х гг. Обратная тенденция характерна для крепких спиртных напитков.

В 1994 г. потребление спиртных напитков в Швеции составило 6,33 л на душу населения в возрасте от 15 лет и старше (в пересчете на 100% алкоголь) с традиционным доминированием крепких спиртных напитков.

Однако в течение последних десятилетий разница между потреблением различных видов алкогольных напитков стала менее заметной. Если в 1955 г. 67% потребления приходилось на крепкие спиртные напитки, 8% на вино и 25% на пиво (в пересчете на 100% алкоголь), то в 1994 г. эти цифры составили соответственно 27, 29 и 43% (данные получены в результате официально проводимых опросов о продаже алкогольных напитков).

В 2003 г. потребление алкоголя в Швеции увеличилось на 19% по сравнению с 1998 г., достигнув уровня 1980-х годов, и составило 6,9 литра чистого спирта на каждого жителя старше 15 лет. Если учитывать незарегистрированный алкоголь, который составляет 30% от потребления и является в основном легальным ввозом, то потребление алкоголя составляет 9,9 литра (ECAD, Newsletter, 2003. — №6, p.4).

Подавляющее большинство взрослого населения потребляет алкогольные напитки. Картина потребления весьма неоднородна (мужчины являются значительно более активными потребителями), хотя существует тенденция к выравниванию границ между представителями обоих полов. Как среди мужчин, так и среди женщин имеются небольшие группы, на долю которых приходится значительная часть потребляемых алкогольных напитков. В течение послевоенного времени заметно растет потребление алкоголя женщинами преимущественно молодого возраста. Тенденция омоложения контингента потребителей спиртных напитков наблюдается и среди мужского населения.

Наличие проблемы злоупотребления алкогольными напитками, как и ее распространенность, не вызывает сомнений. По данным Комиссии по политике в вопросах алкоголя, злоупотребление алкогольными напитками составляет одну из наиболее

серьезных социальных и медицинских проблем в стране. По некоторым подсчетам, 300 000 из 8,7-миллионного населения Швеции потребляют такое количество алкоголя, которое наносит ущерб здоровью и социальному положению. Большинство из них являются так называемыми скрытыми алкоголиками, которые способны контролировать свое поведение на работе и в обществе и поэтому не попадают в зону внимания органов социальной помощи.

С 1995 г. вся продажа спиртного монополизирована и жестко контролируется. Распространение алкогольных напитков в руках компании «Системболагет» (Systembolaget), владельцем которой является государство. Следовательно, доходы, в зависимости от величины налогов, идут государству, и они могут показаться огромными, но являются по существу небольшими, если сравнивать их с объемом расходов шведского государства на лечение заболеваний, оплату больничных листов, расходы, связанные с ранней нетрудоспособностью, несчастными случаями, связанными с потреблением алкоголя. Большинство экономистов считают налоги не источником дохода общества, а средством перераспределения денежных ресурсов между социальными группами.

Как бы то ни было, если общественные финансы (в которых налоги являются важной составляющей) рассматривать как таковые, то получается, что государству приходится «платить по счету» гораздо больше, так как стоимость лечения перевешивает доходы и от налогов на спиртные напитки, и от их продажи.

В Швеции существует своя традиция потребления спиртного, которая подразумевает довольно снисходительное отношение к пьяным, но исключительно к мужчинам, а отношение к женщине, «употребляющей по рюмочке», весьма осуждающее (Nyberg K., Allebeck P., 1995).

Существует много смешных историй о подвыпивших приятелях, которые попадают в забавную ситуацию «находясь под хмельком». Эти шутки имеют много общего с популярными шведскими шутками о смерти и сексе. И хотя эти темы все еще окружены определенными запретами, форма шутки делает их более доступными. Классическим примером является надпись, часто встречающаяся над барами, которая, благодаря народному творчеству, приобрела следующий вид: «Все спиртное здесь запрещено, разве под рыбу. Все блюда, кроме сосисок, считать рыбой. Внесите сосиски — Бог простит — сегодня они тоже рыба».

Среди шведов все еще широко распространено мнение, что употребление спиртного в больших количествах есть признак мужского характера и силы и может служить критерием в определении «половой принадлежности». Понятно, что в таких условиях особенно тяжело бороться за трезвость. Считается также, что насилие непосредственно связано с пьянством. Действительно, насильственные действия и преступления часто совершаются под влиянием алкоголя, но при этом потребление алкоголя не всегда приводит к таким последствиям, хотя поведение человека и становится более развязным. Иногда злоупотребление алкоголем одного из супругов приводит к разладу семейной жизни и разводам. Создается порочный круг, когда отчаявшийся после развода начинает выпивать еще больше.

Считается, что виновником всех проблем является сам человек, злоупотребляющий алкоголем, и в меньшей степени — семья и работа. Не способные самостоятельно разрешить свои проблемы, эти люди чувствуют себя оторванными от поддержки семьи и, как правило, ищут ее в системе здравоохранения или в различных группах взаимопомощи. Отмечается растущий интерес к алкогольной политике на рабочем

месте, направленной на стимулирование раннего обнаружения и вмешательство в проблемы, а также на предотвращение изоляции страдающего человека и недопущение дальнейшего ухудшения состояния.

Следует сказать и о существовании так называемой «серой группы» людей, о которых не имеется статистических данных. Она состоит из тех, о ком заботятся в семьях или в органах социальной защиты и кто способен прекратить употреблять спиртное по собственному желанию. Мнение южноевропейцев о том, что проблема потребления алкоголя в семье должна решаться каждым членом семьи для сохранения ее чести и достоинства, не совпадает с мнением шведов, определяющих проблему как медицинскую и считающих, что решать ее должны профессионалы. Среди шведов бытует глубоко укоренившееся мнение, что каждый имеет право получить помощь в случае возникновения проблемы и общество в целом несет ответственность за ее решение. Несмотря на то, что злоупотребление спиртным можно было рассматривать как личный недостаток человека, система здравоохранения и социальные службы предоставляют помощь всем желающим.

В Швеции существует множество различий в модели употребления спиртного и между социальными группами, и среди индивидуумов в этих группах. Согласно результатам исследований, 3,5% женщин незначительно употребляют спиртные напитки и около 7% ими злоупотребляют. Для мужчин эти цифры в 4 раза выше, но разница эта в последнее время уменьшается. Всем известно, что злоупотребление спиртным во время беременности может вызвать уродства у детей, однако, несмотря на это, наблюдается повышение потребления алкоголя среди женщин. Но большинство женщин все-таки воздерживаются от спиртного в периоды беременности и кормления грудью. В то же время повышается потребление алкоголя среди пожилых женщин, которые составляют быстро растущую часть населения, что, в свою очередь, может служить одним из объяснений повышения потребления алкоголя женщинами в целом по стране. Данные потребления спиртного молодыми людьми показывают, что различия между полами в этой возрастной группе стираются, хотя потребление алкоголя среди молодых мужчин в среднем в 2 раза выше, чем среди женщин.

Число трезвенников значительно больше среди женщин, чем среди мужчин: примерно 10% шведов и 25% шведок проповедуют и практикуют воздержание от спиртного. Статистика исключает людей, которые не считают себя трезвенниками, так как употребляют спиртное в очень малых количествах. Это, например, те люди, которые употребляют алкоголь 1–2 раза в год по праздникам, а также те, кто выступает против запрещения спиртного, несмотря на то, что сами практически не пьют. Среди людей, мало употребляющих спиртное, большинство составляют женщины.

В Швеции религия не оказывает большого влияния на отношение к спиртному. Типичной для некоторых церквей является проповедь «культуры потребления» вместо более привычного давления настоятеля, направленного на запрет потребления спиртного.

Шведское общество долгое время считалось очень однородным, но сейчас около 5% населения составляют иммигранты. Среди них мусульмане — религиозная группа, большинство которой непьющие. Модели потребления спиртного у иммигрантов описаны недостаточно, но можно предположить, что первое поколение привносит привычки своей культуры, которые постепенно угасают в последующих поколениях по мере ассимиляции в шведском обществе. Наиболее многочисленную группу иммигрантов в Швеции составляют финны, которые, как и шведы, имеют хорошо

отраженную в исторических документах модель потребления алкоголя. К этому следует добавить, что они в основном приезжают в Швецию на временную работу и часто возвращаются домой к своим семьям. Эта «холодстоящая жизнь» вдали от дома в сочетании с выпивками вносит свой вклад в развитие проблем, связанных с употреблением спиртного среди финнов, живущих и работающих в Швеции.

Высший социально-экономический класс имеет наибольшую численность потребителей спиртного, и она снижается по мере падения социального статуса. Региональные различия также значимы, причем потребление алкоголя выше в городах, чем в сельской местности.

В Швеции часто обсуждается вопрос об отношении семьи к спиртному. Позиция трезвенников сводится к тому, что родители должны знакомить своих детей с проблемами, связанными с алкоголем, на собственном примере воздержания от спиртных напитков. В группах населения с более либеральными взглядами и умеренным потреблением спиртного отмечается тенденция позволения юнцам «попробовать алкоголь», т.е. познакомить их со спиртным под родительским надзором, например, во время домашнего обеда. Исследования, однако, показывают, что дети из таких семей все равно подвержены риску неконтролируемого потребления спиртного вне дома (Nyberg K., Allebeck P., 1995).

Система розничной торговли также находится под контролем государства. Алкогольная инспекция осуществляет контроль за выполнением законов, регламентирующих производство и продажу алкогольных напитков. Ответственность за принятие социальных и медицинских мер по отношению к лицам, злоупотребляющим алкогольными напитками, возложена на управления социальной помощи.

### **Польша**

Стереотип «пить, как поляк» хорошо известен в Западной Европе и Северной Америке. Он означает избыточное употребление алкоголя, которое сопровождается потерей самоконтроля и агрессивным поведением, что, в свою очередь, резко контрастирует с традицией воздержания от спиртных напитков в протестантской культуре.

А.Кемпински, известный польский психиатр, выделяет несколько стилей употребления спиртного среди поляков: неврастенический, контактивный, дионисийский, героический и самоубийственный.

**Неврастенический стиль** состоит в том, что пьют небольшими дозами, но часто, в состоянии утомления и раздражения, стало быть, при главных симптомах неврастенического синдрома. Достаточно одной–двух рюмок, чтобы поправить самочувствие и уже в лучшем настроении продолжать повседневную жизнь. Врачующее действие алкоголя – мнимое, так как постоянное его употребление усиливает симптомы неврастенического синдрома. Под влиянием алкоголя человек все чаще становится утомленным и раздраженным, что, в свою очередь, вынуждает к дальнейшему, все более частому употреблению алкоголя.

**Контактный стиль** наблюдается у тех, для кого важнее всего достижение лучшего контакта с другими людьми. Уже после небольшой дозы алкоголя человек несмелый становится более уверенным в себе, уменьшается дистанция в отношении к «важной» персоне, становится легче общение, молчаливая компания оживляется, люди становятся более симпатичными и более интересными, возрастает чувство социальной связи.

Легко, однако, перейти от этого стиля к следующему – «дионисийскому», также распространенному во многих культурных кругах. Здесь пьют уже много, так как речь

идет о достижении оглушенного состояния, в котором можно было бы оторваться от повседневной действительности. По Ницше, «аполлонийская установка ценит ясность, прозрачность, выдержанность, уравновешенность, замкнутость, совершенство, гармонию. Дионисийский же стиль ценит прежде всего полноту и плодотворность жизни, ее порыв, который сносит все границы, отрицает все законы, разбивает любые гармонии, для которого динамика важнее совершенства».

«Героический» тип выпивок также требует больших количеств алкоголя. Лишь тогда достигается чувство своей силы, готовность к великим делам, которые обычно в наших условиях кончаются хулиганскими выходками. В таких случаях алкоголь высвобождает существующую в каждом человеке и подавляемую в повседневной жизни героическую пропорцию.

Трудно определить, в какой степени в каждом человеке присутствуют самодеструктивные тенденции. Во всяком случае, самоубийство можно считать специфически человеческим проявлением. Немного найдется людей, которые никогда в своей жизни не хотели покончить с собой.

Тип выпивок ради того, чтобы «залить горе», — явление хорошо известное. Требуется напиться «мертвецки» пьяным, чтобы забыть о том, что болит, чтобы покончить хотя бы на короткое время со своим страданием. Агрессия по отношению к окружению соединяется с самоагрессией. Типы выпивок героический и самоубийственный переплетаются между собой. Со временем происходит алкогольная деградация и вместе с ней социальная смерть.

Проблема польского алкоголизма сводится к парадоксу, состоящему в том, что Польша лидирует среди европейских стран по числу пьяниц, вовсе не лидируя по количеству потребляемого на душу населения алкоголя. Поляки любили и любят напиваться до бесчувствия. У них превалируют героический и самоубийственный стили выпивок. Это не значит, что другие стили отсутствуют, но они легко переходят в эти два последние.

В польском понимании западные культурные образцы были особенно привлекательными. После десятилетий политической и военной изоляции Польша стала открыта всему тому, что возникло в Западной Европе и Северной Америке. Примеры употребления разведенного спирта или частой выпивки маленькими порциями стали широко распространенными, особенно в городских центрах среди студентов и людей с университетским образованием. Молодые люди гораздо раньше стали приобщаться к выпивке. Существенной разницы между девочками и мальчиками нет, что означает их мнимое равноправие и стирает общее различие между социальными нормами и поведением и что типично для внезапных переходных периодов культуры.

В такой ситуации подростки сами стали экспериментировать с алкоголем, получая знания в основном от ровесников. Родители, как представители социального контроля, почти не имеют влияния на детей, что оставляет их открытыми к воздействию народной культуры, которая культивирует пьянство.

По общераспространенному мнению, от представителей некоторых профессий ожидается умеренное употребление спиртного, тогда как другим разрешено пить больше. Согласно социологическим опросам, воздержание ожидается от священников, полицейских, врачей, учителей, судей, служащих, офицеров армии и, в меньшей степени, — от журналистов и клерков. Очень редко ожидалась умеренность от рабочих и фермеров.

Действительно, существует связь между социальными нормами и уровнем пьянства. Очень много пьют рабочие, особенно неквалифицированные; затем следуют

фермеры. Служащие с университетским образованием пьют меньше. Возможно, это связано с тем, что они имеют доступ к западной культуре, включая и культуру потребления алкоголя. Им не нужен особый повод, чтобы выпить. Употребление алкоголя становится вопросом индивидуального выбора, а не традиции. Традиционная обязанность пить так же много, как и другие, все чаще отвергается. В то же время они более либеральны к женщинам и подросткам в вопросах пьянства.

В сравнении с другими странами, пьянство в Польше создает больше проблем, таких, как психические расстройства и насилие, но хронические осложнения распространены незначительно. Согласно опросам (Moskalewicz J., Zielinski A., 1995), такие отклонения в здоровье, как похмелье, головная боль и расстройства желудка, за период 12 месяцев наблюдались у более 1/3 респондентов. Около 10% респондентов обнаружили результаты воздействия алкоголя, включавшие: семейные ссоры, кражи или другие финансовые потери. В то же время более 60% респондентов испытывали улучшение общего состояния; более 50% не чувствовали скованности в разговоре; 25% сблизилось в отношениях с коллегами по работе и 12% респондентов алкоголь помог сблизиться в отношениях с противоположным полом. Многие поляки думают, что алкоголь помогает при простуде (20%), головной боли (8%) или расстройствах желудка (13%).

Таким образом, для многих поляков большинство общепринятых традиционных и личных жизненных событий связано с принятием спиртных напитков. Даже те, кто не пьет, не могут представить свадьбу без спиртного. Алкоголь освещает почти все наиболее важные ценности общества: здоровье, дружбу, искренность, уважение к старшим. Он увеличивает важность социальных встреч и в значительной мере помогает объединить семьи, друзей, соседей и коллег по работе.

### **Нидерланды**

Алкоголь всегда играл важную роль в Нидерландах, хотя потребление его на душу населения никогда не сравнивалось с другими европейскими странами.

Здесь не существует культа пива или вина и не доминирует ни один алкогольный напиток: пиво, вино и водка употребляются в одинаково больших количествах. То же самое происходит с нормами и отношением к приему алкоголя: не существует никаких доминирующих норм. С течением времени происходило немало изменений в привычках и нормах употребления алкоголя, и влияние движения трезвости варьировало.

В течение XX в. в Нидерландах наблюдается постоянное накопление обычаев и смена обстановки выпивки (Dekker E., 1978). До 1940 г. большинство выпивок происходило в пивных. После 1940 г. выпивка стала обычной в домашней обстановке. С 1960 г. люди употребляют алкогольные напитки в пивных и дома, а также в иных местах (в буфетах спортклубов, центров общения и т.д.). Исследования показали, что к 1960 г. алкогольные напитки стали употреблять на работе и в школах, хотя это не было обычным явлением.

Пиво составляет около половины всех алкогольных напитков, принимаемых в Нидерландах, четверть приходится на водку, остальное — на вино (Zwart W., 1989). Мужчины пьют больше пива, джина и водки, женщины — вина. Джин и водка чаще употребляются в крупных городах, особенно мужчинами. Алкогольные напитки потребляют преимущественно по выходным дням за пределами дома, в общественных местах. Важно также отметить, что в Нидерландах разрешается употреблять спиртные напитки с 16 лет.

Большинство выпивающих младше 25 лет, в основном мужчины, они периодически, но не часто употребляют значительное количество алкоголя. Тем не менее исследования выявили уменьшающиеся межполовые различия в привычках употребления алкоголя у подростков, особенно в возрасте 16–17 лет (Plomp H. et al., 1991). По сравнению с соседними странами привычки выпивки голландской молодежи могут быть охарактеризованы как умеренные. В Бельгии наблюдается более высокий процент молодых людей, употребляющих алкогольные напитки в больших количествах. Только в Германии, как и в США, частота выпивки среди молодежи незначительно выше (Casselmann J. et al., 1982; Schippers G., Kwakman A., 1988).

В Нидерландах молодые люди начинают употреблять алкогольные напитки в совсем юном возрасте. Исследования показали, что среди 10-летних 42% уже принимали алкогольные напитки, по крайней мере, один раз (Plomp H. et al., 1991). Большинство подростков впервые употребляют спиртные напитки в возрасте 11 лет в домашней обстановке вместе с родителями, в то время как большинство подростков северных европейских стран в настоящее время довольно-таки редко впервые принимают спиртные напитки дома вместе с родителями. В возрасте 15–16 лет молодые люди начинают употреблять алкоголь более регулярно. Возраст первого употребления алкоголя одинаков во всех западных странах Европы. В былые времена в северных странах и Ирландии алкоголь начинали употреблять в более старшем возрасте (Ahlfstrom S., 1988.).

До 15 лет употребление алкоголя зависит от отношения родителей к выпивке. В то время как 15% 14-летних заявляют, что хотя бы раз употребляли алкоголь, этот процент у 17-летних увеличивается до 61%. (Plomp H. et al., 1991). 15-летние, особенно юноши, расширяют свою деятельность, часто посещают общественные места употребления алкоголя, начинают перенимать стиль потребления взрослых. Влияние и давление группы наиболее отчетливо прослеживается среди молодых людей, употребляющих алкоголь. Обзорное исследование в данной области на юге Нидерландов показало, что мужчины, выпивающие большое количество алкоголя, распределены по группам по 4 человека и более. Частота приема алкоголя в этих группах может достигать 5 выпивок в час (в основном пиво в стаканах, по 12 г алкоголя в каждом) (Goog L. van de, 1990).

Важны не только нормы употребления спиртного, но и отношение общества к алкоголю, то, как общество определяет понятие алкоголизма. Большинство рассматривают алкоголизм как болезнь в том случае, если человек находится на лечении. Считается позорным находиться в клинике по причине зависимости от алкоголя (Garretsen H., 1985). Выпивка с целью отрешения от проблем и снятия депрессии редко считается характеристикой алкоголизма (Garretsen H., Knibbe R., 1983).

В среднем 90% мужчин и 76% женщин взрослого населения Нидерландов употребляют алкогольные напитки. Как и в других странах, традиционно мужчины чаще пьют по случаю и в больших количествах, чем женщины. Тем не менее количество алкоголя, принимаемого женщинами, увеличивается быстрее (Zwart W., 1989). Подобная тенденция наблюдается и у молодежи.

Хотя нормы выпивки у женщин увеличились, только немногие из них имеют проблемы, связанные с неограниченным приемом спиртных напитков, а также проблемы со здоровьем. В итоге процент мужчин, имеющих проблемы с выпивкой, по крайней мере, в 4 раза выше, чем женщин (Garretsen H., Knibbe R., 1983). Частично это может быть объяснено строгими социальными мерами, запрещающими чрезмерную выпивку женщинам.

Для модели употребления спиртных напитков молодежью характерны следующие принципы: 1) прием алкоголя группой сверстников; 2) нечастое употребление алкоголя; 3) прогулы в школе и на работе; 4) вандализм или агрессивное поведение. В настоящее время употребление алкоголя находится в среднем на таком же уровне, как и в соседних странах. Если в первую половину XX века джин был фаворитом среди спиртных напитков, то сейчас он потерял свою значимость. Отношение к употреблению алкоголя и нормы выпивки изменились и стали менее строгими. Люди, принимающие спиртные напитки, особенно молодые мужчины, чаще употребляют алкоголь «по поводу», чем ранее.

Даже в такой небольшой стране, как Нидерланды, географическое положение оказывает большое влияние на алкогольные привычки. Религиозная принадлежность является одним из мощных влияющих факторов, степень урбанизации – другим. Южные провинции известны своим высоким уровнем употребления алкоголя на душу населения, в то время как провинции Zeeland и Friesland известны низким уровнем употребления алкоголя. Эти географические различия тесно связаны с религиозной принадлежностью большинства населения. Употребление алкоголя в больших количествах в общественных местах более часто встречается среди католиков и неверующих, чем среди протестантов (Garretsen H., Knibbe R., 1983; Sijbing G., 1984).

Алкогольные привычки зависят не только от пола, возраста, географического региона, но и от других значимых факторов. Работники физического труда употребляют алкоголя больше, чем служащие. Это неудивительно, так как рабочая сила в основном состоит из мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Как и в других странах, это наиболее выпивающая группа населения. Конечно, некоторые профессии ассоциируются с большим употреблением алкоголя. Работники строительства, транспорта, медицинской промышленности и коммерции употребляют алкоголя больше по сравнению со всем работающим населением. Работники банков, страховых компаний, госпиталей чаще выпивают на рабочем месте. Пропуски по болезни наиболее часты среди трезвенников и людей, чрезмерно употребляющих алкоголь. Интересно, что выпивающие в меру имеют наименьшее количество пропусков по болезни (Grundemann R., 1988).

Другая категория представляет собой этнические меньшинства. Выходцы из бывших колоний Нидерландов, Суринама и Антильских островов, Турции и Марокко составляют большую этническую группу. Данные об алкогольных привычках этих групп очень скудны. Незначительная доступная информация указывает на то, что выходцы из бывших колоний, возможно, имеют значительные проблемы с выпивкой. Тем не менее большинство из них не пролечены или даже не признаны системой здравоохранения. Культуральные различия между белыми и чернокожими приводят к ограниченному признанию последними проблем, связанных с алкоголем. Тем не менее тщательные исследования могут пролить свет на эти вопросы (Ramlal-Korgmeling A., Rolsma G., 1989). Вторая большая этническая группа в Нидерландах представлена выходцами из Турции, Марокко, среди которых преобладают мусульмане, а ислам, как известно, запрещает употребление алкогольных напитков. Проблемы с выпивкой имеют мужчины, хотя процент их значительно ниже по сравнению с коренными голландцами (Garissen H. et al., 1988).

Проведенные исследования показали, что в Нидерландах не существует единственного варианта ограничения приема алкоголя. Значительная часть населения выступает за меры ограничения, остальные не имеют определенного мнения

(Gartetsen H., Knibbe R., 1985; Reelick N., Lamers L., 1991). Кроме законных мер профилактики общественного здоровья на местном и национальном уровнях, привлекается просвещение, особенно в средних школах, в качестве попытки изменить отношение молодежи к алкоголю.

В начале XX в. употребление алкоголя на душу населения значительно снизилось и были созданы центры для алкоголиков. Тем не менее после этого периода возник постоянный – вначале постепенный, а затем увеличивающийся – отказ от движения за трезвость. Соотношение принимающих алкоголь и трезвенников значительно не изменялось с 1960 г., в то время как употребление алкоголя на душу населения увеличилось. Тем не менее это увеличение распространено неравномерно среди категорий выпивающих. Наибольший рост употребления алкоголя наблюдается среди женщин и молодежи. Удержать молодежь от выпивки и увеличить число трезвенников в обществе, где 83% взрослых принимают алкоголь и где его употребление не только приемлемо, но и поощряется во многих ситуациях, кажется наивным и нереальным. Необходимо добиться ответственного и умеренного потребления алкоголя среди молодежи. Начиная с 1985 г. начальные и средние школы уделяют внимание употреблению алкоголя, курению, иногда даже приему наркотиков учащимися в специальных курсах по соблюдению здорового образа жизни. Кроме последствий употребления алкогольных напитков, в данном курсе обсуждаются нормы, отношение и поведение, связанные с алкоголизацией. Иногда такие курсы включают ситуационные игры по развитию социальных навыков противостояния влиянию большинства. В Нидерландах молодые люди могут получать права в возрасте 18 лет. Процент дорожных происшествий по вине выпивших водителей моложе 25 лет составляет около 50%, это около 250 смертей в год (VVN, 1987).

Таким образом, в Нидерландах, как и в большинстве европейских стран, алкоголь является наиболее часто употребляемым возбуждающим веществом среди всех возрастных групп. Резкий рост употребления алкоголя в Нидерландах сопровождался прогрессивным внедрением алкоголя в ежедневную жизнь. Выпивка стала более приемлема и доступна для всех групп населения, особенно для женщин и молодежи. Социальные нормы выпивки стали менее строгими. Увеличение доступных мест выпивки связано с изменением норм по отношению к употреблению алкоголя. Кроме домашней обстановки и публичных мест выпивки, она стала допустима в центрах молодежи, социальных центрах и даже в офисах и буфетах. Следовательно, молодые люди сталкиваются в ежедневной жизни с ситуациями, в которых возможно широкое употребление спиртных напитков.

## **ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ В АЗИАТСКОЙ КУЛЬТУРЕ**

### **Китай, Монголия**

Истоки появления алкоголя и культуры питья неизвестны, но Китай, несомненно, является родиной крепких напитков, дистиллированных на базе ферментативных дрожжей. На протяжении всей истории, и даже сейчас китайцы подчеркивают роль алкоголя в социокультурной жизни, он оказывает влияние на все аспекты: веру, поведение, ценности, отношение к окружающему миру. Религия очень часто использовала алкогольные напитки, особенно в связи с жертвенными действиями.

Алкоголь играет большую роль в каждом культурном обряде Китая. Например, среди Hans (главной этнической группы в Китае) принято, что семья жениха предлагает

алкогольный напиток семье будущей невесты. Подобные обряды действуют также среди этнических меньшинств Dai, Jingpo, Lahu. Эвенки считают, что, если преподнесенный напиток выпит, это значит, что родители невесты одобряют брак. Алкогольные напитки считаются главной частью помолвки и основным свадебным даром. Среди Ханс принят такой обряд: жених произносит тосты за всех своих новых родственников, и все они отпивают из одной чаши, что подтверждает их доверие друг другу.

В Китае и Монголии алкоголь является важным дополнением к гостеприимству. Хозяин и гость угощают друг друга алкогольными напитками. Встречи старых друзей сопровождаются распитием спиртных напитков. Даже сегодня известна такая поговорка: «Алкоголь без закуски можно простить, а вот пища без алкоголя равносильна оскорблению». Потребление алкогольных напитков – важная часть гостеприимного отношения и общительности, оно привносит атмосферу веселья и расслабленности в любую встречу и, кроме того, свидетельствует об уважении к гостю. Монголы подают гостю сразу 3 бокала: он должен выпить два из них быстро. В Тибете считается, что два бокала ячменного пива могут быть отвергнуты, но от гостя ждут, что он примет третий и произнесет тост в честь хозяина. У эвенков хозяин предлагает гостю брусничное вино после того, как выльет его немного на огонь (в качестве пожертвования божествам), попробует его, показывая, что оно не отравлено. Таким образом, алкогольные напитки являются неотъемлемой частью жизни Китая и Монголии (Li Jing, 1989).

В Китае и Монголии алкоголь – важная часть многих ритуалов, как священных, так и мирских. Провозглашение тостов – основная часть любого употребления пищи, встречи или прощания друзей, даже в семьях, занимающих низкое социальное положение. Приход друзей и уход – причина для употребления искусно сделанных, стилизованных напитков (чаще кумыса) и еды.

Кумыс (иногда называемый молочным вином) – это домашний напиток, который варят из молока (чаще лошадиного, чем из коровьего). Он уже давно распространен среди монгольских и казахских северных меньшинств. У монголов существует огромное разнообразие алкогольных напитков: gige – изготавливаемый из свежего лошадиного молока; salinarihe – дистиллированный из кислого пахтанья; akiji – дважды дистиллированный salinarihe и jiareji – получаемый при дальнейшей дистилляции akiji. Марко Поло рассказывал о своем путешествии к Kublai Khan, упоминая о том, как тот угощал его gige на большом королевском приеме. Монголы и казахи до сих пор пьют много кумыса на ежегодных ярмарках и вечеринках, это обязательный атрибут каждой свадебной церемонии (Fang Xinfang, 1989).

Даже когда употребление алкогольных напитков не является обязательной частью ритуала, оно все-таки играет важную роль в праздновании торжественных дней, таких, как ежегодный фестиваль, посвященный встрече весны, фестиваль огня, dragon-boat фестиваль, середина осени и double-minth фестиваль. На подобных празднествах употребление алкогольных напитков – важное действие, и готовятся специфические напитки как неотъемлемая часть фестивальных обрядов (Xiao Jiacheng, 1995).

В Китае алкогольные напитки делают из листьев кипариса и перца, а медицинский ликер tusu являлся важным атрибутом празднования Нового года. Каждый поднимает тост за счастливый Новый год, хорошее здоровье, долгую жизнь старших в семье. Фестиваль огня, который знаменует собой первое полнолуние нового года, отмечается ритуалом съедания особых, запеченных в тесте яблок, плаванием горящих огня, питьем особенных крепких напитков. Праздник dragon-boat выпадает на 5

мая (по китайскому лунному календарю), так как этот месяц считался в древности небезопасным, обряды, дошедшие до нас с времени династии Танг, особо подчеркивают лечебные свойства алкоголя.

Один из любимых напитков китайцев перегонялся из каламуса (душистого высушенного корневища) и нового ароматного реальгара (дисульфида мышьяка, неустойчивого красного алкоголя): оба состава придуманы, чтобы защитить человека от ядов и разнообразных болезней, а также помочь очистить кровь.

Праздник середины осени отмечается 15 августа (по лунному календарю). Его особенность — употребление алкогольного напитка во время наблюдения за луной — до сих пор любимый обычай как в городских, так и в сельских местностях. В некоторых южных районах домашнее вино наливают в большую чашу, оснащенную несколькими полыми трубками из тростника или бамбука, играющих роль соломинок. Люди сидят вокруг чаши и каждый потягивает вино через соломинку. Дружеский разговор или смех обычно сопровождают такую выпивку. Для большой группы можно использовать соломинки подлиннее, и круг таким образом может быть увеличен.

Из культуры Китая видно, что алкогольные напитки могут стимулировать ум и волновать чувства. Поэтому употребление алкогольных напитков идет рука об руку с музыкой, танцами, поэзией, песнями, романами, другими формами литературы и искусства. Для многих людей идеальным отдыхом или развлечением является сочетание употребления алкогольных напитков с музыкой и танцами и т.д.

Классическая китайская поэзия содержит множество ссылок на развлекательные употребления алкогольных напитков, которые высоко ценились как свидетельство безудержной радости и дружбы.

Интересна традиция игр, сопровождающих употребление алкогольных напитков, описанная в античных литературных источниках: игра стихов, например, когда участникам предлагается сочинить стих с каким-то особым набором рифм и по заданной теме в очень короткий срок. Тот, кто не сумел, должен выпить большое количество вина, а если удалось, то произносится тост признания.

Игра в загадки очень популярна среди всех слоев населения: игроки по очереди сочиняют и отгадывают загадки, и все это всегда перемежается употреблением больших доз алкоголя. Существует еще целый ряд игр, некоторые из них требуют утонченных знаний истории и литературы (игра в костяное домино; игра, связанная с Аналектс — литературным сборником, и игра Четырех Книг), а некоторые очень простые (игра в кости, веселая игра). Другие игры используют умение китайцев владеть языком (сайклинг-оувалэппинг-верд, танг-твист, игра по изменению значения слов), третьи — нацелены на знание людей или символов (игра «кто есть кто», «букет»). Все эти мероприятия сочетают общение, веселые игры и тяжелое пьянство (Wan Guoguang, 1987).

Всегда трудно оценивать статистические данные, особенно в такой большой и специфической стране, как Китай. Большинство мужчин употребляют алкоголь в умеренном количестве—64,2%, тогда как большинство женщин не употребляют алкогольных напитков—51,3%. Удивительно низок процент «тяжелых» пьяниц во всей популяции—10,4%; большой процент составляют «умеренно» пьющие 15,8% (Chi I. et al., 1989).

Итак, для Китая характерно потребление крепкого алкоголя в умеренных количествах. Женский алкоголизм не является серьезной проблемой, как, например, в европейском сообществе.

Алкоголь является важной частью многих общественных мероприятий и ежедневной жизни (будничной) для большинства современных китайцев. Несмотря на это, отношение к алкоголю заметно различается. Превознося алкоголь, люди чаще сравнивают его с «божеством» или со «сладкой свежестью», эти эпитеты передают ценность и силу воздействия алкоголя. Конечно, есть и те, кто опасается алкоголя, говоря, что он приводит к провалу, сексуальной неразборчивости, заболеваниям или даже к смерти. Считается, что каждый король, потерявший свою страну, или каждый сын, причиняющий боль семье, страдает исключительно из-за пьянства. Но сторонники такого отношения к алкоголю составляют меньшинство, большинство же видит в алкоголе идеальный дар или приз, отличное дополнение к еде, празднованию или даже к трауру.

### **Малайзия**

Роль алкоголя в малазийской культуре невозможно адекватно оценить, не принимая во внимание чрезвычайно разнообразный национальный состав малазийского общества. Малайзия является нацией поразительного разнообразия. Это страна трех основных этнических групп (Малайи, Китайской и Индийской), четырех основных языков (малайский, английский, китайский, тамия) и четырех основных религий (ислам, буддизм, индуизм и христианство). В дополнение к этому имеется множество больших племен с их языками и культурами (Arokiasamy C.V., 1995).

Разнообразное население Малайзии предлагает множественные альтернативы в приеме алкоголя, у которых много общего, но есть и отличия.

Потребление алкоголя сегодня справедливо считается высоким и широко распространенным среди немусульманских малазийцев. Согласно Denison J. et al. (1985), ссылающимся на исследование ВОЗ, малазийцы ежегодно потребляют около 200 млн бутылок пива и крепких напитков, и это ставит их на одно из первых мест в мире по потреблению алкоголя.

Малайзия сейчас производит свое собственное пиво под всемирно зарегистрированными марками: Guinness, Tiger, Anchor, Carlsberg. Некоторые из них даже были удостоены международной награды и представляют собой продукт очень высокого качества. Большая часть пива продается в 0,25 л бутылках, которые люди переливают в стаканы или пивные кружки. Это более удобно, чем маленькие бутылочки, применяемые в США.

Хотя потребление алкогольных напитков сейчас явление обычное, в Малайзии относительно мало внимания уделяется употреблению и злоупотреблению алкоголя, как на официальном, так и на общественном уровне. Несмотря на то, что употребление алкоголя гораздо выше, чем незаконное потребление наркотиков, и более широко распространено, нет ни одного государственного лечебного учреждения для лечения алкогольной зависимости (Arokiasamy C.V., 1995).

Существует ряд причин, объясняющих недостаток внимания к алкоголю. Много людей принимают спиртные напитки без каких-либо проблем, а большинство последних, возникающих на фоне пьянства, неярко видны на общем социальном уровне. Проблемы, связанные с алкоголем, сугубо индивидуальны — семейные разрывы, занятость и т.д. Наиболее пристрастны к спиртным напиткам индийцы, особенно рабочие и труженики плантаций (Marimuthu T., 1979; Denison J. et al., 1985).

Этничность и религия — наиболее важные определяющие стороны социальной картины алкоголизации в Малайзии (Mehden F. von der, 1980). Ислам имеет очень

строгие запреты (hudud) относительно алкоголя. Пьянство среди малазийцев (которые в основном являются мусульманами) хотя и присутствует, но в минимальной степени, особенно на восточном побережье штатов Западной Малайзии, где население на 90% состоит из мусульман. Любое употребление алкоголя среди мусульман осуществляется в основном молодыми мусульманами: теми, кто имеет связь с западным миром, студентами, которые выезжают за границу продолжать учебу.

Распространение мусульманского фундаментализма с 1970-х гг. (Mehden F. von der, 1980) сделало потребление алкоголя осуждаемой общественной проблемой. Большой шквал критики был обрушен на современных мусульман и на занимающих высокие должности чиновников за их равнодушие или терпимость к алкоголизации населения и за то, что они сами принимают спиртные напитки.

Мусульманские фундаменталисты хотят внедрить вместо существующей европейской легальной системы исламский закон — шариат, как это произошло в таких странах, как Иран и Саудовская Аравия. Такой закон строго запрещал бы алкоголь.

Среди выпивающего немусульманского населения малазийского общества наиболее потребляемые алкогольные напитки — это пиво и стаут, затем следуют крепкие напитки. Некоторые этнические группы изготавливают свои собственные местные сорта алкогольных напитков. Стаут наиболее популярен среди всех пьющих малазийцев, включая туземные племена. Считается, что стаут — напиток рабочего класса, он особенно популярен среди индийских и китайских строителей, индийских рабочих и фермеров. Стаут, темное пиво, на взгляд рабочих, трудящихся под палящим солнцем, «остужает» их, помогает телу избавиться от лишнего тепла. Люди верят в целебность этого напитка, в то, что он добавляет сил и энергии.

С обывательской точки зрения, в Малайзии разные виды еды и напитков относятся либо к «горячительным», либо к «прохладительным». Так, стаут, пиво и некоторые виды виски являются «освежающими», бренди — «горячительным». Эти напитки либо высвобождают внутреннюю энергию, либо привносят ее извне. Бренди настолько «горячителен», что употребление его вместе с дурианом (острый, чрезвычайно популярный во все времена года фрукт, который тоже можно назвать горячительным) иногда приводило к смертельным исходам. Тодди — освежающий напиток, любимый индийскими рабочими. Считается, что он обладает целебными свойствами, расслабляет и помогает заснуть.

Крепкие напитки, такие, как виски (особенно скотч) и бренди, имеют дополнительное значение из-за их высоких цен и ассоциации их с британскими колонизаторами. Иногда считается признаком достатка и цивилизации пить крепкие напитки, но только на коктейльных вечеринках. Только виски и бренди часто являются любимыми у высших слоев общества, пиво и стаут — это напитки среднего класса, а тодди (toddy) и самсу (samsu) — для низших экономических классов, особенно для индийских рабочих. Эти ассоциации порождают стереотипы: пиво справедливо считается напитком, который одинаково близок всем классам, а некоторые виды крепких напитков составляют удел низших слоев (Arokiasamy C., 1991).

Вино — редкий напиток, хотя он используется в китайской кухне, и винные тоники часто рекомендуются женщинам после родов или при анемиях. Винные тосты поднимаются на свадьбах. Шампанское используется вместо мягкого вина на многих празднествах. Употребление алкоголя характерно для ярких застолий, таких, как свадьбы, семейные праздники, когда собираются все члены семьи, а также для культурных и религиозных праздников — Рождество, китайский Новый год или Дирвал-

ли (индусский праздник света), когда друзья могут собираться вместе и отмечать эти события с рюмкой алкоголя.

Любители пива или крепких напитков предпочитают острые блюда вместе с выпивкой. Поэтому люди, собравшиеся за бутылкой алкогольного напитка, обычно проводят это время в закусных на дорогах, барах и ресторанах, заказывая себе приготовленные во фритюрнице макароны, приправленные дарами моря – мидиями, устрицами. Когда собираются в домашней обстановке, довольно-таки часто закуской бывают очень острые мясные блюда, предпочтительно из курицы или ягненка. Про алкоголь на таких обедах говорят: «Добавляет вкус к моей пище, особенно горячей баранине и к курице, приправленной карри» (Denison J. et al., 1985). Белок в мясных блюдах и жирность приготовленных яств, как считается, снижают всасывание алкоголя в кровь, хотя на деле это лишь замедляет адсорбцию. Чрезвычайная острота пищи заставляет больше пить, особенно холодного пива. Поэтому люди поглощают большое количество алкоголя без проявлений острого алкогольного опьянения.

Некоторые китайцы, индийцы, евроазиаты (потомки смешанных браков между европейцами и азиатами) и даже некоторые малайцы часто по пути с работы заходят в бар или пьют дома по вечерам. Чаще всего это присуще людям, которые любят выпивать в одиночку, и самое большое число больных с алкогольной зависимостью отмечается именно среди этой категории людей. Большинство пьющих – мужчины. Потребление алкоголя женщинами всегда находилось под присмотром пожилых людей.

В то же время алкоголизация женщин растет среди подрастающего поколения, на которое действует Запад со своими культурными ценностями, где современная музыка и алкоголь идут рука об руку. Среди тех, кто моложе тридцати, женское пьянство более приемлемо и имеет все-таки некоторые запреты, наложенные старшим поколением.

Алкоголики идут той же дорогой, что и их собратья в развитых странах, например, в США. На ранней стадии способность выпивать большое количество крепких алкогольных напитков рассматривается как признак мужественности. Однако по мере того, как человек втягивается в сети пьянства, он теряет друзей, поддержку семьи и работу, становясь объектом жалости и позором семьи. Страсть к потреблению алкоголя переходит из поколения в поколение. Однако, как считается, из-за внедрения Запада, все чаще алкоголиками становятся дети непьющих родителей.

Следует отметить специфический стиль потребления алкоголя в этнических группах в Малайзии: у китайцев, восточных малазийских племен, индийцев.

Китайцы увлекаются, в дополнение к обыкновенному пиву и стауту, своим местным китайским пивом Tsing Tao, приготовляемым в Сингапуре. Бренди наиболее популярен на таких празднествах, как свадьба или Новый год. На свадьбах алкоголь создает подобающее бурное свадебное настроение. Отличительная черта китайского застолья – это четкий тост, который заключается в поднятии бокалов и в возгласах «Йа-а-а-а...М», настолько громких и длинных, насколько хватает дыхания у каждого. Этот тостовый возглас заканчивается только тогда, когда все выдохнутся, а самый выносливый произнесет слово «сенг» («Йам сенг» переводится как «дно кверху»). На свадьбах принято жениху и невесте обходить всех гостей, чтобы обменяться тостами. Результатом этого является своего рода соревнование между гостями на самый длинный и громкий тост. Гости за каждым столом встают и поднимают бокалы, изо всех сил выкрикивают «Йам сенг», держа звук «а» так долго, как только возможно. Малазийские китайцы часто представляют собой людей предприимчивых, жад-

ных, самонадеянных, алчных и работающих (Rabushka, 1973). Как результат, частое пьянство среди них кажется заслуженным празднеством для тех, кто тяжело работал. Несмотря на злоупотребление алкоголем как на норму веселых торжеств в обществе, покинутые одиночки-алкоголики — редкость. Однако из-за присущей многим китайцам реакции покраснения лица (флэш-реакции) после выпитой рюмки, они терпят насмешки над собой из-за невозможности нормально переносить алкоголь. Ни с какой другой стороны алкоголь себя у китайцев так сильно не выдает. Часть напитков, описанных выше, особенно вина, используются в китайской кухне. Хотя малазийские китайцы — неоднородная группа, выходцы из разных кланов и географических регионов, они пьют почти одинаково.

В Малайзии сказывается влияние Запада, с одной стороны, и строгие мусульманские запреты — с другой. Сейчас считается, что эти две тенденции могут сосуществовать длительное время, а выбор стоит не за законом, а за каждым человеком индивидуально.

## ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ В АФРИКАНСКОЙ КУЛЬТУРЕ

### Египет

Культура употребления спиртных напитков в Египте уникальна. Ее структура, так же как и уровень потребления алкоголя, остается стабильной вот уже на протяжении четырех тысячелетий. Согласно имеющейся гипотезе, главными определяющими факторами такого поведения египтян являются религия и культура. Отличительным признаком египетской модели алкоголизации является очень низкий уровень потребления спиртных напитков. Алкоголь доступен, однако спрос на него всегда был невелик (Monheim Ashour A., 1995).

В настоящее время в Египте отмечается недостаток литературы о влиянии алкоголя на организм и общество. Ученые сконцентрировали поиски на проблемах употребления марихуаны и опиума, которые запрещены законом, но тем не менее являются более серьезной проблемой, чем алкоголь.

В эпидемиологическом исследовании об использовании молодежью ПАВ M.Souief, Z.Darweesh (1990) описали существующие модели употребления алкоголя. Из общего числа 12-летних школьников 8% уже пробовали спиртное. В городах этот процент еще выше. Те, кто продолжает употреблять алкоголь (не менее 4 раз в месяц), осуждаются общественным мнением в меньшей степени, чем любители марихуаны и опиума, претендуя на наличие вокруг них некоей ауры модернизма. Что касается тех, кто перестал употреблять спиртное, то главной причиной отказа от него является забота о здоровье (в 41,9% случаев). Религиозные мотивы были названы лишь в 8,8%.

Большинство жителей, как в городах, так и в сельской местности, употребляют только пиво. Вино и крепкие спиртные напитки чаще пробует городская молодежь. Сельские жители, по сравнению с городскими, чаще используют спиртные напитки для самолечения. Для городских также характерен более высокий уровень употребления наркотиков. Из всех опрошенных, кто хоть раз в жизни пробовал алкоголь, 12,5% сообщили, что сделали это по собственному желанию, в то время как 87% сказали, что впервые попробовали алкоголь под давлением со стороны. В качестве источников давления были названы: школьные товарищи — в 34% случаев, друзья — в 31%, отцы — в 11%, причем отцы делали это по праздникам, подчеркивая, что алкоголь является

неизменным атрибутом торжества. С друзьями и школьными товарищами алкоголь употреблялся в основном с целью приятного времяпрепровождения.

Из египетских студентов-мужчин в возрасте от 18 до 20 лет доля тех, кто хоть раз пил пиво, составила 38,5%, вина — 14,6% и виски — 6,7%. Общее число студентов, знакомых с алкоголем, составило 42%.

SouEIF M. с соавт. (1990) описали третью группу населения (рабочие мужчины 35—44 лет), которая выявила некоторые интересные аспекты в современной модели алкоголизации. Только 20% из них вообще пробовали алкоголь, — это намного ниже, чем среди студентов. По-видимому, алкоголь не является обязательным атрибутом отдыха в рабочих кругах. Большинство рабочих предпочитают пиво (78,7%), очень немногие пьют вино (1,3%) или виски (0,9%). Эти данные сильно отличаются от тех, которые были получены при опросе студентов, которые, как считается, принадлежат к более высокому социально-экономическому классу и другому поколению.

Кроме того, существуют дополнительные различия между рабочими и мужчинами-студентами. Молодые рабочие обычно начинают употреблять алкоголь в более старшем возрасте. Большая часть рабочих используют спиртные напитки для самолечения (10%), у студентов эта цифра составляла лишь 2,5%. Из всех рабочих, хоть раз попробовавших алкоголь, 27% продолжают его употреблять. Следует отметить, что курение и холостяцкая жизнь являются предрасполагающими факторами для употребления других ПАВ. Из тех, кто бросил пить, понимание психологического и физиологического вреда алкоголя высказали 17,2%; финансовые затруднения как причина прекращения алкоголизации были названы в ответах 16,2% респондентов, а религиозные мотивы — у 13,2% (Monheim Ashour A., 1995).

В докладе SouEIF M. и его рабочей группы (1990) описывается модель употребления алкоголя женщинами — студентками университета в сравнении с их коллегами-мужчинами. Несмотря на тот факт, что студентки имеют родителей из более высоких слоев социальной иерархии, они склонны к трате денег. Очень немногие женщины курят сигареты или используют настоящие наркотики в противоположность мужчинам. Возраст их первого знакомства с алкоголем — 16 лет, у мужчин — 12 лет. Женщины употребляют алкоголь гораздо чаще, чем какие-либо другие ПАВ: 19% всех женщин пробовали алкоголь хоть раз и 38% из них продолжают употреблять его и в настоящее время. Значительная доля женщин имела первый контакт с алкоголем до 12-летнего возраста. Возможно, проживание в среде с «алкогольной культурой», с более высоким уровнем образования, в среде модернизма и вседозволенности объясняет более раннее начало и более высокие цифры употребления алкоголя (по сравнению с более старшими рабочими-мужчинами). Перечень используемых напитков включал пиво (9,5%), вино (1,5%) и виски (0,2). Очевидно, что Египет до сих пор еще остается страной потребления пива.

Основным источником информации об алкоголе для женщин являются средства массовой информации. Что касается мужчин, то для них более важную роль играет информация от друзей. Женщины-студентки сообщили, что впервые попробовали алкоголь под давлением со стороны. Сегодня молодые люди в Египте меньше осмеливаются экспериментировать с алкоголем и наркотиками. Возможно, употребление спиртных напитков больше связано с наличием мощной (если не угрожающей) психосоциальной причины конфликтов.

Современный Египет представляет собой своеобразный сплав множества этнических групп, которые никак не выделяются из общей картины, за исключением ну-

бийцев. Существует стереотип, что нубийцы пьют только свой традиционный напиток, называемый «боуза». Многие современные нубийцы испытывают сильное исламское влияние и живут вдали от своего региона на юге, т.е. по существу ничем не отличаются от основной массы египтян (Monheim Ashour A., 1995).

Уровень потребления алкоголя увеличивается среди высокообразованных лиц из средних и высших слоев населения, живущих по западному образцу. Все египтяне говорят на арабском языке, из чего следует, что вопрос языковых различий в структуре потребления спиртных напитков не возникает.

Средства массовой информации вносят свою лепту в проблему путем показа различных западных и национальных мыльных опер. В стране существует движение за прекращение трансляций подобных материалов по национальному телевидению, однако от спутникового вещания защиты нет. К настоящему времени реклама различных алкогольных напитков уже запрещена.

Цифры, отражающие потребление чистого алкоголя в Египте, показывают направление к снижению потребления чистого алкоголя на душу населения с 0,061 л в 1962 г. до 0,033 л в 1985 г. Потребление пива несколько возросло: с 0,022 до 0,027 л. Потребление вина упало с 0,008 до 0,004 л за тот же промежуток времени, а крепких спиртных напитков – с 0,031 до 0,002 л. Все эти цифры экзотически малы по международным стандартам.

В настоящее время имеет место некоторое незаконное пиво- и самогонование в сельских местностях. Встречается и контрабанда спиртного. Комплексная оценка этой незаконной продукции не представляется возможной, но она, конечно, не настолько серьезна, чтобы повлиять на общие цифры. Имеется также очень мало сообщений о проблемах здоровья и поведения, связанных с употреблением алкоголя. Таких данных нет ни у полиции, ни у работодателей и даже у отделений медицинской и социальной статистики.

Согласно существующему законодательству, употребление или продажа алкогольных напитков не является противозаконным деянием, однако существует ряд статей, направленных на снижение уровня потребления спиртного. Например, наказание за преступление будет более суровым, если оно совершено в состоянии алкогольного опьянения. Работодатель может уволить без какой-либо компенсации своего работника, оказавшегося на рабочем месте с признаками алкогольной интоксикации. При нахождении за рулем лица в нетрезвом состоянии водительские права изымаются на срок до 90 дней. В повторных случаях нарушителя ждет более строгое наказание.

## **Нигерия**

В Нигерии, как и в большинстве африканских стран, алкогольные напитки считаются обычной составной частью меню; необходимым питательным веществом, богатым витаминами; стимулятором; дезинфицирующим средством, необходимым человеку для борьбы с холодом, страхом, усталостью и с инфекцией (Oshodin O., 1995).

Народные обычаи употребления алкоголя в Нигерии часто являются отражением культурных традиций. Если родители употребляют крепкие спиртные напитки, то велика вероятность, что их дети также будут выпивать; в то же время, если родители воздерживаются от употребления алкоголя, то вероятно, что их дети не будут пить. Тем не менее употреблять алкогольные напитки детей часто заставляют иные причины, такие, как провал школьных экзаменов или необходимость снятия стресса.

Алкогольными напитками, которые обычно употребляются в Нигерии, являются местный джин (в народе называемый огогоро — пальмовое вино), западный джин, вино и пиво. Спиртные напитки употребляются повсеместно. Пальмовый джин является продуктом перегонки пальмового вина; местные жители варят пиво из разных сортов зерна; дополнительно импортируется некоторое количество алкогольных напитков. Спиртные напитки легкодоступны и обычно используются по любому поводу, будь то печаль или радость. В связи с увеличением числа пивоваренных заводов в Нигерии соответственно возрастает число проблем, связанных с продажей и потреблением алкоголя.

Почти с полной уверенностью можно сказать, что в Нигерии алкоголь начали употреблять задолго до того, как европейцы впервые побывали в Африке. Пальмовое вино и пиво, сваренное в домашних условиях из хлебных злаков, являлись употребляемыми алкогольными напитками. Пальмовое вино до сих пор играет важную роль в таких церемониях, как свадьба, похороны, именины и другие празднества. Тем не менее употребление пальмового вина и местного пива контролировалось и сдерживалось до появления европейцев в Африке.

Результаты деятельности лечебных и профилактических антиалкогольных служб сегодня едва ощутимы. В мусульманских районах религия запрещает потребление алкоголя, но на других территориях нигерийцы повсеместно считают, что и пальмовое вино, и пиво, сваренное в домашних условиях, полезны, хотя иностранный алкоголь, возможно, опасен для здоровья.

В Нигерии не проводились исследования действия алкоголя на детей младшего возраста. Однако изучение алкогольных отравлений среди детей выявило существование алкогольной проблемы. Было обнаружено, что самый младший контингент, включающий детей в возрасте от нескольких дней до нескольких месяцев, иногда страдает от алкогольных интоксикаций. Многие родители таких детей отмечали, что их детям назначали спирт в сочетании с травами «для уничтожения микроорганизмов в желудке» или «для лечения малярии». Также были сообщения, что некоторые дети употребляли спиртные напитки бесконтрольно, что часто спиртное было доступно прямо дома, то есть родители торговали алкогольными напитками. В Нигерии употребление и злоупотребление крепкими спиртными напитками в настоящее время возрастает (Anumoue A. et al., 1977).

Исследования по употреблению крепких спиртных напитков среди учащихся средних школ показывают, что большинство из них выпивают (Asuni T., 1975; Oshodin O., 1981; Neviadomsky J., 1985). Выявлено, что среди употребляющих алкогольные напитки больше мальчиков, чем девочек. Возможно, это результат того, что Нигерия — страна, где мужчины играют главенствующую роль. Часто употреблять алкоголь вынуждают психологические и социальные причины, главными среди которых являются: стремление улучшить самочувствие, снять напряжение и груз проблем, отреагировать на давление со стороны сверстников и избавиться от неуверенности в себе. В социальном плане алкоголь — это средство для хорошего времяпровождения или празднования какого-либо события. Другая причина — доступность алкогольных напитков. Известно, что в Нигерии алкоголь употребляется подростками по поводу традиционных праздников. Подростки часто используют эти поводы, чтобы выпить или напиться, пытаются подражать взрослым.

Влияние экономического развития на модель потребления алкогольных напитков в Нигерии очевидно по динамике изменения их стоимости. В то время, когда эконо-

мика Нигерии развивалась благодаря «нефтяному буму», было построено много пивоваренных заводов; алкоголь стал легкодоступен, и большее число подростков было вовлечено в употребление спиртных напитков, на многих праздничных событиях подростки подают напитки и имеют возможность немного оставить для себя, чтобы выпить позже. Исследования последних лет показывают, что учащиеся начинают употреблять алкоголь с более раннего возраста, чем в предыдущие годы. Это может быть результатом того, что детей обычно отправляют покупать алкоголь, и они подают его во время вечеринок. Доступ детей к алкоголю дает им возможность попробовать его раньше, чем молодым людям во многих других странах (Oshodin O., 1995).

Все опубликованные исследования по вопросам, связанным с употреблением алкоголя в Нигерии, свидетельствуют, что существует проблема алкоголизма среди учащихся, включая подростков.

В Нигерии, как и в большинстве африканских общин, алкоголь играет важнейшую роль в социальных, политических, экономических, религиозных и идеологических отношениях среди взрослых. Например, в Нигерии в качестве платы за невесту или подарков родственникам невесты можно использовать алкоголь (Umunna I., 1967). Частыми поводами для употребления крепких спиртных напитков являются: вечеринки по случаю помолвок, свадебные церемонии, встречи, похороны, званые приемы, празднества, поклонение местным богам, выходные, праздники и встречи друзей. Выпивка обычно является признаком гостеприимства, необходимым для укрепления уз дружбы или родственных уз. Во время таких событий не существует явных ограничений в употреблении алкоголя лицами разного возраста или пола (Oshodin O., 1995).

Чтобы сохранить престиж семьи, родственники создают уверенность, что пьяный человек не является нарушителем общественного порядка. Иногда женщина может быть не допущена к употреблению алкогольных напитков, хотя обычно в этом участвуют все. Самый молодой представитель из присутствующих, обычно подросток, разливает напитки из контейнера или бутылки, подавая первый бокал самому старшему человеку, а затем другим, в порядке уменьшения возраста. Вначале он обслуживает всех мужчин, а потом женщин, даже пожилых.

Часто используется один общий бокал, что является символом единения, который сплачивает людей. К сожалению, этот метод раздачи алкогольных напитков может способствовать распространению инфекционных заболеваний.

Присутствие подростков во время употребления крепких спиртных напитков дает повод подражать взрослым: пить вино для подростков — значит быстрее повзрослеть. В типичной нигерийской общине принято, что, чем человек больше потребляет спиртного, оставаясь трезвым, тем больше он заслуживает уважения. Подобное сейчас практикуется среди подростков, которые проводят тайные состязания. Обычно среди нигерийских учащихся считается геройством выпить много и остаться трезвым.

Некоторые нигерийцы считают, что употребление спиртных напитков является средством подражания европейцам. Изучение алкоголизма в первобытном обществе выявило деморализующее воздействие алкоголя на первобытных людей (Horton D., 1943). Было обнаружено, что алкоголь выполняет исключительно агрессивную функцию в процессе деградации первобытного сознания.

Исследование в Северной Нигерии показало, что пиво играет роль в ряде социальных, политических, экономических и концептуальных взаимоотношений (Netting R., 1964). Молодежь или тот, кто заплатил налоги, обязан выпить банку пи-

ва, преподнесенную ему пивоваром. В таких экономических вопросах, как возделывание земли или коллективное ведение фермерского хозяйства, пивные вечеринки обычно являются формой оплаты, чтобы отблагодарить товарища. Пиво часто является эквивалентом платы за услуги, аренду и зарплаты. Тем не менее групповое употребление крепких спиртных напитков всегда способствует единству. Это — повод свободно поговорить, время, чтобы взвесить все «за» и «против», снять напряженные отношения и способ представить спорные вопросы на всеобщее обозрение. Иногда имеет место словесная агрессия, но никогда — физическое насилие; старшие часто выступают в роли судей любых ситуаций. Сексуальные сближения приемлемы до тех пор, пока они не приводят к враждебным действиям. Эти факты в настоящее время более характерны для сельского, чем для городского населения.

Модель потребления алкоголя в Нигерии зависит от структуры семьи. Изучение динамики потребления алкоголя выявило, что большинство пациентов психиатрической больницы родились в неполных семьях (Pela O., 1982). Кроме того, большинство пациентов родились в полигамных или крупных моногамных семьях.

Городские жители больше потребляют алкоголя, чем сельские. Пьют спиртные напитки больше мужчины, чем женщины, и больше молодежь, чем люди старшего возраста. Преподаватели в городах пьют больше, чем в деревне. Понятие алкоголизма как болезни не принимается преподавателями. Нигерийские студенты, обучающиеся в Нью-Йорке, говорят, что они употребляют спиртные напитки, когда их тревожат проблемы урбанизации, утраты культуры или другие социальные и личные проблемы (Oshodin O., 1982).

Сегодня в Нигерии политика запрета употребления алкоголя стала мягче по сравнению с прошлыми годами, когда были запрещены надрезания стволов масличной пальмы для выработки вина и перегонка спирта, что позволялось только при наличии особого разрешения. В течение 1980-х годов страна испытывала глубокий экономический кризис, который отразился на производстве алкогольных напитков. Возможно, правительству удалось бы косвенно препятствовать потреблению алкоголя за счет ограниченной выдачи импортных лицензий на покупку сырья, которое необходимо для крупномасштабного производства алкогольных напитков. Однако алкогольные напитки свободно покупаются.

В Южной Нигерии запрет алкоголя по религиозным соображениям минимален, так как большинство южан являются христианами либо исповедуют традиционные религии своего племени. Поэтому употребление алкоголя в меньшей степени запрещается в Южной Нигерии по сравнению с исламской Северной Нигерией. Существуют запреты на продажу определенных продовольственных продуктов, косметики и на оказание некоторых видов услуг, так же, как и лекарств. Запрещено продавать любое лекарство (включая спирт), которое было произведено, приготовлено, упаковано или хранилось в антисанитарных условиях. Реализация этого запрета оставляет желать лучшего. Местный джин (огоро) до сих пор производится в антисанитарных условиях. Даже пиво, выпущенное современными пивоваренными заводами, не внушает доверия, так как нет эффективных механизмов, с помощью которых может контролироваться его изготовление.

Также запрещено выписывать или давать спирт с целью лечения, профилактики и в качестве лекарства от любого заболевания, расстройства или отклонения от нормального физического состояния. Этим запретом часто пренебрегают, так как существует всеобщее убеждение, что алкоголь может облегчать боли желудочно-кишеч-

ного тракта (Oshodin O., 1983). В частности, считается, что, употребляя гвинейский крепкий портер (ирландское пиво), можно вылечить дизентерию.

Количество потребляемого алкоголя зависит от времени года. Большие количества пива производятся и современными, и местными пивоварами, поэтому население имеет большой выбор. Однако во время Рождества и Нового года часто наблюдается дефицит алкогольных напитков, вызываемый как реально, так и искусственно. Реальный дефицит возникает, так как большинство людей потребляют алкоголь в эти праздники, а искусственно создаваемый — так как производство и снабжение часто регулируются посредниками или распространителями с целью быстрого поднятия цен. Вообще алкоголь производится во всех штатах Нигерии, так что при обычных обстоятельствах нормирование было бы не нужно.

Важным звеном в алкогольной политике является регулирование цен. Обычно существуют разные категории расценок на алкогольные напитки. Фабричные цены относительно низкие. После закупки на заводе (чаще агентами по продаже) цены возрастают. Распространители часто продают алкогольные напитки по высоким ценам, игнорируя предусмотренные правительством цены. Продавцы предлагают покупателям товар по еще более высоким ценам. В среднем бутылка пива стоит 1 найру, 30 кобо по розничной цене, вместо установленной правительством заводской цены 70 кобо (это меньше 10 долларов США). Эта тенденция является результатом недостаточного контроля за соблюдением установленных правительством цен. Процентное содержание алкоголя, месяц, год изготовления, цена, то есть все, что должно быть указано на бутылочных этикетках, фактически никогда не обозначается. Доступность алкогольных напитков на рынке, которой можно манипулировать, определяет цены на алкогольные напитки, особенно на пиво. Часто цена на пиво может резко подскочить, если на рынке нет достаточного количества, и может упасть, если пива достаточно.

В Нигерии как производство, так и продажа алкоголя облагаются налогами. Большинство пивоварен платят налоги правительству, хотя некоторые пивоварни являются собственностью правительства. Розничные торговцы (ресторанов, пивных, баров) платят налоги для процветания их бизнеса. Налоги на продажу пива или крепких спиртных напитков обычно включаются в общий налог, уплачиваемый этими предприятиями. Потребители не платят налогов непосредственно при покупке алкогольных напитков или пива. Однако налоги включены в цену на продукты питания и напитки. Существуют законы о том, что алкогольные напитки могут покупаться только в ресторанах, барах, пивных, тавернах и гостиницах, однако они плохо выполняются. В Нигерии алкоголь можно купить везде, так как люди игнорируют постановления. Например, люди продают спиртные напитки из спальных комнат или превращают свои жилища в пивные таверны. Попытки государства контролировать время продажи алкоголя оказались безуспешными. Не существует возрастных ограничений на покупку или потребление алкоголя. В Нигерии можно увидеть пятилетнего ребенка, покупающего алкоголь для родителей или других взрослых. Это вызывает тревогу среди исследователей, которые призывают правительство принять определенные меры. Исследования показали, что проблемы алкоголизма чаще связаны с маленькими детьми. Вина в этом случае могла быть возложена на взрослых, которые посылали их покупать алкогольные напитки. По существу, в Нигерии нет контроля за рекламой алкогольных напитков. Алкоголь свободно рекламируется по телевидению, радио, на досках объявлений или в газетах. Существует закон, запрещающий широкую продажу и рекламу алкоголя как средства профилактики или лечения.

Частные организации и учреждения, так же, как и правительство, предпринимают попытки просветить общество о воздействии алкоголя и последствиях его употребления. Специалисты в области употребления и злоупотребления наркотиками путем организации семинаров, исследований и кружков сделали некоторый вклад в народное образование относительно алкоголя.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психология больших социальных групп проявляется в таких феноменах, как национальный характер, образ жизни, традиции. Употребление алкоголя и наркотиков также связано с проявлением поведения этноса. Поэтому для понимания различий и сходства в поведении людей разных национальностей целесообразно рассмотреть то, что понимается под термином «культура».

Можно сказать, что культура — это довольно сложное понятие, относящееся как к материальным (пища, одежда), социальным (организация и структура общества) явлениям, так и индивидуальному поведению людей, редукции, организованной деятельности (религия и наука).

Культура связана с экологией, социализацией человека, с личностью и, следовательно, — с поведением. Г. Триандис (1994) определяет культуру как комплекс созданных людьми объективных и субъективных элементов, которые в прошлом обеспечили выживание жителей определенной экологической ниши, став общими для тех, кто говорил на одном языке и жил вместе в одно и то же время. Отсюда объяснение феноменов проявления психологии больших социальных групп (в том числе и таких, как развитие аддиктивного поведения) следует искать прежде всего в культурных, экологических и исторических факторах.

Экология (как физическая среда, климат, флора, фауна) предоставляет человеку ресурсы для жизни (землю, воду, продукты питания, топливо и др.). Обычаи как вид деятельности создают особый способ видения социальной среды и формируют элементы субъективной культуры. Таким образом, экология и история — главные факторы, формирующие культуру, влияющие на поведение представителей данной культуры и тем самым создающие способы социализации детей в данной культуре.

Часто потребление спиртных напитков определяет тип поведения, культуру населения. Например, в некоторых культурах молодых людей готовят к воздержанию от спиртных напитков, в других женщины должны быть очень щепетильны в отношении того, где, когда, с кем и в каком количестве можно употреблять спиртные напитки.

В целом, культура потребления алкоголя мужчинами содержит меньше ограничений, чем для женщин. Это связано с тем, что женщина является продолжателем жизни, носителем традиций.

Особенности культуры потребления алкоголя и традиции во многом неравноценны в разных странах. Можно выделить страны с преобладанием употребления крепких спиртных напитков, так называемый «северный» тип потребления — Россия, Швеция. Существуют страны с традиционным преобладанием вина и пива — Франция, Италия, Германия. В странах Азии алкогольные напитки пользуются меньшей популярностью в связи с культуральными, генетическими и религиозными обычаями.

Исследования свидетельствуют, что тип потребления алкоголя у этноса меняется при эмиграции, т.е. в тех случаях, когда ослабевает связь с семьей, традициями, выполняющими роль социального и культурного ограничителя злоупотребления алко-

голем. Различия в распространении, социально-психологических проявлениях и динамике приема алкоголя в различных этнических популяциях являются объектом транскультуральной наркологии. Как следует из многочисленных исследований, можно говорить о большей или меньшей устойчивости к алкогольной болезни. К этническим группам, имеющим «иммунитет» к распространению алкоголизма, относятся народы Закавказья, китайцев, японцев, евреев, этнические популяции Средиземноморья (Мирошниченко Л.Д., Ураков И.Г., 1987; Autkiewicz H., 1987; Weiss S., 1995; Cottino A., 1995; Sidorov P., 2003). К популяциям, имеющим достаточно высокий риск развития алкоголизма, относятся некоторые коренные народности Крайнего Севера и Сибири, Северной Америки, ирландцев, французов (Семке В.Я., 2003; Hanson D., 1995; Nahoum-Grappe V., 1995; Plant M., 1995).

Межэтнические различия в формах потребления изучаются на социально-демографическом, социально-психологическом, клиническом и биологическом уровнях. При этом анализируется не только влияние этнических, традиционно-культуральных факторов на формирование алкоголизма, но и обратный процесс, т.е. влияние алкоголизации на этническую культуру.

Алкоголизм можно назвать болезнью цивилизации и интернациональным заболеванием, при котором стираются этнические различия и традиции, на смену которым приходят симптомы болезни. Наоборот, при реабилитации заметно этническое и культуральное различие в поведении клиентов.

Построение превентивной политики, безусловно, опирается на знание истории, культуры и этноэкологических особенностей, что даст возможность наиболее полностью учесть психологические особенности личности и поведение людей, живущих в данном регионе.

## **АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ**

Проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ, включая алкоголь, существуют во всем мире, независимо от географического положения, общественного строя, расы, религии и т.д. В последние десятилетия наблюдается резкий рост употребления спиртных напитков даже в тех странах, где существовал запрет (например, религиозный) на потребление алкоголя.

Профилактика алкоголизма и наркомании включает деятельность государственных органов, общественных организаций, формирований и отдельных граждан, направленную на выявление, устранение причин и условий, способствующих распространению алкоголизма и наркомании, а также принятие соответствующих мер к лицам, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками, страдающим наркотической зависимостью, с целью их лечения и реабилитации.

Мировая антинаркотическая политика включает в себя три уровня: международный, государственный и общественный.

Мировая практика в отношении разрешения проблем, возникающих в связи с наркотиками, регламентируется соглашениями и конвенциями между государствами на основе сформулированных в каждой стране принципов антинаркотической политики.

В документах ВОЗ записано: «...В каждой стране и даже в разных общинах одной и той же страны существуют различные системы использования лекарственных средств и злоупотребления ими, и поэтому национальная политика в области борьбы со злоупотреблением лекарственными средствами должна исходить из конкретного положения в данной стране» (ВОЗ, 1992).

Помимо международных регламентирующих актов, существуют национальные приоритеты, особенности антинаркотической политики, которые отражены в законодательстве страны, в решениях правительства, программах по борьбе с незаконным оборотом наркотиков. На общественном уровне созданы движения мирового значения, такие, как, например, Общество анонимных алкоголиков или анонимных наркоманов.

В данной главе на конкретных примерах антинаркотической и антиалкогольной политики, проводимой в ряде государств, раскрыты и обобщены принципы и стратегии мировой политики в отношении наркотиков и алкоголя.

### **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ И АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ**

Антиалкогольная и антинаркотическая политика развитых зарубежных стран имеет длительный, а следовательно, богатый и разнообразный опыт. Несмотря на то,

что для каждой страны характерны свои культурные традиции, некоторые профилактические модели других государств могут быть вполне применимы и в России. Остановимся подробнее на моделях США, Швеции и Германии. В этих странах, несмотря на рыночную экономику, действует государственная монополия на алкоголь. Помимо обычных профилактических мер, направленных на всех граждан, в названных странах существует развитая система профилактической антинаркотической работы с различными категориями групп риска.

### Швеция

По мнению Д. Шапиро, Т. Космарской (1997), профилактическая модель Швеции представляет интерес как с финансовой, так и социальной точки зрения. В этой стране обеспечивается высокий уровень государственных доходов с одновременной заботой о людях и охране здоровья общества. Алкогольные традиции Швеции можно отнести к так называемому «северному типу», предполагающему преимущественное потребление крепких алкогольных напитков.

В кратком обзоре Шведского института (SIQA, 1998), посвященном антиалкогольной и антинаркотической политике, отмечено, что в этой стране на протяжении всего XX в. алкоголь являлся предметом политических споров и дискуссий: вводились многочисленные запреты, ограничения и правила, определяющие производство и продажу спиртных напитков.

В начале XX в. были отвергнуты требования о полном запрете алкоголя. Иваном Браттом был предложен вариант ограничения продажи алкоголя, в основе которого — принцип добровольного определения индивидуального рациона потребления спиртного в рамках фиксированной квоты. Согласно этой системе, мужчинам в возрасте 25 лет и старше предоставлялась «книжка», которая давала право на приобретение не более четырех литров спиртных напитков в месяц. Замужние женщины, как правило, такой «книжки» не получали, а незамужние довольствовались меньшим количеством алкогольных напитков. Решением риксдага в 1917 г. система Братта была введена по всей стране. Впоследствии эта система была подвергнута критике, так как ограниченная продажа алкоголя создала искусственный ажиотаж вокруг него, и в 1955 г. она была упразднена. Вместо этого в качестве механизмов регулирования потребления алкоголя предполагалось использовать средства общественного характера: образование, просвещение, поддержку молодежных организаций, спорта и другого организованного досуга.

Однако надежды на то, что упразднение системы Братта приведет к снижению потребления алкоголя, не оправдались. В действительности потребление алкоголя заметно увеличилось, что, в свою очередь, привело к повышению налога на спиртные напитки с целью уменьшения на них спроса.

Цель современной антиалкогольной политики Швеции — снижение уровня общего потребления алкогольных напитков, так как результаты проведенных исследований показали, что количество лиц, чрезмерно потребляющих спиртные напитки, и количество смертей в результате болезней, вызванных злоупотреблением алкоголем, находятся в прямой зависимости от уровня общего потребления спиртных напитков в стране. Для достижения этой цели в стране проводится ряд профилактических программ:

- С 1 января 1995 г. был изменен закон, регулирующий производство, импорт и оптовую торговлю алкогольными напитками, с целью приведения шведского

законодательства в соответствии с правилами, действующими в Европейском Союзе. Если ранее одним из средств снижения уровня потребления алкоголя являлось ограничение частных интересов получения прибыли от торговли спиртными напитками, то в последнее время некоторые монополии были ликвидированы. Членство в Европейском Союзе не означает изменение Швецией целей своей антиалкогольной политики, но предполагает соответствие шведских законов общеевропейским.

- 1 января 1995 г. была ликвидирована монополия государственного предприятия «Вин и Сприт АБ» на производство, импорт и оптовую торговлю крепкими спиртными напитками, вином и крепким пивом. Однако в рамках переговоров о вступлении Швеции в Европейский Союз была сохранена монополия на розничную торговлю, принадлежащая государственному предприятию «Системболагет АБ». Розничная торговля крепкими спиртными напитками, вином и крепким пивом осуществляется через 350 магазинов «Системболагет», расположенных по всей стране.
- На смену монополии на производство, импорт и оптовую торговлю пришла лицензионно-контрольная система — Алкогольная инспекция (Alkoholinspektionen), которая рассматривает заявления о предоставлении лицензии и осуществляет соответствующий контроль по всей стране. В результате за первое полугодие 1995 г. на шведском рынке появилось около 120 новых предприятий, работающих с алкогольными напитками.
- Предприятиям общественного питания для продажи алкогольных напитков также требуется специальное разрешение, которое предоставляется местной администрацией по рассмотрению ходатайства от заинтересованного лица. Для розничной продажи пива 2-го класса (максимальное содержание алкоголя 3,5%) не требуется специального разрешения.
- «Системболагет» не имеет права продавать алкогольные напитки лицам в возрасте до 20 лет. Продажа напитков в предприятиях общественного питания и розничная продажа пива 2-го класса разрешена лицам, достигшим 18-летнего возраста.
- Всякая реклама крепких спиртных напитков, вина и крепкого пива запрещена в любых средствах массовой информации, за исключением сугубо отраслевых изданий предприятий общественного питания.
- Еще одним способом ограничения потребления алкоголя является поддержание высокого уровня цен на алкогольные напитки, что достигается за счет высокого акцизного налога.

Профилактико-просветительская деятельность требует более четкого обозначения перспективы здоровья нации. На практике это означает, что традиционные методы должны дополняться профилактическими мерами, не только направленными на изменение привычек потребления спиртного, но и способными активно влиять на жизненные условия человека и его возможности выбрать здоровый образ жизни. Ключевая роль отводится при этом информационной и просветительской деятельности, а также работе с общественными структурами. Эта деятельность призвана стать одной из составных частей политики по охране здоровья нации. Главным ответственным лицом за ее осуществление является Институт народного здравоохранения Швеции (Folkhälsoinstitutet), на который возложена разработка специальной программы профилактики потребления алкоголя и наркотиков (Dreber A., 1999).

Основную ответственность за осуществление контроля за выполнением законов, регламентирующих производство и продажу алкогольных напитков, несет Алкогольная инспекция. Ответственность за принятие социальных и медицинских мер по отношению к лицам, злоупотребляющим алкогольными напитками, возложена на Управление социальной помощи (Socialstyrelsen).

Даже при том, что потребление алкоголя в Швеции считается высоким, оно является вполне умеренным по сравнению с другими странами: из 38 европейских стран в 1993 г. Швеция занимала 31-е место (World Drink Trends, 1994).

Законодательное регулирование лечения алкоголизма осуществляется на основе Закона о социальной помощи от 1982 г., в соответствии с которым ответственность за принятие мер, направленных на предотвращение и профилактику злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами возложена на местные власти, а точнее, на комитеты по социальным вопросам. Первостепенное значение в их деятельности придается мерам по защите детей. Комитеты обязаны предоставлять информацию о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, а также выявлять лиц, подверженных риску злоупотребления алкогольными напитками и наркотическими веществами, разъяснять им пагубность влияния последних и информировать о предоставляемой помощи. И, наконец, их задачей является организация необходимой помощи и лечения лиц, страдающих злоупотреблением алкоголем или наркотическими веществами.

Закон о социальной помощи предусматривает добровольное лечение. Вместе с тем в 1982 г. были приняты законы о мерах принудительного характера — Закон о принудительном лечении лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, и Закон о принудительной опеке над подростками.

Согласно первому закону, взрослые, злоупотребляющие алкогольными или наркотическими веществами, могут помещаться в учреждения принудительного лечения на срок не более шести месяцев. Согласно второму — над лицами в возрасте 20 лет и младше, злоупотребляющими алкогольными или наркотическими веществами и подвергающимися тем самым серьезной опасности свое здоровье и развитие, может устанавливаться принудительная опека, одноразовый срок которой не должен превышать шесть месяцев.

Лица, страдающие алкоголизмом или наркоманией, могут быть помимо их воли направлены на лечение в психиатрические клиники на основании Закона о принудительном психиатрическом лечении, а также Закона о принудительном психиатрическом лечении по решению суда.

Вопрос о том, в каких случаях лицам, злоупотребляющим алкоголем, предоставляется пенсия по нетрудоспособности или пособие по болезни, решается на основе Закона об общем страховании. Если ранее власти придерживались строгих ограничений при предоставлении подобных льгот, то со временем такая помощь стала более доступной вследствие признания властями все больших трудностей, с которыми данная группа встречается на рынке труда.

Появление в нетрезвом состоянии в общественных местах с 1977 г. перестало быть наказуемым, а прежний закон был заменен Законом о задержании лиц в нетрезвом состоянии. Согласно этому закону, лицо, подвергнувшееся задержанию, должно получить необходимую помощь, как медицинскую, так и социальную, но, прежде всего, помощь по детоксикации организма.

Вождение транспортного средства в нетрезвом состоянии влечет за собой наказание в форме лишения свободы на срок до 2 лет при содержании алкоголя в крови

в пределах 1,0 промилле и выше и в форме денежного штрафа или лишения свободы на срок до 6 месяцев при содержании алкоголя в крови, равном 0,2–1,0 промилле. В обоих случаях, как правило, водитель временно лишается водительских прав.

Среди мер профилактики алкоголизма в Швеции наиболее важным является обеспечение занятости лиц, страдающих алкоголизмом. Трудовая деятельность является не только источником экономического благосостояния, она во многом способствует формированию личности человека и его самосознания. Закон о сохранении рабочего места 1982 г. имеет своей целью обеспечить защищенность работающих лиц. Данный закон значительно затрудняет для работодателя процедуру увольнения наемных рабочих. Для уже работающих по найму закон имеет очень большое значение. Однако значительная часть лиц, страдающих алкоголизмом, остается безработной и поэтому включается в различные программы обеспечения занятости. Большинство таких программ представляют собой финансирование государством общественных работ.

Не менее серьезной проблемой для Швеции является профилактика наркомании. Если первоначально злоупотребление наркотиками было проблемой больших городов, то сегодня оно распространено практически повсеместно. Наиболее потребляемыми среди запрещенных наркотиков являются гашиш, марихуана и им подобные вещества, а также различные сочетания амфетамина, гашиша, медикаментов, предусмотренных к отпуску только по рецепту врача, и других наркотиков. Употребление героина ограничено в основном районами Стокгольма и Мальме (Муландер Е., 1998).

Среди внутривенно инъекцируемых наркотиков наибольшей популярностью пользуется амфетамин. Число лиц, прибегающих к употреблению героина, составляет, по некоторым оценкам, 2–3 тыс. человек. Употребление кокаина весьма ограничено и наблюдается, как правило, среди групп, посещающих определенные клубы и дискотеки.

Согласно исследованиям, проведенным в 1991 г., среди 16-летних учащихся 9-х классов число пробовавших наркотики по меньшей мере один раз составило менее 4% всех опрошенных. Эта цифра держалась на низком уровне и оставалась неизменной с середины 1980-х годов. Однако к 2002 году она увеличилась в 3 раза. Среди лиц призывного возраста доля потребляющих наркотики составляла 6%. Через 10 лет, к 2002 г., уже 18% призывников пробовали наркотики. В 2002 г. полиция и таможня произвели 22000 изъятий наркотиков, что в 2 раза больше, чем в 1992 г. (ECAD, Newsletter, 2003, №6, p. 4).

Злоупотребление наркотиками или алкоголем часто является следствием нерешенных проблем в семье, школе, на работе или же безработицы, одиночества, отсутствия прочных корней, а также феномена анонимности в крупных городах. Поэтому социальная политика, направленная на ликвидацию социальной изолированности, на борьбу с безработицей, неудовлетворительными условиями жизни, труда или организации досуга, представляет собой неотъемлемый компонент общей борьбы с наркотиками. Уменьшение безработицы среди молодежи, улучшение условий в учебных заведениях и в местах досуга молодежи, а также поддержка добровольных организаций также способствуют предотвращению распространения наркотиков.

Одной из важных форм ранней профилактики проблемы наркотизации, обращенной к разным группам населения, являются распространение информации о наркотиках и мероприятия превентивного характера, которые проводятся среди детей начиная с дошкольного возраста. Такая работа имеет немалое значение для будущего,

поскольку склонность к употреблению наркотиков формируется часто в молодые годы. По этой причине дети, подростки и их родители являются основными группами, с которыми проводится данная работа. *Информационная работа* включает в основном развитие представлений об образе жизни, а ее целью является побуждение детей и подростков к общению между собой: обмену мнениями, опытом и представлениями о ценностях.

Широкое развитие получают в школах мероприятия, направленные против алкоголя, наркотиков и табака, призванные к распространению знаний в этой области и привитию школьникам активно-негативного отношения к употреблению этих средств. Не менее важной является работа среди молодежи, например, в молодежных центрах или в тесной связи со спортивными клубами, профсоюзными организациями и родительскими группами.

Успех шведской профилактической политики зависит от того, насколько общество готово предложить людям, входящим в группу риска, ту помощь и поддержку, которая им необходима, прежде чем они станут наркоманами. Поэтому решающей задачей является умение найти и распознать **потенциальных потребителей наркотиков**, а также установить с ними контакт. Исследования помогли выявить некоторые факторы, позволяющие идентифицировать группы риска. К таким факторам, в первую очередь, относится преступность, а также частые прогулы школьных занятий. Чтобы остановить подростков и не дать им перешагнуть опасный порог, требуется обеспечить тесное сотрудничество школ, социальных служб и местной полиции. Для этого разработаны специальные программы по интенсификации этого сотрудничества, которые призваны сделать социальные службы способными вовремя обнаружить склонных к наркотизации подростков и помочь им и их родителям, прежде чем употребление наркотиков станет для них привычным.

Усилия, предпринимаемые совместно социальными службами, учреждениями организации досуга и родителями, направлены на борьбу с прогулами занятий и предотвращение злоупотребления наркотиками среди подростков. Раннее обнаружение случаев употребления наркотиков и неотложная реакция родителей, а также добровольных помощников и специалистов в форме ежедневного контакта с молодыми людьми являются основой **профилактики второго уровня**. Хорошие результаты дает сотрудничество полиции, учителей, персонала, занятого в местах организованного досуга, родителей и учащихся в случаях обнаружения торговли или злоупотребления наркотиками.

**Меры по борьбе с наркотиками законодательного характера** разнообразны. Наркотиками считаются вещества, которые в соответствии со шведским законодательством классифицируются как таковые. Перечень этих веществ приводится в списке, издаваемом Государственным управлением по лекарственным средствам (Läkemedelsverket). В список включены препараты, указанные в международных конвенциях, подписанных Швецией (Общая конвенция по наркотикам 1961 г. и Конвенция по психотропным средствам 1971 г.), а также средства, классифицируемые как наркотические решением правительства.

Шведское законодательство по наркотикам 1968 г. относит к числу уголовно наказуемых следующие действия:

- незаконная передача наркотиков другому лицу;
- производство наркотиков в целях злоупотребления;
- приобретение наркотиков с целью передачи их другому лицу;

- приобретение, переработка, упаковка, транспортировка, хранение или другие действия с наркотиками, предназначенными для целей, иных, чем личное употребление;
- предложение наркотиков для продажи, хранение или передача денег, полученных от продажи наркотиков, пособничество в установлении контактов между покупателем и продавцом или аналогичные действия, способствующие торговле наркотиками;
- преднамеренное владение наркотиками.

С 1 июля 1988 г. в Швеции употребление наркотиков также считается противозаконным действием. Максимальное наказание за нарушение Закона о наркотиках составляет 3 года лишения свободы, за исключением случаев особо грубого нарушения закона, влекущих за собой наказание в качестве лишения свободы на срок до 10 лет. Употребление наркотиков отдельным лицом не является наказуемым в том случае, если лицо, совершившее действие, обращается за лечебно-реабилитационной помощью.

Законодательные меры направлены прежде всего против обеспечения рынка наркотиками. В то же время они оказывают не меньший эффект на масштабы потребления наркотиков вследствие действий полиции по ограничению торговли наркотиками и доступа к ним, в первую очередь среди молодежи.

Деятельность полиции по борьбе с незаконными наркотическими веществами осуществляется на трех уровнях: местном, региональном и центральном. Оперативная работа местных органов полиции проводится в рамках планового отдела и отдела уголовной преступности. В более крупных городах имеются специальные подразделения, главной задачей которых является борьба с уличной торговлей наркотиками (Муландер Е., 1998).

Региональные отделы по борьбе с наркотиками имеются во всех 24 ленах Швеции. В их задачи входит расследование и предоставление отчетов по более серьезным преступлениям. На общенациональном уровне Государственное управление шведской полиции имеет *специальный координирующий отдел по борьбе с наркотиками*, одно из подразделений которого занимается исключительно сбором информации.

**Эффективная защита границ** представляется важным элементом в общем потоке усилий по ограничению доступа к наркотикам. Однако условия работы таможенных служб становятся все более сложными: за последние десять лет движение через границу, как легальное, так и нелегальное, значительно увеличилось. Наряду с выборочным контролем таможенные службы начали предпринимать ряд более эффективных мер. Созданы специальные группы, зоной внимания которых стали почтовая пересылка и пересекающие границу грузы. Таможенные службы имеют свою собственную систему и органы информации.

Для разработки эффективных программ противодействия торговле и потреблению наркотиков необходим регулярно проводимый анализ ситуации в стране. Работа координируется на различных уровнях. На уровне министерства существует специальный координирующий орган, на общенациональном и региональном уровнях — комиссии по координации деятельности по различным вопросам, а на местах предусмотрена разработка программ по осуществлению координации и контроля по различным стратегическим моментам.

Около 40% заключенных в исправительных заведениях составляют лица, злоупотребляющие наркотиками. В некоторых заведениях закрытого типа их число может достигать 50 или 60%. Обеспечение лечения и помощи таким заключенным являет-

ся высоко приоритетной задачей. Некоторые тюрьмы располагают отделениями, специализирующимися на организации различных видов деятельности, способных помочь заключенным, пробудить в них желание избежать употребления наркотиков в будущем и увеличить их реальные возможности для достижения этой цели. *Заключенные, злоупотребляющие наркотиками, имеют право проводить часть своего срока в лечебно-реабилитационных заведениях* или семейно-воспитательных домах. Основопологающей целью при этом является побуждение заключенного к добровольному продолжению лечения и реабилитации по выходе его на свободу.

Текущий контроль за ситуацией в районе осуществляется совместно с социальными службами, школами, учреждениями, занимающимися организацией досуга, добровольными организациями, органами здравоохранения, полицией, исправительными заведениями и органами наблюдения за условно освобожденными.

**Оказание медицинской и реабилитационной помощи** является одним из важнейших этапов всех программ, принимаемых в рамках шведской антинаркотической политики. Лечение проводится в 103 специализированных поликлиниках и 42 стационарах для принудительного лечения.

Вступление в контакт с медицинским персоналом является первым шагом на пути реабилитации больного. Помощь в случае болезни или соматических нарушений, связанных со злоупотреблением наркотиками, пациент может получить и в обычных учреждениях здравоохранения. Детоксикация и мотивационная терапия проводятся в психиатрических отделениях большинства больниц.

В лечебных учреждениях используются различные методы лечения – психотерапевтические, трудотерапия. Условия пребывания, стоимость и сроки лечения также могут быть различными.

Важным дополнением лечения, проводимого в лечебнице, является **реабилитация в семье**. В 1983 г. начал действовать экспериментальный проект по организации **семейно-реабилитационных домов**, каждый из которых охватывал от 5 до 15 семей. Работу по координации между семьями осуществляет специальный консультант.

Добровольными организациями проводится широкая работа, сочетающая в себе социальную заботу и некоторые терапевтические методы.

Продолжает оставаться предметом оживленных дискуссий **вопрос о возможности использования метадона**. Амбулаторное лечение метадоном ограничено строго контролируруемыми программами, в которые включены лица (до 500 человек), имеющие в анамнезе длительное злоупотребление героином и морфином.

Значительная часть больных с наркотической зависимостью употребляет алкоголь наряду с самыми разными наркотиками, поэтому многие из них проходят амбулаторное или стационарное лечение в лечебницах, предназначенных прежде всего для алкоголиков. Лица молодого возраста проходят лечение в специальных молодежных центрах, находящихся в ведении социального сектора.

Как уже упоминалось, главным принципом любого типа лечения для различных возрастных групп является его добровольность. Тем не менее в некоторых случаях допустимо **принудительное лечение**. В соответствии с **Законом о принудительной опеке над подростками** принудительному лечению могут быть подвергнуты лица в возрасте до 18 (в некоторых случаях до 20) лет, если они, злоупотребляя наркотическими веществами, подвергают серьезной опасности свое здоровье и развитие. Решение принимается окружным административным судом по ходатайству местного комитета по социальным вопросам.

В соответствии с Законом о принудительном лечении лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, совершеннолетние лица могут быть направлены на принудительное лечение при определенных условиях. Такими условиями являются срочная объективная необходимость лечения при нежелании его прохождения на добровольной основе. Иными словами, принудительному лечению могут быть подвергнуты лица, постоянно злоупотребляющие алкоголем или наркотиками и создающие тем самым серьезную угрозу своему физическому или психическому здоровью или способные причинить серьезный вред себе и окружающим людям. Максимальный срок лечения составляет шесть месяцев.

Швеция активно участвует в работе ООН, Европейском Союзе и других международных организациях, выступая за принятие ограничительной политики в отношении наркотиков. Шведское правительство считает политику легализации наркотиков чрезвычайно опасной и рассматривает ее как угрозу странам и народам мира. Свободный доступ к наркотикам способен поработить дополнительно миллионы людей. Шведское государство предоставляло и продолжает предоставлять экономическую и моральную поддержку движению «Города Европы против наркотиков», объединившему жителей более 20 столиц Европы в борьбе против легализации наркотиков и в активной деятельности по всем направлениям с целью уменьшения употребления наркотиков и ограничения их распространения.

В 2001 г. Комиссия по наркотикам при правительстве Швеции представила результаты своего исследования. В докладе комиссии было сказано, что в будущем антинаркотическая политика Швеции предусматривает увеличение усилий по снижению объемов предложения и спроса путем выделения больших финансовых средств и увеличения персонала лечебных учреждений.

Парламент принял решение об усилении борьбы с незаконным оборотом наркотиков при одновременном расширении сети лечебных учреждений. Для приведения в жизнь этого решения в 2002 г. правительство на предстоящие 4 года выделило начальную сумму в 325 миллионов шведских крон (около 38 миллионов долларов).

С целью повышения эффективности превентивных мер в борьбе с наркотиками премьер-министр Швеции Йоран Перрссон, выступая в октябре 2002 г. в парламенте страны, призвал усилить законодательное сопровождение следующего комплекса мероприятий:

- **Информирование о социальных последствиях использования наркотиков.** Недостаточно только распространять информацию о различных видах наркотиков и их действии на человека или говорить о том, что менее или более опасным среди такого рода веществ является алкоголь. Необходимо информировать своих сограждан о всех социальных последствиях торговли наркотиками, чтобы люди понимали, что в это вовлечены огромные деньги и что те, кто связан с этими деньгами, не собираются отказываться от этого бизнеса. Осведомленность о структуре и методах национального и международного сотрудничества и понимание положительных сторон эффективного взаимодействия между правоохранительными органами, частным сектором, общественными и другими организациями, знание о средствах и структурах, занятых борьбой с наркотиками в стране в целом и других государствах Европы, имеют важнейшее значение.
- **Снижение спроса.** Долгое время слишком большой упор делался только на снижение поставок. Сокращение объемов поступления наркотиков имеет весьма

важное значение, но снижения поставок без предпринятых усилий по эффективному снижению спроса недостаточно.

- **Репрессивные меры.** Например, принудительное лечение, тюремное заключение за отдельные преступления, связанные с наркотиками.
- **Предоставление лечения и ухода.** Например, расширение мероприятий по оказанию помощи наркоманам, которые, несмотря на усилия по предотвращению применения наркотиков, начали их употреблять. Такие мероприятия должны быть ориентированы на абстиненцию.

Конечной целью вышеуказанных мероприятий является стремление к такому обществу, в котором предпринимаются все возможные усилия для полного предотвращения использования незаконных наркотиков (ECAD, Newslettes, 2003, №1, p. 3).

## **США**

По мнению американских исследователей, продажа алкоголя приносит немалую выгоду экономике государства. Например, из 70,3 млрд долл., поступивших от покупателей алкоголя, часть денег пошла на выплату заработной платы и пенсий 52000 человек, работающих в алкогольной промышленности (Department of commerce USA, 1990). В то же время в числе последствий потребления алкоголя – многочисленные случаи внезапных смертей, инвалидности, разрушенных семей, отравленного детства.

Профилактические меры в США, с одной стороны, направлены на снижение доступности алкоголя, контроль его продажи, с другой – на ужесточение общественных норм и стандартов в отношении поведения, связанного с потреблением алкоголя.

В 70–80-е гг. XX в. в США появилось множество формальных и неформальных групп, требующих ужесточения наказания для водителей автотранспорта, находящихся в нетрезвом состоянии. В рамках соблюдения законности был введен всеобщий контроль уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе, являющийся обязательным для всех задержанных нетрезвых водителей (random roadside breath testing – RBT), что вызвало снижение ДТП на 10–15%. Законом предусмотрено, что в случаях, когда водитель отказывается пройти тест, полицейский имеет право изъять водительское удостоверение и направить дело для рассмотрения в суд. Данная мера снизила на 9% число смертельных исходов в ДТП в ночное и вечернее время (Ross H., 1990). Подсчитано, что контрольные тесты на алкоголь, введенные с 1985 г. во всех штатах США, уже за четыре года действия закона помогли избежать 2011 смертельных аварий (Shore E., 1988).

В США действует также Устав о юридической ответственности магазинов, торгующих алкоголем, согласно которому лицо, продающее спиртные напитки, может быть привлечено к уголовной ответственности за противоправную продажу алкоголя в том случае, если это привело к вреду или ущербу. Например, если алкоголь был продан несовершеннолетнему и он в пьяном виде разбил автомобиль, то продавец, отпустивший алкоголь, может быть привлечен к уголовной ответственности.

Помимо этого, в США в местах продажи алкоголя, имеющих разрешение на данный вид деятельности, персонал несет ответственность за возможность отравления клиента. Продавец или официант вправе отказать в продаже алкоголя, если это угрожает возможности безопасного управления автомобилем.

В США проводятся многочисленные программы, направленные на профилактику употребления ПАВ, включая алкоголь, среди молодежи, особенно состоящей на учете в полиции за совершение правонарушений.

Преступность, связанная со злоупотреблением ПАВ, возрастает сейчас во многих странах. Особую тревогу вызывает тот факт, что меняется соотношение юноши/девушки в сторону увеличения числа женщин-преступниц. Например, в Бразилии около 40% преступников-наркоманов составляют девушки, в Корее – 39%, в Швейцарии – около 30% (Menard S., Huizinga D., 1998).

Многочисленные преступления одиночек и террористических групп вызывают протесты во всем мире. В связи с этим в штате Нью-Джерси (США) разрабатываются всевозможные программы профилактики и ресоциализации преступников, правонарушения которых связаны с наркотиками. Одна из программ включает на обращение преступников, имеющих пожизненное заключение, к молодежи.

Примером организации работы по ресоциализации преступников является Программа коррекционного центра в Калдуэлл (Essey County Corrections Center).

В Калдуэлл находятся те, чей срок наказания составляет меньше 19 месяцев. Среди 500 человек 20% – мужчины. Около 85% заключенных получили наказание за преступления, связанные с наркотиками: производство, торговля, продажа, потребление. Центр расположен в парке, не огорожен, доступ на его территорию свободный, нет специальной охраны и контроля посетителей, однако окна в камерах имеют решетки.

В центре работают 2 врача, 2 психолога, 6 консультантов, 2 медсестры, а также социальные работники. В рамках программы, включающей 3 главных элемента – режим дня, тюремную дисциплину и обязательный труд, врачи и психологи проводят регулярные консультации, дают советы, организуют групповые собрания и коррекционные тренинги.

Главное внимание в программе уделяется нормализации межличностных контактов и усвоению социальных норм. В процессе ресоциализации акцентируется внимание на умении анализировать и проводить самооценку поступков.

Программа ресоциализации помимо психологического и психотерапевтического воздействия включает обучение в профессиональной школе специальности маляра-штукатур, слесарному делу, столярному делу, садоводству и огородничеству. Для женщин работают курсы кройки и шитья и курсы кулинарии. Проводятся занятия спортом. Примерно 50% освобождаемых выходят с ремиссией, а примерно половина заключенных возвращается к приему наркотиков.

## Германия

Говоря о профилактике зависимости от ПАВ на государственном уровне в Германии, следует отметить взаимодополняемость общественных и официальных инициатив. Сами немцы называют данный принцип антинаркотической и антиалкогольной политики принципом солидарности. Финансирование профилактических программ из госбюджета составляет 20%, 80% – общественная благотворительная помощь (Цетлин М.Г., Зыков О.В., 1993).

Германия – страна с традиционной культурой употребления пива. Даже в винодельческих районах пиво зачастую преобладает в потреблении алкоголя среди различных групп мужчин, женщин и в семьях. Крепкие спиртные напитки менее популярны в связи с жестким налоговым обложением и ценовым ограничением. В Германии, как и во многих европейских странах, проводится ряд антиалкогольных мероприятий – экономических, законодательных, профилактических: ограничение

продажи алкогольных напитков молодым гражданам, контроль за размещением и количеством точек продажи спиртного, высокие цены на крепкие спиртные напитки. Предусмотрены суровые наказания за нанесение ущерба в пьяном виде, создание аварийной ситуации или ДТП на дорогах, так как Германия отличается наличием высокоскоростных магистралей – автобанов.

К лечению и реабилитации лиц с алкогольной и наркотической зависимостью в Германии особое отношение. Система наркологической помощи четко координируется на уровне городских, земельных, федеральных, административных служб. Особенность координации состоит в распределении бюджетных средств и стимуляции работы наркологических служб на конкурентной основе. Прежде всего это относится к определению источников субсидирования – от пенсионного фонда до местных социальных фондов или фондов больничного страхования.

Еще одна особенность – административная поддержка и хорошее взаимодействие между службами обеспечения правопорядка, Министерством внутренних дел, органами просвещения, союзом искусства и печати, культовыми организациями и т.д. Данная сеть включает в себя несколько направлений административно-медицинской координации и проведения наркологической помощи:

- Медицинская сфера – служба детоксикации и оказания специализированной помощи при психозах, осуществляемой в государственных и научных (при университетах) клиниках, которые контролируют программы по лечению метадонном.
- Система государственной открытой помощи лицам, страдающим зависимостью, и их семьям. Это, прежде всего, сеть специальных консультативных пунктов, работающих на основе принципов бесплатности, доверия, информирования населения и обеспечения связи с лечебными учреждениями. Особенность данного типа государственной помощи состоит в поиске клиентов, в проведении встреч с ними не только в специальных пунктах, но и в молодежных клубах, в домашних условиях и т.д. Организованы «переходные» пункты, где можно не только переночевать или уберечься от опасности, но и пройти реабилитационные мероприятия.
- Служба по обеспечению отказа зависимых лиц от наркотиков и других ПАВ. Как правило, это сеть дневных, а также загородных закрытых стационаров. Особенность их работы – полный отказ от медикаментозной терапии, использование в ресоциализации добровольно поступивших зависимых лиц лишь психотерапии, спортивных занятий и трудотерапии.
- Служба ресоциализации и обеспечения занятости. Это работа «жилых общин», где происходит долечивание наркоманов и алкоголиков.
- Профилактическая служба, занимающаяся программами образования, такими, как работа с молодежью, социально неблагополучными лицами, а также СМИ.

Германия одна из первых начала вводить сеть программ по ресоциализации и реабилитации наркоманов и алкоголиков в тюрьмах.

Главный недостаток работы в управлении и организации наркологической помощи в Германии – отсутствие первичной профилактики среди молодежи по предупреждению единичных проб и эпизодического употребления наркотиков. Близость, с одной стороны, Голландии, где наркотики широко распространены, и Польши – с другой, где достаточно широко продаются и потребляются крепкие спиртные напитки, а также существующая в условиях интеграции Европы проблема организован-

ной преступности по нелегальной продаже алкоголя создают определенные проблемы для Германии в целом.

Обобщая приведенный опыт, можно выделить следующие государственные стратегии по борьбе с наркотиками:

- выработка политики, устанавливающей адекватный баланс между мерами, направленными на снижение потребления наркотиков, с одной стороны, и мерами, направленными на уменьшение снабжения наркотиками – с другой;
- создание структур «вертикальной» и «горизонтальной» координации деятельности министерств различных государств между собой, а также с общеевропейскими и мировыми организациями;
- привлечение общественности к разработке и реализации государственной политики через различные добровольные и общественные сообщества;
- периодическая ревизия и коррекция национальной стратегии в ходе развития научных познаний по проблемам зависимости, изменения эпидемиологии употребления наркотиков, изменения международной политики в отношении наркотиков.

В настоящее время основой политики контроля над наркотиками являются три международные конвенции: Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., Венская конвенция о психотропных веществах 1971 г., ратифицированная СССР в 1978 г., и Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г. В качестве приложения к Единой конвенции о наркотических средствах приняты Перечни наркотических веществ, как природных, так и синтетических, в том числе и лекарственных препаратов. В списках указана необходимая степень контроля за данными веществами. В Конвенции определено, что международными органами контроля над наркотическими веществами являются Комиссия по наркотическим средствам Экономического и Социального совета ООН и Международный комитет по контролю над наркотическими средствами, избираемый этим Советом.

Основные направления политики по предупреждению распространения наркотиков и их немедицинского употребления, провозглашенные в Конвенции, можно сформулировать следующим образом:

1. Решительная и жесткая борьба с незаконным распространением наркотиков, с их нелегальным оборотом.
2. Гуманное отношение к лицам, страдающим наркоманиями. Рекомендуются различные виды замены уголовного наказания лечением, разработка и применение реабилитационных и профилактических мероприятий. В данном направлении государствам предоставляется полная свобода в принятии решений.

Страны, подписавшие Конвенцию, обязаны ввести ее в действие на своей территории, а также предоставлять отчет о выполнении положений данного договора. Все страны, подписавшие Конвенцию, должны признать наказуемым умышленное культивирование, производство, изготовление, извлечение, хранение, предложение, в том числе с коммерческими целями, распределение, покупку, продажу, доставку, маклерство, отправку, переотправку транзитом, перевозку, ввоз и вывоз наркотических средств.

В Конвенции, однако, не конкретизированы меры в области профилактики. Указана только необходимость раннего выявления злоупотребления наркотиками, лече-

ния, воспитания, восстановления трудоспособности, возвращения в общество тех, кто лечился по поводу злоупотребления наркотиками.

Стремясь выработать унифицированные формы контроля над злоупотреблением наркотиками, международное сообщество приняло в 1988 г. Конвенцию «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ». Данная Конвенция призвана помочь государствам в организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков.

Законодательства большинства стран имеют тенденцию рассматривать пристрастие к наркотикам скорее как патологическое явление, нежели как преступление. Последствия немедицинского употребления наркотиков влекут за собой разные меры — от добровольного до принудительного лечения либо наказание с лечением или без него. Социальная политика в отношении употребления наркотиков отражается в законодательстве страны.

Как справедливо замечают В.Е.Пелипас, И.О.Соломоницина (1998, 2000), антинаркотическая политика в разных странах иногда диаметрально противоположна. Например, в США провозглашается абсолютная нетерпимость к употреблению наркотиков. Эта политика противопоставляется социальной стратегии уменьшения вредных последствий наркотиков, принятой в Англии и Нидерландах, которая, главным образом, преследует цель минимизации последствий употребления наркотических средств для личности и общества. Самыми тяжелыми из таких последствий являются преступность и распространение ВИЧ-инфекции. Поэтому общество начинает поддерживать потребляющих наркотики, обеспечивая их одноразовыми шприцами и выписывая лекарственные наркотические средства. Такие меры призваны снизить частоту ВИЧ-инфицирования, уменьшить количество краж и грабежей.

Другой пример — столица Нидерландов Амстердам, где имеет место снисходительное отношение полиции к хранению и употреблению наркотика, за которым закрепилось название «легкий». Тюремное наказание в этой стране применяется только за распространение «тяжелых» наркотиков. Кроме того, специальные передвижные станции распространяют наркотик с тем, чтобы наркоманы были «сыты» и не совершали противоправных действий. Нидерланды пользуются репутацией страны вседозволенности в отношении контроля над наркотиками. Это одна из немногих стран, где наркотики официально разделяются на «легкие» и «тяжелые». Существует миф, что «легкие» наркотики полностью легализованы и продаются без ограничений через сеть так называемых «кофейен» (coffee shops). На самом деле все наркотики, перечисленные в международных конвенциях, в этой стране запрещены. Это значит, что транспортировка, продажа, производство и хранение этих веществ преследуются по закону, нарушение его грозит сроком тюремного заключения от 1 месяца до 8 лет. Нидерланды, как Германия и Великобритания, не преследуют людей за употребление наркотиков. Несмотря на запрет, «кофейни» продают наркотики, т.е. закон есть, но не выполняется. Многие противники такой политики сегодня называют Нидерланды «наркотической ямой» Европы.

К производителям и распространителям наркотиков страны мира применяют разные по своей суровости санкции. В ряде стран Европы — Австрии, Франции и Швейцарии — распространение и производство наркотиков грозит сроком лишения свободы до 20 лет, Дании и Германии — до 15, Швеции — до 10, Венгрии — до 8, Польше — до 7,5, Италии — от 2 до 20, Великобритании, Греции, Австралии (Новый Южный Уэльс) — до пожизненного заключения.

В странах Азии и Африки предусмотрены еще более различающиеся сроки тюремного заключения: в Индии — до 20 лет, в Шри-Ланке и Кении — до 10, в Кот-д'Ивуар — от 3 месяцев до 5 лет, в Японии, Таиланде, Египте, Нигерии — до пожизненного заключения. В Латинской Америке за распространение наркотиков можно попасть в тюрьму на 20 лет; в Венесуэле — до 15; в Аргентине, Эквадоре и Коста-Рике — до 12.

Законодательство ряда стран до сих пор карает само употребление наркотиков. Во Франции, например, предусматривается лишение свободы на срок от 2 месяцев до 1 года и штраф от 500 до 5000 франков; в Греции — от 2 до 5 лет; в Австралии — 2 года и/или штраф в 2000 долларов; в Швейцарии — от 1 дня до 3 месяцев или штраф. Поэтому туристы легко могут оказаться на скамье подсудимых из-за незнания законов принимающей страны, в связи с чем появились предложения для турфирм помещать в буклетах информацию об опасности по незнанию стать наркокурьером.

Законодательством ряда стран за производство и распространение наркотиков предусмотрена смертная казнь. Она введена в Индии, Бангладеш, Индонезии, Иране, Малайзии, Южной Кореи, Таиланде, Турции, Египте, Саудовской Аравии. В этих странах применяется, как правило, либо повешение (в бывших английских колониях), либо расстрел (в колониях Франции и других континентальных держав). В странах шариата, например, в Саудовской Аравии, осужденному отсекают голову. Традиционно казнь совершается в пятницу после дневной молитвы. За месяц может быть казнено до 40 человек, в том числе и иностранцев, главным образом, за торговлю наркотиками. Кроме голов коренных жителей, летят головы пакистанцев, афганцев, йеменцев, египтян, филиппинцев, чадцев и нигерийцев.

Власти королевства Саудовской Аравии не любят тянуть с приведением приговора в исполнение (система апелляций здесь практически не действует) и считают, что это наиболее эффективное средство борьбы с распространением наркотиков. «Мы выполняем заветы Аллаха, Великого и Всемогущего, и не придаем значения тем, кто их как-либо оспаривает», — комментирует министр внутренних дел принц Наиф упреки в несоблюдении международных гарантий для подсудимых. Казнь проходит обычно в наиболее многолюдных местах, присутствие женщин поощряется. Такая норма введена даже в законодательства ряда стран. Например, в Иране в ст. 4 Закона «О борьбе с употреблением наркотиков» указано, что казнь целесообразно совершать в общественных местах. По этому же законодательству у приговоренного к пожизненному заключению или смертной казни конфискуется имущество (за исключением совсем незначительной части).

В ряде государств получили распространение и телесные наказания, главным образом бичевание. Оно, как правило, является дополнительным наказанием к пожизненному заключению, лишению свободы или штрафу.

Злоупотребление наркотическими средствами и их незаконный оборот в современном мире приобрели в последние десятилетия угрожающие размеры. Государственная антинаркотическая политика любой страны призвана обеспечить баланс мер, направленных на предупреждение незаконного оборота наркотических средств и уменьшение спроса на них. Приоритетными являются следующие направления: совершенствование регулирования и контроля законного оборота наркотических и лекарственных средств, достижение равновесия между спросом на наркотические средства и психотропные вещества для использования в законных целях и их постав-

ками, борьба с незаконным оборотом наркотиков, предотвращение неправильного или незаконного применения лекарств, лечение и реабилитация больных наркома-ниями.

### **АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВЫЕ МЕРЫ СДЕРЖИВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОТИЗМА В РОССИИ**

Алкогольная ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Достигнут высокий в международном и временном сравнении рост потребления алкоголя. Это обстоятельство усугубляется спецификой структуры и форм его потребления населением: преимущественное употребление крепких спиртных напитков, предпочтение «ударных доз», низкое качество вина и водки, значительный объем фальсифицированной алкогольной продукции, наряду с часто сопутствующим недостаточным питанием, сопровождающим потребление алкоголя (Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф., 2002).

В утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 17 декабря 1997 г. №1300 Концепции национальной безопасности Российской Федерации в разделе «Угроза национальной безопасности Российской Федерации» записано: «Вызывает тревогу угроза физическому здоровью нации. Ее истоки лежат практически во всех сферах жизни и деятельности государства и наиболее явно проявляются в кризисном состоянии систем здравоохранения и социальной защиты населения, стремительном возрастании потребления алкоголя и наркотических веществ. Последствиями этого глубокого системного кризиса являются резкое сокращение рождаемости и средней продолжительности жизни, ухудшение здоровья людей, деформация демографического и социального состава общества, подрыв трудовых ресурсов как основы развития производства, ослабление фундаментальной ячейки общества – семьи. Такое развитие демографических процессов обуславливает снижение духовного, нравственного, творческого потенциала общества».

В этой же Концепции указаны основные приоритеты по обеспечению национальной безопасности Российской Федерации, в числе которых:

- защита культурного, духовно-нравственного наследия, исторических традиций и норм общественной жизни;
- развитие государственной (федеральной и муниципальной) страховой и частной медицинской помощи, осуществление государственного протекционизма в отечественной медицинской и фармацевтической промышленности, полноценное финансирование здравоохранения и федеральных программ в области санитарии и эпидемиологии, охраны здоровья детей, скорой и неотложной медицинской помощи, медицины катастроф;
- пропаганда через средства массовой информации опыта работы творческо-педагогических школ, культурных и национальных центров, общин, союзов и других учреждений, в том числе для детей, подростков, молодежи и студенчества, а также пропаганда национальных культур народов России, духовно-нравственных, исторических традиций и норм общественной жизни.

Как указано в Концепции, в целях обеспечения сохранности и развития нашего культурного и духовного наследия необходимо создание оптимальных экономических условий для осуществления важнейших видов творческой деятельности.

Важнейшую роль в сохранении традиционных духовных ценностей играет деятельность Русской православной церкви и церковью других конфессий. Вместе с тем

необходимо учитывать разрушительную роль различного рода религиозных сект, наносящих значительный ущерб духовной жизни российского общества, представляющих собой прямую опасность для жизни и здоровья граждан России и зачастую используемых для прикрытия противоправной деятельности.

В настоящее время здоровье населения и демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуются нестабильностью и ухудшением качества жизни, что определяется низкой рождаемостью, сниженной ожидаемой продолжительностью жизни, высокой смертностью и заболеваемостью, неудовлетворительными показателями общего физического развития. Смертность среди мужчин почти в 4 раза выше, чем среди женщин. Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами достиг 13,7 лет. Устойчивость негативных тенденций демографической ситуации во многом обусловлена повышением числа умерших во все более молодом возрасте (Демин А.К., Демина И.А., 2000).

Среди основных причин ухудшения состояния здоровья и крайне неблагоприятной демографической ситуации в стране можно назвать:

- многочисленные неблагоприятные изменения в образе жизни людей, включая значительные миграционные перемещения вследствие военных конфликтов и географических изменений, а также резкое снижение экономического базиса существования;
- пренебрежение проблемами охраны здоровья и окружающей среды, в частности, при планировании экономического и социального развития;
- длительное накопление неблагоприятных изменений в популяции;
- хронические стрессы различной этиологии;
- высокая распространенность аддиктивного поведения.

Рассмотрим подробнее последний из факторов.

По результатам исследования, курят около 60% мужчин и около 20% женщин в возрасте от 20 до 69 лет, количество потребляемого чистого алкоголя на душу населения в год составляет 14–15 л, тогда как генетически опасными для нации ВОЗ признает 8 л чистого алкоголя на душу населения в год; отмечается резкий рост наркомании и токсикомании среди взрослого населения и молодежи (Арзуманов Ю.Л., 2001; Иванец Н.Н., 2002; Киржанова В.В., 2002). Следует обратить внимание на раннюю алкоголизацию, которая, по материалам исследований, отмечается среди подростков в возрасте 11–13 лет (24 мальчика и 19,6 девочек из 100 в возрасте до 12 лет интенсивно употребляют алкоголь), а у детей в возрасте 5–6 лет отмечается первый опыт приобщения к алкоголю (Киржанова В.В., 2002; Скворцов Е.С. с соавт., 2002; Киржанова В.В., Муганцева Л.А., 2003). Исследования, проведенные в 21 городе в 10 территориально-экономических районах РФ, показывают, что главный акцент в профилактической работе необходимо ставить на предотвращение употребления алкоголя среди подрастающего поколения, так как именно на фоне алкоголизации параллельно или много позднее развиваются другие виды наркотизма.

Вклад отдельных факторов в последствия состояния здоровья населения вычисляется согласно модели Денвера. В эту модель входит 13 важнейших причинных факторов смерти, из них 27% приходится на биологические факторы, 19% – на окружающую природную и социальную среду, 43% – на образ жизни, 11% – на службы здравоохранения.

В области профилактики алкоголизма и наркоманий как социальной патологии можно выделить три основных направления:

- профилактика распространения наркомании и токсикомании и борьба с незаконным оборотом наркотиков;
- профилактика проблем, связанных с распространением злоупотребления алкоголем и алкоголизма;
- профилактическая работа по проблемам семьи, детей и молодежи.

Целесообразность данного выбора приоритетов в политике, направленной на сдерживание социальных недугов, объясняется, прежде всего, воздействием на этиологические компоненты любой патологии общества. Как известно, помимо биологических, психологических и физиологических особенностей, основа поведения человека закладывается в процессе воспитания в семье. Время показало, что ни одно из образовательных или воспитательных учреждений государственного типа не в состоянии конкурировать с семьей по формированию удовлетворительного уровня психического и соматического здоровья человека с развитой системой ценностей, нравственности и поведения.

Помимо этого, необходимость укрепления семьи продиктована и вопросами экономической стратегии государства. Например, содержание ребенка в воспитательных государственных учреждениях обходится приблизительно в 36 тыс. руб. в год (цены 1999–2000 гг.), тогда как государство выделяет гораздо меньше средств семье на обеспечение ребенка. Более того, средний доход значительной части семей (%), по результатам переписи 2002 г., лежит ниже черты бедности.

Целесообразность укрепления семьи и профилактика ее проблем является стратегией национальной безопасности России, так как решает вопросы, связанные с качеством жизни.

**Качество жизни**, по определению ВОЗ (1993), — «восприятие людьми своего положения в контексте культурных ценностей, ориентации и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». С этой точки зрения существуют субъективные и объективные критерии. В.Я.Семке с соавт. (2000) обращает внимание на то, что качество жизни — это во многом субъективный показатель достижимости желаемого и удовлетворения достигнутым. Качество жизни в графическом изображении можно представить в виде «розы качества жизни». Авторы говорят об увядании розы в случае ухудшения показателей.

По определению Б.М.Генкина (1998), **качество жизни** характеризуется степенью удовлетворения потребностей человека, определяемой по отношению к соответствующим нормам, обычаям и традициям, а также по отношению к уровню личных притязаний.

В рамках приведенных определений для анализа и планирования качества жизни используется ряд показателей (социальных индикаторов), которые отражают как объективные характеристики (потребление материальных благ, продолжительность жизни, система образования и др.), так и субъективное восприятие людьми условий существования. Показатели качества жизни меняются в соответствии с идеологией общества. Если в 1950–1960-х гг. качество жизни оценивалось, прежде всего, исходя из внутреннего валового продукта, приходящегося на одного жителя страны, то в последующем начинает учитываться система показателей, которые характеризуют различные стороны жизни человека. Во второй половине 1980-х годов формируется понятие индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), в котором принимается во внимание не только потребление материальных благ, но и возможности для наиболее полного, гармоничного развития человека, обеспечиваемые системами здравоохранения и образования.

В расчетах ИРЧП, проводимых странами ООН, учитываются три показателя: ожидаемая продолжительность жизни, уровень образования, реальный душевой ВВП (Генкин Б.М., 1998).

ИРЧП рассчитывается по формуле:

$$И = (Дф - Дmin) / (Дmax - Дmin),$$

где И – индекс; Дф – фактическое значение показателя; Дmin – значение показателя, принятое как минимальное; Дmax – значение показателя, принятое как максимальное.

В 1994 г. Россия по значению ИРЧП занимала 119-е место из 174 стран. В 1997 г. ИРЧП России был равен 0,849, что обеспечивало ей 67-е место в мире. Наибольшее влияние на оценку качества жизни россиян оказывают проблемы преступности, состояние экологии, медицинское обслуживание. Все эти факторы в первую очередь связаны с тем, что мы называем «социальные недуги» – алкоголизм, наркомания, токсикомания, агрессия и насилие.

Группой исследователей во главе с академиком РАМН В.Я.Семке (2000) была предпринята попытка оценить психологические характеристики различных социальных групп населения Сибири в условиях затянувшегося современного социально-экономического кризиса. Качество жизни определялось по критериям, включающим следующие дефиниции: положение в обществе, работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, условия района проживания, жилищные условия, материальный достаток, питание, сексуальная жизнь, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения и отдых. Учитывалась субъективная оценка данных критериев пациентами с пограничной патологией до лечения. По социальным характеристикам авторами были выделены 3 группы: лица с высоким, средним и низким уровнем социальной адаптации. К первой группе относились обследуемые, работающие в сфере бизнеса, руководители предприятий и учреждений; вторая группа со средним уровнем социальной адаптации была представлена работниками бюджетной сферы, мелкими предпринимателями; третью группу составили безработные, инвалиды и служащие с низким уровнем заработной платы.

**В первой группе** были обнаружены следующие психологические черты: жесткость, ригидность, неспособность или невозможность уменьшить нагрузку при отсутствии адекватных путей снижения напряжения, что приводило к кумуляции усталости, утомления, заострению характерологии, эмоциональным срывам, дезадаптации, астеническим расстройствам. При этом степень высокой удовлетворенности отмечалась по уровню положения в обществе, работе, условиям района проживания, жилищным условиям, материальному достатку, питанию, отдыху и развлечениям. Относительно удовлетворенными оказались такие позиции, как семья, дети, здоровье, сексуальная жизнь, духовные потребности, общение с друзьями. Единственной неудовлетворенной категорией оказалась категория душевного покоя. «Роза жизни» имеет своеобразную картину: единичные глубокие пробелы при оптимальном уровне других показателей.

**Во второй группе** были выделены высокий интеллектуальный уровень, инициативность, способность к адаптации. Однако невозможность реализации личностного потенциала в связи с изменившимися условиями, не востребованностью и утратой прежних социальных ролей, сменой их на ранее несвойственные (прежде всего «челночный» бизнес) приводила к фрустрации годами нарабатанного социального статуса, своеобразному «кризису идентичности». Из этого кризиса тем не менее выходят достаточно продуктивно, иногда снижая требования к себе и окружению. В этой группе отмечался тревожный симптом: происходила относительная дезактуализация

таких категорий качества жизни, как положение в обществе, условия района проживания и жилищные условия. Еще большую тревогу вызвали балльная оценка и структура категории удовлетворенности–неудовлетворенности. Удовлетворенной была названа только одна категория – дети, относительно удовлетворенными – условия района проживания и жилища. Все остальные категории качества жизни оказались неудовлетворенными. В итоге «Роза жизни» имела лишь единичные категории, соответствующие показателям оптимальной адаптации, наблюдалось снижение показателей почти по всем категориям качества жизни.

**Третья группа** характеризовалась фрустрацией почти всех социальных ролей. В результате вынужденного снижения требований к себе и окружению происходила «витальная примитивизация» потребностей с преобладающей направленностью на вопросы выживания. При этом низкая самооценка не осознавалась, так как закрывалась высоким уровнем тревоги, депрессией, чувством растерянности и бессилия. Здесь актуальными оказались 7 категорий из 14: работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, материальный достаток и питание. Относительно актуальны жилищные условия. Все остальные категории качества жизни оказались дезактуализированы. Состояние степени удовлетворенности перечисленных актуальных категорий также удручает: при относительном удовлетворении детьми и жилищными условиями остальные актуальные категории качества жизни в этой группе характеризуются неудовлетворенностью. Таким образом, в условиях социально-экономического кризиса происходит обострение конфликтных ситуаций у всех групп населения, а рост алкоголизации и наркотизма является лишь внешним маркером глубинных десфуктивных процессов.

Можно выделить два приоритетных направления **профилактики распространения наркотиков и их немедицинского потребления**:

1. Решительная и жесткая борьба с незаконным распространением наркотиков – наращивание усилий по контролю за потоками наркотиков, проведение розыскных и оперативных мероприятий.
2. Гуманизация отношения к лицам, страдающим наркоманиями, – замена уголовного наказания лечением, разработка реабилитационных и профилактических мероприятий. Однако данное направление является желаемым, так как государствам предоставляется свобода в принятии решений.

Работу по данным направлениям традиционно представляют в виде следующих основных блоков задач:

1. **Нормативно-методологическое направление.** Задача данного направления – разработка и совершенствование нормативно-правовой основы антинаркотической политики, разработка критериев, связанных с распространением наркомании, преступности и ущерба, связанного с незаконным оборотом наркотиков. Совершенствование инструментальной базы и технологий, позволяющих контролировать производство и распространение наркотиков.

2. **Превентивное направление** – создание многоуровневой системы наркологической превентологии, с разработкой диагностических маркеров, скрининговых методик; оказание помощи пациентам различных групп населения по методу комплексной социально-медицинской помощи, профилактика по укреплению здоровья будущих родителей.

3. **Воспитательное направление** – работа со СМИ, разработка профилактических программ первого уровня, психологическая и социальная помощь населению, создание антикризисных центров в крупных городах.

**4. Научно-педагогическое направление** – подготовка кадров по проблемам профилактики зависимости, организация всех видов обучения, включая до- и последипломное образование.

Кроме вышеперечисленных задач, по всем направлениям необходимо организовать проведение фундаментальных исследований, развивающих теоретический базис наркологической превентологии. Как координирующий орган можно предложить Национальное бюро по наркотикам РФ, созданное в 1998 г., а как приоритетное направление – концепцию наркологической превентологии.

Несмотря на весьма обширную информацию о злоупотреблении ПАВ во всех странах мира, сведения о конкретных механизмах наркобизнеса отрывочны. В основном исследования касаются потребителей наркотиков.

По мнению экспертов (Целинский Б.П., 1998; Михайлов Б.П., 2001; Егоров В.Ф., 2003; и др.), отмечаются следующие негативные тенденции, осложняющие в целом наркоситуацию в России:

- значительный рост уровня наркотизации населения России. Например, по экспертным оценкам, в России сейчас около 3 млн наркоманов;
- значительный ежегодный прирост числа потребителей наркотиков;
- расширение детской и подростковой наркомании, возрастание числа погибших от передозировки. Треть молодого населения страны находится под угрозой наркотизации;
- дальнейшее изменение структуры немедицинского потребления наркотиков в сторону повышения доли «жестких» наркотиков, прежде всего амфетаминовой группы;
- противоправная деятельность устойчивых преступных группировок наркодельцов с межрегиональными и международными связями: создание или разветвление глубоко законспирированных сетей торговли наркотиками, дестабилизирующих обстановку в стране;
- усиление контрабандной деятельности в масштабах, угрожающих безопасности граждан и общества в целом;
- проникновение наркогруппировок в сферу экономической деятельности государственных и частных коммерческих структур, сопровождающееся ростом коррупции среди государственных чиновников как необходимый атрибут наркобизнеса, а также перемещение незаконных доходов от торговли наркотиками в сферу легального бизнеса;
- противостояние отдельных группировок на почве обострения борьбы за рынки сбыта наркотических средств;
- увеличение размеров оптовой торговли наркотиками;
- быстрый рост темпов распространения «малого» наркобизнеса;
- распространение преступности, связанной с незаконными посевами наркосодержащих растений и производством наркотиков в подпольных лабораториях;
- возрастание влияния незаконного оборота наркотиков и наркомании на общественную и экономическую преступность и на обеспечение общественного порядка.

Существующая нелегальная торговля наркотиками является одной из серьезных проблем, входящих в понятие «незаконный оборот наркотиков». Необходимо более внимательно отнестись к изучению механизмов управления «черным рынком» наркотиков. Вследствие возможного ослабления антинаркотических законодатель-

ных мер и соответствующих механизмов снижения качественного и количественного уровня борьбы с употреблением наркотиков и их незаконным оборотом становится реальной опасностью возникновения ситуации, граничащей с фактической легализацией распространения наркотиков в Российской Федерации.

Задачи наркологической превентологии должны принимать во внимание основные направления стратегии борьбы с незаконным оборотом наркотиков в России (экономические, правоохранные, законодательные).

А. В. Горкин (1992) предлагает учитывать три концепции организации наркоторговли в теории управления рынком:

**1. Концепция товара.** В основе этой концепции лежат следующие предпосылки: потребители наркотиков концентрируют внимание на высоком качестве предлагаемых «товаров» и их умеренной цене; покупатели информированы о наличии товаров-аналогов и выбирают наркотики, сравнивая их качество и цену; потребители заинтересованы в совершении сделки в условиях анонимности и конспирации. Ориентировка на то, что наркотик будет привлекать покупателей хорошим качеством и умеренной ценой, требует лишь незначительных усилий для достижения желаемого объема торговли и размера прибыли.

Именно на основе концепции товара строят свою преступную коммерческую деятельность большинство медицинских работников, занимающихся непосредственно или через посредников подпольной торговлей наркотическими средствами и рецептами на них. Эта часть наркорынка имеет дело с товаром, т.е. с лекарственными наркотическими средствами (морфином, опионом, промедолом и др.), качество которого гарантировано государственными организациями-изготовителями.

**2. Концепция сбыта** — организация наркоторговли, основанная на усилиях производителей для продвижения своего товара на черный рынок и увеличения объема его продаж. При этом торговцы наркотиками стремятся достигнуть определенного объема реализации своих товаров, исходя из возможностей подпольного производства наркотиков, транспортных возможностей перевозчиков, наличия надежных мест хранения, количества «проверенных» продавцов и покупателей. На указанные звенья преступной цепочки можно реально влиять путем проведения продуманных комплексных мероприятий силами правоохранительных органов. Для того чтобы наркотики продавались в объеме, желательном для дельцов наркоторговли, необходимо воздействие последних на потенциальных покупателей и постоянное вовлечение в среду потребителей наркотиков новых лиц.

На практике реализация этой концепции связана с навязыванием покупки. Продавец стремится во что бы то ни стало заключить сделку, но удовлетворение потребностей покупателя является для него второстепенным. В условиях нормального рынка такая практика может привести торговца к дискредитации и разорению. То, что на отечественном наркорынке концепция сбыта все же продолжает быть эффективной в течение длительного времени, объясняется рядом специфических для нашего общества причин. Во-первых, соотечественники вообще не привыкли к честности продавцов. Во-вторых, многие из покупателей наркотиков ошибочно полагают, что они в состоянии защитить свои интересы, в том числе и силой, забывая о мощи наркомафии. В-третьих, наркоманы, не удовлетворенные покупкой, вскоре забывают об этом, они редко делятся впечатлениями, поскольку не склонны доверять друг другу и лишены возможности без ущерба для себя обратиться за защитой от произвола торговцев в государственные органы и общественные организации. Следует также иметь

в виду, что количество потенциальных покупателей достаточно велико и постоянно растет. Кроме того, со временем усиливается консолидация нелегальных производителей и потребителей наркотиков.

**3. Концепция маркетинга** — относительно новое направление в деятельности наркомафии, которое основывается на определении потребности в наркотиках и потребительских оценках их ассортимента и качества. Концепция маркетинга — это ориентация на покупателей, подкрепленная комплексом мер, нацеленных на обеспечение бесперебойного и безопасного функционирования наркорынка. Поэтому в основу антинаркотической стратегии следует положить концепцию «противодействующего маркетинга», направленную на снижение нелегального спроса на наркотики путем представления их вредным и социально нежелательным товаром.

10 декабря 1997 г. в России принят закон «О наркотических и психотропных веществах», который устанавливает правовые нормы государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ, а также в области противодействия незаконному обороту наркотиков.

Постоянный комитет по контролю наркотиков (ПККН) определяет список веществ, являющихся наркотическими или психотропными, а также крупные и особо крупные размеры количества наркотических средств и психотропных веществ, находящихся в незаконном обороте. На основании решений Комитета издаются списки наркотических и психотропных веществ. Можно заметить, что в списке наркотиков для некоторых из них не указаны минимальные количества. На практике это означает, что в случае их обнаружения в любом количестве виновный будет осужден за хранение или транспортировку наркотических средств в крупных размерах. Это относится, например, к гашишу, опию, эфедрону и т.д.

В статьях закона даны определения наркомании как заболевания, обусловленного зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества. Большим наркоманией может считаться лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим Федеральным законом, поставлен диагноз «наркомания». Незаконным считается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, что запрещено в Российской Федерации.

Незаконные операции с наркотиками (изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка и сбыт) в России преследуются в уголовном порядке. В постановлении Пленума Верховного суда РФ от 27 мая 1998 г. №9 «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами», даны следующие определения незаконных операций:

- **Незаконное изготовление** наркотических средств или психотропных веществ — совершенные в нарушение законодательства Российской Федерации умышленные действия, направленные на получение из наркотикосодержащих растений лекарственных, химических и иных веществ одного или нескольких, готовых к использованию и потреблению наркотических средств или психотропных веществ из числа включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.
- **Незаконная переработка** наркотических средств или психотропных веществ — совершенные в нарушение законодательства Российской Федерации умышленные действия, направленные на рафинирование (очистку от посторонних при-

месей) твердой или жидкой смеси, содержащей одно или несколько наркотических средств или психотропных веществ, либо на повышение в такой смеси (препарате) концентрации наркотического средства или психотропного вещества.

- **Незаконный сбыт** наркотических средств, психотропных, сильнодействующих или ядовитых веществ – любые способы их возмездной или безвозмездной передачи другим лицам (продажу, дарение, обмен, уплату долга, дачу взаймы и т.д.), а также иные способы распространения, например путем введения инъекций наркотических средств или психотропных веществ.

Преступность и наркомания – тесно связанные явления, представляющие собой как незаконные действия с наркотическими средствами, за которые предусмотрена уголовная ответственность, так и преступления корыстного характера, совершаемые с целью добычи средств для покупки наркотиков, а также преступления против личности на почве наркомании.

Число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в среднем по стране ежегодно увеличивается в 2 раза, практически по всей совокупности деяний, предусмотренных ст. 228–233 Уголовного кодекса: хищение наркотиков (ст. 229 УК), незаконное культивирование запрещенных к возделыванию наркосодержащих культур (ст. 231 УК), содержание притонов для потребления наркотических средств (ст. 232 УК), склонение к их потреблению (ст. 230 УК), незаконные действия с наркотиками (ст. 228 УК). Известно, что в незаконном обороте наркотиков участвуют хорошо законспирированные преступные группы. Однако, по данным криминалистов, среди выявленных сбытчиков наркотических средств преобладают одиночки, а не организованные преступные группы. Наркобизнес не встречает должного отпора со стороны правоохранительных органов. Рост регистрируемой преступности не дает представления о всем массиве преступлений, совершаемых в сфере незаконного оборота наркотиков. Подавляющее большинство их остается латентными. В статистике отражается только каждое третье преступление, а из числа деяний, совершаемых с целью сбыта, – только каждое седьмое. Латентность других составов преступлений, предусматривающих ответственность за иные незаконные действия с наркотическими средствами, еще выше (Позднякова М.Е., 2000).

В новом Уголовном кодексе РФ предусмотрены наказания за *незаконное приобретение или хранение без цели сбыта* наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере (лишение свободы до 3 лет), *незаконное приобретение или хранение в целях сбыта*, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ (лишение свободы от 3 до 7 лет с конфискацией имущества или без таковой). Эти же деяния, но совершенные: а) по предварительному сговору с группой лиц; б) неоднократно; в) в крупном размере, – наказываются лишением свободы от 5 до 10 лет с конфискацией имущества или без таковой. То же самое, но совершенное в особо крупном размере или организованной группой, – уголовно наказуемо лишением свободы на срок от 7 до 15 лет с конфискацией имущества. Те служащие, которые нарушают правила работы с наркотиками или психотропными препаратами (медики и т.д.), наказываются штрафом или лишением свободы до 3 лет.

*Лицо, добровольно сдавшее наркотические средства* или психотропные вещества и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ, изобли-

чению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за это преступление.

*Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ* наказывается лишением свободы от 3 до 7 лет, но те же действия, совершенные: а) группой лиц по предварительному сговору; б) неоднократно; в) лицом, использовавшим свое служебное положение; г) с применением насилия, не опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия, — наказываются лишением свободы от 6 до 10 лет с конфискацией имущества или без таковой.

Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, совершенное: а) организованной группой; б) в крупном размере; в) с применением насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия; г) лицом, два или более раза судимым за хищение либо вымогательство, — наказывается лишением свободы от 8 до 15 лет с конфискацией имущества.

*Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ* наказывается ограничением свободы до 3 лет, либо арестом на срок до 6 месяцев, либо лишением свободы от 2 до 5 лет. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, совершенное: а) группой по сговору; б) неоднократно; в) в отношении заведомо несовершеннолетнего либо двух и более лиц; г) с применением насилия или с угрозой его применения — наказывается лишением свободы от 3 до 8 лет. Если склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ по неосторожности повлекло за собой смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия — виновному грозит лишение свободы от 6 до 12 лет.

*Незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества* (посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества) наказывается штрафом в размере от пятисот до семисот минимальных размеров оплаты труда, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 5 до 7 месяцев, или лишением свободы до 2 лет. Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества, совершенные: группой лиц по предварительному сговору; неоднократно; в крупном размере, — наказываются лишением свободы на срок от 3 до 8 лет.

*Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ* наказывается лишением свободы до 4 лет; то же, совершенное организованной группой, — от 3 до 7 лет.

Большинство преступлений, за которые наркоманы попадают в тюрьму, не всегда напрямую связано с наркотиками. Часто это могут быть преступления против собственности: кража, мошенничество, вымогательство, грабеж.

В Уголовном кодексе РФ существует ряд статей, описывающих принудительные меры медицинского характера, применяемые к наркоманам. Например, в случае вынесения приговора об условном осуждении суд вправе обязать осужденного пройти курс лечения от наркомании.

Определены **принудительные меры медицинского характера**, которые может назначить суд: амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (т.е. в виде консультативно-лечебной помощи или в виде диспансерного наблюдения); б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа; в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа (т.е. в за-

крытой больнице, находящейся под охраной); г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением (для особо опасных или невменяемых преступников).

Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам, совершившим преступления и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании. Эти меры назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц. При этом наркоманам принудительное лечение может быть назначено только в случае, если им вынесен обвинительный приговор и назначено наказание.

Если наркоманы осуждены к лишению свободы, то в этом случае амбулаторное лечение производится по месту отбывания наказания. Больные наркоманией, осужденные к лишению свободы, к которым по решению суда должны применяться принудительные меры медицинского характера, отбывают наказание в специальных лечебно-исправительных учреждениях.

Как свидетельствуют специалисты по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, «...обеспечение максимальной прибыльности на рынке наркотиков стало возможным после распада СССР и формирования «свободного пограничного и экономического пространства». Конвертация рубля, свобода размещения финансовых средств расширили возможности для «отмывания» капитала, полученного преступным путем.

Подготовка законодательной базы в РФ, благоприятной для распространения наркотиков, началась еще во времена СССР. Прикрываясь лозунгами о защите прав человека, свободе личности, некоторые правовые акты, по сути, пробивают брешь в законодательстве по борьбе с наркотиками. Так, Указ Верховного Совета РСФСР от 29 июня 1987 г. ввел понятие «небольшие размеры наркотических средств» (суточная доза, необходимая наркоману). В случае приобретения или хранения этого количества наркотика без цели сбыта наркоман подвергался только административно-правовому преследованию по ст. 44 КоАП РСФСР.

Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25 октября 1990 г. существенно ограничивало принудительное лечение наркоманов, а потребление наркотиков приравнивало к неотъемлемому праву человека. 5 декабря 1991 г. был принят Закон, исключающий административно-правовую ответственность за нахождение лица в состоянии наркотического опьянения в общественных и иных местах. Одновременно был отклонен проект Закона о социальной и медицинской реабилитации хронических алкоголиков и наркоманов.

При разработке проекта нового УК РФ в 1994 г. неоднократно предлагалось декриминализировать определение «оборот наркотиков» за исключением сбыта наркотиков. В принятом УК России 1996 г. нарколоббистам удалось изъять из списка обстоятельств, отягчающих ответственность (ст. 63 УК РФ), совершение преступления в состоянии опьянения, включив сложный терминологический аппарат, внесший путаницу в квалификацию наркопреступлений. Во время весенней сессии Госдумы 2000 г. предлагалось дополнение к Федеральному закону «О лицензировании отдельных видов деятельности» с целью объединить в одной лицензии производство наркотических и психотропных препаратов согласно 2-му и 3-му спискам.

Таким образом, к настоящему времени возникло противостояние в вопросах законодательного обеспечения борьбы с незаконным оборотом наркотиков. С одной сто-

роны – группа владельцев фармацевтической промышленности и лоббистов, отстаивающих либерализацию контроля государства над производством наркотиков и уровнем их потребления среди населения, с другой – специалисты и депутаты, относящие контроль за легальным оборотом наркосодержащих средств к прерогативе федеральной власти (п.«М» ст. 71 Конституции)» (Останин В.С., Неверов В.Н., 2002).

В последнее время некоторые средства массовой информации муссируют тему легализации наркотиков. Как свидетельствует Д.Калифано (1997), идея легализации наркотиков, когда-то предложенная комиссаром Э.Бонино, основана на известных мифах, а не на реальных фактах. Исторический опыт показывает, что легализация наркотиков увеличивает число наркоманов и количество преступлений, совершаемых на этой почве. Так, в Голландии легализация наркотиков привела к увеличению потребления марихуаны голландскими подростками в три раза; в Италии, когда в 1975 г. хранение небольших доз наркотиков, включая героин, перестало считаться преступным деянием, число зависимых составило почти 300 тыс. человек.

По мнению российских специалистов (Кошкина Е.А. и др., 2001), в качестве **приоритетных направлений региональной антинаркотической программы** можно предложить следующие:

- Реализация государственной политики в отношении наркотических веществ на местном уровне: контроль за производством и реализацией лекарственных препаратов, незаконным производством наркотических средств, незаконным оборотом наркотиков.
- Координация межведомственных действий (таможни, милиции, органов здравоохранения, народного образования и соц. защиты): обмен информацией, совместное обсуждение проблемы и выработка совместных действий исходя из специфики эпидемиологической ситуации.
- Создание условий для здорового образа жизни в семье, в учебных заведениях, на рабочем месте через деятельность государственных, общественных, коммерческих структур, образовательные программы и службы социальной помощи.
- Организация деятельности средств массовой информации в целях профилактической работы и общественной поддержки мер по контролю за незаконным оборотом наркотиков через публикации в газетах и журналах, радио- и телепередачи. Создание образовательных программ для дифференцированных групп населения.
- Организация деятельности учреждений здравоохранения по оказанию наркологической помощи: работа специалистов общего профиля по выявлению лиц, связанных с группами риска, определение годности пациента к вождению транспортных средств, определение профессиональной пригодности, решение вопросов о принудительной госпитализации в случаях, предусмотренных действующим законодательством; организация деятельности специализированных служб (диагностика, лечение, профилактика наркотизма, экспертиза наркотического и ненаркотического опьянения, сбор и анализ данных, участие в образовательных программах).
- Формирование служб социальной помощи лицам, имеющим проблемы с потреблением ПАВ, и их семьям; включение в деятельность служб занятости вопросов трудовой реабилитации больных наркоманиями и токсикоманиями, а также лиц, злоупотребляющих ПАВ; создание специальных юридических консультаций по проблемам наркотизма; организация телефонов доверия

и пунктов экстренной психологической помощи; создание общественных реабилитационных организаций — групп само- и взаимопомощи.

- Организация деятельности учреждений народного образования, внедрение обучающих программ для учащихся, их родителей и педагогов.
- Организация деятельности правоохранительных органов (милиции, служащих тюрем, таможенных работников, работников правовой системы) для контроля за незаконным оборотом наркотиков, сбора и анализа данных о наличии нелегальных наркотических веществ и способах торговли наркотиками, участия в обучающих программах.

Необходимо отметить, что все ведомства, заинтересованные в решении проблем профилактики наркомании, ощущают потребность в конкретных законодательных актах, четко регламентирующих такую деятельность. В современной законодательной базе правовое поле профилактики не разработано и законодательное обеспечение государственной системы первичной профилактики практически отсутствует.

На пути решения поставленных задач профилактики стоит ряд серьезных препятствий:

1. Ст. 137 УК РФ (нарушение неприкосновенности частной жизни) запрещает сбор и распространение сведений, составляющих личную и семейную тайну. Опыт показывает, что ни учащиеся, особенно пробовавшие наркотики, ни большинство их родителей не дают добровольно согласия на проведение активной превентивной или профилактической работы, направленной на выявление потребителей наркотиков.

2. Ст. 44 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1997 г.) и ст. 8 Федерального закона «Об основах системы профилактики правонарушений несовершеннолетних» (1999 г.) разрешают медицинское освидетельствование потребителей наркотических средств только по постановлению органов прокуратуры, дознания, следователя или судьи. Таким образом, при существующей системе взаимосвязи органов образования с упомянутыми правоохранительными структурами добиться оперативного направления на освидетельствование несовершеннолетнего достаточно сложно.

3. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1997 г.) запрещает потребление наркотических средств или наркотических веществ без назначения врача, но не определяет меру ответственности за нарушение закона. Отсутствие хотя бы административной ответственности для потребителя наркотиков создает целый ряд препятствий при решении задач первичной, а также вторичной профилактики наркозависимости.

4. Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992 г.) не регламентирует проведение активной первичной психопрофилактической работы вне лечебно-профилактических учреждений и не разрешает психиатрическое освидетельствование детей до 15 лет в рамках психопрофилактических задач без согласия родителей, опекунов или законных представителей.

Конструктивная позиция состоит в том, что для обеспечения активной профилактической работы необходимо совершенствовать законодательство для вмешательства на всех уровнях «наркотической пирамиды». Должны быть введены меры административной ответственности за употребление наркотиков, обеспечена возможность оперативного обследования лиц, подозреваемых в употреблении наркотических средств, определено правовое поле для реализации мер первичной профилактики (Дмитриева Т.Б. и др., 2000).

Профилактика проблем, связанных с распространением злоупотребления алкоголем и алкоголизма, не является слепым перенесением предыдущей модели в силу ряда особенностей, выделенных Г.Г.Заиграевым (1997, 2002):

- массовое потребление алкоголя по содержанию выполняемых им функций и по характеру последствий – явление глубоко противоречивое и требующее *гибкой алкогольной политики* с разносторонними по содержанию мероприятиями;
- нереальность в обозримой перспективе полного вытеснения алкоголя из жизни основной массы населения требует *политики умеренности и воздержания* в потреблении алкоголя как основополагающего принципа в разработке программы;
- в алкогольной политике недопустим подход к пьянству (злоупотреблению алкоголем) как *изолированному явлению вне его связи со многими другими социальными проблемами*;
- при осуществлении алкогольной политики предпочтение должно отдаваться в первую очередь *мерам профилактического, культурного, воспитательного и образовательного характера*, мерам по разумному ограничению потребления алкоголя;
- стимулирование участия общественных организаций и объединений и фондов в профилактике алкоголизма, так как *алкогольная политика государства должна поддерживаться широкими слоями населения* сознательно и активно;
- успех практической реализации алкогольной политики обеспечивается *созданием в стране системы координации* антиалкогольных усилий.

Профилактика и минимизация негативных медико-социальных последствий потребления алкоголя, если рассматривать их на популяционном уровне, являются настолько сложной и многоаспектной проблемой, что для разработки эффективной государственной политики требуется целый комплекс данных, достоверно характеризующих алкогольную ситуацию.

Однако, по мнению В.Е.Пелипаса и Л.Д.Мирошниченко (1997), существующая система статистики не отвечает основным критериям, предъявляемым к информации об алкогольной ситуации. С целью объективизации и рационального использования авторы предлагают разделить эту информацию на следующие содержательные группы:

1. **Предложение алкоголя:** объемы производства, продажи, цены, в том числе в сопоставлении с доходами населения.
2. **Потребление алкоголя** и его дифференцированные характеристики: число потребляющих и воздерживающихся; структура потребления по видам напитков и структура контингента лиц, потребляющих алкоголь, в соответствии с частотой и объемом потребления, социально-демографическим составом.
3. **Негативные медико-социальные и экономические последствия** злоупотребления алкоголем.
4. **Экономическая оценка состояния сферы производства и оборота** алкоголя, в том числе с учетом получаемой прибыли от алкогольной отрасли.

Для нормального функционирования системы мониторинга алкогольной ситуации, по мнению ее авторов, недостаточно силового воздействия по схеме: «*государственная алкогольная политика – производство алкоголя – потребление*». Необходимо еще и действенная обратная связь: «*предложения алкоголя – последствия потребления и злоупотребления – экономика – алкогольная политика*».

Данная система вызывает многочисленные дискуссии и разногласия в вопросе о возможности реального получения истинных цифр по перечисленным показателям. Помимо этого указывается на «неясность объема статистических сведений, по которым должен производиться расчет показателей». Предлагается ввести следующие показатели, отражающие уровень потребления алкоголя и его динамику (Гофман А.Г., 1998):

- уровень общей смертности населения;
- соотношение умерших в состоянии алкогольного опьянения и в трезвом состоянии;
- количество умерших в результате отравления алкоголем и его суррогатами;
- число больных алкогольными психозами, госпитализированных в течение года;
- соотношение числа алкогольных делириев и острых алкогольных галлюцинозов у мужчин.

Следует согласиться с тем, что отсутствие информации или неполная информация может быть источником серьезных просчетов и ошибок, поэтому идет закономерный процесс методологического поиска.

Результаты исследований, статистические данные по алкоголизму показали, что на деструктивные последствия злоупотребления алкоголем в большой мере влияют два фактора:

1. *Уровень среднего потребления 100% (чистого) алкоголя.* Согласно «закону квадрата», «процент злоупотребляющих алкоголем увеличивается пропорционально квадрату среднего потребления алкоголя в пересчете на одного жителя популяции, к которой он принадлежит» (Ledermann S., 1956).

2. *Модель потребления алкоголя.* Модель распространения в популяции негативных последствий приема алкоголя зависит от уровня его потребления и связана с доступностью спиртных напитков:

К настоящему времени эта простая формула стала основой алкогольной политики многих государств. Негативный компонент этой формулы состоит в том, что в ней отсутствует такой важный элемент, как потребность в алкоголе, в свою очередь, зависящая от комплекса негативных явлений макро-, микросоциального и персонального уровней, которые подталкивают к выпивке и реализуются по мере доступности спиртных напитков (Немцов А.В., 1998).

В связи с перечисленными выше особенностями алкогольной ситуации в России приоритетными направлениями алкогольной политики являются:

1. **Административно-правовое** – стабилизация алкогольного рынка с учетом экономических интересов производства, сокращение нелегального производства и учет спроса населения; регулирование доступности алкоголя; запрет рекламы крепких алкогольных напитков; изменение структуры производства алкогольных напитков с учетом снижения доли крепких алкогольных напитков, увеличения доли виноградных вин и пива; разработка административно-правовых мер за употребление алкоголя в ситуациях повышенного риска, связанных с угрозой жизни окружающих людей; разработка нормативно-правовой базы.

2. **Превентивное** – изучение маркеров алкоголизма, разработка скрининговых методов выявления алкоголизма и злоупотребления алкоголем; разработка системы многоуровневой полиспециализированной профилактики алкоголизма и злоупотребления алкоголем с участием внесударственных и общественных организаций, с созданием реабилитационных центров.

3. **Социально-психологическое** – разработка программ по изменению алкогольных традиций и обычаев; профилактика алкоголизма среди молодежи; разработка про-

грамм первого уровня, направленных на профилактику алкоголизма среди всех групп населения.

4. **Научно-педагогическое** – подготовка профессиональных кадров по проблемам зависимости и профилактики, включая обучение пациентов, страдающих алкоголизмом, находящихся в ремиссии (подготовка консультантов); проведение исследований по проблемам алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем.

В качестве основных принципов государственной алкогольной политики должны быть провозглашены:

- приоритетность социальных задач;
- комплексность решения задач на основе сочетания мер экономического, социального, правового, воспитательного и организационного характера;
- поощрение негосударственных инициатив в области антиалкогольной деятельности;
- ограничение занятия определенными видами профессиональной деятельности для больных алкоголизмом;
- защита граждан, семьи и иных субъектов от противоправных действий лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Основным принципом антиалкогольной политики должно являться признание права каждого на определение своего отношения к потреблению алкоголя, а ее главными направлениями должны быть:

- стабилизация и последующее сокращение уровня душевого потребления алкоголя;
- изменение структуры потребления алкоголя в сторону слабоградусных напитков, натуральных вин, пива, повышение стандартов качества алкогольных изделий;
- пропаганда здорового образа жизни в целях формирования антиалкогольного общественного мнения;
- обеспечение защиты интересов личности, семьи, общества и государства от проявлений пьянства и алкоголизма;
- признание антиалкогольной политики первоочередной задачей национальной безопасности России.

По мнению Г.Г.Зайграева (2001), ослаблению остроты сложившейся в России крайне неблагоприятной алкогольной обстановки отвечала бы разработка и претворение в жизнь Федерального закона, в котором были бы законодательно отражены принципиально новые, научно обоснованные подходы к решению проблемы алкоголизма, четко определены цели и содержание государственной алкогольной политики, пути и средства реализации этих целей.

**Государственную поддержку семьи составляют следующие направления:**

1. **Аксиологическое** – воспитание в обществе отношения к семье как одной из самых главных ценностей государства, укрепление экономического и социального состояния семьи; создание условий для рождения и воспитания детей, введение нормативов и льгот семьям, разработка концепции отдыха и досуга семьи.

2. **Профилактическое** – оказание медицинской, социально-психологической и юридической помощи семье, укрепление здоровья матерей, профилактика инфекций, передающихся половым путем; создание системы помощи семьям с медицинскими проблемами, семьям с низким социальным уровнем и бедным семьям.

3. **Воспитательное** – разработка концепции усыновления и опеки, профилактика безнадзорности и беспризорности детей, профилактика насилия и агрессии в семье.

4. *Научное* — проведение исследования и мониторинга по состоянию семей, разработка новых методов оказания помощи семьям.

В проекте Федерального закона «О социальных основах государственной алкогольной политики Российской Федерации» выдвинуты следующие цели государственной алкогольной политики:

- защита физического и психического здоровья граждан от вредного влияния потребления алкоголя и постепенное снижение уровня потребления алкоголя;
- последовательное изменение структуры потребления алкоголя в сторону увеличения в ней доли пива, натуральных виноградных и других слабоалкогольных напитков и т.п.;
- формирование здорового, трезвого образа жизни, а также цивилизованного отношения к употреблению алкогольных напитков.

При этом в проекте закона четко сказано, что достижение социальных целей является более приоритетным, чем узкоэкономические аспекты обеспечения поступления в федеральный бюджет в виде налогов и иных сборов с производства и оборота этилового спирта и обеспечения доходности экономической деятельности в сфере реализации алкогольной продукции.

В проекте закона указана приоритетность мер профилактического, культурно-воспитательного характера. Предусматривается введение чрезвычайной ситуации, вызванной алкоголизацией, в районах, где алкоголизация вызывает угрозу безопасности проживающего населения, подрыва социальной основы его жизни и деятельности.

В то же время слабым местом данного проекта закона остается финансовое обеспечение алкогольной политики. Авторы проекта почему-то предлагают финансовое обеспечение государственной алкогольной политики «за счет пожертвований и добровольных взносов» как основного источника финансирования.

Существенную роль в сохранении здоровья призвана сыграть *система контроля над алкоголем*, что означает вмешательство государственных органов власти в производство, реализацию и покупку алкогольных напитков, то есть реализацию *политики контроля над алкоголем*. Известно, что любая мера может быть эффективной *только как часть всеобщей политики*. Поэтому участие представителей общественного здравоохранения в деятельности государственных, межведомственных учреждений всегда будет способствовать эффективному использованию мер контроля над алкоголем для укрепления здоровья.

В настоящих условиях развития алкогольной индустрии, которой занимаются крупнейшие многонациональные кампании, питейные привычки нередко пропагандируются через СМИ и расширяются в связи с развитием туризма.

С другой стороны, медицинское просвещение даже через СМИ оказывает небольшое прямое воздействие на уменьшение потребления алкоголя населением, но может иметь значение в формировании поддержки профилактической политики населением.

Инвестиции в лечение не спасают от новых жертв, но доверие людей к проводимой политике во многом зависит от отношения к людям с «алкогольными» проблемами.

В июле 2003 г. начальник главного управления ГИБДД МВД РФ В.Кирьянов на специальной пресс-конференции сообщил, что Россия вводит практику разрешения употребления алкоголя за рулем, выполняя обязательства по международным конвенциям. Вместе с тем В.Кирьянов отметил, что употребление алкоголя за рулем — ведущая причина аварийности на российских дорогах. Так, за 5 месяцев 2003 г. на территории страны зарегистрировано свыше 60 тыс. ДТП, в которых погибли

9,6 тыс. человек и получили ранения 71,4 тыс. При этом число ДТП и пострадавших в них людей по сравнению с аналогичным периодом прошлого года выросло на 6,5%. Минздрав РФ приказом «О медицинском освидетельствовании на состояние алкогольного опьянения» (№308 от 14.07.2003 г.) регламентировал порядок и документацию. Новым является то, что в случаях лабораторного исследования крови методами аналитической диагностики заключение о наличии алкогольного опьянения выносится при концентрации алкоголя в крови 0,5 и более промилле.

Для сравнения, эта норма в Бельгии и Германии составляет 0,5 промилле, во Франции 0,8. По мнению экспертов, 0,2 промилле алкоголя в крови могут дать один стакан красного вина, две бутылки пива по 0,33 л, выпитые мужчиной средних лет и среднего веса на голодный желудок.

Насколько Россия готова интегрироваться в мировые стандарты по «алкогольным измерениям» — покажет практика.

Подводя итог главы, посвященной проблемам формирования политики сдерживания социальных недугов, следует сказать, что в профилактике не существует второстепенных дел, так как и те, кто работает в профилактике, и те, кто принимает помощь, могут поменяться местами в силу различных обстоятельств. «Никогда не спрашивай, по ком звонит колокол...», — сказал Э.Хемингуэй.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как видно из исследований, проведенных в различных странах и направленных на изучение влияния этнокультуральных факторов на алкоголизацию, существует целый ряд закономерностей, которые необходимо учитывать при построении системы первичной профилактики. Этнические факторы являются, несомненно, важными в определении мировоззрения, ценностей и поведения индивидуумов. Однако характер алкоголизации одного этноса меняется не только в пределах разных стран, но даже в пределах одной страны. Помимо этого немалое значение имеют религиозные взгляды в конкретном регионе (как, например, в странах Азии, Ближнего и Дальнего Востока).

Принятые законодательные акты в антинаркотической и антиалкогольной политике опираются, прежде всего, на существующие международные соглашения и конвенции, а также реализуются на мировом, государственном и общественном уровнях.

В направлениях антинаркотической политики приоритетными являются: решительная и жесткая борьба с незаконным распространением наркотиков, с их нелегальным оборотом и гуманизация отношения к лицам, страдающим наркоманиями.

В отношении антиалкогольной политики государства, с одной стороны, опираются на тот принцип, что алкоголь является частью культуры и не может быть полностью ликвидирован из экономики. Но, с другой стороны, повышение потребления чистого алкоголя на душу взрослого населения свыше 6 л рассматривается как угроза генофонду нации и безопасности здоровья последующих поколений.

Основным принципом антиалкогольной политики должно являться обозначение социальных приоритетов, организация развернутой системы антиалкогольного воспитания, обеспечение охраны здоровья граждан от злоупотребления алкоголем и социальная реабилитация зависимых, создание правовой, финансовой и научно-информационной базы этой политики.

# СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Алкогольная и наркотическая ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Сложившаяся в стране субпопуляция людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, опережает по темпам роста популяцию формально здоровых. Так, за последнее десятилетие заболеваемость алкогольными психозами увеличилась в РФ в 6,3 раза, а число больных наркоманиями и токсикоманиями увеличилось в 5,8 раза. Достигнут беспрецедентно высокий уровень потребления чистого алкоголя на душу населения в год—14–15 л, тогда как генетически опасным для нации ВОЗ признает потребление алкоголя в количестве 8 л. Это обстоятельство усугубляется спецификой структуры и форм его потребления населением: преимущественно крепкие спиртные напитки и предпочтение «ударным дозам», низкое качество вина и водки, значительный объем фальсифицированной алкогольной продукции, а также недостаточным питанием, сопровождающим потребление алкоголя (Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф., 2002).

Особенно настораживают данные, касающиеся аддиктивного поведения молодежи: из 100 подростков в возрасте до 12 лет интенсивно употребляют алкоголь 24 мальчика и 19,6 девочек, а возраст первого приобщения к алкоголю составляет 5–6 лет (Скворцова Е.С., 2003). За три года потребление наркотиков молодежью выросло в 4,5 раза, токсикантов — в 14 раз (Саночки И.В., 2000).

**Объемы и распространенность алкоголизации и наркотизации, тяжесть и масштабы последствий и осложнений делают наркологическую ситуацию существенной угрозой общественному здоровью и национальной безопасности России.** В утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 17 декабря 1997 года №1300 Концепции национальной безопасности Российской Федерации в разделе «Угрозы национальной безопасности Российской Федерации» записано: «Вызывает тревогу угроза физическому здоровью нации. Ее истоки лежат практически во всех сферах жизни и деятельности государства и наиболее явно проявляются в кризисном состоянии систем здравоохранения и социальной защиты населения, стремительном возрастании потребления алкоголя и наркотических веществ».

Происходивший в России в последнее десятилетие процесс расслоения общества и массового обеднения многих социальных групп составил основу кризиса социальной сферы страны, который может быть обозначен термином «аномия» (Пелипас В.Е. и др., 2000).

**Аномия** (от французского *anomie* — отсутствие закона, порядка) — социально-психологическое понятие, обозначающее нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей, обусловлено кризисом общества, противоречиями между провозглашаемыми целями и невозможностью их реализации для большинства людей

в стране, выражается в изоляции человека от общества и разочарованностью в жизни. Проявления аномии особенно заметны в трех сферах: межличностных отношений, культурной и социальной.

**В межличностной сфере**, с одной стороны, усиливаются взаимное недоверие, враждебность, соперничество, агрессивность и насилие, с другой – заметны реакции изоляции и филиационные реакции (*filiatian reaction*) – появление различных субкультур.

**В культурной сфере** происходит крушение доминировавших культурных ценностей, изменение правил и принципов интерпретации событий, появление конфликтных систем ценностей, состояния идентификационной пустоты при отсутствии каких-либо альтернатив.

**В социальной сфере** отмечаются сильнейшая дезинтеграция и поляризация общества: кризис доверия к существующим институтам власти и авторитетам с одновременным поиском новых общественных лидеров.

Объектом наркологической превентологии прежде всего становятся социальные факторы и условия в развитии алкоголизма и наркомании, играющие ведущую роль преимущественно на донологических этапах употребления и злоупотребления. На максимальном уровне обобщения в социогенезе алкоголизма и наркомании можно выделить четыре уровня причинных комплексов: 1) **макросоциальный**, включающий особенности социально-экономического положения в стране и социальной политики государства; 2) **месосоциальный**, включающий особенности профессиональной деятельности и психологический климат трудового или учебного коллектива, неформальной молодежной группы; 3) **миллisoциальный**, включающий особенности обычаев, традиций и стиля жизни семьи как особого по значимости института социализации личности; 4) **микросоциальный или личностный**, включающий особенности преимущественно нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер личности.

Учитывая невысокий процент больных алкоголизмом (15–30%) и наркоманиями (5–6%), имеющих терапевтическую ремиссию более одного года, важное значение приобретает разработка и внедрение стратегий наркологической превентологии.

**Наркологическая превентология** – это отрасль превентологии и наркологии, аккумулирующая на междисциплинарной основе системные подходы к предупреждению зависимости от ПАВ.

Междисциплинарность наркологической превентологии обеспечена привлечением к изучению и формированию человеческой личности, предупреждению аддиктивного поведения всего общества и каждой семьи, педагогов и психологов, медиков и социальных работников, юристов и экономистов и т.д.

Современные масштабы распространенности алкоголизма и наркомании позволяют отнести их к **болезням цивилизации**, что задает максимально высокий уровень обобщения в подходах к выделению стратегий развития наркологической превентологии. Стратегии опираются на комплексы нерешенных проблем и нереализованных ресурсов, они корреспондируются с направлениями развития психиатрии, более того, являются «зонами роста» для всей социальной профилактики. Исходя из этого представляется возможным описание следующих стратегий наркологической превентологии:

**1. Программная стратегия** заключается в изменении подхода к решению проблемы зависимости от ведомственно-административного на программный. Преимущество программного метода заключается в конкретном определении круга проблем,

в возможности целенаправленного воздействия на группы риска, в соблюдении принципа последовательности и преемственности при работе специалистов различного профиля. Кроме этого, программный подход обеспечивает определение реальной суммы финансирования и ожидаемый результат. Воздействия, осуществляемые в рамках программной стратегии, направлены на социальный контекст и включают в себя различные региональные и правительственные программы, касающиеся изменения условий жизни народа и заботы об увеличении потенциала здоровья.

Этот принцип давно эксплуатируем на декларативном уровне, но до сих пор не реализован в реальной структуре и практике превенции. И сегодня вполне в советском стиле финансируются инерционные структуры и рутинные процессы, а не результаты и достижения. Целевой подход реализован во многих странах, когда финансируется не диспансер или служба, а конкретная программа, пролонгирование которой зависит от этапного результата. Данная стратегия универсальна и минимально зависит от специфики социального недуга.

Программы можно разделить на основе групп, осуществляющих профилактику на: программы, активизирующие местное население, многоуровневые программы и программы раннего вмешательства.

Преимущество *программ, основанных на повышении активности местного населения*, в том, что местной общественности легче оценить проблему, касающуюся своего района, — эпидемиологические особенности распространения наркомании, алкоголизма, преступности, связанной с распространением и потреблением наркотиков. В целом, доказано, что программы по повышению активности местного самоуправления воздействуют не только на определенную группу, а на нечто более важное — взаимоотношения, ценности, культуральные, экологические, структурные факторы. Создание программ по активизации местного населения требует взаимодействия специалистов нескольких сфер: социальной медицины и организации здравоохранения, социальной работы, инновационного моделирования и социального маркетинга.

*Программы многоуровневой профилактики* обычно направлены на элиминацию факторов, угрожающих здоровью, и на усиление факторов, способствующих здоровью. Как правило, подобные программы охватывают широкие слои общества. Эти профилактические программы соответствуют широко понимаемому определению понятия «здоровье», принятому ВОЗ, поэтому первичная профилактика направлена, прежде всего, не на предупреждение болезней, а на поддержание, развитие и использование физического, умственного, эмоционального и духовного потенциала человека. Процедура создания этих программ требует знания потребностей развития человека, т.е. должна соответствовать закономерностям возраста, пола, социальной роли, культурального контекста, традиций, а также опираться на точный экономический расчет и возможность проверки эффективности.

Модель многоуровневых профилактических программ опирается на профилактику, которая помогает молодому человеку в процессе развития и взросления уберечься от социальной патологии и получить возможность стать полноценным членом общества. Достижение этих целей возможно только в том случае, если профилактические программы тщательно запланированы и разработаны, благодаря чему достигается их эффективность.

Само конструирование профилактической программы является трудоемким процессом, требующим высокого уровня знаний и опыта, ориентирования в проблемах населения того района, где будет реализована программа.

*Раннее вмешательство* предназначено для выявления лиц или групп риска, а также помощь этим группам в снижении риска проявления патологии.

К лицам группы риска аддиктивного поведения относятся, прежде всего, те индивиды, которые не достигли состояния полной психической и социальной зрелости, в чьей жизни имеют место:

- прогулы школьных занятий или оставление школы без получения образования;
- добрачная беременность;
- жизнь в неудовлетворительных экономических условиях;
- воспитание в семье алкоголиков или наркоманов;
- наличие психической травмы в результате каких-либо форм насилия – физического, психического, сексуального;
- проблемы в сфере психического здоровья;
- дилеммы, связанные с поиском смысла жизни;
- попытки совершить суицид;
- поддержание контактов с лицами с асоциальным поведением.

Необходимо дополнить, что в рамках программ раннего вмешательства должны быть учтены воздействия на значимых для индивидов из групп риска лиц.

Это будут воздействия, направленные на:

- лиц, которые занимаются воспитанием (например, родители, опекуны). Им следует помочь в расширении сферы знаний и навыков, необходимых для эффективного выполнения своих социальных ролей;
- работников различных образовательных и воспитательных учреждений (учителя, медсестры, социальные работники), которые по роду своей деятельности оценивают правильность психического, социального и физического развития подростков, а также помогают детям конструктивно решать проблемы взаимоотношений с окружением;
- лиц, занимающихся разработкой и утверждением новых законодательных и нормативных актов на уровне местной и государственной администрации, для осознания ими значимости профилактических программ;
- лиц, отвечающих за взаимодействие различных организаций (школ, больниц, общественных организаций), для помощи руководителям этих организаций в разработке приемлемых и эффективных форм взаимодействия.

Деятельность в форме раннего вмешательства является формой профессионального ответа на конкретные проблемы, которые переживают отдельные лица или социальные группы. В связи с этим каждая эффективная программа подобного типа является по своей сути неповторимой, так как должна быть максимально приближена к конкретным проблемам. Как показывает практика, слепое перенесение программ, удачных для данной конкретной популяции, ситуации или проблемы, на другую популяцию, без учета ситуации, не приносит результатов и, кроме того, может вызвать прямо противоположный эффект.

**2. Экстранозологическая стратегия** – это «специфическое методологическое требование» к наркологической превентологии, предмет которой, в частности аддиктивное поведение, отличается полиэтиологичностью и междисциплинарностью, динамичностью и изменчивостью, нестойкостью и обратимостью. Причины и последствия зависимости затрагивают различные сферы жизни и одновременно отличаются однообразием этиопатогенетических факторов и условий развития. Экстранозологический подход обеспечивает наиболее адекватную профилактику и кор-

рекцию зависимости различными специалистами — врачами и психологами, социальными работниками и педагогами и др.

Реализация этого подхода отражает концептуальность конструкции наркологической превентологии — *объект* (социально-гигиенический блок), *субъект* (человек, на которого направлена профилактика), *среда* (социально-психологический фон). Эти три компонента отражают цели наркологической превентологии. По своему значению наркологическая превентология является прикладной наукой и формируется по принципу полиспециализированной группы, возглавляемой референтным специалистом, профессионалом в области превенции, организации социальной программы и социального менеджмента.

**3. Гуманистическая стратегия** предусматривает актуализацию личности как стремление к согласованию *Я-идеального* и *Я-реального* главным образом через внутренние механизмы управления. Карл Юнг считал, что личность — «это смысл того, что пребывает только в целом». В области производства и реализации спиртного Россия имеет сегодня уникальную по степени агрессивности модель пренебрежения правами потребителя, когда нелегально-криминальные и легально-коррупцированные производители действуют исходя только из собственных экономических интересов, откровенно злоупотребляя любыми факторами. Актуальной остается задача развития самосохранительных стратегий поведения.

Это направление открывает широкие перспективы к участию не только светских, но и *религиозных институтов в профилактике зависимости*. Профилактика зависимости сегодня широко разработана церковью. Мощные религиозные антинаркотические и антиалкогольные движения объединяют не только молодежь, подростков, но и семьи. Формы работы самые разнообразные: от небольших групп при местном храме (костеле) до больших фестивалей песни и организации отдыха. Большой опыт в антиалкогольной и антинаркотической профилактике имеет практически каждая мировая религия — христианство, ислам, буддизм, иудаизм. Эти формы работы наиболее органичны для каждого народа, так как учитывают не только духовные аспекты, но и гармоничны для данного этноса. Именно гуманистическая стратегия в сочетании со всеми измерениями личности — психическим, духовным, биологическим — является мощным потенциалом для развития профилактической наркологии.

Воспитание социального типа личности, имеющего нравственный иммунитет, невосприимчивость к различным формам отклоняющегося поведения, является стратегической задачей формирования общественного здоровья и обеспечения национальной безопасности.

**4. Воспитательно-просветительная стратегия** — это первичная профилактика, направленная на воспитание трезвости. Трезвое отношение к жизни — это только средство для достижения цели, которой является самоактуализация личности.

В этой стратегии выделяются два главных подхода воздействия: 1) *на умения и навыки людей* и 2) *на организацию и реорганизацию окружения*, так, чтобы оно способствовало развитию личности и не содержало источник стресса. Второй принцип воздействия предусматривает также и изменение традиций и обычаев.

Просветительная стратегия может быть осуществлена несколькими способами. Один из наиболее известных — просвещение по вопросам психического здоровья, целью которого является помощь в получении знаний о факторах, обуславливающих и формирующих здоровый образ жизни. Понятие образа жизни дает возможность преодолеть двойственность подходов к общественному и психическому здоровью,

следовательно, стратегически изменить подход к лечению и профилактике болезней цивилизации.

Через популяризацию знаний о здоровье с использованием всех средств массовой информации мы стремимся к укреплению психической устойчивости и хорошего самочувствия людей. Проблема заключается в том, что нам мало известны механизмы функционирования этих просветительских программ и факторы, обеспечивающие их эффективность.

Второй способ — это непосредственная тренировка умений и навыков, например, в области общения, решения трудных проблем, тренинга социальных умений. Одним из видов работы в этой области являются группы общественной поддержки: профессиональные и парапрофессиональные. В каждом случае для их работы требуется сотрудничество множества социальных групп, направленное на минимализацию угрозы социальной патологии. Это воздействие на климат семьи и школы, места работы и микрорайона, которое можно назвать воздействием на общественные институты.

Воспитательно-просветительная стратегия содержит несколько главных принципов: воспитание превалирует над перевоспитанием, рефлексия над жизненными целями, обучение умению эффективного принятия решений, обучение оценке различных форм рискованного поведения, обучение технике и поведению, адекватным ситуации. Принципиальное значение имеет влияние семьи на воспитание здорового образа жизни взрослых и детей. Доказано, что здоровые семейные взаимоотношения являются непременным условием успешности в работе. Дети являются не менее успешными воспитателями своих родителей. Это подтверждается многими примерами: в присутствии детей взрослые уделяют большее внимание своему лексикону и стараются личным примером показать то, что сами проповедают. Карл Юнг в докладе «О воспитании» (Париж, 1930 г.) сказал: «Никто не может воспитать личность в другом, не являясь сам личностью, ибо нельзя от других требовать того, чем не являешься сам».

Таким образом, воспитание здорового образа жизни — более широкое понятие, чем соблюдение каких-то гигиенических или педагогических правил. Прежде всего, здоровый образ жизни — это создание условий для наиболее полного раскрытия человеческого потенциала, становления все более человеком. Это воспитание поведения, направленного на удовлетворение потребностей человека — физиологических, в безопасности, принадлежности к группе, уважении и самоуважении, любви, самоактуализации и др. При таком понимании воспитания не существует места не только зависимостям, но и любой социальной патологии.

Особенность современного антинаркотического и антиалкогольного воспитания состоит в *инновационных методах обучения*, которые заставили педагогическую теорию отказаться от абсолютного образовательного идеала (всесторонне развитой личности) и перейти к новому идеалу — максимальному развитию способностей человека к саморегуляции и самообразованию. Этот подход предполагает: фундаментальность и целостность, сущностность и акмеологичность, использование информационных технологий и разработку открытых систем интенсивного обучения, применение модульного обучения и системность.

Важное значение в распространении здорового образа жизни отводится средствам массовой информации и рекламе. К сожалению, сегодня реклама зачастую выполняет обратную функцию — воспитание нездорового и деструктивного образа жизни.

Эффект рекламы заключается не в мгновенном воздействии на потребление, а в том, что она является мощным способом формирования взглядов на алкоголь в общественной жизни, ассоциируя алкоголь с приятными моментами жизни и оставляя вне поля зрения его вредное влияние.

Инновационные направления наркологической превентологии определяются запросами общества, экономическими и финансовыми возможностями страны, теоретико-методологическим уровнем проблем превенции, разработанностью программ проведения инновационных изысканий, опытом внедрения подобных технологий в стране и наличием научных кадров, способных осуществить такие работы.

Информационно-аналитическое сопровождение наркологической превентологии призвано обеспечить интеллектуальную основу профилактики.

В настоящее время в России наблюдаются проблемы с обеспечением необходимой информацией по различным аспектам превенции, в том числе и фундаментальных исследований по наркологии. Помимо этого, общение в глобальной сети Интернет сегодня является наиболее удобным, эффективным и относительно выгодным способом обмена и получения информации. Интернет широко используется не только в учреждениях, но и в обычной жизни людей, так как специалисты не всегда бывают легкодоступны по различным причинам: расстояние, транспорт, занятость. Кроме того, не все люди могут достаточно просто общаться со специалистами, испытывая проблемы в общении – стеснительность, нежелание «отрывать специалиста пустячными проблемами» и т.д. Интернет достаточно эффективно может устранить проблемы дефицита информации, особенно в такой области, как превенция.

На сегодня не существует единого сервера наркологической превентологии в России и странах СНГ, как, например, в США (сервер Института по проблемам зависимости) или сервер в Канаде – Института по исследованию зависимостей.

Необходимость развития информационных сетей в превентологии и наркологии отмечают многие специалисты. В связи с этим необходимо уделить пристальное внимание некоторым организационным вопросам оформления и разворачивания в сети Интернет «антинаркотических» страниц или сайтов. Подача специальной информации в электронной форме должна отвечать следующим требованиям: 1) информация должна представлять интерес для широких кругов абонентов сети Интернет; 2) необходимо представлять научную информацию для людей, так или иначе заинтересованных в проблеме, но не профессионалов: потребителей наркотиков, их близких и т.д.; 3) сайт должен представлять практический интерес для специалистов разных ведомств, работающих с потребителями психоактивных веществ: педагогов и психологов, работников правоохранительных органов и социальных работников, врачей и гигиенистов.

**5. Прогностическая стратегия** необходима для составления прогноза надежности и эффективности воздействия, с наиболее четким акцентированием внимания на возможных вариантах осуществления конкретной превентивной программы. Уровень латентности всех социальных недугов очень высок, поэтому программный подход невозможен без повышения объективности и корректности наркологической статистики. Масштабы распространенности алкоголизма и наркомании имеют сегодня эндемические характеристики и представляют реальную угрозу для общественного здоровья и национальной безопасности. Практический прогноз может быть основан на различных переменных, но очень важной методологической задачей является количественное определение доли наркологической составляющей в уровне деградации психического и общественного здоровья нации.

В качестве входных параметров превентивной программы можно использовать, во-первых, уровень профилактики, вид информации и оценку объектов воздействия, во-вторых – соотношение между затраченными на реализацию программы усилиями и полученными результатами, в-третьих – анализ соответствия программы по содержанию и форме, уровню социальной среды.

Прогностическая стратегия должна опираться на четкие скрининговые, биохимические, психофизиологические и социальные показатели возможности развития зависимости.

**6. Экологическая стратегия** должна предусматривать социально-психологические аспекты профилактики зависимости на предприятиях химической ориентации, в том числе при производстве или технологическом использовании спиртов и спиртосодержащих продуктов. Появление этой стратегии вызвано, прежде всего, возникновением очагов скопления факторов биогеохимического поражения биологических структур в замкнутых производственных циклах и изменением удельного веса различных путей поступления чужеродных веществ в организм. Ранее алкоголь поступал в основном через желудочно-кишечный тракт. В этом случае печень обеспечивала заслон токсинам. Теперь, когда в атмосферный воздух выбрасываются миллионы тонн химических веществ, более половины соединений поступает через легкие, у которых нет заслона.

Длительное нахождение в атмосфере действия комплекса экологических вредностей приводит к изменению реактивности организма, а алкогольная интоксикация на данном фоне может иметь видоизмененные эффекты. Врачи общей практики не всегда знакомы с проявлениями данных заболеваний, что порой может быть расценено как проявление идиопатической патологии. Наиболее сложной является разработка критериев формирования группы риска, что связано с неодинаковой значимостью и разнообразием факторов риска. Экологическая стратегия даст возможность учитывать проявления наркологической патологии в условиях действия неблагоприятных факторов.

Особым приоритетом экологической стратегии должен быть контроль за рынком алкогольной продукции. Выполняя постановление главного государственного санитарного врача России №2 от 20.04.2000 г. «Об усилении Госсанэпиднадзора за алкогольной продукцией», Центры ГСЭН зафиксировали в 60% территорий Российской Федерации партии спиртного, попадающие под запрет для продажи (Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф., 2002).

В контексте социальной экологии эта стратегия требует учета уникальных социальных причинных комплексов в конструировании превентивных программ. Например, при организации этноэкологических парков на Крайнем Севере России, являющихся единственной эффективной формой социального общественного устройства жизни аборигенного населения, способной обеспечить его выживание и сохранение традиционной культуры, обязательным условием становилось принятие сухого закона.

**7. Интегральная стратегия** предполагает комплексное взаимодействие наркологической превентологии с сопряженными сферами социальной работы и клинической психологии, педагогики и права. Это установление интегральных связей между социальной политикой в целом и ее отдельными частями, между всеми объектами профилактического и лечебно-реабилитационного процесса.

**8. Экономическая стратегия** наркологической превентологии требует полномасштабного включения рыночных рычагов противостояния алкогольной индустрии и наркомафии.

Основным мотивом огромных усилий наркомафии по внедрению наркотиков в общество являются высокие прибыли, составляющие 300–2000%. Так, цены на героин в Афганистане составляют 1–2 доллара за грамм, в регионе Центральной Азии—20–30 долларов, в Западной Европе—100 долларов (ECAD, Newsletter, 2003, №3, р. 2). Ежегодный оборот наркотиков в России оценивается экспертами до 7 млрд долларов, что составляет треть бюджета страны (Карпов А.М., 2002).

Не менее впечатляющей является коммерческая мотивация алкогольной индустрии. Не случайно число ликеро-водочных заводов в Российской Федерации с 1980 по 2000 г. выросло со 120 до 670, причем государство контролирует только четвертую часть алкогольного рынка (Немцов А.В., 2001).

Современная концепция превенции ориентирует общество на восприятие медицины (в том числе наркологической превентологии) как социально-экономической категории. Это значит, что здравоохранение, в том числе и в области превенции, должно стать реальным экономическим субъектом в общей структуре экономики страны. Появилось новое понятие «рынок медицинских услуг», т.е. здравоохранение рассматривается как сектор производства нематериальных благ. Эти изменения происходят на фоне неустойчивости экономической ситуации в России, где потребность в стабильности финансового обеспечения лечебно-диагностического процесса приобрела важное значение:

1. Финансирование наркологической превентологии может осуществляться прежде всего за счет государственных источников, так как именно наркологическая ситуация в стране касается проблем национальной безопасности и качества жизни будущих поколений.

2. Финансирование должно охватывать результат, а не процесс, как это происходит зачастую в государственной практической наркологии. Для финансирования результата необходимо разработать наиболее надежные и легкодоступные критерии качества превенции.

3. Наркологическая превентология требует полипрофессиональной бригадной работы, для чего потребуются изменение концепции здравоохранения и штатного расписания, включения психологов, социальных работников и педагогов в систему превенции.

Реальная дилемма, в которую втянуты лечебно-профилактические учреждения, это источники финансирования. С одной стороны, реформа здравоохранения призвана сделать лечебно-профилактические учреждения наименее подверженными влиянию внешних неблагоприятных факторов — восполнение суммы недофинансирования, улучшение финансового положения сотрудников за счет вторичной занятости, повышение рентабельности медицинских учреждений, обеспечение частичной самокупаемости нового оборудования, обеспечение социальной защиты медицинских работников и т.д. С другой стороны, имеется ряд препятствий. На *макроэкономическом уровне* для образования межсегментарного взаимодействия необходимы универсальные законы для осуществления уставной деятельности медицинских организаций, регуляторы, которые стимулировали бы движущие силы рынка.

На *мезоэкономическом уровне* экономики наркологической превентологии является целесообразным проведение разгосударствливания и развитие системы страхования, а также разработка методов оценки качества и контроля эффективности оказываемых услуг. Если измерение продуктивности труда медицинских работников связано с политикой управления здравоохранением, то критерии качества профилактики, а тем более

профилактики в наркологии могут быть разработаны только при условии обратной связи между всеми уровнями, а особенно между мезо- и микроэкономическим.

*Микроэкономический уровень* является практическим уровнем исполнения рыночной модели наркологической превентологии, и одновременно именно этот уровень по своей результативности является основным источником дохода.

С одной стороны, процесс наркотизации настолько порастил популяцию, что требуются немалые средства для нуждающихся в лечении, причем именно больные обеспечивают реальный доход лечебно-профилактическим учреждениям. Но, с другой стороны, профессия врача закладывает высокие нравственные требования служения людям и улучшения жизни общества в целом, что трудно поддается измерению языком экономики. С этой целью необходимо разработать реальные социально-экономические механизмы стимулирования заинтересованности персонала именно в первичной профилактике.

**9. Нормативная стратегия** отражает качество законодательного сопровождения наркологической превентологии.

В области профилактики распространения наркомании и токсикомании и борьбы с незаконным оборотом наркотиков необходимо учитывать основополагающие документы ООН (Конвенцию о наркотических средствах 1961 г. с приложениями, Конвенцию о психотропных веществах 1971 г., Международную конвенцию «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» и др.), положения международного и российского законодательства, постановление Государственной думы от 16.12.98 г. «О неотложных мерах по предупреждению распространения в России наркомании и токсикомании среди детей и молодежи», Приказ Минздрава РФ №287 от 16.12.98 г. «О неотложных мерах по совершенствованию наркологической помощи населению РФ» и другие нормативные документы.

Актуальной задачей является разработка и совершенствование нормативно-правовой основы антинаркотической политики, разработка критериев и механизмов расчета реального распространения наркомании, ущерба и преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков, совершенствование инструментальной и правовой базы технологий, позволяющих контролировать производство и распространение наркотиков.

В сфере алкогольной политики в последнее десятилетие основные проблемы были связаны с отменой монополии на производство и продажу алкоголя, что привело к наплыву низкокачественных спиртных напитков из-за рубежа, росту подпольного производства алкогольной продукции и ее суррогатов.

В проекте Федерального закона «О социальных основах государственной алкогольной политики Российской Федерации» в качестве цели государственной алкогольной политики выдвинута «защита физического и психического здоровья граждан от вредного влияния алкоголепотребления, постепенное снижение уровня алкоголепотребления; последовательное изменение структуры потребления алкоголя в сторону увеличения в ней доли пива, натуральных виноградных и других слабоалкогольных напитков и т.д., формирование здорового, трезвого образа жизни, цивилизованного отношения к употреблению алкогольных напитков». При этом в проекте закона четко сказано, что достижение социальных целей является приоритетным по отношению к обеспечению поступлений в федеральный бюджет в виде налогов и иных сборов с производства и оборота этилового спирта и обеспечению доходности экономической деятельности в сфере реализации алкогольной продукции.

В качестве основных принципов государственной алкогольной политики выступают: приоритетность социальных задач, комплексность решений на основе сочетания мер экономического, социального, правового, воспитательного и организационного характера, поощрения негосударственных инициатив в области антиалкогольной деятельности, ограничения занятия определенными видами профессиональной деятельности больными алкоголизмом, а также защита граждан, семьи и иных субъектов от неправомерных действий лиц, злоупотребляющих алкоголем.

При этом в законе указана приоритетность мер профилактического и культурно-воспитательного характера. В проекте закона предусматривается введение чрезвычайной ситуации, вызванной алкоголизацией, в районах, где алкоголизация вызывает угрозу безопасности проживающего населения, подрыва социальной основы его жизни и деятельности.

Актуальными вопросами правового и административного обеспечения алкогольной политики являются стабилизация алкогольного рынка с учетом экономических интересов производителя и государства, сокращение нелегального производства и учета спроса населения, регулирование доступности алкоголя, запрет рекламы алкогольных напитков, разработка административно-правовых мер контроля за употреблением алкоголя в ситуациях повышенного риска, связанных с угрозой жизни окружающих людей.

В заключение целесообразно отметить, что приведенные стратегии наркологической превентологии многовариантны и должны учитывать особенности профессиональных и возрастных, половых и этнических групп. Расширение социального поля наркологической превентологии корреспондируется с поисками биологической наркологией генетического адреса зависимости и генно-инженерными технологиями ранней коррекции предрасположенности, что неизбежно скажется на формате рамок нозологического поля клинической наркологии.

За двадцатипятилетний период своего развития отечественная наркология оформилась в развитую специализированную службу, располагающую большой сетью лечебных учреждений, квалифицированным кадровым потенциалом, системой профессиональной подготовки. Однако качество медицинской помощи на наркологическом поле практически не сказалось на масштабах и остроте алкогольно-наркотических проблем в российском социуме. Сегодня совершенно очевидно, что без внятной антинаркотической и антиалкогольной политики, без разработки системных подходов к реабилитации и профилактике невозможно обеспечивать достойное качество общественного здоровья и национальной безопасности.

## ЛИТЕРАТУРА

- Абрамова Г.С.* Психология в медицине: Учеб. пособие / Г.С.Абрамова, Ю.А.Юдчиц. — М.: Кафедра, 1998. — 272 с.
- Абульхан ова К.А.* Российский менталитет: кросскультуральный и типологический подходы / К.А.Абульханова // Российский менталитет: Вопросы психол. теории и практики. — М., 1997.
- Авдеев Д.А.* Наука о душевном здоровье: Основы православной психотерапии / Д.А.Авдеев, В.К.Невярович. — М.: Русский хронограф, 2001. — 511 с.
- Авксентюк А.В.* Связь потребления алкоголя с распространенностью ИБС и некоторыми факторами ее риска в неорганизованной популяции мужчин 25–64 лет: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В.Авксентюк. — Новосибирск, 1990. — 22 с.
- Агаджанян Н.А.* Экология человека: здоровье и концепция выживания / Н.А.Агаджанян. — М.: Б.и., 1998. — 28 с.
- Агазаде Н.В.* Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.В.Агазаде. — М., 1989.
- Агапов В.С.* Лечение кавернозных гемангиом лица инъекциями спирта / В.С.Агапов // Стоматология. — 1969. — №2. — С. 62–65.
- Агзамходжаев С.М.* Лечение острых тромбофлебитов геморроидальных вен спирто-новокаиновой блокадой / С.М.Агзамходжаев, Т.Н.Куликова // Мед. журн. Узбекистана. — 1967. — №1. — С. 25.
- Алексеев С.С.* Движение за трезвость как эффективная форма профилактики пьянства и алкоголизма / С.С.Алексеев, Э.Д.Брокан, Я.К.Страздыньш // Вопр. организации, клиники и лечения алкогольных заболеваний. — М., 1981. — С. 5.
- Алешина Ю.Е.* Семейное и индивидуальное психологическое консультирование / Ю.Е.Алешина. — М., 1994.
- Алкоголизм и наркотическая зависимость / Г.М.Энтин, А.Г.Гофман, А.П.Музыченко, Е.Н.Крылов. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 327 с.
- Алкоголизм, наркомания и наследственность / Ю.Л.Арзуманов, А.А.Абакумова, И.Н.Тверицкая и др. // Наркология. — 2003. — №6. — С. 10–16.
- Алкоголь и наркотики в Швеции: [Информация SIDA] // Вопр. наркологии. — 1998. — №3. — С. 54–64.
- Алкогольное повреждение миокарда / Д.Б.Каликштейн, В.А.Одинцова, Н.Р.Палеев и др. // Сов. медицина. — 1979. — №10. — С. 12–15.
- Алтаев С.В.* Внутривенный алкогольный наркоз / С.В.Алтаев, Е.А.Дамир // Основы практической анестезиологии. — М., 1967. — С. 52–55.
- Альпидовский В.К.* Макроцитоз эритроцитов и мегалобластная анемия при хроническом алкоголизме / В.К.Альпидовский // Гематология и трансфузиология. — 1983. — №9. — С. 45–50.
- Альтшулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В.Б.Альтшулер. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
- Альтшулер В.Б.* Магнитно-резонансная томография головного мозга больных алкоголизмом в процессе восстановительной терапии / В.Б.Альтшулер, М.Е.Тучкова // Вопр. наркологии. — 2002. — №5.
- Альтшулер В.Б.* Морфологические и функциональные изменения головного мозга больных алкоголизмом с применением магнито-резонансной томографии и психологических тестов / В.Б.Альтшулер, М.Е.Тучкова // Наркология. — 2002. — №10. — С. 9–14.

- Амбрумова А.Г.* Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко. — М., 1980. — 48 с.
- Амбрумова А.Г.* Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Метод. рекомендации / А.Г.Амбрумова, Е.А.Чуркин. — М., 1980.
- Амбрумова А.Г.* Клинико-психологическое исследование самоубийства / А.Г.Амбрумова, О.Э.Калашникова // Соц. и клин. психиатрия. — 1998. — №4. — С. 65–77.
- Амбрумова А.Г.* Роль личности в проблеме суицида / А.Г.Амбрумова // Актуал. пробл. суицидологии. — М., 1981. — С. 35–49.
- Амбрумова А.Г.* Суицидологические исследования в СССР: состояние и проблемы / А.Г.Амбрумова, С.В.Бородин // Актуал. пробл. суицидологии. — М., 1981. — С. 6–26.
- Аменицкий В.Е.* Подходы к организации системы работы по преодолению наркотической зависимости: опыт калининградских наркологов / В.Е.Аменицкий, Л.Г.Санникова, М.Г.Цетлин // Вопр. наркологии. — 1998. — №4. — С. 58–63.
- Андерсон П.* Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь / П.Андерсон. — Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ. — 104 с.
- Андерсон П.* Пути разрешения проблем, связанных с алкоголем / П.Андерсон. — СПб.: «МАПО», 1995. — 182 с.
- Анохин А.В.* Душа и ее свойства по представлению телеутов / А.В.Анохин // Сб. МАЭ АН СССР. — Л., 1929. — Т. 8. — С. 253.
- Анохин П.К.* Очерки по физиологии функциональных систем / П.К.Анохин. — М.: Медицина, 1975. — 447 с.
- Анохин П.К.* Системные механизмы высшей нервной деятельности: Избр. тр. / П.К.Анохин — М.: Наука, 1979. — 454 с.
- Анохин П.К.* Теория отражения и современная наука о мозге / П.К.Анохин. — М.: Знание, 1970. — 45 с.
- Анохин П.К.* Теория функциональной системы мозга / П.К.Анохин // Успехи физиол. наук. — 1970. — №1. — С. 19–54.
- Анохина И.П.* О единстве патогенетических механизмов алкоголизма и наркоманий / И.П.Анохина // VII Всесоюз. съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — М., 1988. — Т. 1. — С. 307–310.
- Анохина И.П.* Роль нарушений функций катехоламиновой системы мозга в патогенезе хронического алкоголизма / И.П.Анохина, Б.М.Коган // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1975. — №12. — С. 1874–1883.
- Анохина И.П.* Функциональные изменения нейромедиаторных систем при хроническом алкоголизме / И.П.Анохина, Б.М.Коган // Итоги науки и техники. Сер. Токсикология. — М., 1984. — Т. 13. — С. 151–178.
- Антиалкогольное воспитание в семье* / Е.Е.Губернаторов, Д.В.Колесов, П.И.Сидоров и др. — М.: Педагогика, 1990. — 88 с.
- Арзуманов Ю.Л.* Особенности нарушений у детей группы «высокого риска» заболеваний алкоголизмом / Ю.Л.Арзуманов // Вестн. психосоц. и коррекц.-реабилитацион. работы. — 2001. — №4. — С. 84–92.
- Арзуманов Ю.Л.* Психосоциальные основы алкоголизма и наркоманий / Ю.Л.Арзуманов. — М., 2001. — 219 с.
- Арзуманов Ю.Л.* Электрическая активность мозга при алкоголизме / Ю.Л.Арзуманов. — М., 2002. — 120 с.
- Артемьев Е.Н.* Работоспособность лиц молодого возраста при хроническом алкоголизме / Е.Н.Артемьев, Р.Т.Авхаева, Л.А.Лаптева // Сов. медицина. — 1980. — №12. — С. 7–10.
- Асфандиярова Н.С.* Иммунологические сдвиги при алкогольных поражениях печени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С.Асфандиярова. — Тарту, 1980. — 17 с.
- Бабаян Э.А.* Наркомании и токсикомании / Э.А.Бабаян // Рук. по психиатрии. — М.: Медицина, 1988. — Т. 2. — С. 169–216.
- Бабичева Л.П.* Опыт организации наркологической помощи детско-подростковому контингенту в центральной административном округе г. Омска / Л.П.Бабичева // Вопр. наркологии. — 1999. — №4. — С. 54–56.
- Балткэйс Я.Я.* Взаимодействие лекарственных веществ / Я.Я.Балткэйс, В.А.Фатеев. — М.: Медицина, 1991. — 304 с.
- Бандура А.* Теория социального научения / А.Бандура. — СПб.: Евразия, 2000. — 320 с.

- Басов А.В. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности лиц, злоупотребляющих алкоголем / А.В.Басов // Комплекс. соц.-гигиен. и клин.-соц. исслед. — М., 1981. — Т. XII, вып. 7. — С. 74–77.
- Басов А.В. Особенности потребления алкоголя студентами-медиками старших курсов / А.В.Басов // Актуал. пробл. профилактики пьянства и алкоголизма: Респ. сб. науч. тр. — Ярославль, 1985. — С. 24–27.
- Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом / В.В.Батищев // Вопр. наркологии. — 1998. — №2. — С. 62–81.
- Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркомании / С.Б.Белогуров. — СПб.: Невский Диалект, 1998. — 236 с.
- Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркомании / С.Б.Белогуров. — М.: БИНОМ, 1999.
- Березин С.В. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки / С.В.Березин, К.С.Лисецкий, М.Е.Серебрякова. — Самара: Изд-во Самар. ун-та, 2001. — 50 с.
- Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б.Березин. — Л.: Наука, 1988. — 270 с.
- Березина Т.Н. Жизненный путь личности: осознаваемые и неосознаваемые аспекты / Т.Н.Березина // Российский менталитет: Вопросы психол. теории и практики. — М., 1997.
- Берестов А. Опыт лечения и реабилитации наркозависимых в Душепопечительском центре во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского / А.Берестов, Е.М.Полиенко, А.А.Козлов // Наркология. — 2002. — №5. — С. 34–36.
- Бернадский Ю.Л. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.Л. Бернадский. — Киев: Здоров'я, 1973. — 308 с.
- Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э.Е.Бехтель. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
- Бехтель Э.Е. Злоупотребление спиртными напитками как этап формирования алкоголизма: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Э.Е.Бехтель. — Л., 1984.
- Бехтель Э.Е. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма / Э.Е.Бехтель // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1984. — №2. — С. 244–249.
- Бехтерев В.М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием / В.М.Бехтерев // Вопр. алкоголизма. — СПб., 1913. — С. 20–25.
- Билич Г.Л. Основы валеологии: Учеб. / Г.Л.Билич. — 2-е изд. — СПб.: Фолиант, 2000. — 558 с.
- Биохимическая картина крови при злоупотреблении препаратами конопли / Т.В.Чернобровкина, И.В.Аркавий, Л.Б.Пирогова, А.М.Олферьев // Актуал. пробл. медико-соц. реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. — М.; Орел, 1994. — С. 157–163.
- Биохимические методы диагностики алкоголизма / Т.В.Чернобровкина, Б.М.Кершенголыц, В.Г.Алексеев и др. // Лаб. дело. — 1986. — №9. — С. 523–525.
- Битенский В.В. К вопросу о патогенезе и лечении алкогольного делирия / В.В.Битенский, Р.Я.Марьянчик // Актуал. вопр. клин. и соц. реабилитации больных алкоголизмом. — М., 1979. — С. 220.
- Блок Ю.Е. Культуры сосудов человека в цельной плазме крови для изучения патогенеза атеросклероза / Ю.Е.Блок // Патол. физиология и эксперим. терапия. — 1966. — №3. — С. 23–27.
- Блюгер А.Ф. Поражение функциональной способности субклеточных структур печени при острым и хроническом отравлении алкоголем / А.Ф.Блюгер // Биохимия алкоголизма. — Минск, 1980. — С. 23.
- Бобров А.Е. Алкогольный скрининг-тест: его валидность и структура / А.Е.Бобров, А.Н.Шурыгин // Психол. диагностика при нерв.-псих. и психосомат. заболеваниях. — Л., 1985. — С. 33–36.
- Бобров А.Е. Изучение мотивационных и когнитивных механизмов формирования психической зависимости от алкоголя / А.Е.Бобров // Проблемы алкоголизма: Клиника, патогенез, терапия. — М., 1986. — С. 3–10.
- Бобров А.Е. К проблеме диагностики хронического алкоголизма в условиях судебно-психиатрической экспертизы / А.Е.Бобров // Вопр. диагностики в судеб.-психиатр. практике: Клин.-катамнест. аспект. — М., 1987. — С. 62–68.
- Богомолова Т.М. К вопросу о школьном алкоголизме и борьбе с ним / Т.М. Богомолова // Вопр. наркологии. — 1928. — №2. — С. 54–58.
- Боднарук Р.В. Алкоголь как инструмент экономической экспансии (в контексте российско-норвежских отношений XIX — нач. XX вв.) / Р.В. Боднарук, Р.А. Давыдов // Материалы II

- науч.-практ. конф. «Алкоголизм и наркомания в Евро-Арктическом Баренц-регионе». — Архангельск, 1996.
- Боднарук Р.В.* Норвежский ром или русская водка? (Из исторического опыта административного регулирования продажи и потребления спиртных напитков) / Р.В.Боднарук, Р.А.Давыдов, Г.П.Попов // Экология человека. — 1997. — №2. — С. 80–85.
- Боечко И.Д.* Биологическая индикация ацетальдегида в организме человека / И.Д.Боечко // Биохимия алкоголизма. — Минск, 1980. — С. 27.
- Бокий И.В.* Использование анализа активности алкогольдегидрогеназы и липидного состава крови в качестве дополнительных критериев для диагностики острой и хронической интоксикации алкоголем: Метод. рекомендации / И.В.Бокий, М.С.Усатенко, В.Ф.Трифанов. — Л., 1985. — 21 с.
- Болотова А.К.* Прикладная психология / А.К.Болотова, И.В.Макарова. — М.: Аспект Пресс, 2001. — 383 с.
- Борисова Е.В.* Научные исследования по вопросам, связанным с потреблением алкоголя / Е.В.Борисова, А.Р.Мещеряков, В.Я.Дробышева // Алкоголь и здоровье населения России. 1900–2000. — М., 1998. — С. 279–290.
- Борисова Е.В.* Перспективы развития информационных сетей в наркологии / Е.В.Борисова, С.Н.Авдеев, А.В.Надеждин // Вопр. наркологии. — 1999. — №3. — С. 12–13.
- Бородатова Л.А.* Прорицатели и жрецы у древних майя / Л.А.Бородатова // Сов. этнография. — 1984. — №1. — С. 72–89.
- Бородатова Л.А.* Роль сцинтиграфии печени в диагностике хронической алкогольной интоксикации / Л.А.Бородатова // Реабилитация нервно-псих. больных. — Томск, 1981. — С. 60–62.
- Братусь Б.С.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б.С.Братусь, П.И.Сидоров. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — 144 с.
- Брехман И.И.* Валеология — наука о здоровье / И.И.Брехман. — М.: ФиС, 1990. — 208 с.
- Брехман И.И.* Человек и биологически активные вещества / И.И.Брехман. — Л.: Наука, 1976. — 111 с.
- Бромлей Ю.В.* Народная медицина как предмет этнографических исследований / Ю.В.Бромлей, А.А.Воронов // Сов. этнография. — 1976. — №5. — С. 3–17.
- Буркин М.М.* Введение в наркологию / М.М.Буркин, С.В.Горанская. — Петрозаводск: Карелия, 1999. — 175 с.
- Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия / М.Е.Бурно. — М.: Академ. Проект ОППЛ, 2000. — 719 с.
- Буров Ю.В.* Нейрохимия и фармакология алкоголизма / Ю.В.Буров, Н.Н.Ведерников. — М.: Медицина, 1985. — 240 с.
- Бухановский А.О.* Психические расстройства у серийных сексуальных преступников / А.О.Бухановский, А.О.Бухановская, Б.В.Шестакович. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — 72 с.
- Бьюдженталь Д.* Искусство психотерапевта / Д.Бьюдженталь. — СПб.: Питер, 2001. — 304 с.
- Вайнер Э.Н.* Валеология: Учеб. / Э.Н.Вайнер. — М.: Флинта, 2001. — 411 с.
- Вайсблат С.Н.* Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах / С.Н.Вайсблат. — Киев: Госмедиздат УССР, 1962. — 469 с.
- Валентик Ю.В.* Базовая модель профилактики злоупотребления психоактивными веществами / Ю.В.Валентик, А.А.Гериш, В.В.Зарецкий // Наркология. — 2002. — №8. — С. 5–15.
- Валентик Ю.В.* Особенности учета наркологических больных в условиях перехода на МКБ–10: Практ. рекомендации / Ю.В.Валентик, Е.А.Кошкина, А.З.Шамота // Вопр. наркологии. — 1999. — №2. — С. 21–27.
- Валентик Ю.В.* Социально-медицинская реабилитация в наркологии / Ю.В.Валентик, А.В.Мартыненко, П.И.Сидоров. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1997. — 127 с.
- Вандорхилл Э.* Мистика XX века: Энциклопедия / Э.Вандорхилл. — М., 1996. — С. 32.
- Веймер С.А.* Методы определения содержания этанола в биологических субстратах / С.А.Веймер // Лаб. дело. — 1983. — №12. — С. 20–23.
- Величко С.Д.* Лечение врожденного частичного гигантизма пальцев алкоголизацией ростковых зон фаланг у детей / С.Д.Величко // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. — 1969. — №4. — С. 84–87.
- Венедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования / Д.Д.Венедиктов // Общественные науки и здравоохранение. — М.: Наука, 1987. — С. 62–78.

- Вернадский Ю.И.* Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И.Вернадский. — Киев, 1973.
- Взаимосвязь копинг-поведения и Я-концепции у больных, зависимых от алкоголя, и условно здоровых мужчин / В.М.Ялтонский, Е.Т.Соколова, Н.А.Сирота, Н.С.Видерман // Соц. и клин. психиатрия. — 2001. — №2. — С. 36–43.
- Вирениус А.С.* Меры борьбы с алкоголизмом путем школы / А.С. Вирениус // Журн. рус. о-ва охранения народного здоровья. — 1900. — №4. — С. 362–368.
- Виташевский Н.А.* Материалы для изучения шаманства у якутов / Н.А.Виташевский // Записки Вост.-Сиб. отд-ния Рус. геогр. о-ва по этнографии. — СПб., 1980. — Т. 2, вып. 2. — С. 36–42.
- Влияние некоторых грузинских вин на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы / А.Д.Жгенти, В.М.Сулаквелидзе, М.Г.Авалишвили, Г.И.Глонти // Тр. Тбилисского мед. ин-та. — Тбилиси, 1974. — Т. 74. — С. 269–272.
- Влияние сыворотки крови больных алкоголизмом на рост первичных культур почечных клеток плодов человека / В.П.Пашенко, П.И.Сидоров, И.Н.Борисов, Н.Л.Чуркин // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1987. — №2. — С. 237–239.
- Войдилло-Ошиатыньска Е.* Двенадцать шагов в Хэйзелдене (о программе лечения больных алкоголизмом в США) / Е.Войдилло-Ошиатыньска // Вопр. наркологии. — 1988. — №4. — С. 52–54.
- Войтенко В.П.* Здоровье здоровых / В.П.Войтенко. — Киев: Здоров'я, 1992. — 248 с.
- Володин В.Д.* Профилактика наркоманий / В.Д.Володин, Н.Н.Иванец, В.Е.Пелипас // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 1999. — №6. — С. 18–22.
- Врожденные и приобретенные энзимопатии / Под ред. Т.Ташева. — М.: Медицина, 1980. — 368 с.
- Врублевский А.Г.* Клинические варианты алкоголизма / А.Г.Врублевский // Вопр. наркологии. — 1988. — №2. — С. 24–28.
- Выявление больных наркоманиями и токсикоманиями в общемедицинской практике / И.Н.Пятницкая, Н.Г.Найденова, Д.Д.Еникеева, Е.И.Цымбал: Метод. рекомендации. — М., 1986. — 18 с.
- Вяземский Т.И.* История возникновения кружка деятелей по борьбе со школьным алкоголизмом и противоалкогольного музея при кружке / Т.И.Вяземский. — М.: Печат. Снегиревой, 1911. — 24 с.
- Габов Ю.А.* Молодежь и наркомания / Ю.А.Габов, К.М.Казанов, В.Э.Кист. — Караганда, 2002. — 264 с.
- Ганжин В.Т.* Руководство по самоменеджменту. Экология деловой судьбы / В.Т.Ганжин, Л.И.Сидоров. — СПб.: Изд-во Буковского, 1996. — 288 с.
- Ганнушкин П.Г.* Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика / П.Б.Ганнушкин. — М.: Север, 1933. — 143 с.
- Гаркави Л.Х.* Диапазоны адаптационных реакций организма / Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакина // Математическое моделирование биологических процессов. — М., 1979. — С. 17–33.
- Гаркави Л.Х.* Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакина, М.А.Уколова. — Ростов н/Д: Изд-во Рост. ун-та, 1979. — 126 с.
- Гарницкий С.П.* Способ диагностики алкогольного делирия / С.П.Гарницкий // Открытия и изобретения. — 1982. — №19. — С. 8.
- Гасан-заде Н.Ю.* Скорость формирования алкоголизма в зависимости от ряда психоконституциональных особенностей / Н.Ю. Гасан-заде // Вопр. наркологии. — 1999. — №3. — С. 35–38.
- Генетические факторы в этиологии и патогенезе наркоманий / Н.П.Бочков, А.Ю.Асанов, М.Г.Аксенова и др. // Наркология. — 2003. — №1. — С. 7–11.
- Генкин Б.М.* Экономика и социология труда: Учеб. для вузов / Б.М.Генкин. — М.: НОРМА-ИНФРА, 1999. — 384 с.
- Гланц Р.М.* Парентеральное питание больных / Р.М.Гланц, Ф.Ф.Усиков. — М.: Медицина, 1979. — 240 с.
- Глебов В.С., Попова В.С., Савельева В.В.* // Тр. Моск. НИИ психиатрии. — М., 1980. — Т. 90. — С. 71–85.
- Глиотоксические свойства сыворотки крови у больных рассеянным склерозом и полирадикулоневритом, выявляемые в органной культуре мозга / Ю.К.Смирнов, Л.И.Равкина, А.Г.Горюнова и др. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1982. — №2. — С. 181–183.

- Головин Г.В. Способы ускорения заживления переломов костей / Г.В. Головин. — Л.: Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1959. — 246 с.
- Гордон Г.И. Алкоголизм среди учащихся / Г.И. Гордон // Тр. 2-го Всерос. съезда по пед. психологии. — СПб., 1910. — С. 236–255.
- Горкин А.В. Экономико-правовые аспекты выбора стратегии борьбы с наркобизнесом / А.В. Горкин // Вопр. наркологии. — 1992. — №1. — С. 64–69.
- Горя И.Ф. Лечение алкоголем острого отека легких при повреждении центральной нервной системы / И.Ф. Горя, М.А. Кириян // Здравоохранение (Кишинев). — 1968. — №4. — С. 49–50.
- Горячкин Г.П. Некоторые данные об алкоголизме у детей / Г.П. Горячкин // Детская медицина. — 1896. — №2. — С. 95–109.
- Гофман А.Г. Клиника алкогольных психозов у соматических больных / А.Г. Гофман, Т.И. Нижниченко // Вопр. патогенеза, клиника и лечение алкогол. заболеваний. — М., 1984. — С. 45–47.
- Гофман А.Г. Лечение больных алкогольными психозами в сельской местности / А.Г. Гофман, Т.И. Нижниченко // Стоматоневрол. аспекты алкоголизма и алкогол. напитков. — М., 1984. — С. 41–46.
- Гофман А.Г. Некоторые спорные и нерешенные вопросы подростково-юношеского алкоголизма / А.Г. Гофман, Т.И. Нижниченко // Клин. аспекты алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — М., 1982. — С. 15–23.
- Гофман А.Г. О классификации психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением психоактивных веществ в международной классификации болезней 10-го пересмотра / А.Г. Гофман // Соц. и клин. психиатрия. — 2002. — №3. — С. 94–96.
- Гофман А.Г. О наркологической помощи на промышленных предприятиях / А.Г. Гофман, Т.И. Нижниченко // Орг. наркол. помощи на промышл. предприятиях и в сельской местности. — М., 1984. — С. 30–36.
- Гофман А.Г. О течении алкоголизма и усовершенствовании его стадий / А.Г. Гофман // V Всерос. съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — Т. 2. — С. 35–48.
- Гофман А.Г. Об оценке уровня потребления алкоголя населением России и последствиях потребления спиртных напитков / А.Г. Гофман // Соц. и клин. психиатрия. — 1998. — №4. — С. 131–136.
- Григорьев А.И., Сидоров П.И., Лабутин Н.Ю., Ничипорук И.А. Способ интерактивного лечения зависимого поведения. Патент на изобретение № 2252038 — 2005. — 15 с.
- Григорьев В.И. Пути формирования хронического алкоголизма / В.И. Григорьев // Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. — М., 1970. — С. 52–56.
- Григорьев Н.И. Общества трезвости в России / Н.И. Григорьев // Тр. комис. по вопр. об алкоголизме, мерах борьбы с ним и для выработки нормального устава заведений для алкоголиков. — СПб., 1900. — Вып. IV. — С. 232–233.
- Григорьев Н.И. Алкоголизм и преступления в г. Санкт-Петербурге (по материалам Санкт-Петербургских городских больниц и Архива Санкт-Петербургского окружного суда): Диссертация. — СПб., 1900.
- Гриненко А.Я. Организация межсовхозных наркологических пунктов как одна из форм оказания наркологической помощи в сельской местности / А.Я. Гриненко, Г.А. Корчагина, А.С. Гусев // Актуал. проблемы профилактики пьянства и алкоголизма. — Ярославль, 1985. — С. 97–99.
- Громбах С.М. Школа и психическое здоровье учащихся / С.М. Громбах. — М.: Медицина, 1988.
- Громнацкий Н.И. Велоэргометрия в ранней диагностике артериальной гипертензии у больных хроническим алкоголизмом / Н.И. Громнацкий, С.К. Кулишова. — Курск, 1985. — 7 с.
- Губерник В.Я. Клиника и течение психотического алкоголизма в зависимости от конституционально-морфологических типов больных: Дис. ... канд. мед. наук / В.Я. Губерник. — Симферополь, 1983.
- Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. — Л.: Медицина, 1978.
- Гузиков Б.М. Алкоголизм у женщин / Б.М. Гузиков, А.А. Мейроян. — Л.: Медицина, 1988.
- Гукасян А.Г. Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов / А.Г. Гукасян. — М.: Медицина, 1968.
- Гуревич З.А. Алкоголизм: Социально-гигиеническое исследование / З.А. Гуревич, А.З. Залевский. — Харьков, 1930.

- Гуревич Я.Л. Некоторые объективные показатели степени социально-трудовой декомпенсации и реабилитации больных хроническим алкоголизмом / Я.Л.Гуревич, И.К.Сосин // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1988. — №2. — С. 86—90.
- Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России / И.Я.Гурович // Соц. и клин. психиатрия. — 2001. — №11. — С. 9—11.
- Гуртовенко В.М. Алкогольдегидрогеназа при хронической алкогольной интоксикации: Клинико-экспериментальное исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.М.Гуртовенко. — М., 1975.
- Гурьева В.А. Юношеские психопатии и алкоголизм / В.А.Гурьева, В.Я.Гиндикин. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.
- Давиденков С.Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии / С.Н.Давиденков. — М.: Медгиз, 1947.
- Дальсаев М.А. Опыт выявления лиц, злоупотребляющих спиртными напитками на промышленных предприятиях / М.А.Дальсаев // Орг. наркол. помощи на промышл. предприятиях и в сельской местности. — М., 1984. — С. 46—49.
- Дыренкова Н.П. Получение шаманского дара по воззрениям турецких племен / Н.П.Дыренкова // Сб. музея антропологии и этнографии. — Л., 1930. — Т. 9. — С. 267—291.
- Демин А.К. Здоровье населения и алкогольная эпидемия в России: лекарство от жизни / А.К.Демин, И.А.Демина // Алкоголь и здоровье населения России. 1900—2000. — М., 1998. — С. 16—47.
- Денисов И.Н. Психологический статус пациента / И.Н.Денисов, Б.Л.Мовшович // Врач. — 2001. — №12. — С. 37—38.
- Дерега В.А. Основы первичной позитивной наркопрофилактики / В.А.Дерега // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1. — С. 46—51.
- Джейнз Дж. Происхождение сознания благодаря ломке двухчастного ума / Дж.Джейнз. — Б.м., 1976.
- Диагностика стадий алкоголизма и бытового пьянства / Т.В.Чернобровкина, О.В.Кулагин, С.С.Мисюлин, А.В.Лиопо // Пробл. совр. наркологии. — М., 1991. — С. 64—69.
- Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП / Р.Дилтс. — М.: Класс, 2000. — 192 с.
- Дмитриев В.К. Критические исследования о потреблении алкоголя в России / В.К.Дмитриев. — М.: Издание Рябушинского, 1911. — 283 с.
- Дмитриева В.С. Переломы челюстей мирного времени и их лечение: Учеб. пособие для врачей / В.С.Дмитриева. — М., 1966. — 496 с.
- Дмитриева Т.Б. Клиническая нейробиология в психиатрии / Т.Б.Дмитриева, А.З.Дроздов, Б.М.Коган. — М.: ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 1998. — 300 с.
- Долнаков П.И. Местное применение этилового спирта при отморожении / П.И.Долнаков // Казан. мед. журн. — 1969. — №6. — С. 64.
- Дрегалo А.А. Социальная реабилитация северян как основа новой государственной региональной политики / А.А.Дрегалo, П.И.Сидоров, В.И.Ульяновский // Социальная реабилитация населения в районах Российского Севера: докл. к ежегод. науч. конф. — М., 1995. — С. 12—21.
- Дрегалo А.А. Человек в экстремальной жизненной среде: технология социальной защиты / А.А.Дрегалo, П.И.Сидоров, В.И.Ульяновский // Экология человека. — 1994. — №2. — С. 100.
- Дружинин В.Н. Экспериментальная психология / В.Н.Дружинин. — СПб.: Питер, 2001. — 320 с.
- Дубов М.Д. Местное обезболивание в стоматологической практике / М.Д.Дубов. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1969. — 136 с.
- Дубровский В.И. Валеология: Учебник / В.И.Дубровский. — М., 1999.
- Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии / Т.Н. Дудко // Вопр. наркологии. — 1999. — №2. — С. 28—35.
- Дюркгейм Э. Самоубийство / Э.Дюркгейм. — СПб., 1912.
- Егоров В.Ф. О состоянии наркологической службы в России и проблемах ее совершенствования / В.Ф.Егоров // Вопр. наркологии. — 1997. — №1. — С. 10—14.
- Езриелев Г.И. Новые аспекты патогенеза алкоголизма / Г.И.Езриелев. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1975. — 144 с.
- Еремин С.К. Анализ наркотических средств / С.К.Еремин, Б.Н.Изотов, Н.В.Веселовская. — М.: Мысль, 1993. — 260 с.

- Жариков Н.М.* Проблема и значение транскультуральных исследований в психиатрии / Н.М.Жариков, Е.Д.Соколова // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1982. — №5. — С. 55–60.
- Жислин С.Г.* Об алкогольных расстройствах / С.Г.Жислин. — Воронеж, 1935. — 140 с.
- Житникова Т.Л.* Проект «Сотрудничество в здравоохранении Ла-Кросс — Дубна» / Т.Л.Житникова // Алкоголь и здоровье населения России. 1900–2000. — М., 1998. — С. 276–278.
- Завьялов В.Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В.Ю.Завьялов. — Новосибирск: Наука, 1988. — 195 с.
- Завьялов В.Ю.* Дианализ — новая система интегративной психотерапии в наркологии / В.Ю.Завьялов // Наркология. — 2002. — №8. — С. 36–41.
- Загоскин Н.* Пьянство и борьба с ним в старинной России / Н.Загоскин // Рус. богатство. — 1893. — №4. — С. 21.
- Зазулин Г.В.* Антинаркотический менеджмент / Г.В.Зазулин // Журн. С.-Петерб. ун-та. — 2003. — №4–5.
- Зазулин Г.В.* Наркоэпидемия / Г.В.Зазулин. — СПб.: Изд-во СПбУ, 2003.
- Заиграев Г.Г.* Государственная политика как фактор алкоголизации населения / Г.Г.Заиграев // Социс. — 1997. — №4. — С. 109–116.
- Заиграев Г.Г.* Общество и алкоголь / Г.Г.Заиграев. — М., 1994. — 108 с.
- Заиграев Г.Г.* Проблемы алкоголизации населения России / Г.Г.Заиграев // Наркология. — 2002. — №8. — С. 2–7.
- Заиграев Г.Г.* Пьянство в России как реальная угроза национальной безопасности / Г.Г.Заиграев // Социс. — 2001. — №1. — С. 69–74.
- Залесова В.А.* К обнаружению траматодна в моче методом тонкослойной хроматографии / В.А.Залесова, С.С.Катаев, Л.Н.Курдина // Вопр. наркологии. — 1998. — №2. — С. 53–56.
- Запорожченко В.Г.* Последствия употребления суррогатов алкоголя, сказавшиеся на здоровье населения, и заболеваемость алкогольными психозами в период Первой мировой войны (1914–1917 годы) / В.Г.Запорожченко, А.В.Гаплыков // Проблемы соврем. наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом. — М., 1999. — С. 19–27.
- Зарековский П.О.* Опыт медико-социальной профилактики пьянства и алкоголизма в Томской области / П.О.Зарековский, Ю.И.Прядахин // Здравоохранение РФ. — 1984. — №6. — С. 40–41.
- Зиглер Д.* Теория личности / Д.Зиглер, Л.Хьелл. — СПб.: Питер Пресс, 1997. — 608 с.
- Знаков В.В.* Правда и ложь в российском самосознании / В.В.Знаков // Рос. менталитет. Вопр. психол. теории и практики. — М., 1987.
- Зыков О.В.* Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний / О.В.Зыков, М.Г.Цетлин // Лекции по наркологии. — М., 2000. — С. 406–411.
- Иванец Н.Н.* Алкоголизм / Н.Н.Иванец, Ю.В.Валентик. — М.: Наука, 1988. — 176 с.
- Иванец Н.Н.* К характеристике основных клинических вариантов первичного патологического влечения к алкоголю / Н.Н.Иванец, Ю.В.Валентик // Актуал. вопр. наркологии. — Душанбе, 1984. — С. 81–83.
- Иванец Н.Н.* Новый алкогольный скрининговый тест: опросник «Здоровье и образ жизни» / Н.Н.Иванец, М.И.Лукомская // Вопр. наркологии. — 1989. — №3. — С. 49–57.
- Иванец Н.Н.* Скрининг и идентификация злоупотребления алкоголем / Н.Н.Иванец, М.И.Лукомская // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1986. — №11. — С. 1726–1734.
- Иванец Н.Н.* Современные проблемы наркологии / Н.Н.Иванец // Наркология. — 2002. — №6. — С. 2–7.
- Иванец Н.Н.* Экспертиза алкогольного опьянения: современное состояние и перспективы совершенствования / Н.Н.Иванец, А.Е.Успенский // Вопр. наркологии. — 1989. — №2. — С. 3–8.
- Иванец Н.Н., Валентик Ю.В.* // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. — Л., 1986. — С. 366–368.
- Иванов В.В.* Характеристика контингентов потребителей наркотиков и токсикоманических веществ в Белоруссии / В.В.Иванов // Здравоохранение Белоруссии. — 1989. — №7. — С. 37–39.
- Игонин А.Л.* Результаты сравнительного изучения преморбидного периода больных алкоголизмом подросткового и зрелого возраста / А.Л.Игонин // Вопр. наркологии. — 1989. — №1. — С. 18–22.

- Изменение показателей дексаметазонового теста и снижение скорости поглощения серотонина тромбоцитами у больных хроническим алкоголизмом / И.В.Бокий, И.П.Киселева, И.П.Лапин и др. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1984. — №2. — С. 234—237.
- Информационный материал Министерства здравоохранения РФ №2510/3774—96—27 от 21.08.96. — М., 1996.
- Иорданский А.* Секреты Дионисия, или Вино, которое пили 2000 лет назад / А.Иорданский // Химия и жизнь. — 1973. — №4. — С. 68—72.
- Исаков Б.И.* Этот «безобидный» кефир / Б.И.Исаков, С.И.Жданов, О.А.Хоперская // <http://www.spast.ru/kefir.htm>.
- Использование метода скрининга на алкоголизм в Ленинграде / Л.Н.Лежепекова, Е.А.Тимофеева, В.А.Кабанов, В.Г.Капанадзе // Лечение алкоголизма. — Саратов, 1980. — Т. 119. — С. 82—83.
- Исхакова А.И.* К характеристике школьного алкоголизма в Казани / А.И.Исхакова // Труды Ин-та соц. гигиены. — Казань, 1929. — Т. 1. — С. 191—196.
- Итоговый документ Палаты по правам человека при Президенте РФ // Независим. психиатр. журн. — 1997. — №1. — С. 54—55.
- К вопросу об этиологии и патогенез синдрома глоссалгии / А.И.Евдокимов, О.А.Королевич, А.В.Яровикова, В.Б.Стемковская // Стоматология. — 1974. — №5. — С. 12—17.
- Кабаков Б.Д.* Оперативное лечение кавернозных гемангиом лица и шеи / Б.Д.Кабаков // Стоматология. — 1975. — №4. — С. 30—34.
- Кабаков Б.Д.* Принципы пластического закрытия дефектов проникающих в полость рта и носа / Б.Д.Кабаков // Вестн. хирургии им. Грекова. — 1967. — №8. — С. 78—82.
- Кабанов М.М.* Оценка психического здоровья и проблемы стигматизации комплайенса / М.М.Кабанов // Соц. и клин. психиатрия. — 1998. — №2. — С. 58—63.
- Кабанов М.М.* Очердные задачи на пути развития концепции реабилитации психически больных / М.М.Кабанов // Новое в теории и практике реабилитации больных. — Л., 1985. — С. 5—15.
- Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных / М.М.Кабанов. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1978. — 232 с.
- Казан В.Е.* // Независим. психиатр. журн. — 1999. — №1. — С. 41—50.
- Казин Э.М.* Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валлеологию: Учеб. пособие / Э.М.Казин. — М., 2000.
- Калинин А.Г.* Скрининг алкоголизма в общей популяции населения и среди работников транспортных специальностей / А.Г.Калинин // Экология человека. — 1998. — №1. — С. 88—91.
- Калифано Дж.* Шесть аргументов против легализации наркотиков / Дж.Калифано // Вопр. наркологии. — 1997. — №2. — С. 57—59.
- Канель В.Я.* Алкоголизм и школа / В.Я.Канель. — М., 1909. — 48 с.
- Канкарович И.* Детский алкоголизм (по материалам обследования учащихся 2-й ступени трудовых школ М.-Нарвского района) / И.Канкарович // Соц. здравоохранение. — 1930. — №8—9. — С. 84—91.
- Канторович Н.В.* Клиника и лечение алкоголизма / Н.В.Канторович // Здравоохранение Киргизии. — 1954. — №6. — С.12—19.
- Каплан Г.И.* Клиническая психиатрия: Из синописа по психиатрии: В 2 т. / Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. — М.: Медицина, 1994.
- Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология / Б.Д.Карвасарский. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1982. — 271 с.
- Карпунин С.И.* Религиозные объединения и общественная жизнь в г. Архангельске / С.И.Карпунин // Религиозная жизнь Архангельского Севера: история и современность / С.И.Карпунин. — Архангельск, 1997. — С. 65—72.
- Катков А.Л.* Интегративно-развивающая, двухуровневая терапия наркозависимых / А.Л.Катков, В.В.Титова // Наркология. — 2002. — №8. — С.27—35.
- Качаев А.К.* Сравнительная оценка факторов среды в формировании различных форм потребления спиртных напитков / А.К.Качаев, И.Г.Ураков // Актуал. вопр. соц. психиатрии. — М., 1979. — С. 74.
- Качаев А.К.* Сравнительный анализ учетных показателей и результатов эпидемиологического исследования популяции «сплошным» методом в оценке распространенности пьянства

- и алкоголизма / А. К. Качаев, И. Г. Ураков // Алкоголизм. Актуальные вопросы клиники, патогенеза и терапии алкогольных заболеваний. — Душанбе, 1979. — С. 131—151.
- Керимова С. К.* Физическая работоспособность у больных хроническим алкоголизмом / С. К. Керимова, Н. П. Москаленко // Азерб. мед. журн. — 1983. — №3. — С. 54—57.
- Кершенгольц Б. М.* Биологические аспекты алкогольных патологий и наркомании / Б. М. Кершенгольц, Л. П. Ильина. — Якутск: Изд-во ЯГУ, 1998. — 151 с.
- Кершенгольц Б. М.* Биферментная дегидрогеназная система окисления этанола и ее роль в возникновении алкоголизма / Б. М. Кершенгольц, Е. В. Серкина // Биохимия алкоголизма. — Минск, 1980. — С. 69.
- Кершенгольц Б. М.* Влияние внутреннего взаимодействия в алкогольдегидрогеназе из печени лошади на кинетику окисления этанола / Б. М. Кершенгольц, В. В. Рогозин // Биохимия. — 1979. — №4. — С. 661—671.
- Кершенгольц Б. М.* Энзимологические аспекты алкогольных гепатитов и восприимчивость человека к этиловому спирту на Севере / Б. М. Кершенгольц, П. А. Петров, В. Г. Алексеев // Актуал. вопр. гастроэнтерологии Севера. — Якутск, 1981. — С. 103—107.
- Кигель Д. Г.* Некоторые особенности работы наркологического кабинета в сельском районе / Д. Г. Кигель, Ю. В. Поляков // Пути совершенствования психиатр., неврол. и наркол. помощи сельскому населению. — М.; Рязань, 1982. — С. 137—140.
- Кинжалов Р. В.* Культура древних майя / Р. В. Кинжалов. — Л.: Наука. Ленингр. отд-ние, 1971. — 364 с.
- Киржанова В. В.* Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации в 1991—2001 годах / В. В. Киржанова // Наркология. — 2001. — №11. — С. 2—7.
- Киржанова В. В.* Распространенность наркоманий среди подростков в Российской Федерации в 1991—2001 годах / В. В. Киржанова, Л. А. Муганцева // Наркология. — 2003. — №6. — С. 2—6.
- Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избр. тр. / Сост. В. С. Воробьев. — М.: Медицина, 1988. — 301 с.
- Клейн В. Н.* К латеральной антропософизиологической конституции больных хроническим алкоголизмом / В. Н. Клейн // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М., 1984. — С. 31—34.
- Клиника, диагностика и лечение эфедриновой токсикомании: Метод. рекомендации / И. Н. Пятницкая, Н. П. Герасимов, Н. Г. Найденова, Е. И. Цымбал. — М., 1986. — 22 с.
- Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год / А. Г. Амбрумова, В. М. Гилод, Т. В. Серпуховитина и др. // Соц. и клин. психиатрия. — 1998. — №2. — С. 76—81.
- Клиническая и ферментативная дифференциальная диагностика алкоголизма и смешанных форм злоупотребления (алкоголь, седативнодействующие средства, транквилизаторы): Клинико-биохимический метод: Метод. рекомендации / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова, Т. В. Чернобровкина и др. — М., 1987. — 24 с.
- Клинический и ферментативный методы диагностики алкоголизма: Метод. рекомендации / И. Н. Пятницкая, Т. В. Чернобровкина, Н. Г. Найденова и др. — М., 1984. — 23 с.
- Ключевский В. О.* Сочинения: В 9 т. Т. 5: Курс русской истории: Ч. 5. / В. О. Ключевский. — М.: Мысль, 1937. — 476 с.
- Кнорозов Ю. В.* Письменность индейцев майя / Ю. В. Кнорозов. — М.; Л., 1963.
- Козлов А. А.* «Наркоманическая» личность / А. А. Козлов, М. Л. Рохлина // Журн. неврологии и психиатрии. — 2000. — №7. — С. 23—27.
- Колесников А.* Религия в ассортименте / А. Колесников, А. Кудрявцев // Научный парк. — 1998. — №3. — С. 62.
- Колосовская С. М.* Чумная волна / С. М. Колосовская // Смена. — 1994. — №3. — С. 30—36.
- Колупаев Г. П.* Гормональные нарушения при хронической интоксикации алкоголем / Г. П. Колупаев, В. А. Яковлев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1984. — №11. — С. 1712—1714.
- Колупаев Г. П.* Диагностика хронической интоксикации алкоголем по данным функционального состояния печени и гормональных систем / Г. П. Колупаев, В. А. Яковлев // Первый съезд психиатров социалист. стран: Тез. докл. — М., 1987. — С. 454—459.
- Колупаев Г. П.* О динамике радиоизотопных показателей печени при алкоголизме / Г. П. Колупаев // VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. — М., 1981. — Т. 1. — С. 250—252.
- Колупаев Г. П.* Радиоизотопная диагностика и некоторые данные патогенеза ранних проявлений хронической интоксикации алкоголем / Г. П. Колупаев // IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров. — М., 1980. — Т. 2. — С. 146—148.

- Колупаев Г.П.* Функциональные состояния гипоталамо-гипофизарно-гонадных систем у больных с хронической алкогольной интоксикацией / Г.П.Колупаев, В.А.Яковлев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1987. — № 11. — С. 1723—1725.
- Комб А.* Детская нервность / А.Комб. — СПб., 1904. — 110 с.
- Кондратьев Ф.В.* // Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 77—78.
- Кондратьев Ф.В.* // Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 207.
- Кондратьев Ф.В.* Проблема религиозных культовых новообразований («сект») в психолого-психиатрическом аспекте / Ф.В.Кондратьев. — М., 2000.
- Концептуальная программа профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди детей и подростков / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, О.В.Зыков и др. // Программа профилактики профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков. — Казань, 2001. — 72 с.
- Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде / Т.Б.Дмитриева, Н.В.Востронгутов, Т.Н.Дудко и др. // Рос. психиатр. журн. — 2000. — №2. — С. 4—11.
- Копыт Н.Я.* Профилактика алкоголизма / Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров. — М.: Медицина, 1986. — 240 с.
- Корнетов Н.А.* Возрастной патоморфоз темпа прогрессивности алкоголизма у больных, перенесших алкогольный делирий / Н.А.Корнетов, В.Я.Губерник, В.П.Самохвалов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1985. — Вып. 2. — С. 259—262.
- Коробицин А.А.* Экология здоровья трудоспособного населения Архангельской области / А.А.Коробицин, П.И.Сидоров, Ю.Р.Теддер. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1996. — 207 с.
- Коробкина З.В.* Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи / З.В.Коробкина, В.А.Попов. — М.: Академия, 2002. — 190 с.
- Коровин А.М.* Опыт анализа главных факторов личного алкоголизма / А.М.Коровин. — М., 1907. — С. 91.
- Короленко У.П.* Социодинамическая психиатрия / У.П.Короленко, Н.В.Дмитриева. — М.: Академический проект, 2000. — 460 с.
- Короленко Ц.П.* Транскультуральная парадигма в психиатрии и этнокультуральные аспекты алкогольного поведения у сибирских татар / Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, Х.М.Мухомедзянов // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. — 2000. — №1. — С. 43—48.
- Корчагина Г.А.* Об организации выездного наркологического отделения в сельской местности / Г.А.Корчагина, А.С.Гусев // Орг. наркол. помощи на промышл. предприятиях и в сельской местности. — М., 1984. — С. 16—19.
- Котов Г.И.* Организация наркологической помощи сельскому населению Рязанской области / Г.И.Котов // Пути совершенствования психиатр., неврол. и наркол. помощи сельскому населению. — М.; Рязань, 1982. — С. 141—143.
- Кочегуров В.Н.* Центральная гемодинамика, микроциркуляция и физическая работоспособность у больных алкоголизмом: Автореф. дис....канд. мед. наук / В.Н.Кочегуров. — М., 1979. — 26 с.
- Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования / Р.Кочюнас. — М.: Академ. проект, 1999. — 240 с.
- Кошкина Е.А.* Региональные особенности распространенности потребления алкоголя, наркотических и других одурманивающих веществ среди учащихся СПТУ / Е.А.Кошкина, М.Е.Кузнец, Т.И.Петракова // Вопр. наркологии. — 1990. — №3. — С. 30—34.
- Кошкина Е.А.* Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе / Е.А.Кошкина // Психотерапия и психофармакотерапия. — 2001. — №3. — С. 89—91.
- Кривельская Н.В.* Псевдохристианские религиозные организации России / Н.В.Кривельская, В.В.Жириновский. — М.: ЛДПР, 1997. — 71 с.
- Криштопенко Л.С.* Отдаленные результаты применения спирт-новокаиновой смеси для лечения гемангиом у детей раннего возраста / Л.С.Криштопенко, Г.Г.Шанько, Л.М.Беляева // Здравоохранение Белоруссии. — 1985. — №1. — С. 59—61.
- Крутикова-Абрамова Л.В.* Дом в Верколе: Док. повесть / Л.В.Крутикова-Абрамова. — Л.: Сов. писатель, 1988. — 376 с.
- Ксенофонтов Г.В.* Культ сумасшествия в Урало-Алтайском шаманстве / Г.В.Ксенофонтов. — Иркутск, 1929. — 19 с.
- Ксенофонтов Г.В.* Сошествие шамана в преисподнюю / Г.В.Ксенофонтов // Воинствующий атеизм. — 1931. — №12. — С. 120—145.

- Ксенофонтов Г.В.* Хрестес, шаманизм и христианство: Факты и выводы / Г.В.Ксенофонтов. — Иркутск, 1929. — 143 с.
- Ксенофонтов Г.В.* Эллэйада: Материалы по мифологии и легендарной истории якутов / Г.В.Ксенофонтов. — М.: Наука, 1977. — 248 с.
- Куницына В.* Межличностное общение / В.Куницына. — СПб.: Питер, 2001.
- Кутепов С.* Врач-терминатор / С.Кутепов // Химия и жизнь. — 1994. — №2. — С. 54–56.
- Лабораторный метод контроля устойчивости ремиссии больных алкоголизмом: Метод. рекомендации / Б.М. Кершенгольц, В.Г. Алексеев, Р.С. Тазлова и др. — Якутск, 1988. — 12 с.
- Ланда Д.* Сообщение о делах в Юкатане. 1566 г. / Д.Ланда. — М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1955. — 273 с.
- Ланкин Б.Н.* Применение этилового спирта и спиртоновокаиновых растворов в стоматологии: Обзор / Б.Н.Ланкин // Стоматология. — 1980. — №4. — С. 77–79.
- Лапин И.П.* Психологические аспекты козырей рекламы (на примере медицины) / И.П.Лапин // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — №3. — С. 87–90.
- Латенков В.П.* Биоритмы и алкоголь / В.П.Латенков, Г.Д. Губин. — Новосибирск: СО «Наука», 1984. — 175 с.
- Латенков В.П.* Способ диагностики алкоголизма / В.П.Латенков // Бюл. изобретений. — 1987. — №30. — С. 12–14.
- Латчем Р.* Алкоголизм: ведение тяжелых больных / Р.Латчем // Леч. врач. — 1999. — №4. — С. 22–24.
- Левин Б.М.* Главные факторы алкоголизации общества в условиях социальных перемен / Б.М.Левин // Социс. — 1997. — №4. — С. 102–109.
- Левонтин Р.* Генетические основы эволюции / Р.Левонтин. — М.: Мир, 1978. — 351 с.
- Лексин Е.Н.* Эпидемиологическое изучение демографической структуры больных хроническим алкоголизмом, направляемых на принудительное лечение в ЛТП Мордовской АССР / Е.Н.Лексин, М.В.Романова, С.Я.Малов // Эпидемиол. исслед. в неврологии и психиатрии. — М., 1982. — Т.2. — С. 167–169.
- Ленц В.* Медицинская генетика / В. Ленц. — М.: Медицина, 1984. — 447 с.
- Лечебная физическая культура в терапии алкогольной кардиомиопатии / П.И.Сидоров, Н.С.Ишеков, Г.Н.Ляпушкина, И.Ф.Щербаков // Патогенез, клиника, терапия алкоголизма и алкогольных психозов. — М., 1986. — С. 248–250.
- Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий / Н.Н.Иванец, А.Д.Даренский, Н.В.Стрелец, С.И.Уткин. — М., 1998. — 60 с.
- Либерализация v.s. конвенции ООН по наркотикам // ECAD Newsletter. — 2002. — Вып. 9. №55. — С.1–3.
- Липский В.* Опыт изучения алкоголизма и курения в школе ФЗУ транспорта / В.Липский, И. Тетельбаум // Здравоохранение. — 1929. — №7–8. — С. 148–156.
- Лисицын Ю.П.* Алкоголизм: Рук. для врачей / Ю.П.Лисицын, П.И.Сидоров. — М.: Медицина, 1990. — 526 с.
- Лисицын Ю.П.* Алкоголизм: Соц.-гигиен. аспекты / Ю.П.Лисицын, Н.Я.Копыт. — М.: Медицина, 1983. — 263 с.
- Лисицын Ю.П.* Здоровье человека — социальная ценность / Ю.П.Лисицын, А.В.Сахно. — М.: Мысль, 1988. — 270 с.
- Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение: Учеб. для вузов / Ю.П.Лисицын. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 508 с.
- Лисицын Ю.П.* Теория медицины на стыке веков — XX и XXI / Ю.П.Лисицын. — М.: ВУНМЦ, 1998. — 152 с.
- Личко А.Е.* Метод раннего выявления подростков и юношей с высоким риском алкоголизации в целях первичной профилактики алкоголизма / А.Е.Личко, Н.Ю.Лавкай // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1987. — Т. 87, вып. 2. — С. 247–249.
- Личко А.Е.* Подростковая наркология / А.Е.Личко, В.С.Битевский. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1991. — 301 с.
- Личко А.Е.* Подростковая психиатрия / А.Е.Личко. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
- Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е.Личко. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1983. — 255 с.
- Лопатин А.А.* Парасуициды в крупном промышленном центре Западной Сибири / А.А.Лопатин // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — №3. — С. 26–29.

- Лувсандоржийн Э. Эпидемиология, клиника и научно-организационные основы профилактики алкоголизма в Монголии (этнонаркологический аспект): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Э.Лувсандоржийн. — Томск, 1997. — 36 с.
- Лукин Ю.Ф. Архангельская область в конце XX века: религиозность, конфессии / Ю.Ф.Лукин // Религиозная жизнь Архангельского Севера: история и современность. — Архангельск, 1997. — С. 35–48.
- Лукомская М. Алкоголизм в России: социально-психологическое и клиническое исследование / М.Лукомская. — М.: Изд-во «Гуманитарий» АГИ, 1997. — 192 с.
- Лукомская М.И. Алкоголизм в общемедицинской сети (выявление, типология, лечебно-профилактические программы): Автореф. дис. ... докт. мед. наук / М.И.Лукомская. — М., 1991. — 53 с.
- Лукомская М.И. Профилактика алкоголизма в практике участкового терапевта / М.И. Лукомская, Т.А.Сибурина, М.А. Камалиев // Вопр. наркологии. — 1988. — №4. — С. 26–29.
- Лукомский И.И. Алкоголизм и аффективная патология / И.И.Лукомский // Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. — М., 1970. — С. 5–10.
- Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма / И.И.Лукомский. — М.: Медгиз, 1960. — С. 96.
- Лукьяненко В.И. Остеомелиты челюстей, их профилактика и лечение / В.И. Лукьяненко. — Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1968. — 296 с.
- Ляшенко В.А. Сравнительный анализ методик экспресс-диагностики потребления алкоголя водителями автотранспорта / В.А.Ляшенко, С.П.Мудрый, В.И.Панченко // Гигиена труда и проф. заболевания. — 1988. — №8. — С. 39–41.
- Майерс Д. Социальная психология: Учеб. пособие для студентов вузов / Д.Майерс. — СПб.: Питер, 2000. — 684 с.
- Макагон Б.Я. Организация поддерживающей терапии больных алкоголизмом в сельском районе / Б.Я.Макагон // Орг. нарколог. помощи на промышл. предприятиях и в сельской местности. — М., 1984. — С. 19–23.
- Макагон Б.Я. Ремиссии при алкоголизме (клинико-социальные аспекты у жителей города и сельского района): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.Я.Макагон. — М., 1985. — 26 с.
- Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В.Макаров. — М.: Академ. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. — 416 с.
- Макаров В.В. Развитие алкоголизма у подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В.Макаров. — Новосибирск, 1981. — 32 с.
- Макдауэлл А. Обманщики / А.Макдауэлл, А.Стюарт. — М., 1993.
- Максимова Н.Ю. О склонности подростков к аддиктивному поведению / Н.Ю.Максимова // Психол. журн. — 1996. — №3. — С. 149–152.
- Малерб М. Религии человечества / М. Малерб. — М.; СПб., 1997. — 599 с.
- Маликова Н.Н. Типология отношений студентов к наркомании / Н.Н.Маликова // Социс. — 2000. — №7. — С. 50–57.
- Малинская Н.Н. О создании средств антиалкогольного гигиенического воспитания школьников различных возрастов / Н.Н.Малинская, Н.Б.Каратаева, И.Д.Паронян // Здравоохранение РФ. — 1983. — №3. — С. 22–25.
- Мачюлис В.А. Роль антиалкогольных клубов в профилактике рецидивов алкоголизма / В.А.Мачюлис // VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл. — М., 1981. — С. 276–278.
- Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей: В 2 т. / М.Д.Машковский. — М.: Новая волна, 2000.
- Маюров А.Н. Антиалкогольное воспитание: Пособие для учителей / А.Н.Маюров. — М.: Просвещение, 1987. — 189 с.
- Маюров А.Н. Методы трезвеннического воспитания в собриологии / А.Н.Маюров // Основы собриологии, валеологии, соц. педагогики и алкол. — 1998. — №5. — С. 20–26.
- Медико-социальные направления профилактики пьянства и алкоголизма у рабочих гидролизного производства: Метод. рекомендации / И.Ф.Щербаков, И.А.Кирпич, А.Г.Соловьев др. — Архангельск, 1997. — 14 с.
- Медико-социальные последствия деструктивной деятельности тоталитарных сект: Аналитический обзор. — М., 1998.
- Медико-социальная работа в наркологии / Ю.В.Валентик, А.М.Вязьмин, О.В.Зыков, А.В.Мартыненко, П.И.Сидоров. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1997. — 126 с.

- Медков В.М. Социология семьи / В.М. Медков, А.И. Антонов. — М., 1996.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / ВОЗ. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 300 с.
- Мельников В.Ф. Закон и свобода вероисповедания / В.Ф. Мельников // Религиозная жизнь Архангельского Севера: история и современность. — Архангельск, 1997. — С. 73—85.
- Мельников В.Ф. Некоторые социально-правовые вопросы взаимоотношений между наркологическими учреждениями и промышленными предприятиями / В.Ф. Мельников, В.В. Сырейщиков, Н.Б. Никитина // Актуал. пробл. профилактики пьянства и алкоголизма: Респ. сб. науч. тр. — Ярославль, 1985. — С. 82—87.
- Мельников В.Ф. Об организации работы передвижных наркологических пунктов и кабинетов / В.Ф. Мельников, В.В. Сырейщиков // Труды V Всерос. съезда невропатологов и психиатров. — М., 1985. — Т. 1. — С. 170—175.
- Мельников В.Ф. Об организации работы передвижных наркологических пунктов и кабинетов / В.Ф. Мельников, В.В. Сырейщиков // V Всерос. съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — Т. 1. — С. 170—175.
- Мельцер И.М. Альдегидзависимые механизмы неспецифической адаптации в патогенезе вирусных гепатитов и их роль в прогнозировании течения и хронизации этих заболеваний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.М. Мельцер. — Новосибирск, 1999. — 31 с.
- Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения / В.Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
- Менделевич Д.М. Метод количественной оценки уровня социально-трудовой адаптации больных алкоголизмом / Д.М. Менделевич, А.А. Муравьев, Л.Д. Никольская // Актуал. вопр. клин. и соц. реабилитации больных алкоголизмом. — М., 1979. — С. 34—39.
- Менделевич Д.М. Некоторые аспекты противоалкогольной пропаганды среди студентов / Д.М. Менделевич, К.К. Яхин, А.А. Муравьев // Клин. аспекты алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — М., 1982. — С. 114—119.
- Миневич В.Б. Этнонаркология в контексте антропологической психологии. Сообщение. 1. Теоретический экскурс / В.Б. Миневич, О.К. Галактионов // Концептуальные вопросы наркологии: Сб. науч. тр. — М., 1995. — С. 33—37.
- Мень А.Б. История религии: В поисках Пути, Истины и Жизни. Т. 1: Истоки религии / А.Б. Мень. — М., 1991. — 286 с.
- Методические рекомендации по выявлению лиц, предрасположенных к употреблению наркотических средств: Метод. пособие / В.Ф. Егоров, В.В. Куликов, А.П. Кабалин и др. — М., 2000. — 14 с.
- Механизм формирования личности и предупреждения антиобщественного поведения молодежи: Метод. пособие / Б.С. Братусь, Ю.Г. Волков, П.И. Сидоров, С.В. Турцевич. — М.: Изд-во Акад. МВД СССР, 1984. — 219 с.
- Миллард Д.У. Эвтаназия: дебаты в Британии / Д.У. Миллард // Соц. и клин. психиатрия. — 1996. — №4. — С. 101—118.
- Миневич В.Б. Частота употребления алкоголя студентами / В.Б. Миневич, Ю.И. Прядухин // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: Респ. сб. науч. тр. — М., 1985. — С. 37—60.
- Мирошниченко Л.Д. Медицинские последствия хронического употребления алкоголя: Обзор. информ. / Л.Д. Мирошниченко, И.Г. Ураков. — М.: ВНИИМИ, 1987. — Вып. 3. — 80 с.
- Мирошниченко Л.Д. Организация антинаркотической работы с подростками / Л.Д. Мирошниченко, В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова // Педагогика. — 2000. — №9. — С. 18—26.
- Михайлов Б.П. Негативные тенденции развития наркоситуации в России и меры борьбы с незаконным оборотом наркотиков и злоупотребления ими / Б.П. Михайлов // Наркоугроза и противодействие. — М., 2000. — С. 9—27.
- Михайлов В.И. Современные проблемы реабилитации в наркологии / В.И. Михайлов, Б.А. Казаковцев, А.А. Чуркин // Наркология. — 2002. — №1. — С. 40—42.
- Михайлов. Алкоголизм среди учащихся / Михайлов // Гигиена и эпидемиология. — 1930. — №3. — С. 103—105.
- Мицкевич С.И. Мэнэрик и эмиряченье. Формы истерии в Колымском крае / С.И. Мицкевич. — Л.: Изд-во АН СССР, 1929. — 58 с.
- Мозговая О. Пока не грянул гром / О. Мозговая // Соц. защита. — 1998. — №9. — С. 34—39.
- Моисеев В.С. Алкогольная болезнь: Патогенетические, диагностические и клинические аспекты / В.С. Моисеев, П.П. Огурцов // Тер. архив. — 1997. — №12. — С. 5—12.
- Морозов Г.В. Морфинизм / Г.В. Морозов, Н.Н. Боголепов. — М.: Медицина, 1984. — 173 с.

- Морозов Г.В., Шумаков В.М. // Эпидемиология нервных и психических болезней. — М., 1979. — С. 180—183.
- Москаленко В.Д. Алкоголизм и генетика: Обзор / В.Д.Москаленко, М.М.Ванюков. — М.: ВНИИМИ, 1988. — 73 с.
- Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике внутренних болезней / В.Н.Мошков. — М.: Медицина, 1977. — 375 с.
- Муландер Е. Швеция — общество, свободное от наркотиков? / Е.Муландер // Вопр. наркологии. — 1998. — №3. — С. 64—72.
- Муратова И.Д. О клинико-социальной характеристике подростково-юношеского контингента медвытрезвителей / И.Д.Муратова, П.И.Сидоров // Профилактика, клиника и лечение алкоголизма и наркомании, орг. наркол. помощи. — М., 1977. — С. 257—260.
- Муратова И.Д. О реабилитации «угрожаемого» в отношении алкоголизма подростково-юношеского контингента / И.Д.Муратова, П.И.Сидоров // Актуал. вопр. клин. и соц. реабилитации больных алкоголизмом. — М., 1979. — С. 60—63.
- Муррей Р. Скрининг и раннее выявление нарушений, связанных с потреблением алкоголя / Р.Муррей // Нарушения, связанные с потреблением алкоголя. — Женев, 1978.
- Мухин А.С. Алкогольная болезнь печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.С.Мухин. — М., 1980. — 31 с.
- Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Р.Мэй. — М.: Класс, 1994. — 144 с.
- Надеждин А.В. Современные проблемы профилактики наркологических заболеваний / А.В.Надеждин // Наркология. — 2002. — №8. — С. 31—32.
- Надеждин А.В. Чтобы не вымерли...: О детской наркомании / А.В.Надеждин // Москва. — 2000. — №4. — С. 191—199.
- Наркомании среди работников здравоохранения / Д.Брук, Т.Льетто, К.Б.Мак-Хью и др. // Наркология. — М.: Бином, 2000. — С.78—89.
- Наркотики: социальные, медицинские и правовые аспекты: Справ. — Минск: ООО «Новое знание», 2001.
- Нарушение восприятия у больных героиновой наркоманией / Ю.Л.Арзуманов, А.А.Абакумова, И.Н.Тверицкая и др. // Рос. психiatr. журн. — 2003. — №6.
- Наумова Т.А. Количественные изменения тромбоцитов периферической крови у больных хроническим алкоголизмом и при экспериментальной алкогольной интоксикации животных / Т.А.Наумова, В.С.Глебов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1984. — №2. — С. 256—259.
- Невзоров Н.К. Борьба школы с пьянством: Доклад комиссии при Русском обществе охранения народного здоровья / Н.К.Невзоров. — СПб., 1900. — 34 с.
- Немцов А.В. Алкогольная смертность, 1980—90-е годы / А.В.Немцов. — М., 2001. — 60 с.
- Немцов А.В. Психофизиологические методы выявления влечения к алкоголю в подростково-юношеском возрасте / А.В.Немцов // V Всерос. съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — С. 98—100.
- Немцов А.В. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—2000 гг. / А.В.Немцов // Алкоголь и здоровье населения России: 1900—2000 гг. — М., 1998. — С. 98—107.
- Никитин Ю.И. Особенности потребления алкоголя коренными мужчинами Чукотки 25—64 лет / Ю.И.Никитин, С.А.Курилович, А.В.Авксентюк // Соц.-мед. проблемы пьянства и алкоголизма в регионах проживания малочисл. народов Севера, Сибири и Дальнего Востока. — Архангельск, 1992. — С. 66—72.
- Никитин Ю.И. Профилактика и лечение алкоголизма / Ю.И.Никитин. — Киев: Здоров'я, 1990. — 166 с.
- Нужный В.П. Вино в жизни и жизнь в вине / В.П.Нужный. — М.: Воронеж, 2000. — 352 с.
- Нужный В.П. Пиво: химический состав, пищевая ценность, биологическое действие / В.П.Нужный // Вопр. наркологии. — 1997. — №2. — С. 68—76.
- Нужный В.П. Химический состав и пищевые свойства вина / В.П.Нужный, И.Г.Забирова // Вопр. наркологии. — 1995. — №4. — С. 73—81.
- О наркоситуации в России // ECAD Newsletter. — 2002. — Вып. 9. №55. — С. 2.
- Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия: Приказ Минздрава РФ №245 от 13.06.96 // Здравоохранение. — 1996. — №8. — С. 121—122.

- Огурцов П.П.* Экспресс-метод диагностики хронической алкогольной интоксикации / П.Огурцов // Мед. газета. — 2001. — №2. — 17 янв.
- Огурцов П.П.* Комплекс «неинвазивных» методов выявления хронической алкогольной интоксикации / П.П.Огурцов, А.Б.Покровский, А.Е.Успенский // Алкоголь и здоровье населения России и. 1900—2000. — М., 1998. — С. 167—173.
- Огурцов П.П.* Комплекс общедоступных методов выявления регулярного употребления алкоголя / П.П.Огурцов, А.Б.Покровский, А.Е.Успенский // Алкоголь и здоровье. — М., 1997. — С. 51—53.
- Огурцов П.П.* Малодиагностируемые и опасные для жизни состояния алкогольной природы / П.П.Огурцов, И.В.Жиров // Новости науки и техники. Сер. Медицина. Вып. Алкогольная болезнь. — 2001. — №9. — С. 1—14.
- Огурцов П.П.* Неотложная алкогольная патология: Пособие для врачей многопрофильного стационара / П.П.Огурцов, И.В.Жиров. — М.: Станд-Арт, 2001. — 80 с.
- Огурцов П.П.* Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля: Метод. рекомендации №99/17/ П.П.Огурцов, В.П.Нужный. — М., 2001. — 16 с.
- Огурцов П.П.* Экспресс-диагностика состояния хронической алкогольной интоксикации у пациентов соматического стационара / П.П.Огурцов, А.Б.Покровский, В.П.Нужный // Вопр. наркологии. — 1997. — №1. — С. 52—58.
- Онищенко Г.Г.* Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации / Г.Г.Онищенко, В.Ф.Егоров // Наркология. — 2002. — №1. — С. 4—8.
- Орынбаев Т.* Лечение геморроя инъекцией склерозирующих веществ: Реферат / Т.Орынбаев, С.Шереметов, Е.Есбулганов //Здравоохранение Казахстана. — 1969. — №3. — С. 57.
- Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации / Н.А.Сирота, М.Г.Цетлин, В.М.Ялтонский и др. // Вопр. наркологии. — 2001. — №1. — С. 71—76.
- Основные результаты выполнения научных работ в рамках отраслевой научной исследовательской программы по наркологии за 1994—1995 годы / И.П.Анохина, Н.Н.Иванец, Е.В.Борисова, А.Ф.Митрейкин // Вопр. наркологии. — 1996. — №1. — С. 12—18.
- Панченко Л.Ф.* Биохимические показатели диагностики алкоголизма / Л.Ф.Панченко, В.А.Яковченко // Вопр. клиники, диагностики и профилактики алкоголизма и наркоманий. — М., 1983. — С. 101—105.
- Панченко Л.Ф.* Энзимодиагностика поражений органов и тканей при злоупотреблении алкоголем / Л.Ф.Панченко, В.Д.Антоненко, В.А.Яковченко // Этанол и обмен веществ. — Минск: Наука и техника, 1982. — С. 143—160.
- Пауков В.С.* Патологическая анатомия алкогольной болезни / В.С.Пауков, А.И.Угрюмов // Алкоголь и здоровье населения России. 1900—2000. — М., 1998. — С. 202—204.
- Пащенко В.П.* Количественная оценка свойств сыворотки крови и некоторых биологически активных веществ с помощью тканевых культур // Материалы по актуал. вопр. соврем. гистопатологии. — М., 1978. — С. 26—27.
- Пащенко В.П.* Влияние сыворотки крови больных алкоголизмом на репродуктивную активность фибробластов эмбрионов человека / В.П.Пащенко, П.И.Сидоров, Н.С.Ишеков // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1984. — №2. — С. 240—243.
- Пащенко В.П.* Влияние сыворотки крови больных алкоголизмом на репродуктивную активность эмбриональных клеток человека / В.П.Пащенко, П.И.Сидоров, Н.С.Ишеков // Материалы по актуал. вопр. соврем. гистопатологии. — М., 1981. — С. 79—80.
- Пезешкиан Н.* Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия / Н. Пезешкиан. — М.: Прогресс, 1992. — 240 с.
- Пелипас В.Е.* Государственная статистика в области оборота и последствий потребления алкогольной продукции как основа формирования государственной алкогольной политики и законодательства / В.Е.Пелипас, Л.Д.Мирошниченко // Вопр. наркологии. — 1997. — №3. — С. 71—85.
- Пелипас В.Е.* Зарубежная антинаркотическая политика / В.Е.Пелипас, И.О.Соломанидина // Вопр. наркологии. — 1998. — №2. — С. 82—95.
- Пелипас В.Е.* О сленге наркоманов / В.Е.Пелипас // Вопр. наркологии. — 1999. — №2. — С. 74—76.
- Пелипас В.Е.* Обзор зарубежной антинаркотической политики / В.Е.Пелипас, И.О.Соломанидина // Лекции по наркологии. — М., 2000.

- Пелипас В.Е.* Основы формирования этических отношений в области оказания психологической помощи / В.Е.Пелипас // Лекции по наркологии. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 325—339.
- Пелипас В.Е.* Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков / В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин // Вопр. наркологии. — 1998. — №4. — С. 70—76; 1999. — №3—4. — С. 60—69; 2000. — №2. — С. 54—60.
- Пелипас В.Е.* Современный зарубежный опыт страхования больных алкоголизмом и лиц с алкогольными проблемами / В.Е.Пелипас // Вопр. наркологии. — 1997. — №4. — С. 76—89.
- Пелипас В.Е.* Этические проблемы практической наркологии / В.Е.Пелипас // Вопр. наркологии. — 1998. — №1. — С. 75—94.
- Перекисное окисление липидов и состояние системы антипероксидальной защиты плазмы крови у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами / Л.Ф.Панченко, С.В.Пирожков, А.В.Немоловский и др. // Вопр. наркологии. — 1998. — №1. — С. 50—53.
- Петракова Т.И.* Опыт построения обучающей программы первичной профилактики алкогольных и наркотических проблем среди подростков / Т.И.Петракова // Вопр. наркологии. — 1993. — №3. — С. 64—70.
- Петракова Т.И.* Руководство по профилактике наркоманий среди детей и подростков / Т.И.Петракова. — М.: НИИ наркологии МЗ РФ, 2000. — 170 с.
- Петренко В.Ф.* Психосемантика сознания / В.Ф.Петренко. — М.: Изд-во МГУ, 1988.
- Петрикас А.Ж.* Стоматологические аспекты проблемы алкоголизма. Ч. 1. Фармакология и токсикология этанола / А.Ж.Петрикас // Стоматология. — 1981. — №4. — С. 77—80.
- Петровская О.В.* Профессия — консультант / О.В.Петровская // Вопр. наркологии. — 1998. — №4. — С. 63—66.
- Петровский К.С.* Алкогольные напитки / К.С.Петровский // Большая медицинская энциклопедия. — М., 1956. — Т. 1. — С. 762—764.
- Поддержание ремиссий при алкоголизме и их ферментативный контроль: Метод. рекомендации / Г.Н.Соцевич, И.Н.Пятницкая, И.Н.Александрова, Н.Г.Найденова. — М., 1984. — 17 с.
- Позднякова М.Е.* Дети подземелья / М.Е.Позднякова // Наркомания: ситуация, тенденции и проблемы: Сб. ст. — М., 1999. — С. 73—86.
- Позднякова М.Е.* Наркология как социальная проблема / М.Е.Позднякова // Россия: риски и опасности «переходного общества»: Сб. науч. тр. — М., 2000. — С. 106—130.
- Позднякова М.Е.* Социологический анализ наркомании / М.Е.Позднякова. — М., 1995. — 146 с.
- Позднякова М.Е.* Наркомания как социальная проблема / М.Е.Позднякова // Россия: риски и опасности. — М., 1998.
- Покровская А.М.* Диагностика и профилактика хронической алкогольной интоксикации у авиационных специалистов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М.Покровская. — М., 1988. — 22 с.
- Покровская А.М.* Диагностика хронической алкогольной интоксикации: Метод. рекомендации / А.М.Покровская, Т.В.Чернобровкина, Л.О.Белоусова. — М., 1984. — С. 17—43.
- Покровский В.В.* Эпидемия инфекций, переходящих парентеральным путем, среди потребителей психоактивных веществ / В.В.Покровский, Г.М.Кожевникова // Вопр. наркологии. — 1998. — №1. — С. 41—49.
- Полищук Ю.И.* // Мед. газ. — 1998. — №8. — С. 5.
- Полищук Ю.И.* Психические расстройства, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные секты / Ю.И.Полищук // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. — 1995. — №1. — С. 14—20.
- Полтавец В.И.* Роль толерантности к этанолу в реализации наследственного предрасположения к алкоголю / В.И.Полтавец // Цитология и генетика. — 1985. — №3. — С. 187—193.
- Поплевченков Н.А.* Выявление и профилактика злоупотребления алкоголем в практике семейных врачей: постановка проблемы / Н.А.Поплевченков // Вопр. наркологии. — 1998. — №2. — С. 34—39.
- Поплевченков Н.А.* Работа учреждений первичной медицинской помощи по профилактике и лечению алкогольных проблем у своих пациентов / Н.А.Поплевченков // Алкогол. болезнь: РЖ. — 2000. — №9. — С. 1—6.
- Поплевченков Н.А.* Скрининг лиц, злоупотребляющих алкоголем, в практике врачей общелечебной и семейной поликлиник / Н.А.Поплевченков // Вопр. наркологии. — 1999. — №2. — С. 39—44.
- Поплевченков Н.А.* Скрининг лиц, злоупотребляющих алкоголем, и профилактика алкоголизма в общемедицинской практике / Н.А.Поплевченков, М.Г.Цетлин // XII съезд психиатров России. — М., 1995. — С. 810—811.

- Поплевченков Н.А.* Скрининг лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди амбулаторных соматических больных и дифференцированная профилактическая работа с ними / Н.А.Поплевченков, М.Г.Цетлин // *Вопр. наркологии.* — 1993. — №3. — С. 22–28.
- Поплевченков Н.А.* Скрининг лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди амбулаторных больных и дифференцированная психокоррекционная работа с ними: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А.Поплевченков. — М., 1994. — 165 с.
- Попов А.А.* Получение «шаманского дара» у вилюйских якутов / А.А.Попов // *Тр. Ин-та этнографии.* — М., 1947. — Т. 2. — С. 282–293.
- Попов И.С.* Терапия генитального и анального зуда / И.С.Попов, В.И.Сербин // *Врачеб. дело.* — 1968. — №4. — С. 149–151.
- Попов Ю.В.* Многомерная диагностика психопатических нарушений у подростков / Ю.В.Попов // *Психологии и психосоматические расстройства.* — Тарту, 1988. — С. 342–350.
- Портнов А.А.* Клиника алкоголизма / А.А.Портнов, И.Н.Пятницкая. — Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1973. — 368 с.
- Портнов В.А.* Генетика алкоголизма / В.А.Портнов // *Итоги науки и техники. Сер. Токсикология.* — М., 1979. — Т. 11. — С. 4–45.
- Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / С.В.Березин, К.С.Лисецкий, Е.А.Назаров и др. — М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2001. — 242 с.
- Привалов Х.Б.* Секты: досье страха / Х.Б.Привалов. — М., 1987.
- Принципы диагностики психотических расстройств, вызываемых злоупотреблением психоактивными веществами / Т.Б.Дмитриева, А.Л.Игонин, Т.В.Клименко и др. // *Наркология.* — 2002. — №10. — С. 2–8.
- Причины и особенности алкоголизации в подростково-юношеском возрасте. Научный обзор / Н.Я.Копыт, И.Д.Муратова, П.И.Сидоров, Е.С.Скворцова. — М.: ВНИИМИ, 1980. — 61 с.
- Причины смерти больных хроническим алкоголизмом / Г.Т.Красильников, А.Л.Косачев, Я.А.Горбатовский и др. // *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* — 1984. — №2. — С. 253–256.
- Профилактика наркомании у подростков / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, И.И.Хамсилина, Н.С.Видерман. — М.: Генезис, 2001. — 216 с.
- Профилактика токсикомании у детей и подростков / З.А.Блистинова, А.Г.Грачева, О.В.Зыков и др. // *Рос. педиатр. журн.* — 2000. — №2. — С. 54–55.
- Пряжков И.* История кабаков в России / И. Пряжков. — М., 1992. — 379 с.
- Прядухин Ю.И. Опыт организации наркологической помощи в Томской области / Ю.И.Прядухин // *Актуал. вопр. психиатрии.* — Томск, 1983. — Вып. 1. — С.54–56.
- Прядухин Ю.И.* Программы реабилитации больных алкоголизмом в стационарах при промышленных предприятиях / Ю.И.Прядухин, А.Т.Шумаков // *V Всерос. съезд невропатологов и психиатров.* — М., 1985. — Т. 1. — С.173–175.
- Прядухин Ю.И.* Районный центр профилактики пьянства и алкоголизма / Ю.И.Прядухин // *Актуал. проблемы профилактики пьянства и алкоголизма.* — Ярославль, 1985. — С. 90–93.
- Психология личности: Тексты / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, А.А.Пузырея. — М.: Изд-во МГУ, 1982. — 287 с.
- Психология: Учебник для экон. вузов / Под общ. ред. В.Н.Дружинина. — СПб.: Питер, 2001. — 672 с.
- Пятницкая И.Н.* Алкоголизм: энзимодиагностические критерии здоровья и болезни (экспериментально-теоретический аспект) / И.Н.Пятницкая, Т.В.Чернобровкина, И.И.Горюшкин // *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* — 1984. — №2. — С. 229–231.
- Пятницкая И.Н.* Диагностика опийной наркомании (наркомании морфийного типа). Клинико-биохимический метод: Метод. рекомендации / И.Н.Пятницкая, Н.Г.Найденова, Т.В.Чернобровкина. — М., 1986. — 14 с.
- Пятницкая И.Н.* Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма / И.Н.Пятницкая. — М.: Медицина, 1988. — 285 с.
- Пятницкая И.Н.* Клиническая наркология / И.Н.Пятницкая. — Л.: Медицина. Ленингр. отделение, 1975. — 332 с.
- Пятницкая И.Н.* Наркомании: Рук. для врачей / И.Н.Пятницкая. — М.: Медицина, 1994. — 540 с.

- Пятницкая И.Н. Определение стадий хронического алкоголизма: Метод. рекомендации / И.Н.Пятницкая, Д.Д.Еникеева. — М., 1985. — 14 с.
- Пятницкая И.Н. Первичная профилактика наркотизма / И.Н.Пятницкая // Наркология. — 2002. — №8. — С. 19–25.
- Пятницкая И.Н. Подростковая наркология: Рук. для врачей / И.Н.Пятницкая, Н.Г.Найденова. — М.: Медицина, 2002. — 252 с.
- Пятницкая И.Н. Энзимологические критерии алкоголизма / И.Н.Пятницкая, Т.В.Чернобровкина, И.И.Горюшкин // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1985. — №7. — С. 1051–1053.
- Рабочая книга практического психолога: Пособие для специалистов, работающих с персоналом / Под ред. А.А. Бодалева, А.А.Деркача, Л.Г.Лаптева. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. — 640 с.
- Разводовский Ю.Э. Кросс-культуральные аспекты формирования алкогольной зависимости / Ю.Э. Разводовский // Соц. и клин. психиатрия. — 2003. — №1. — С. 111–114.
- Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф.Райс. — СПб.: Питер, 2000. — 624 с.
- Ранняя диагностика злоупотребления психоактивными веществами в практике военно-врачебной экспертизы: Метод. указания МЗ РФ и МО РФ / В.В.Куликов, В.Ф.Егоров, С.В.Литвинцев и др. — М., 2000. — 38 с.
- Расулов А.Р. Этиловый спирт как источник парентерального питания у хирургических больных / А.Р. Расулов //Здравоохранение Туркменистана. — 1980. — №10. — С. 41–42.
- Рачек П.М. К вопросу о внутривенном алкогольно-гексеналовом наркозе / П.М.Рачек // Хирургия. — 1949. — №11. — С. 75–77.
- Ревенко В.И. Концептуальные подходы к организации лечебно-реабилитационной работы, реализуемые национальным бюро по наркотикам РФ / В.И.Ревенко, В.Г.Москвичев, В.Н.Карлов //Вопр. наркологии. — 1999. — №1. — С. 22–24.
- Рожнов В.Е. Пророки и чудотворцы: Этюды о мистицизме / В.Е.Рожнов. — М., 1977. — 175 с.
- Розенфельд Л.Г. Организация противоялкогольной работы в сельской местности / Л.Г.Розенфельд // Сов. здравоохранение. — 1983. — №3. — С. 41–45.
- Розенфельд Л.Г. Особенности профилактики алкоголизма и пьянства в условиях сельской местности / Л.Г.Розенфельд // Здравоохранение РФ. — 1986. — №5. — С. 27–31.
- Розенфельд Л.Г. Сердечно-сосудистые заболевания у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками / Л.Г.Розенфельд // Комплекс. соц.-гигиен. исслед. — М.; Ростов-н-Д, 1983. — С. 121–124.
- Романов С. История русской водки / С. Романов. — М.: Вече, 1998.
- Романова О.Л. Американская антинаркотическая программа взаимной помощи среди подростков / О.Л.Романова, Т.И.Петракова // Вопр. наркологии. — 1992. — №3–4. — С. 143–148.
- Ростарчук Н.С. Общественное здоровье подростков в зеркале российской прессы / Н.С. Ростарчук // Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. — М., 1999. — С. 150–155.
- Рохлина М.Л. Наркомании / М.Л.Рохлина, А.А.Козлов. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
- Рушайло В.Б. Терроризм // Независимая газета. — 2001. — 13 сент.
- Рыбаков Ф.Е. Наследственность и алкоголизм / Ф.Е.Рыбаков // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1910. — №10. — С. 338.
- Рыбакова Л.Н. Различия между мальчиками и девочками в потреблении алкоголя / Л.Н.Рыбакова // Пробл. медико-соц. реабилитации больных в психиатрии и наркологии. — М., 1992. — С. 90–93.
- Рыбакова Л.Н. Реабилитация больных наркоманиями в условиях тюрьмы: немецкий опыт / Л.Н. Рыбакова // Вопр. наркологии. — 1998. — №3. — С. 36–42.
- Рябов Г.А. Общий циркулирующий альбумин как критерий косвенной оценки эффективности парентерального питания / Г.А.Рябов, И.И.Юрасов, Ю.Г.Емцов // Анестезиология и реаниматология. — 1978. — №4. — С. 50–51.
- Савина Е. Христианские источники программы «12 шагов» / Е.Савина // Моск. психотерапевт. журн. — 1994. — №4. — С. 199–201.
- Савчикова Л.В. Критерии эффективности лечения хронического алкоголизма в условиях Заплярного территориально-промышленного комплекса: Дис. ... канд. мед. наук / Л.В.Савчикова. — Архангельск, 2000. — 123 с.
- Савчук Б.Д. Гнойный перитонит / Б.Д.Савчук. — М.: Медицина, 1979. — 191 с.

- Савчук С.А. Обнаружение летучих токсических веществ в биологических жидкостях организма методами газовой хроматографии и хромато-масс-спектрометрии / С.А.Савчук, А.Н.Веденин, Б.Н.Изотов // Наркология. — 2002. — №3. — С. 37–45.
- Салтман Р.Б. Реформы систем здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. / Р.Б.Салтман, Дж.Фигейрас. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. — 432 с.
- Сандерс Д.Б. Концепция алкогольной зависимости: связь патологии с типами зависимости / Д.Б.Сандерс, М.Грант // Вопр. наркологии. — 1999. — №1. — С. 25–31.
- Сандлер М.В. Пропаганда здорового, трезвого образа жизни / М.В.Сандлер. — Магадан: Магадан. кн. изд-во, 1988. — 52 с.
- Сандуляк Л.И. Влияние глюкозы и молочной кислоты на инсулиндепонирующую функцию эритроцитов / Л.И.Сандуляк // Физиол. журн. — 1981. — №6. — С. 822–825.
- Санецкий И.В. Психологическое обеспечение стабилизации генеративного здоровья России с целью быстрого выхода из демографического кризиса / И.В.Санецкий // Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. — М., 1999. — С. 44–47.
- Сатир В. Как строить себя и свою семью / В.Сатир. — М.: Педагогика-Пресс, 1992. — 190 с.
- Северный А.А. Некоторые организационно-методические проблемы профилактики наркомании у детей и подростков / А.А.Северный, Ю.С.Шевченко // Наркология. — 2002. — №8. — С. 42–48.
- Семке В.Я. Превентивная психиатрия / В.Я.Семке. — Томск: Изд-во Томск. ун-та, 1999. — 403 с.
- Семке В.Я. Реалии и перспективы транскультуральной наркологии / В.Я.Семке // Наркология. — 2003. — №1. — С. 44–48.
- Семке В.Я. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья / В.Я.Семке // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. — 2000. — №1. — С. 4–9.
- Сергеев П.В. Распределение и метаболизм этанола и барбитуратов в организме при их совместном применении / П.В.Сергеев, Т.В.Чернобровкина // Фармакология и токсикология. — 1975. — №6. — С. 737–746.
- Сигал Б.С. Участие медработников в алкоголизации населения / Б.С.Сигал // Вопр. здравоохранения. — 1929. — №14. — С. 39–45.
- Сидоров П.И. Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов мед. вузов: В 2 т. / П.И. Сидоров, А.В. Парняков; Под ред. В.В.Макарова. — М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
- Сидоров П.И. Врач и больной — партнерство на равных / П.И.Сидоров // Открытый диалог в психиатрической практике Баренц-региона. — Архангельск: Изд-во СГМУ, 2003. — С. 5–7.
- Сидоров П.И. Жизнеобеспечение в чрезвычайных ситуациях на Европейском Севере России / П.И.Сидоров // Вестн. РАМН. — 2002. — №11. — С. 28–31.
- Сидоров П.И. Клинико-социальные аспекты алкоголизации и алкоголизма в подростково-юношеском возрасте: Дис. ... канд. мед. наук / П.И.Сидоров. — Л., 1979.
- Сидоров П.И. Клиническая психология: Учебник / П.И.Сидоров, А.В.Парняков. — 2-е изд., доп. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 864 с.
- Сидоров П.И. Кристаллографическое исследование сыворотки крови больных хроническим алкоголизмом / П.И.Сидоров, И.А.Кирпич, А.П.Волчецкий // Наркология. — 2002. — №1. — С. 9–14.
- Сидоров П.И. Механизмы реактивности и проблемы сохранения здоровья / П.И.Сидоров, С.Л.Совершаева // Физиологические основы здоровья человека. — СПб.; Архангельск, 2001. — С. 630–673.
- Сидоров П.И. Наркологическая превентология / П.И. Сидоров. — М.: Гениус, 2005. — 797 с.
- Сидоров П.И. Наркомания у подростков / П.И.Сидоров, Г.Я.Юзефович. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1998. — 108 с.
- Сидоров П.И. Некоторые особенности алкоголизации девочек-подростков / П.И.Сидоров, Н.Е.Лушев // Патогенез, клиника, терапия алкоголизма и алкогольных психозов. — М., 1986. — С.146–148.
- Сидоров П.И. Общественное здоровье и социальные недуги / П.И.Сидоров, В.Т.Ганжин. — М.: Изд-во АГМА, 1996. — 320 с.
- Сидоров П.И. Основные направления этнопсихиатрических исследований у народностей Севера / П.И.Сидоров, А.Н.Давыдов // Обзорение психиатрии и мед. психологии. — 1991. — №1. — С. 15–26.

- Сидоров П.И.* Особенности клиники и диагностики алкоголизма в подростково-юношеском возрасте / П.И.Сидоров // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании у несовершеннолетних. — М., 1979. — Вып. 4. — С. 84–86.
- Сидоров П.И.* Открытый диалог / П.И.Сидоров, Я.Сейкулла, Т.Андерсон. — Архангельск: Изд-во СГМУ, 2003. — 367 с.
- Сидоров П.И.* Патокинез алкоголизма у подростков и организация ранней профилактики в условиях Европейского Севера: Дис. ... докт. мед. наук / П.И.Сидоров. — Л., 1986.
- Сидоров П.И.* Преподавание наркологии и антиалкогольное воспитание студентов-медиков / П.И. Сидоров // Здравоохранение РФ. — 1990. — №9. — С. 25–30.
- Сидоров П.И.* Проблемы подростковой наркологии / П.И.Сидоров, И.А.Никифоров // Вопр. наркологии. — 1989. — №3. — С. 22–26.
- Сидоров П.И.* Психический терроризм — несмертельное оружие массового поражения// Российский психиатрический журнал. — 2005. — №3. — С.28–34.
- Сидоров П.И.* Психическое здоровье ветеранов афганской войны / П.И.Сидоров, С.В.Литвинцев, М.Ф.Лукманов. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. — 384 с.
- Сидоров П.И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / П.И.Сидоров. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — 144 с.
- Сидоров П.И.* Ранний алкоголизм / П.И.Сидоров, А.В.Митюхляев. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. — 303 с.
- Сидоров П.И.* Саморазрушающее поведение у подростков как интегральное качество девиантного образа жизни / П.И.Сидоров // Саморазрушающее поведение у подростков. — Л., 1991. — С. 15–21.
- Сидоров П.И.* Совершенствование структуры подростковой наркологической службы / П.И.Сидоров, И.А.Никифоров // Здравоохранение РФ. — 1988. — №9. — С. 35–41.
- Сидоров П.И.* Соматогенез алкоголизма: Рук. для врачей / П.И.Сидоров, Н.С.Ишеков, А.Г.Соловьев. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 270 с.
- Сидоров П.И.* Социально-психологические аспекты сектантства / П.И.Сидоров, А.Г.Соловьев, Р.А.Бабкин // Рос. психиатр. журн. — 2001. — №3. — С. 29–33.
- Сидоров П.И.* Социально-психологический скрининг-тест алкоголизма у плавсостава / П.И.Сидоров, А.Г.Калинин // Психол. исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989. — С. 44–48.
- Сидоров П.И.* Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ / П.И.Сидоров // Рук. по соц. психиатрии. — М., 2001. — С. 219–233.
- Сидоров П.И.* Способ определения индивидуально-допустимой дозы алкоголя, не вызывающей отрицательной реакции организма человека / П.И.Сидоров, Н.Ю.Лабутин, Н.С.Ишеков // Бюл. изобретений. — 1999. — №29.
- Сидоров П.И.* Стратегии развития социальной наркологии / П.И.Сидоров // Рос. психиатр. журн. — 2000. — №5. — С. 5–6.
- Сидоров П.И.* Синергетическая концепция зависимого поведения// Экология человека. — 2005. — №10. — С. 27–32.
- Симонов Е.А.* Обнаружение морфина и кодеина в волосах и ногтях наркоманов / Е.А.Симонов, Б.Н.Изотов // Вопр. наркологии. — 1993. — №4. — С. 52–59.
- Синицкий В.Н.* Пьянство и алкоголизм: Мед.-биол. аспекты / В.Н.Синицкий. — Киев: Наук. думка, 1988. — 124 с.
- Сирота Н.А.* Базисные основы копинг-профилактики / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, И.И. Хажиллина // Наркоугроза. — М., 2000.
- Сирота Н.А.* Мотивация в контексте первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский // Наркология. — 2002. — №8. — С. 26–30.
- Сирота Н.А.* Проект первичной профилактики употребления психоактивных веществ в школьной среде / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, И.Баушева // Народное образование. — 2001. — №5. — С. 242–246.
- Сирота Н.А.* Профилактика рецидивов / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский // Наркология. — 2003. — №2. — С. 43–47.
- Скворцова Е.С.* Социально-гигиенические аспекты потребления алкоголя, наркотически действующих веществ, курения среди подростков-школьников РФ: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.С.Скворцова. — М., 1997. — 38 с.

- Скворцова Е.С. Факторы риска (курение, алкоголизация, наркотизация) в образе жизни современных подростков / Е.С.Скворцова // Актуал. проблемы мед.-соц. реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. — М., 1994. — С. 55—59.
- Скородумов А.А. Социально-психологические предпосылки вовлечения в религиозные секты / А.А.Скородумов // Вестн. психосоц. и коррекционно-реабилитационной работы. — 1997. — №2. — С. 57—65.
- Смирнова Н.Л. Образ умного человека: российское исследование / Н.Л.Смирнова // Рос. менталитет: Вопросы психол. теории и практики. — М., 1997.
- Содержание продуктов перекисного окисления липидов, церулоплазмينا и активность каталазы в крови у подростков, вдыхающих с целью одурманивания пары летучих органических веществ / А.В.Сморodin, М.А.Штарберг, С.А.Штарберг и др. // Вопр. наркологии. — 1999. — №4. — С. 43—45.
- Сосин И.К. Преподавание наркологии в системе подготовки и воспитания врача / И.К.Сосин // Актуал. пробл. наркологии. — Киев, 1986. — С. 27.
- Состояние красной крови и эритропоэза у больных алкоголизмом / Г.Н.Дегтева, П.И.Сидоров, А.Г.Марачев и др. // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1987. — №2. — С. 230—235.
- Состояние обеспеченности организма тиаминном в динамике острых алкогольных психозов / П.И.Сидоров, Е.Р.Бойко, А.Г.Соловьев, И.А.Кирпич // Бюл. эксперим. биологии и медицины. — 1996. — №2. — С. 604—610.
- Соцевич Г.Н. Пути совершенствования наркологической помощи населению Российской Федерации / Г.Н.Соцевич, Г.М.Энтин // Организация наркологической помощи на промышленных предприятиях и в сельских местностях. — М., 1983. — С. 6—9.
- Социально-психологические и клинические данные об алкоголизации молодежного коллектива / Ю.Е. Рахальский, Л.Л. Богомолов, Р.П. Жирков, А.Н. Саньков // Патогенез алкоголизма. — Орск, 1977. — С. 56—61.
- Способ диагностики алкоголизма / Т.В.Чернобровкина, И.Н.Пятницкая, В.В.Куликов и др. // Бюл. изобретений. — 1980. — №34.
- Способ диагностики алкоголизма / А.Е.Коваленко, А.И.Белкин, А.Е.Бобров и др. // Бюл. изобретений. — 1985. — №28. — С. 112—113.
- Спрангер Б.Е. Анализ состояния обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире / Б.Е.Спрангер // Вопр. наркологии. — 1994. — №1. — С. 82—85.
- Спрангер Б.Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков / Б.Спрангер // Вопр. наркологии. — 1993. — №3. — С. 47—53.
- Сравнительная характеристика распространенности употребления психоактивных веществ среди подростков, городских и сельских жителей Московской области / Е.С.Скворцова, О.А.Шелонина, С.М.Крошнин, Е.В.Романова // Наркология. — 2002. — №11. — С. 8—11.
- Сравнительное исследование копинг-стратегий больных алкоголизмом и здоровых / В.М.Ялтонский, Н.А.Сирота, Н.С.Видерман, Р.Д.Дорофеева // Вопр. наркологии. — 1999. — №4. — С. 50—54.
- Сравнительное экспериментальное исследование фетотоксического действия коньяка, виски и раствора ректификованного пищевого спирта / В.П.Нужный, Ю.А.Львова, И.Г.Забилова и др. // Наркология. — 2003. — №8. — С. 24—29.
- Сравнительный анализ выявления опиатов методами иммуноферментной и тонкослойной хроматографии / М.А.Мягкова, М.В.Лушникова, О.Ю.Полевая и др. // Вопр. наркологии. — 1992. — №1. — С. 59—61.
- Станкушев Т.А. Наркомании / Т.А.Станкушев. — София, 1982. — 220 с.
- Старобинский И.М. Хирургическая стоматология поликлинического врача / И.М. Старобинский. — М.: Медицина, 1977. — 223 с.
- Столяренко Л.Д. Основы психологии / Л.Д.Столяренко. — Ростов-н-Д.: Феникс, 1999. — 672 с.
- Сторожок С.А. Изменения в системе красной крови при хронической алкогольной интоксикации / С.А.Сторожок, Л.А.Печников // Материалы I Всесоюз. съезда гематологов и трансфузиологов. — Баку, 1979. — С. 165.
- Стрельчук И.В. О некоторых особенностях клиники и терапии хронического алкоголизма в возрастном аспекте // Тез. докл. III Всерос. съезда невропатологов и психиатров. — М., 1974. — Т. 3. — С. 74—79.

- Судаков К.В. Динамические стереотипы, или информационные отпечатки действительности / К.В.Судаков. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 128 с.
- Судаков К.В. Гипоталимические пейсмекеры биологических мотиваций как основа формирования алкогольного влечения / К.В.Судаков // Наркология. — 2002. — №2. — С. 15–30.
- Судаков К.В. Доминирующая мотивация / К.В.Судаков. — М.: Изд-во РАМН, 2003. — 236 с.
- Сырцов Л.Е. Возможности и необходимость сотрудничества государственной системы здравоохранения России и Русской православной церкви по профилактике социально значимых заболеваний / Л.Е.Сырцов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2000. — №1. — С. 12–14.
- Сытинский И.А. Биохимические основы действия этанола на центральную нервную систему / И.А.Сытинский. — М., 1980. — 191 с.
- Сычева В.А. Морфологические особенности крови у больных алкоголизмом и алкогольными психозами: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / В.А.Сычева. — М., 1975. — 33 с.
- Теребихин Н.И. Сакральная география Русского Севера (религиозно-мифологическое пространство северорусской культуры) / Н.И.Теребихин. — Архангельск, 1993.
- Тихомирова Л.Ф. Распространенность вредных привычек среди врачей / Л.Ф.Тихомирова // Актуал. пробл. профилактики пьянства и алкоголизма: Респ. сб. науч. тр. — Ярославль, 1985. — С. 27–29.
- Ткаченко Г.Б. Роль системы здравоохранения в укреплении здоровья детей, подростков и молодежи / Г.Б.Ткаченко // Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. — М., 1999. — С. 103–111.
- Топоров В.Н. Семантика мифологических представлений о грибах / В.Н.Топоров // Balcanica. — М., 1979.
- Транскультуральные аспекты стиля потребления алкоголя и табакокурения населением Европейского Севера России и Севера Норвегии / П.И.Сидоров, А.Г.Калинин, О.Нильссен, Т.Бренн // Наркология. — 2002. — №7. — С.13–16.
- Трезвость: иллюзии и реальность / Ред. В.И.Тарасенко. — Киев: Наук. думка, 1991. — 192 с.
- Тростанецкая Г.Н. Деятельность системы Минобразования России и проведении антинаркотической работы в образовательной среде / Г.Н.Тростанецкая // Наркология. — 2002. — №8. — С. 2–4.
- Трубецков Д.И. Введение в синергетику. Хаос и структуры/ Д.И.Трубецков. — М.: Едиторная УРСС, 2004. — 240с.
- Труханов М. Как спастись в современном мире / М.Труханов. — М., 1993. — 174 с.
- Тхостов А.Ш. // Независим. психиатр. журн. — 1993. — №1. — С. 5–22.
- Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система / А.Ш.Тхостов // Вест. МУ. Сер. 14. Психология. — 1993. — №1. — С. 3–16; №4. — С. 13–24.
- Угринович Д.М. Психология религии / Д.М.Угринович. — М.: Политиздат, 1986. — 350 с.
- Ульянкина Т.И. История опиумных препаратов и проблема возникновения наркомании / Т.И.Ульянкина // Рус. мед. журн. — 1997. — №14. — С. 905–910.
- Ураков И.Г. Хронический алкоголизм / И.Г.Ураков, В.В.Куликов. — М.: Медицина, 1979. — 167 с.
- Успенский А.Е. Алкоголь и действие лекарств / А.Е.Успенский, В.П.Листвина // Вопр. наркологии. — 1988. — №3. — С. 51–56.
- Успенский А.Е. Биологические маркеры употребления алкоголя / А.Е.Успенский // Клин. медицина. — 1986. — №6. — С. 128–135.
- Успенский А.Е. Токсикологическая характеристика этанола / А.Е.Успенский // Итоги науки и техники. Токсикология. — М., 1984. — Т. 13. — С. 6–56.
- Фаркашфалви К. Наркологическая подготовка врачей общей лечебной сети городского района / К.Фаркашфалви, Д.Бодор // Вопр. наркологии. — 1993. — №2. — С.83.
- Фаустов Э. Религиозность студентов и наркомания / Э.Фаустов // Высш. образование в России. — 2001. — №1. — С. 95–99.
- Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Л.Фестингер. — СПб.: Речь, 2000. — 317 с.
- Фикс Д.Ф. Энциклопедия оздоровительного бега / Д.Ф.Фикс // Физкультура и спорт. — 1981. — №5. — С. 20–21.
- Флоренская Т.А. Диалог как метод психологии консультирования (духовно ориентированный подход) / Т.А. Флоренская // Психол. журн. — 1994. — №5. — С. 44–55.

- Хасанов И.Р. Особенности корково-подкорковых взаимоотношений при хроническом алкоголизме и при острых алкогольных психозах / И.Р.Хасанов // Здравоохранение Таджикистана. — 1979. — №4. — С. 18–22.
- Целинский Б.П. Борьба с незаконным оборотом наркотиков и злоупотреблением ими в 1997 г. / Б.П.Целинский // Вопр. наркологии. — 1998. — №2. — С. 15–18.
- Цетлин М.Г. О некоторых аспектах организации наркологической помощи в ФРГ / М.Г.Цетлин, О.В.Зыков // Вопр. наркологии. — 1993. — №2. — С. 81–82.
- Цетлин М.Г. Современные подходы к выявлению потребителей наркотических средств в медицинских учреждениях: Метод. указания №99–73 МЗ РФ / М.Г.Цетлин, М.Л.Рохлина, Н.В.Стрелец. — М., 1999. — 20 с.
- Цетлин М.Г. Состояние наркологической помощи несовершеннолетним в Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию / М.Г.Цетлин // Вопр. наркологии. — 1997. — №4. — С. 31–36.
- Чемный А.Б. Иммунологический метод диагностики хронического алкоголизма / А.Б.Чемный // Факторы естеств. иммунитета при ранних физиол. и патол. состояниях. — Челябинск, 1982. — Вып. 8. — С. 144–145.
- Черкасова А.Е. Русская православная церковь в борьбе с алкоголизмом / А.Е. Черкасова // Здравоохранение РФ. — 2000. — №1. — С. 20–21.
- Чернобровкина Т.В. Активность креатинфосфокиназы и ее изоферментов в сыворотке крови больных алкоголизмом, токсикоманией и наркоманией / Т.В.Чернобровкина // Пробл. наркологии. — М., 1990. — С. 148–152.
- Чернобровкина Т.В. Биологические маркеры злоупотребления наркотически действующими веществами у подростков / Т.В.Чернобровкина, И.В.Аркавый // Здоровый образ жизни: Материалы междунар. симп. — Л., 1990. — С. 182.
- Чернобровкина Т.В. Гамма-глутамилтрансфераза. Роль в патогенезе алкоголизма, токсикомании и наркоманий / Т.В.Чернобровкина // Итоги науки и техники. — М., 1989. — С. 200.
- Чернобровкина Т.В. К вопросу о биологической эволюции у потомков употребляющих алкоголь родителей / Т.В.Чернобровкина, И.В.Аркавый // Алкоголизм и наркомания в Евро-Арктическом и Баренц-регионе. — Архангельск, 1996. — С. 49–51.
- Чернобровкина Т.В. К вопросу о дифференциально-диагностических критериях злоупотребления алкоголем и летучими наркотически действующими веществами у подростков / Т.В.Чернобровкина, И.В.Аркавый // Концептуальные вопр. наркологии. — М., 1995. — С. 88–94.
- Чернобровкина Т.В. Комплексный социально-гигиенический и биохимический метод определения характера употребления алкоголя женщинами: Метод. рекомендации / Т.В.Чернобровкина, О.В.Кулигин, А.В.Лиопо. — М., 1990. — 19 с.
- Чернобровкина Т.В. Лабораторная диагностика как инструмент в решении задач профилактической и клинической наркологии (энзимодиагностика наркологических заболеваний): Пособие для врачей / Т.В.Чернобровкина. — М., 1999. — 32 с.
- Чернобровкина Т.В. Лабораторная диагностика сопутствующей соматической патологии при наркотизации у подростков: Пособие для врачей / Т.В.Чернобровкина. — М., 1999. — 30 с.
- Чернобровкина Т.В. Лабораторные маркеры опийной зависимости у подростков / Т.В.Чернобровкина, И.В.Аркавый // Неотложные состояния в наркологии. — М., 2002. — С. 62–67.
- Чернобровкина Т.В. Новый биохимический способ дифференциальной диагностики бытового пьянства и хронического алкоголизма: Метод. рекомендации / Т.В.Чернобровкина. — М., 1992. — 14 с.
- Чернобровкина Т.В. О последствиях употребления подростками протеинсодержащих препаратов, рекламируемых для ускоренного наращивания мышц / Т.В.Чернобровкина // Мед.-биол. и соц. аспекты наркологии. — М., 1997. — С. 134–136.
- Чернобровкина Т.В. Показатели белково-синтетической функции печени при алкоголизме и токсикоманиях / Т.В.Чернобровкина, Н.И.Лозеева // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М., 1983. — С. 110–115.
- Чернобровкина Т.В. Состояние неспецифической адаптивной реактивности и аллергической готовности организма при гашишизме / Т.В.Чернобровкина, И.В.Аркавый, Л.Б.Пирогова // Вопр. медико-соц. реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. — М., 1993. — С. 174–179.

- Чернобровкина Т.В. Ферментемии и физиолого-биохимическая адаптация при заболеваниях с химической зависимостью: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.В.Чернобровкина. — М., 1996. — 75 с.
- Чернобровкина Т.В. Экскреторная функция печени у больных алкоголизмом и токсикоманией / Т.В.Чернобровкина, Н.И.Лозеева // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М., 1983. — С. 140—143.
- Чернобровкина Т.В. Энзимопатии при алкоголизме / Т.В.Чернобровкина. — Киев: Здоровье, 1992. — 312 с.
- Чернявский Д.С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации / Д.С.Чернявский. — М.: Наука, 2001. — 245.
- Чечулина Е. // Семья. — 1999. — №7. — С. 17—20.
- Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? / Л.Чомпи // Соц. и клин. психиатрия. — 1999. — №3. — С. 27—31.
- Чумаков Б.Н. Валеология: Курс лекций / Б.Н.Чумаков. — М.: Педагог. общ-во России, 1999. — 407 с.
- Чуркин Е.А. Соматогенные дебюты алкогольного делирия (клиника, диагностика и лечение): Метод. рекомендации / Е.А.Чуркин. — М., 1983. — 26 с.
- Шабанов П.Д. Биология алкоголизма / П.Д.Шабанов, С.Ю.Калишевич. — СПб.: Лань, 1998. — 272 с.
- Шабанов П.Д. Наркология: Практ. рук. для врачей / П.Д.Шабанов. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 560 с.
- Шабанов П.Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг. — СПб.: Лань, 2001. — 460 с.
- Шайдукова Л.К. Социально-психологическое и клиническое значение сленга русскоязычных больных алкоголизмом и наркоманиями / Л.К.Шайдукова, Л.К.Цетлин, С.И.Мельчихин // Вопр. наркологии. — 1999. — №2. — С. 70—74.
- Шапиро Д. Что Россия может почерпнуть для себя из опыта государственной монополии на алкоголь в Швеции? / Д.Шапиро, Т.П.Космарская // Вопр. наркологии. — 1997. — №4. — С. 42—48.
- Шапиро Ю.Л. Некоторые предварительные данные по изучению костного мозга и периферической крови у больных хроническим алкоголизмом / Ю.Л.Шапиро // Алкоголизм. — М., 1959.
- Шапиро Ю.Л., Сычева В.А., Степановская А.Т. // Куйбышевская районная совместная науч.-практ. конф. лечебно-профилактических учреждений и больниц городского подчинения, 6-я: Тезисы. — М., 1971. — С. 345—348.
- Шашеро Г.А. Особенности организации наркологической помощи в зоне строительства Байкало-Амурской магистрали / Г.А.Шашеро // Орг. наркол. помощи на промышл. предприятиях и в сельской местности. — М., 1984. — С. 23—25.
- Шендерович В.А. [О телепрограмме «Куклы»] / В.А.Шендерович // Наблюдение (прил. к «Невское время»). — 1997. — 19 сент.
- Шерешевский А.М. «Верните к жизни ум больной...»: Очерки истории отечествен. психиатрии дореволюционного периода, адресованные широкому кругу читателей / А.М. Шерешевский, П.И.Сидоров, Р.В.Боднарук. — Архангельск: Издат. центр АГМА, 2000. — 190 с.
- Шерметов С.Г. Спирт-новокаиновое обезболивание при гнойных заболеваниях пальцев кисти / С.Г.Шерметов, Е.Е.Есбулганов, Т.О.Орынбасев // Здравоохранение Казахстана. — 1968. — №8. — С. 60—61.
- Шимек Ж. Некоторые организационные и методологические особенности противоалкогольной борьбы в Венгрии / Ж.Шимек, Л.Ф.Соболева // Биолог. и мед. аспекты алкоголизма. — М., 1984. — С. 147—151.
- Шипицына Л.М. Основные теоретические и практические направления первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами / Л.М.Шипицына, Л.С.Шпилева, Н.А. Гусева // Наркология. — 2002. — №8. — С. 5—15.
- Шипов Н. Алкоголизм и революция / Н.Шипов // Феменология социальной патологии. — М., 1995.
- Шихирев П.Н. Жить без алкоголя / П.Н.Шихирев. — М.: Наука, 1988. — 160 с.
- Шихирев П.Н. От терапии личности к терапии социальной среды: эволюция подходов к решению проблемы алкоголизма в США / П.Н.Шихирев // Психол. журн. — 1987. — №5. — С. 28—37.

- Шоломович А.С.* Алкоголь в медицинской теории и практике / А.С.Шоломович // *Вопр. наркологии.* — 1928. — №2. — С. 7–22.
- Шорин В.В.* Алкоголизм при коморбидной соматической патологии / В.В.Шорин, В.Я.Семке, О.К.Галактионов. — Владивосток: Агентство «Время ЛТД», 1999. — 264 с.
- Шувалов А.В.* Материалы к истории алкоголизма в древнем мире (Древняя Азия и Древняя Греция) / А.В.Шувалов // *Клиника, патогенез и терапия хронического алкоголизма.* — Рязань, 1979. — С. 68–76.
- Шустов Д.И.* Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение / Д.И.Шустов, Ю.И.Валентик // *Вопр. наркологии.* — 1998. — №3. — С. 86–92.
- Щиголов И.И.* // *Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева.* — 1994. — №4. — С. 146–150.
- Энтин Г.М.* Лечение алкоголизма / Г.М.Энтин. — М.: Медицина, 1990. — 413 с.
- Эпштейн С.И.* Индустриальная социология в США. — М.: Политиздат, 1972. — 232 с.
- Этлис М.М.* Алкоголизм, эмиграция и адаптация человека на Севере / М.М.Этлис // *Адаптация человека в различных климато-географических условиях: Тез. докл. 3-й Всесоюз. конф.* — Новосибирск, 1981. — С. 131–132.
- Юнг К.* Конфликты детской души / К.Юнг. — М.: Канон, 1994. — 336 с.
- Юрченко Л.Н.* Алкоголизм у врачей: к характеристике группы больных, проходивших психотерапию / Л.Н.Юрченко, Д.И.Шустов // *Вопр. наркологии.* — 1997. — №2. — С. 38–42.
- Ялов А.М.* Копинг-поведение и механизмы психологической защиты у больных неврозами / А.М.Ялов // *Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева.* — 1996. — №3–4. — С. 35–37.
- Ялтонский В.М.* Психическая социальная поддержки и ее восприятие при алкоголизме / В.М. Ялтонский, Н.А.Сирота, Н.С.Видерман // *Вопр. наркологии.* — 1999. — №2. — С. 62–65.
- Янзинов В.В.* Динамика показателей распространенности наркологических заболеваний в Ненецком автономном округе / В.В.Янзинов // *Рос. психиатр. журн.* — 2002. — №3. — С. 61–63.
- Яраус В.Г.* Групповые аспекты злоупотребления алкоголем среди работников промышл. предприятий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г.Яраус. — Новосибирск, 1984. — 12 с.
- Ястребов В.С.* // *Журнал неврологии и психиатрия.* — 2004. — №6. — С. 4–8.
- A case of alcoholic focal fatty liver with mass effect / H. Kobayashi, T. Ohsawa, A. Takahashi et al. // *Rinsho Hoshasen.* — 1987. — Vol. 32, №6. — P. 743–746.
- A computerized biochemical profile for detection of alcoholism / T.Beresford, D.Low, R.C.Hall et al. // *Psychosomatics.* — 1982. — Vol. 23, №7. — P. 713–714, 719–720.
- A controlled study of the effect of television messages on safety belt use / L.S.Robertson, A.B.Kelley, B.O'Neill et al. // *Amer. J. Public Health.* — 1974. — Vol. 64, №11. — P. 1071–1080.
- A population-based twin study of alcoholism in women / K.S.Kendler, A.C.Heath, M.C.Neale et al. // *JAMA.* — 1992. — Vol. 268, №14. — P. 1877–1882.
- Adams H.G.* Infections in the alcoholic / H.G. Adams, C. Jordan // *Med. Clin. North. Amer.* — 1984. — Vol. 68, №1. — P. 179–200.
- Adams W.G.* Survey of tobacco and alcohol use among undergraduates / W.G.Adams // *Med. J. Austral.* — 1979. — Vol. 2, №3. — P. 160.
- Agarwal D.P.* Genetic variation in alcohol metabolizing enzymes: implications in alcohol use and abuse / D.P. Agarwal, H.W. Goedde // *Prog. Clin. Biol. Res.* — 1987. — Vol. 241. — P. 121–139.
- Ahlström S.* A comparative study of adolescent drinking habits / S.Ahlström. — Berkeley, 1988.
- Ahtee L.* Dopamine and noradrenaline content in the brain of rat strains selected for their alcohol intake / L.Ahtee, K.Eriksson // *Acta Physiol. Scand.* — 1975. — Vol. 93, №4. — P. 563–565.
- Akita J.* Natural Helpers — CHEF / J.Akita, C.Mooney. — Seattle, 1982.
- Albee G.W.* Psychiatry's human resources: 20 years later / G.W.Albee // *Hosp. Community Psychiatry.* — 1979. — Vol. 30, №11. — P. 783–786.
- Alcolgolismo e ospedalizzazione. Indagine sui ricoveri per patologie etiliche in una divisione di medicina generale / G.Aimone, P.Allemano, A.Corzani et al. // *Epidemiol. e. prev.* — 1986. — Vol. 8, №26. — P. 28–31.
- Alcohol Abuse among U.S. Ethnic Minorities / D.Spiegler, D.Tate, S.Aitken, C.Christian. — Rockville, 1985.
- Alcohol abuse in a rural community in India. Part I: Epidemiological study / K.R.Sundaram, D.Mohan, G.B.Advani et al. // *Drug Alcohol Dep.* — 1984. — Vol. 14, №1. — P. 27–36.

- Alcohol education among junior high school students. Results from a WHO educational program / K.I.Klepp, R.B.Wahlberg, C.L.Perry et al. // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* — 1993. — Vol. 113, №2. — P. 202–205.
- Alcohol use in television programming: effects on children's behavior / R.G.Rychtarik, J.A.Fairbank, C.M.Allen et al. // *Addict. Behav.* — 1983. — Vol. 8, №1. — P. 19–22.
- Alcohol use patterns of first-year medical students: II. Psychosocial characteristics associated with drinking level / C.D.Clark, S.R.Daugherty, P.B.Zeldow et al. // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1986. — Vol. 10, №1. — P. 65–70.
- Alcoholism in physicians / R.G.Niven, R.D.Hurt, R.M.Morse, W.M.Swenson // *Mayo Clin. Proc.* — 1984. — Vol. 59, №1. — P. 12–16.
- Amirkhan J.H.* A Factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator / J.H.Amirkhan // *J. Personality Soc. Psychol.* — 1990. — Vol. 59, №5. — P. 1066–1074.
- Anderson P.* // *Addiction.* — 1993. — Vol. 88. — P. 1215–1275.
- Anderson P.* Overview: public health, health promotion and addictive substances / P.Anderson // *Addiction.* — 1994. — Vol. 89, №11. — P. 1523–1527.
- Anderson P.* The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men / P.Anderson, E.Scott // *Brit. J. Addict.* — 1992. — Vol. 87, №6. — P. 891–900.
- Angermund A.* Prävalenz von Alkoholismus bei stationär behandelten nicht-traumatologischen Patienten einer chirurgischen: Dis. Dok. Med. Fak. Med. Techn Univ. — München, 1986.
- Annis H.* Relapse Prevention Training: A Cognitive – Behavioral Approach Based on Self – Efficacy Theory / H. Annis, C. Davis // *J. of Chemical Dependency Treatment.* — 1989. — Vol. 2(2). — P. 82–103.
- Annis H.M.* Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective? Con position / H.M.Annis // *Adv. Alcohol Subst. Abuse.* — 1985–1986. — Vol. 5, №1–2. — P. 175–190.
- Anton R.F.* Carbohydrate-Deficient Transferrin and 7-Glutamyltransferase as Markers of Heavy Alcohol Consumption: Gender Differences / R.F.Anton, D.H.Moak // *Alcoholism: clinical and experimental research.* — 1994. — Vol.18, №3 May/June. — P. 747–754.
- Antus H.* Relaps Prevention / H.Antus, C.Davis // *Handbook of alcoholism treatment approaches.* — New York, 1989. — P. 170–182.
- Anumonye A.* Excessive alcohol use and related problems in Nigeria / A.Anumonye, N.Omoniwa, N.Adaramijo // *Drug Alcohol Depend.* — 1977. — Vol. 2. — P. 23–30.
- Arokiasamy C.V.* Malaysia / C.V.Arokiasamy // *International handbook on Alcohol and Culture.* — Westport; London, 1995. — P. 168–178.
- Aronson S.M.* A narcotics lexicon / S.M.Aronson // *R. I. Med.* — 1995. — Vol. 78, №5. — P. 127–128.
- Aronson S.M.* Grass-roots of dependency / S.M.Aronson // *R. I. Med.* — 1995. — Vol. 78, №4. — P. 106–107.
- Asmundsson G.* Alcohol problems in Iceland 1930–1980: A study of medical and social problems in relation to the development of alcohol consumption / G.Asmundsson, H.Olafsdottir. — Reykjavik, 1986.
- Asmundsson G.* Iceland / G.Asmundsson // *International handbook on Alcohol and Culture.* — Westport; London, 1995. — P. 117–127.
- Association of cancer of the lower urinary tract with consumption of alcoholic beverages. A case-control study / E.Kunze, J.Claude, R.Frentzel-Beyme et al. // *Carcinogenesis.* — 1986. — Vol. 7, №1. — P. 163–165.
- Asuni T.* Pattern of alcohol problems seen in the Neuro-Psychiatric Hospital, Aro, Abeokuta, 1963–73 / T.Asuni // *Proceedings of the 1974 Workshop of the Association of Psychiatrists in Africa.* — S. I., 1975.
- At the Threshold: The Developing Adolescent* / Eds: S.Feldman, G.Elliott. — Cambridge: Harvard Univ. Press, 1990.
- Autkiewicz H.J.* Clines alcohol use and Hong Kong / H.J.Autkiewicz // *Alcoholism.* — 1987. — Vol. 23, №1–2. — P. 3–18.
- Babor T.F.* Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory and self-report screening procedures / T.F.Babor, H.R.Kranzler, R.J. Lauerma // *Addict. Behav.* — 1989. — Vol. 14, №2. — P. 139–157.
- Babor T.F.* et al. // *British J. of addiction.* — 1986. — Vol. 81. — P. 23–46.
- Babor T.F.* Introduction. Method and theory in the classification of alcoholics / T.F.Babor // *Ann. NY Acad. Sci.* — 1994. — Vol. 708. — P. 1–6.

- Babor T.F.* Project on identification and management of alcohol-related problems: Report of phase II / T.F.Babor, M.Grant. — Geneva: WHO, 1992. — (WHO/PAS/91.5).
- Babor T.F.* Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response bias and its minimization / T.F.Babor, R.S.Stephens, G.A.Marlatt // *J. Stud. Alcohol.* — 1987. — Vol.48, №5. — P. 410—424.
- Bacon S.D.* The process of addiction to alcohol. Social aspects / S.D.Bacon // *Quart. J. Stud. Alcohol.* — 1973. — Vol. 34, №1. — P.1—27.
- Bailey M.B.* Alcoholism and family casework / M.B.Bailey. — New York: National Council on Alcoholism, 1974.
- Balancing program and research integrity in community drug abuse prevention: project STAR approach / M.A.Pentz, C.Cormack, B.Flax et al. // *J. Sch. Health.* — 1986. — Vol. 56, №9. — P. 389—393.
- Bales R.E.* Cultural differences in dates of alcoholism / R.J.Bales // *Quart. J. Stud. Alc.* — 1946. — №4. — P. 480—499.
- Bandura A.* Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior / A.Bandura // *Psychol. Review.* — 1977. — Vol. 84. — P. 191—215.
- Bandura A.* Social Learning Theory / A.Bandura. — New York: Prentice Hall, 1977. — 66 p.
- Barker E.* New Religious Movements / E.Barker. — London, 1989. — P. 17—19.
- Barry K.L.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST—13: predictive validity in a rural primary care sample / K.L.Barry, M.F.Fleming // *Alcohol Alcohol.* — 1993. — Vol. 28, №1. — P. 33—42.
- Battistich V.A.* Psychoactive drug use in a Midwestern high school: extent of current use and future trends / V.A.Battistich, S.Huffman // *Int. J. Addict.* — 1978. — Vol. 13, №6. — P. 975—980.
- Baum-Baicker C.* The health benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature / C.Baum-Baicker // *Drug Alcohol Depend.* — 1985. — Vol. 15, №3. — P. 207—227.
- Baxter D.* // *The Brewer.* — 1996. — №2. — P. 63—69.
- Beattie M.C.* Assessment of alcohol related workplace activities: development and testing of «Your work place» / M.C.Beattie, R.M.Longabaugh, J.Fava // *J. Stud. Alcohol.* — 1992. — Vol. 53. — P. 469—475.
- Becker C.E.* The alcoholic patient as a toxic emergency / C.E.Becker // *Emerg. Med. Clin-North. Amer.* — 1984. — Vol. 2, №1. — P.47—61
- Becker M.H.* Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations / M.H.Becker, L.A.Maiman // *Med. Care.* — 1975. — Vol. 13, №1. — P. 10—24.
- Begleiter H.* Neuroradiological and neurophysiological evidence of brain deficits in chronic alcoholics / H.Begleiter, B.Porjesz, M.Tenner // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* — 1980. — Vol. 286. — P. 3—13.
- Bernadt M.W.* A discriminant-function analysis of screening tests for excessive drinking and alcoholism / M.W.Bernadt, J.Mumford, R.M.Murray // *J. Stud. Alcohol.* — 1984. — Vol. 45, №1. — P. 81—86.
- Bianchi C.* // *Atti della Tavola Rotonda «Moderato Valore Alcolico della Bira».* — Roma, 1969. — P. 135—151.
- Bissell L.* Alcoholism in physicians. Tactics to improve the salvage rate / L. Bissell // *Postgrad. Med.* — 1983. — Vol. 74, №1. — P. 177—187.
- Blaney R.* The prevalence of alcoholism in an Irish town / R.Blaney, I.S.Radford // *Quart. J. Stud. Alcohol.* — 1973. — Vol. 34, №4. — P. 1255—1269.
- Bleuler M.* Familial and personal background of chronic alcoholics // *Etiology of Chronic Alcoholism.* — Springfield, 1955. — P. 110—166.
- Blood cells and alcohol consumption with special reference to smoking habits / E.Eschwege, L.Papoz, J.Lellouch et al. // *J. Clin. Pathol.* — 1978. — Vol. 31, №7. — P. 654—658.
- Blume S.B.* Iatrogenic alcoholism / S.B. Blume // *Quart. J. Stud. Alcohol.* — 1973. — Vol. 34, №4. — P. 1348—1352.
- Blume S.B.* Psychodrama and Alcoholism / S.B.Blume // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* — 1974. — Vol. 233. — P. 123—127.
- Bottiger L.E.* Alcohol and disease / L.E.Bottiger // *Acta Med. Scand.* — 1988. — Vol. 223, №2. — P. 97—99.
- Bourdieu P.* La Distinction. — Paris: Minuit, 1979.
- Brain CT changes in alcoholics: effects of age and alcohol consumption / A.Pfefferbaum, M.Rosenbloom, K.Crusan, T.L.Jernigan // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1988. — Vol. 12, №1. — P. 81—87.

- Brief interventions and alcohol use. — Leeds: Nuffield Institute for Health, 1993. — (Effective Health Care Bulletin, №7).
- Brijder K.* De hulpverlening aan verslaafden in de historie / K.Brijder // Min of meer alcohol. — Alphen aan den Rijn, 1979. — P. 13–31.
- Budzynski W.* Effect of acute alcohol intoxication on the hematopoietic system / W.Budzynski, A.Krakiewicz, A.Gola // Pol. Tyg. Lek. — 1976. — Vol. 31, №50. — P. 2131–2132.
- Bunzel R.* The role of alcoholism in two Central American cultures / R.Bunzel // Psychiatry. — 1940. — №3. — P. 361–387.
- Burglass M.E.* Diagnosis in the addictions I: Conceptual problems / M.E.Burglass, H.Shaffer // Adv. Alcohol Subst. Abuse. — 1983–1984. — Vol. 3, №1–2. — P. 19–34.
- Burton-Bradley B.L.* Transcultural psychiatry / B.L.Burton-Bradley // Medicine. — 1983. — Vol. 1, №34. — P. 1625–1626.
- Cahalan D.* Problem drinkers: A National Survey / D.Cahalan. — San Francisco: Jossey Bass, 1970.
- Caillean R., Roard D., Zitzer E.* Repots // Biol. and Med. — 1957. — Vol. 15, №2. — P. 250–259.
- Cameron D.C.* Abuse of alcohol and drugs: concepts and planning / D.C.Cameron // WHO Chron. — 1971. — Vol. 25, №1. — P. 8–16.
- Canalnan M.W.* The health belief model and compliance with education given at a class in breast self-examination / M.W.Canalnan, S.Moss // J. Health. Soc. Behav. — 1984. — Vol. 25, №2. — P. 198–210.
- Caplan G.* Principles of preventive psychiatry / G.Caplan. — New York: Basic Books, 1964.
- Carbohydrate-Deficient Transferrin as a Measure of Ivvoderate Drinking: Remaining Issues / J.P.Allen, R.Z.Litten, R.F.Anton, G.M.Cross // Alcoholism: clinical and experimental research. — 1994. — Vol.18, №4 July/August. — P.799–812.
- Carman R.S.* Alienation and drinking motivations among adolescent females / R.S.Carman, B.J.Fitzgerald, C.Holmgren // J. Pers. Soc. Psychol. — 1983. — Vol. 44, №5. — P. 1021–1024.
- Carman R.S.* Drinking motivations and alcohol consumption among adolescent females / R.S.Carman, B.J.Fitzgerald, C.Holmgren // J. Psychol. — 1983. — Vol. 114, 1st Half. — P. 79–82.
- Carrel A., Ebeling A.H.* // C. r. Soc. boil. — 1923. — №89. — P. 1192–1144.
- Castelain J.-P.* Manière de vivre, manière de boire: Alcohol et sociabilité sur le port / J.-P.Castelain. — Paris: Imago, 1989.
- Castelain J.-P.* Significance of alcoholization among dockers in a French port: historical and anthropological approaches / J.-P.Castelain // Proceedings of the International Symposium on Alcoholism and Drug Addictions among Seafarers. — Madrid, 1988. — P. 315–323.
- Caviston P.* Doctors, alcohol and society / P.Caviston, A.Paton // Irish Med. J. — 1986. — Vol. 79, №8. — P. 205–206.
- Cekiera C.* Halucynogeny / C. Cekiera // Problemy alkoholizmu (Wkiadka). — 1993. — №1. — P. V–VI.
- Cekiera C.* Psychoprofilaktyka uzaleznien oraz terapia I resocjalizacja osob uzaleznionych / C.Cekiera. — Lublin: TNPWN, 1994.
- Cekiera C.* Rzyzko uzaleznien Psychoprofilaktika uzaleznien oraz terapia I resocjalizacja osob uzaleznionych / C.Cekiera. — Lublin: TNPWN, 1995.
- Celentano D.D.* Comparison of alcoholism prevalence rates obtained by survey and indirect estimators / D.D.Celentano, D.V.McQueen // J. Stud. Alcohol. — 1978. — Vol. 39, №3. — P. 420–434.
- Celentano D.D.* Reliability and validity of estimators of alcoholism prevalence / D.D.Celentano, D.V.McQueen // J. Stud. Alcohol. — 1978. — Vol. 39. — №5. — P. 869–878.
- Celis R.* El alcoholismo en México / R. Celis. — Mexico, 1985.
- Chafetz M.E.* Alcoholism and society / M.E. Chafetz, H. Demone. — New York: Oxford Univer. Press, 1962.
- Champion L.* The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events / L.Champion // Psychol. Med. — 1990. — Vol. 20, №1. — P. 157–161.
- Chan A.W.* Racial differences in alcohol sensitivity / A.W.Chan // Alcohol Alcohol. — 1986. — Vol. 21, №1. — P. 93–104.
- Chanarin I.* Alcohol and the blood / I. Chanarin // Brit. J. Haematol. — 1979. — Vol. 42, №3. — P. 333–336.
- Channeling health: A review of the evaluation of televised health campaigns / R.R. Lau, R. Kane, S. Berry, J. Ware // Health education quarterly. — 1980. — Vol. 7. — P. 56–89.
- Characteristics of adolescent psychiatric patients engaged in problematic behavior while intoxicated / I.R.McKay, R.T.Murphy, S.A.Maisto, I.R.Rivinus // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1992. — Vol. 31, №6. — P. 1031–1035.

- Charness M.E.* Mamillary body atrophy in Wernicke's encephalopathy: antemortem identification using magnetic resonance imaging / M.E.Charness, R.L.DeLaPaz // *Ann. Neurol.* — 1987. — Vol. 22, №5 — P. 595–600.
- Chesson R.* Low profile, high impact: the role of the sociologist in quality in health care / R.Chesson // *Qual. Health Care.* — 1996. — Vol. 5, №4. — P. 230–234.
- Chick J.* Saving face? Survey respondents who claim their last week's drinking was atypical / J. Chick, N. Kreitman, M. Plant // *Drug Alcohol Depend.* — 1981. — Vol. 7, №3. — P. 265–272.
- Chomak S.* Relationship between sexrole behaviors and alcohol consumption in undergraduate men and women / S.Chomak, R.L.Collins // *J. Stud. Alcohol.* — 1987. — Vol. 48, №3. — P. 194–201.
- Chou C.* Longitudinal results of randomized community based trial for prevention of tobacco, alcohol and other drug abused / C. Chou, S. Montgomery. — S.L.: California Institute of Prevention, 1996.
- Clayton R.R.* Prevention intervention research: challenges and opportunities / R.R.Clayton, A. Cattarello // *NIDA Res. Monogr.* — 1991. — Vol. 107. — P. 29–56.
- Cloninger C.R.* Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults / C.R.Cloninger, S. Sigvardsson, M. Bohman // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1988. — Vol. 12, №4. — P. 494–505.
- Cloninger C.R.* Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men / C.R.Cloninger, M.Bohman, S.Sigvardsson // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1981. — Vol. 38, №8. — P. 861–868.
- Cognitive-behavioural treatment for benzodiazepine dependence: a comparison of gradual versus abrupt cessation of drug intake / M.Sanchez-Craig, H.Cappell, U.Busto, G.Kay // *Brit. J. Addict.* — 1987. — Vol. 82, №12. — P. 1317–1327.
- Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism / T.P.Beresford, F.C.Blow, E.Hill et al. // *Lancet.* — 1990. — №8713. — P. 482–485.
- Comparison of Different Methods for Detecting Carbohydrate-Deficient Transferrin / P. Sillanaukee, K. Lot, A.Harlin et al // *Alcoholism: clinical and experimental research.* — 1994. — Vol. 18, №5 September / October. — P. 1150–1155.
- Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism / M.W.Bernadt, J.Mumford, C.Taylor et al. // *Lancet.* — 1982. — Vol. 1, №8267. — P. 325–328.
- Conditte M.M.* Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs / M.M.Conditotte, E.Lichtenstein // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1981. — Vol. 49, №5. — P. 648–658.
- Cone E.J.* Testing human hair for drags of abuse. I. Individual dose and time profiles of morphine and codeine in plasma, saliva, urine, and beard compared to drug-induced effects on pupils and behavior / E.J.Cone // *J. Anal. Toxicol.* — 1990. — Vol. 14, №1. — P. 1–7.
- Conway F.* Snapping: America's Epidemic of Sudden Personal
- Corenblum B.* Some correlates of Al-Anon group membership / B.Corenblum, D.G.Fischer // *J. Stud. Alcohol.* — 1975. — Vol. 36, №5. — P. 675–677.
- Cosmacini G.* Storia della medicina e della sanita in Italia / G.Cosmacini. — Bari: Laterza, 1987.
- Cottino A.* Bere e sapere? Cultura e controllo sociale / A.Cottino // *Alcoologia.* — 1990. — Vol. 2, №2. — P. 127–131.
- Cottino A.* Italy / A.Cottino // *International handbook on Alcohol and Culture.* — Westport; London, 1995. — P. 156–167.
- Cowen E.L.* Physical contact in interactions between clinicians and young children / E.L.Cowen, R.P.Weissberg, B.S.Lotyczewski // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1983. — Vol. 51, №1. — P. 132–138.
- Cristau P.* // *Rev. int. Serv. Santé Armées.* — 1981. — Vol. 54. — P. 287–299.
- Crowley Th.J.* Alcoholism identification, evaluation and early treatment / Th. J. Crowley // *West. J. Med.* — 1984. — Vol. 140, №3. — P. 461–464.
- Currie W.R.* Rebound thrombocytosis after alcohol abuse / W.R.Currie, A.Kaegi // *Lancet.* — 1977. — Vol. 1, №8026. — P. 1369.
- Cutler S.F.* Assessing alcohol consumption in general practice patients — a comparison between questionnaire and interview (findings of the Medical Research Council's general practice research framework study on lifestyle and health) / S.F. Cutler, P.G. Wallace, A.P. Haines // *Alcohol Alcohol.* — 1988. — Vol. 23, №6. — P. 441–450.
- Cyr M.G.* The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism / M.G.Cyr, S.A.Wartman // *JAMA.* — 1988. — Vol. 259, №1. — P. 51–54.
- Cyster R.* Alcohol problems at work: a new approach? / R. Cyster. — London, 1987.
- Daniels J.A.* Adolescent separation-individuation and family transitions / J.A. Daniels // *Adolescence.* — 1990. — Vol. 25, №97. — P. 105–116.
- David J.P.* // *Bull. Off. Int. Vin.* — 1995. — Vol. 68, №767–768. — P. 8–41.

- Davidson R.J.* High mean red cell volume: its incidence and significance in routine haematology / R.J.Davidson, P.J.Hamilton // *J. Clin. Pathol.* – 1978. – Vol. 31, №5. – P. 493–498.
- Davis L.* Management of depression in general practice / L.Davis // *Brit. Med. J.* – 1986. – Vol. 292, №6520. – P. 624.
- Davis L.J.* Age and sex differences in the responses of alcoholics to the Self-Administered Alcoholism Screening Test / L.J.Davis, R.M.Morse // *J. Clin. Psychol.* – 1987. – Vol. 43, №3. – P. 423–430.
- Decrueq J., Sand E.A., Florent D., Lannoy M.* Etude sue la consommation de boissons alcoolisées dans un échantillon d'étudiants de la ville de Bruxells // *Arch. belges Med. soc.* – 1976. – Vol. 34, №1. – P. 32–38.
- Deitch D.* Education and Training of Clinical Personnel / D.Deitch, S.Carleton // *A Comperhensive Textbook.* – S.I., 1999. – P. 810.
- Dekker E.* Elementen van een beleid met betrekking tot de preventie van alcoholmisbruik / E.Dekker // *Tijdschrift sociate geneeskunde.* – 1978. – Vol. – P. 226–234.
- Denison J.* Paracetamol medication and alcohol abuse: a dangerous combination for the liver and the kidney / J.Denison, J.Kaczynski, S.Wallerstedt // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1987. – Vol. 22, №6. – P. 701–714.
- Denison J.J.* Alcoholism among plantation workers in Malaysia / J.J.Denison, G.Sundram, E. Rajasooria et al. – Ipoh, 1985.
- Detection of alcoholism in the medical office: applicability of the CAGE questionnaire by the practicing physician. Group of Medical Practitioners PMU / A.Perdrix, H.Decrey, A.Pecoud et al. // *Schweiz. Med. Wochenschr.* – 1995. – Vol. 125, №38. – P. 1772–1778.
- Detection of excessive chronic alcoholic consumption and control of withdrawal. Comparative study of respective values of the mean red-cell volume and serum gamma-glutamyl-transferase activity / E.Aron, M.C.Baglin, J.Lamy, J.Weill // *Sem. Hop.* – 1977. – Vol. 53, №25–28. – P. 1503–1509.
- Determination of ethanol in human fluids. II: Determination of ethanol, in urine, breath and saliva / J. Ruz, A. Fernandez, M.D. De Castro, N. Valcarcel // *J. Pharm. and Biomed. Anal.* – 1986. – Vol. 4, №5. – P. 559–564.
- Development of a scale for assessment of jealousy / R.M. Tipton, C.S. Benedictson, J.Mahoney, J.J.Hartnett // *Psychol. Rep.* – 1978. – Vol. 42, №3, Pt. 2. – P. 1217–1218.
- Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II / J.B.Saunders, O.G.Aasland, T.F.Babor et al. // *Addiction.* – 1993. – Vol. 88, №6. – P. 791–804.
- Devereux A.* // *Birra e Malto.* – 1986. – Vol. 29. – P. 4–21.
- Dickerman A.* Ingesta del alcohol y sus consecuencias en obreros de la industria manufacturera de Tegucigalpa afiliados al Instituto Hondureco de Seguridad Social / A.Dickerman. – S.I., 1988.
- Differences in muscle-tension response to ethanol in young men with and without family histories of alcoholism / M.A.Schuckit, D.Engstrom, R.Alpert, J.Duby // *J. Stud. Alcohol.* – 1981. – Vol. 42, №11. – P. 918–924.
- Differential criminal patterns of narcotic addict over an addiction career / D.N.Nurco, Th.E.Hanlon, T.W.Kinlock, K.R.Durzynski // *Criminology.* – 1988. – Vol. 26, №3. – P. 407–423.
- Dimoff T.* Jak rozpoznac czy dziecko siega po narkotyki / T. Dimoff, S. Carper. – Warszawa; Wydawnictwo ELMA BOOKS, 1993.
- Dion R.* Histoire de la vigne et du vin en France dès origines a la fin du XIXe siècle / R. Dion. – Paris: Flammarion, 1959.
- Dobrossy L.* Профилактика через первичное здравоохранение (рекомендации для улучшения работы). – Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ, 1995. – С. 64–84.
- Dole V.P.* Methadone maintenance: a theoretical perspective / V.P. Dole, M.E. Nyswander // *NIDA Res. Monogr.* – 1980. – Vol. 30. – P. 256–261.
- Domachowski W.* Occupational therapy in the therapeutic community of a psychiatric department / W. Domachowski, M. Talar // *Psychiatr. Pol.* – 1984. – Vol. 18, №3. – P. 257–262.
- Données sociales. – Paris: INSEE, 1987.
- Donnenberg D.* Art therapy in a drug community / D.Donnenberg // *Confin. Psychiatr.* – 1978. – Vol. 21, №1–3. – P. 37–44.
- Doogan K.* Alcohol and the workplace / K.Doogan // *Alcohol and the workplace.* – Bristol, 1990. – P. 45–64.

- Dopamine-related tetrahydroisoquinolines: significant urinary excretion by alcoholics after alcohol consumption / M.A. Collins, W.P. Nijm, G.F. Borge et al. // *Science*. — 1979. — Vol. 206, №4423. — P. 1184–1186.
- Driga O. Dafinoiu Iasi / O. Driga, P. Boisteanu // *Alcohol Alcohol*. — 1995. — Vol. 30, №4. — P. 543.
- Du Bois R. Aktuelle Entwicklungen in der Kinder-und Jugendpsychiatrie / R. Du Bois. — München, 1992. — S. 137–152.
- Edwards G. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome / G. Edwards, M.M. Gross // *Brit. Med. J.* — 1976. — Vol. 1, №6017. — P. 1058–1061.
- Edwards G. Correlates of alcohol-dependence scores in a prison population / G. Edwards, F. Gattoni, C. Hensman // *Quart. J. Stud. Alcohol*. — 1972. — Vol. 33, №2. — P. 417–429.
- Edwards G. Drinking in a London suburb. I. Correlates of normal drinking / G. Edwards, J. Chandler, C. Hensman // *Quart. J. Stud. Alcohol*. — 1972. — Vol. 6, №6. — P. 69–93.
- Effect of television programming and advertising on alcohol consumption in normal drinkers / L.C. Sobell, M.B. Sobell, D.M. Riley et al. // *J. Stud. Alcohol*. — 1986. — Vol. 47, №4. — P. 333–340.
- Effect of the consumption of alcohol, white wine, and red wine on platelet function and serum lipids / M. Seigneur, J. Bonnet, B. Dorian et al. // *J. Appl. Cardiol.* — 1990. — Vol. 5, №3. — P. 215–222.
- Ehlers C.L. EEG fast frequency activity in the sons of alcoholics / C.L. Ehlers, M.A. Schuckit // *Biol. Psychiatry*. — 1990. — Vol. 27, №6. — P. 631–641.
- Ehlers C.L. Evaluation of EEG alpha activity in sons of alcoholics / C.L. Ehlers, M.A. Schuckit // *Neuropsychopharmacology*. — 1991. — Vol. 4, №3. — P. 199–205.
- Eide A.H. Drug use among secondary school students in Zimbabwe / A.H. Eide, S.W. Acuda // *Addiction*. — 1995. — Vol. 90, №11. — P. 1517–1527.
- Elvy G.A. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital / G.A. Elvy, J.E. Wells, K.A. Baird // *Brit. J. Addict.* — 1988. — Vol. 83, №1. — P. 83–89.
- Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // *Am. J. Psychiatry*. — 1980. — Vol. 137. — P. 535–544.
- Engs R.C. Alcohol, Tobacco, Caffeine and other drug use among nursing students in the Tayside region of Scotland: a comparison between first and final-year students / R.C. Engs, K.H. Redell // *Health Educ. Res.: Theory and Pract.* — 1987. — Vol. 2, №4. — P. 329–336.
- Engs R.C. Drinking patterns and attitudes toward alcoholism of Australian human-service students / R.C. Engs // *J. Stud. Alcohol*. — 1982. — Vol. 43, №5. — P. 517–531.
- Engs R.C. Medical, nursing, and pharmacy students' attitudes towards alcoholism in Queensland, Australia / R.C. Engs // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1982. — Vol. 6, №2. — P. 225–229.
- Engs R.C. University students' drinking patterns and problems: examining the effects of raising the purchase age / R.C. Engs, D.J. Hanson // *Public Health Rep.* — 1988. — Vol. 103, №6. — P. 667–673.
- Erhenberg A. Le Culte de la performance / A. Erhenberg. — Paris: Calmann Lévy, 1991.
- Ethanol patch test — a simple and sensitive method for identifying aldh phenotype / T. Muramatsu, S. Higuchi, K. Shigemori et al. // *Alcoholism: Clin. and Exp. Res.* — 1989. — Vol. 13, №2. — P. 229–231.
- Ethanol patch test for low  $K_m$  aldehyde dehydrogenase deficiency / S. Higuchi, T. Muramatsu, M. Saito, M. Sasao // *Lancet*. — 1987. — №8533. — P. 629.
- Etude sur la consommation de boissons alcoolisées dans un échantillon d'étudiants de la ville de Bruxelles / J. Decrueq, E.A. Sand, D. Florent, M. Lannoy // *Arch. beiges Med. soc.* — 1976. — Vol. 34, №1. — P. 32–38.
- European Alcohol Action Plan. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993. — (ICP/ADA 035).
- Evaluation of responsible alcohol use media campaign on a college campus / J. McKillip, D.C. Lockart, P.S. Eckert, J. Phillips // *J. Alcohol Drug Educ.* — 1985. — Vol. 30, №3. — P. 88–97.
- Event-related brain potentials in boys at risk for alcoholism / H. Begleiter, B. Porjesz, B. Bihari, B. Kissin // *Science*. — 1984. — Vol. 225, №4669. — P. 1493–1496.
- Event-related potential changes in chronic alcoholics / A. Pfefferbaum, T.B. Horvath, W.T. Roth, B.S. Kopell // *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* — 1979. — Vol. 47, №6. — P. 637–647.
- Falconer D.S. The inheritance of liability to certain diseases, estimated from the incidence among relatives / D.S. Falconer // *Ann. Hum. Genet.* — 1965. — Vol. 29, №1. — P. 51–76.
- Farrell S. Review of national policy measures to prevent alcohol-related problems / S. Farrell. — Geneva, 1985.

- Favazza A.R.* Overview: foundations of cultural psychiatry / A.R.Favazza, M.Oman // *Amer. J. Psychiatry.* — 1978. — Vol. 135, №3. — P. 293–303.
- Favazza A.R.* The Michigan alcoholism screening test. Application in a general military hospital / A.R. Favazza, J. Pires // *Quart. J. Stud. Alcohol.* — 1974. — Vol. 35, №3. — P. 925–929.
- Finney J.W.* Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues / J.W.Finney, R.H.Moos // *J. Stud. Alcohol.* — 1986. — Vol. 47, №2. — P. 122–134.
- Fishbein M.* A theory of reasoned action: some applications and implications / M.Fishbein // *Nebr. Symp. Motiv.* — 1980. — Vol. 27. — P. 65–116.
- Fishbein M.* Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research / M.Fishbein, I.Ajzen. — Reading: Addison-Wesley, 1975.
- Fleck L.* The twelve – year struggle against alcoholism in France // *World Dialogue on alcohol and drug dependence.* — Boston, 1970.
- Fleming M.F.* The effectiveness of alcoholism screening in an ambulatory care setting / M.F.Fleming, K.L.Barry // *J. Stud. Alcohol.* — 1991. — Vol. 52, №1. — P. 33–36.
- Forni E.* Bere e sapere / E.Forni. — Turin: Il Segnalibro, 1985.
- Fossey E.* Growing up with Alcohol / E. Fossey. — London: Tavistock/Routledge, 1994.
- Foster K.* General Household Survey 1988 / K.Foster, A.Wilmot, J.Dobbs. — London: HMSO, 1990.
- Frances R.J.* Suicide and alcoholism / R.J.Frances, J.Franklin, D.K.Flavin // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* — 1987. — Vol. 13, №3. — P. 327–341.
- Frankl V.* Happiness and the meaning of life / V.Frankl // *Krankenpfl. J.* — 1994. — Vol. 32, №10. — P. 427–428.
- Frings C.S.* Status of drug abuse testing in urine under blind conditions: an AACC study / C.S.Frings, D.J.Battaglia // *Clin. Chem.* — 1989. — Vol. 35, №5. — P.891–944.
- Furst P.* An Indian Journey to Life's Sources / P.Furst // *Natural History.* — 1973. — Vol. 82, №4. — P. 34–43.
- Furst P.* Hallucinogens and Culture / P. Furst. — Los Angeles, 1985. — 195 p.
- Galanter M.* Postgraduate certification in alcohol and drug dependence / M.Galanter // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1985. — Vol. 9, №5. — P. 387–389.
- Galanter M.* Rational recovery: alternative to AA for addiction? / M.Galanter, S.Egelko, H.Edwards // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* — 1993. — Vol. 19, №4. — P. 499–510.
- Gallegos K.* Physician and other health professionals / K.Gallegos, D.Talbott // *A Comprehensive Textbook.* — S.I., 1999. — P. 744–753.
- Gamma-glutamyl-transpeptidase, alkaline phosphatase and median erythrocyte volume in the diagnosis of chronic alcoholism / S.Gullini, F.Ravenna, S.Boccia, A.Mirizio // Minerva Dietol. Gastroenterol.* — 1986. — Vol. 32, №1. — P. 61–66.
- Gardner R.* Communication, social support and alcohol use in first-year medical students / R.Gardner, S.C.Wilsnack, H.B.Slotnick // *J. Stud. Alcohol.* — 1983. — Vol. 44, №1. — P. 188–193.
- Garretsen H.F.* Alcohol consumption and alcohol control policy: the case of the Netherlands / H.F.Garretsen, R.A.Knibbe // *Health Policy.* — 1985. — Vol. 5, №2. — P. 151–158.
- Garretsen H.F.* Alkoholprevalentie Onderzoek-Rotterdam /Limburg / H.F.Garretsen, R.A.Knibbe. — Leidschendam: Ministerie van VVC, 1983.
- Gas Z.* Psychoprofilactyka / Z.Gas. — Lublin: UMCS, 2000.
- Genetic analysis of diagnostic systems of alcoholism in males / M.B.Van den Bree, E.O.Johnson, M.C.Neale et al. // Biol. Psychiatry.* — 1998. — Vol. 43, №2. — P. 139–145.
- Genetic and environmental factors in adoptee antisocial personality / R.J.Cadore, E.Troughton, J.Bagford, G.Woodworth // Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* — 1990. — Vol. 239, №4. — P. 231–240.
- Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism / C.R.Cloninger, S.Sigvardsson, S.B.Gilligan et al. // Adv. Alcohol Subst. Abuse.* — 1988. — Vol. 7, №3–4. — P. 3–16.
- Genetic influences on use and abuse of alcohol: a study of 5638 adult Finnish twin brothers / J. Kaprio, M. Koskenvuo, H. Langinvainio et al. // Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1987. — Vol. 11, №4. — P. 349–356.
- Gezondheidspeiling Utrecht: Resultaten van de gezondheidspeiling Utrecht 1986–1987 / W.H.M.Gorissen, P.C.M.Ticheler, R.P.M.Van Kessel, C.R.Souverein. — Utrecht: GG. en GD, 1988.*
- Gilbert G.G.* Current federal activities in school health education / G.G.Gilbert, R.L.Davis, C.L.Damberg // *Public Health Rep.* — 1985. — Vol. 100, №5. — P. 499–507.

- Gjerde H. Daily drinking and drunken driving / H. Gjerde // *Scand. J. Soc. Med.* – 1987. – Vol. 15, №2. – P. 73–77.
- Gjerde H. Heavy Drinking among Norwegian Male Drunken Drivers: A Study of 7 – Glutamyltransferase / H.Gjerde, J.Sakshaug, J.Merland // *Alcoholism: clinical and experimental research.* – 1986. – Vol. 10, №2 Marth / April. – P.209–212.
- Glad D.D. // *Quart. J. Stud. Alcohol.* – 1947. – P. 406–472
- Glatt M.M. Alcohol-dependent doctors // *Brit. Med. J.* – 1979. – Vol. 2, №6192. – P. 732.
- Glatt M.M. Problems common to alcoholism and drug dependence / M.M.Glatt // *WHO Chron.* – 1967. – Vol. 21, №7. – P. 293–303.
- Glynn K. A cognitive developmental approach to smoking prevention / K.Glynn, H.Leventhal, R.Hirschman // *NIDA Res. Monogr.* – 1985. – Vol. 63. – P. 130–152.
- Goedde H.W. Population genetic studies on aldehyde dehydrogenase isozyme deficiency and alcohol sensitivity / H.W.Goedde, D.P.Agarwal, S.Harada // *Amer. J. Hum. Genet.* – 1983. – №35. – P. 769–772.
- Goldnadel M.M. Diagnostic of alcoholism: How useful is the combination of gamma glutamyl transferase with different biochemical markers? / M.M.Goldnadel, J.Masur // *Drug Alcohol Depend.* – 1986. – Vol. 16, №1. – P. 30–37.
- Goodwin D.W. Alcoholism and genetics. The sons of the fathers / D.W.Goodwin // *Arch. genetr. Psychiatry.* – 1985. – Vol.42, №2. – P. 171–174.
- Goor L.A.M. Situational aspects of adolescent drinking behavior / L.A.M.Goor. – Maastricht, 1990.
- Gordis E. Major initiatives in alcoholism research: current questions, future answers / E.Gordis // *NIDA Res. Monogr.* – 1989. – Vol. 95. – P. 23–33.
- Gorski T.T. The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMPT). Approaches to Drug Abuse Counseling / T.T. Gorski // *NIDA.* – S.l., 2000. – P. 23–38.
- Gorski T. The Staying Sober Workbook. – Illinois: CENAPS Corp., 1989. – 56 p.
- Gorski T. Understanding addictive disease a tool for preventing relapse / T.Gorski, M.Miller. – Illinois: The CENAPS Corp., 1991.
- Gould M.S. The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation / M.S.Gould, D.Shaffer // *N. Engl. J. Med.* – 1986. – Vol. 315, №11. – P. 690–694.
- Grad O. Suicide in Slovenia / O.Grad // *Crisis.* – 1993. – Vol. 14, №4. – P. 190–191.
- Graham A.W. Screening for alcoholism by life-style risk assessment in a community hospital / A.W.Graham // *Arch. Intern. Med.* – 1991. – Vol. 151, №5. – P. 958–964.
- Graham H. A sporting chance for health / H.Graham // *Health Serv. J.* – 1990. – Vol. 100, №5183. – P. 58–59.
- Grant B.F. Screening for major depression among alcoholics: an application of receiver operating characteristic analysis / B.F.Grant, D.S.Hasin, T.C.Harford // *Drug Alcohol Depend.* – 1989. – Vol. 23, №2. – P. 123–131.
- Green L.W. To educate or not to educate: is that the question? / L.W.Green // *Amer. J. Public Health.* – 1980. – Vol. 70, №6. – P. 625–626.
- Gründeman R.W.M. Alcoholgebruik onder de Nederlandse beroepsbevolking. – Leiden, 1988.
- Guerra M. Inchiesta statistico-epidemiologica sul consume di bevande alcooliche dap arte di studenti fiorentini di scuola media superiore / M.Guerra, A.Sciacca, S.Finocchiaro // *Riv. Ital. Ig.* – 1985. – Vol. 45, №1–3. – P. 10–33.
- Guilford Y.P. The nature of human intelligence / Y.P.Guilford. – New York: Mc-Gaw Hill, 1967. – 164 p.
- Hafeiz H.B. Socio-demographic correlates and pattern of drug abuse in eastern Saudi Arabia / H.B.Hafeiz // *Drug Alcohol Depend.* – 1995. – Vol. 38, №3. – P. 255–259.
- Hamilton B.H. Drug abuse a real phenomenon on the college campus: appropriate programs do work / B.H.Hamilton // *J. Alcohol Drug Educ.* – 1985. – Vol. 30, №3. – P. 45–49.
- Hanlon M.J. A review of the recent literature relating to the training of medical students in alcoholism / M.J.Hanlon // *J. Med. Educ.* – 1985. – Vol. 60, №8. – P. 618–626.
- Hanna J.M. Use of coca leaf in southern Peru: adaptation or addiction / J.M.Hanna, C.A.Hornick // *Bull. Narc.* – 1977. – Vol. 29, №1. – P. 63–74.
- Hanson D.J. The United States of America / D.J. Hanson // *International handbook on Alcohol and Culture.* – Westport; London, 1995. – P. 300–315.
- Harding R. // *Bull. Off. Int. Vin.* – 1991. – Vol. 64, №725–726. – P. 574–575.
- Harford T.C. Developmental trends of adolescent drinking / T.C.Harford, D.L.Spiegler // *J. Stud. Alcohol.* – 1983. – Vol. 44, №1. – P. 181–188.

- Harrell A.V.* Adolescent drinking index professional manual / A.V.Harrell, P.W.Wirtz. — Odessa (FL.): Psychol. Assessment Resources, 1989.
- Harvey W.* // Dent. Magaz. Oral. Topic. — 1964. — Vol. 81. — P. 167.
- Haselager E.M.* Rebound thrombocytosis after alcohol abuse: a possible factor in the pathogenesis of thromboembolic disease / E.M.Haselager, J.Vreeken // Lancet. — 1977. — Vol. 1, №8015. — P. 774–775.
- Hauge R.* Alcohol in the Nordic countries / R. Hauge, O. Irgens-Jensen // Alcohol Policy. — 1987. — №4. Suppl.
- Hayge H.S.* An electronic model of brain damaged speech / H.S. Hayge, W.E. Fann // Biomed. Sci. Instrum. — 1987. — Vol. 23. — P. 259–263.
- Hays L.R.* Medical student suicide, 1989–1994 / L.R.Hays, T.Cheever, P.Patel // Amer. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 153, №4. — P. 553–555.
- Health promotion at the worksite. I. A process for establishing programs / M.R.Felix, A.J.Stunkard, R.Y.Cohen, N.B.Cooley // Prev. Med. — 1985. — Vol. 14, №1. — P. 99–108.
- Heath D.B.* A critical review of anthropological studies of alcohol use / D.B.Heath // Research in Alcohol and Drug Problems. — New York, 1975. — Vol. 2. — P. 1–92.
- Heather N.* Problem drinking as a form of learned behaviour: a final rejoinder to Gorman and Edwards / N.Heather // Brit. J. Addict. — 1990. — Vol. 85, №5. — P. 617–620.
- Heien D.M.* The external costs of alcohol abuse / D.M.Heien, D.Pittman // J. Stud. Alcohol. — 1993. — №54. — P. 302–307.
- Helgason T.* Alcohol practices in Iceland: A description and comparison with the other Nordic countries / T. Helgason // Alkohol och narkotika. — 1978. — Vol. 72. — P. 17–27.
- Hematologic complications in acute alcoholism / G.Popa, M.Niculescu, L. ordacheanu, V. Hujui // Folia Haematol. Int. Mag. Klin. Morphol. Blutforsch. — 1978. — Vol. 105, №1. — P. 71–78.
- Henkel D.* Thesen zur Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus in den neuen Bundesländern // Sucht. — 1993. — Bd. 39, №3. — S. 200–204.
- Herd D.* Ambiguity in Black drinking norms: An ethnohistorical interpretation / D.Herd // The American Experience with Alcohol: Contrasting Cultural Perspectives. — New York, 1985. — P. 149–170.
- Heritability of substance use in the NAS-NRC Twin Registry / D.Carmelli, G.E.Swan, D.Robinette, R.R.Fabsitz // Acta Genet. Med. Gemellol. (Roma). — 1990. — Vol. 39, №1. — P. 91–98.
- Hillemand B.* From alcoholism to alcoholology. Relations with internal medicine / B.Hillemand, J.P.Joly, J.P.Lhuintre // Rev. Med. Interne. — 1985. — Vol. 6, №4. — P. 361–372.
- Hinterhuber H.* Therapie des chronischen Alkoholismus / H.Hinterhuber, K.Kryspin-Exner, H.Scholz // Med. Welt. — 1986. — Bd. 37, №23. — S. 762–765.
- Hjelle L.A.* Personality theories. Basic Assumptions, Research, and Applications / L.A.Hjelle, D.J.Ziegler. — Auckland, 1981.
- Hoffman N.* Differential diagnoses of psychiatric comorbidity in substance abusers // J. Subst. Ab. — 1996.
- Hoffmann N.G.* Alcoholics anonymous after treatment: attendance and abstinence / N.G.Hoffmann, P.A.Harrison, C.A.Belille // Int. J. Addict. — 1983. — Vol. 18, №3. — P. 311–318.
- Holt S.* Early identification of alcohol abuse. 2. Clinical and laboratory indicators / S. Holt, H.A. Skinner, Y. Israel // Can. Med. Assoc. J. — 1981. — Vol. 124, №10. — P. 1279–1294, 1299.
- Homogeneity of the erythrocyte volume distribution during chronic alcoholism macrocytosis / L. Diakhte, C. Feo, C. Buffet et al. // Pathol. Biol. (Paris). — 1979. — Vol. 27, №2. — P. 99–102.
- Horton D.* The functions of alcohol in primitive societies: A cross-cultural study / D. Horton // Quart. J. Stud. Alcohol. — 1943. — №4. — P. 199–230.
- Horvath A.* Alternative groups // A Comprehensive Textbook. — S. 1., 1999.
- Howard G.* Alcoholism and drug abuse some legal issues for employers / G.Howard // Brit. J. Add. — 1990. — Vol. 85. — P. 593–603.
- Hurt R.D.* Diagnosis of alcoholism with a self-administered alcoholism screening test: results with 1,002 consecutive patients receiving general examinations / R.D.Hurt, R.M.Morse, W.M.Swenson // Mayo Clin. Proc. — 1980. — Vol. 55, №6. — P. 365–370.
- Huss M.* Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus Chronisch. — Berlin, 1852.
- Hyde C.* Abuse of Indigenous Psilocybin Mushrooms: A New Fashion and Some Psychiatric Complications / C.Hyde, G.Glancy, P.Omerod // Brit. J. Psychiat. — 1978. — Vol. 132, №6. — P. 602–604.

- Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24–60 months of long-term study with randomized controls / H.Kristenson, H.Ohlin, M.B.Hultin-Nosslin et al. // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1983. – Vol. 7, №2. – P. 203–209.
- Iffland R.* Epidemiologic study of CDT (carbohydrate-deficient transferrin) and other indicators of alcohol problems in high blood alcohol German automobile drivers / R. Iffland, F. Grassnack // *Blutalkohol.* – 1995. – Bd. 32, №1. – S. 26–41.
- Immunological deficiency associated with cigarette smoke inhalation by mice. Primary and secondary hemagglutinin response / H.J.Esber, F.F.Menninger, A.E.Bogden, M.M.Mason // *Arch. Environ. Health.* – 1973. – Vol. 27, №2. – P. 99–104.
- Inestroza M.J.L.* Bebidas alcohólicas: Aspectos medicales en la virtud / M.J.L.Inestroza. – S.l., 1987.
- Influence of improved drinking habits on brain atrophy and cognitive performance in alcoholic patients: a 5-year follow-up study / A.Muuronen, H.Bergman, T.Hindmarsh, T.Telakivi // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1989. – Vol. 13, №1. – P. 137–141.
- Informed consent, deception, and the use of disguised alcohol questionnaires / M.F.Fleming, M.Bruno, K.Barry, N.Fost // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* – 1989. – Vol. 15, №3. – P. 309–319.
- Institute of Medicine: Broadening the base of treatment for alcohol problems. – Washington: Nation. Acad. Press, 1990.
- Iwarden M.J.* Dutch policy on alcohol and work / M.J. Iwarden. – Copenhagen, 1989.
- Jacquet L.* Alcool, maladie, mort / L. Jacquet // *Presse medical (Paris).* – 1899. – №98.
- Jahoda G.* Children and Alcohol: A Developmental Study in Glasgow / G.Jahoda, J.Cramond. – London: HMSO, 1972.
- Jain N.C.* A review of breath alcohol methods / N.C.Jain, R.H.Cravey // *J. Chromatogr. Sci.* – 1974. – Vol. 12, №5. – P. 214–218.
- Janis I.L.* Effects of fear arousal on attitude change. Recent developments in theory and experimental research / I.L.Janis // *Advance in experimental social psychology.* – New York, 1967. – Vol. 3.
- Jaudes P.K.* Association of drug abuse and child abuse / P.K.Jaudes, E.Ekwo, J.Van Voorhis // *Child Abuse Negl.* – 1995. – Vol. 19, №9. – P. 1065–1075.
- Jellinek E.* Phases in the drinking history of alcoholics-analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous / E.Jellinek // *Quart. J. Stud. Alcohol.* – 1946. – Vol.7. – P.71–88
- Jellinek E.M.* The disease concept of alcoholism / E.M.Jellinek. – New Haven: College and University Press, 1960. – 260 p.
- Jenewein R.* «Workplace health promotion groups»: an instrument for promotion in the enterprise. – Berlin, 1990.
- Jenkins W.J.* Selectively reduced hepatic acetaldehyde dehydrogenase in alcoholics / W.J. Jenkins, T.J. Peters // *Lancet.* – 1980. – Vol. 1, №8169. – P. 628–629.
- Jilek W.G.* The Psychiatrist and his Shaman Colleague: Cross Cultural Collaboration with Traditional Amerindian Therapists / W.G.Jilek, L.Jilek-Aall // *J. Operational Psychiatry.* – 1978. – Vol. 9, №2. – P. 32–39.
- John D., Foils Ph.D.* // *Biofactors (Abstr.).* – 1995. – Vol. 5, №1. – P. 48–49.
- Johnson C.A.* Objectives of community programs to prevent drug abuse / C.A.Johnson // *J. Sch. Health.* – 1986. – Vol. 56, №9. – P. 364–368.
- Jones F.W.* Alcoholism, alpha production, and biofeedback / F.W.Jones, D.S.Holmes // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1976. – Vol. 44, №2. – P. 224–228.
- Jones R.T.* Clinical studies of cannabis tolerance and dependence / R.T.Jones, N.Benefits, J. Bachman // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* – 1976. – №282. – P. 221–223.
- Jongeren en alcohol / J.Casselmann, G.Cooreman, O.Deraek et al. – Deventer: Van Longhumb Slaterus, 1982.
- Kandel D.B.* From adolescence to adulthood / D.B.Kandel, M.Davies // *Amer. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 1654.
- Kandel D.B.* High school students who use crack and other drugs / D.B.Kandel, M.Davies // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 53, №1. – P. 71–80.
- Kaskutas L.A.* Differential perceptions of alcohol policy effectiveness / L.A.Kaskutas // *J. Public Health Policy.* – 1993. – Vol. 14, №4. – P. 413–436.
- Kaskutas L.A.* What do women get out of self-help? Their reasons for attending Women for Sobriety and Alcoholics Anonymous / L.A.Kaskutas // *J. Subst. Abuse Treat.* – 1994. – Vol. 11, №3. – P. 185–195.

- Kaunitz J.D.* The bioavailability of folic acid added to wine / J.D.Kaunitz, J.Lindenbaum // *Ann. Intern. Med.* — 1977. — Vol. 87, №5. — P. 542–545.
- Kellogg J.H.* What employers may do to lessen the ravages of strong drinks / J.H.Kellogg // *Bericht des internationalen Congresses gegen den Mißbrauch geistiger Getränke in Christiania.* — Christiania, 1891. — S. 265–346.
- Khavari K.A.* A scale for the indirect assessment of alcohol intake. The alcohol use predictor scale / K.A.Khavari, P.D.Farber, F.M.Douglass // *J. Stud. Alcohol.* — 1979. — Vol. 40, №7. — P. 683–692.
- Kim S.* A short- and long-term evaluation of here's looking at you alcohol education program / S.Kim // *J. Drug Educ.* — 1988. — Vol. 18, №3. — P. 235–242.
- Kinney J.* A perspective on medical students' perceptions of alcoholics and alcoholism / J. Kinney, B.J. Bergen, T.R. Price // *J. Stud. Alcohol.* — 1982. — Vol. 43, №5. — P. 488–496.
- Kirkpatrick J.* Turnabout. New help for the women alcoholic / J.Kirkpatrick. — New York: Bantam Books, 1990.
- Klingholz F.* Recognition of low-level alcohol intoxication from speech signal / F.Klingholz, R.Penning, E.Liebhardt // *J. Acoust. Soc. Amer.* — 1988. — Vol. 84, №3. — P. 929–935.
- Knibbe R.A.* Van gangbaar tot problematies drankgebruik / R.A.Knibbe Reykjavik, 1984.
- Knupfer G.* Epidemiologic studies and control programs in alcoholism. V. The epidemiology of problem drinking / G.Knupfer // *Amer. J. Public Health. Nations. Health.* — 1967. — Vol. 57, №6. — P. 973–986.
- Kobler J.* Ardent Spirits: The Rise and Fall of Prohibition / J.Kobler. — New York: G.P. Putnam's Sons, 1973.
- Kohn P.M.* Wine, women, suspiciousness and advertising / P.M.Kohn, R.G.Smar // *J. Stud. Alcohol.* — 1987. — Vol. 48, №2. — P. 161–166.
- Kono Y.* Genetic background of alcoholism / Y.Kono, H.Yoneda // *Nippon Rinsho.* — 1997. — Vol. 55, Suppl. — P. 334–338.
- Korcok M.* How can we teach students about alcoholism? / M.Korcok // *Can. Med. Assoc. J.* — 1984. — Vol. 130, №3. — P. 305–308.
- Korcok M.* Worksite anti-alcoholism saves jobs, money / M.Korcok // *JAMA.* — 1983. — Vol. 249, №18. — P. 2427, 2431–2433.
- Krantz D.S.* Health psychology / D.S.Krantz, N.E.Grunberg, A.Baum // *Ann. Rev. Psychol.* — 1985. — Vol. 36. — P. 349–383.
- Kristenson H.* Experiences from the Malme study. Secondary prevention of alcoholism / H.Kristenson // *Nord Med.* — 1983. — Vol. 98, №8–9. — P. 196–198.
- Kristenson H.* Serum ferritin, gammaglutamyl-transferase and alcohol consumption in healthy middle-aged men / H.Kristenson, G.Fex, E.Trell // *Drug Alcohol Depend.* — 1981. — Vol. 8, №1. — P. 43–50.
- Lamontagne Y.* Alcohol and drug consumption in students at the college level. A 1978–1984 comparison / Y.Lamontagne, R.Elle // *Union Med. Can.* — 1985. — Vol. 114, №8. — P. 652–657.
- Langman M.J.* Alcohol and the gastrointestinal tract / M.J.Langman, G.D.Bell // *Brit. Med. Bull.* — 1982. — Vol. 38, №1. — P. 71–75.
- Larkin J.R.* Alcohol and the Negro / J.R.Larkin. — Lebulon: Record Publish. C\*, 1965.
- Lazarus R.S.* Some principles of psychological stress and their relation to dentistry / R.S.Lazarus // *J. Dent. Res.* — 1966. — Vol. 45, №6. — P. 1620–1626.
- Lazarus R.S.* Stress, appraisal, and coping / R.S.Lazarus, S.Folkman. — New York: Springer, 1984.
- Lazarus R.S.* The stress and coping paradigm / R.S.Lazarus // *Competence and coping during adulthood.* — Hanover, 1980. — P. 35.
- Le Gô P.M.* // *Rev. Franc. Gastroentor.* — 1977. — №130. — P. 55–57.
- Lee J.A.* What can homosexual aging studies contribute to theories of aging? / J.A.Lee // *J. Homosex.* — 1987. — Vol. 13, №4. — P. 43–71.
- Legrain M.* Alcoholism and working conditions of workers: (a) in cities / M.Legrain, K.Boissier // *Seventh International Congress to Combat the Abuse of Alcoholic Beverages.* — Paris, 1900. — P. 265–346.
- Legros M.* The dangers of alcohol in the enterprise — taboo? / M.Legros, C.Riviere // *Proceedings of the first regional colloquium: alcoholism and its effects in the workplace — prevention strategies.* — Reims, 1988.
- Lentz B.* De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations. — S. l., 1884.
- Lereboullet J.* // *La Revue du Praticien.* — 1958. — №3. — P. 8.

- Lery N., Rouzioux J.M. // Lyon med. — 1977. — Vol. 238. — P. 49.
- Lettieri D.J. Drug abuse: a review of explanations and models of explanation / D.J.Lettieri // Adv. Alcohol Subst. Abuse. — 1985. — Vol. 4, №3-4. — P. 9-40.
- Leventhal H. The effect of laughter on evaluation of a slapstick movie / H.Leventhal, W.Mace // J. Pers. — 1970. — Vol. 38, №1. — P. 16-30.
- Lewicki A. Psychologia kliniczna / A. Lewicki. — Warszawa: PWN, 1972.
- Lewis K.O. ABC of alcohol: tools of detection / K.O.Lewis, A.Paton // Brit. Med. J. — 1981. — Vol. 283, №6305. — P. 1531-1532.
- Lexicon of alcohol and drug terms. — Geneva: WHO, 1994.
- Lieber C.S. Alcohol, nutrition, and the liver / C.S.Lieber // Amer. J. Clin. Nutr. — 1973. — Vol. 26, №11. — P. 1163-1165.
- Lieber C.S. Pathogenesis and early diagnosis of alcoholic liver injury / C.S.Lieber // N. Engl. J. Med. — 1978. — Vol. 298, №16. — P. 888-893.
- Lifestyle assessment: applying microcomputers in family practice / H.A.Skinner, B.A.Allen, M.C.McIntosh, W.H.Palmer // Brit. Med. J. (Clin. Res. Ed.). — 1985. — Vol. 290, №6463. — P. 212-214.
- Lifestyle assessment: just asking makes a difference practice / H.A.Skinner, B.A.Allen, M.C.McIntosh, W.H.Palmer // Brit. Med. J. (Clin. Res. Ed.). — 1985. — Vol. 290, №6463. — P. 214-216.
- Lindeman S. Suicide mortality among medical doctors in Finland: Are females more prone to suicide than their male colleagues / S. Lindeman, F. Laara // Psychol. Med. — 1997. — Vol. 27, №5. — P. 1219-1222.
- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief / E.Lindemann // Amer. J. Psychiatry. — 1944. — Vol. 101. — P. 141.
- Lishman W.A. Alcohol and the brain / W.A.Lishman // Brit. J. Psychiatry. — 1990. — Vol. 156. — P. 635-644.
- Litman G.K. Relapse in alcoholism: traditional and current approaches / G.K.Litman // Alcoholism Treatment in Transition. — London, 1980.
- Loethen G.J. Comparison of the Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) and the Khavari Alcohol Test (KAT): results from an alcoholic population and their collaterals / G.J.Loethen, K.A.Khavari // Alcohol Clin. Exp. Res. — 1990. — Vol. 14, №5. — P. 756-760.
- Long-term blockade of the expression of cocaine sensitization by ondansetron, a 5-HT(3) receptor antagonist / G.R.King, Z.Xiong, S.Douglass, E.H.Ellinwood // Eur. J. Pharmacol. — 2000. — Vol. 394, №1. — P. 97-101.
- Lumeng L. New diagnostic markers of alcohol abuse / L.Lumeng // Hepatology. — 1986. — Vol. 6, №4. — P. 742-745.
- Lurigio A.J. Joining the front line against HIV: an education program for adult probationers / A.J.Lurigio, J.Petratis, B.R.Johnson // AIDS Educ. Prev. — 1992. — Vol. 4, №3. — P. 205-218.
- Maas M.J. In de Spiegel der historie: Drankbestrijding in Nederland / M.J.Maas // Alcohol en het menselijk tekort. — Amersfoort: De Horstink, 1982. — P. 39-43.
- Macrocytosis in chronic alcoholic hepatitis / C.Buffet, J.C.Chaput, F.Albuisson et al. // Arch. Fr. Mal. App. Dig. — 1975. — Vol. 64, №4. — P. 309-315.
- Maddux J.F. Psychoactive substance use among medical students / J.F.Maddux, S.K.Hoppe, R.M.Costello // Amer. J. Psychiatry. — 1986. — Vol. 143, №2. — P. 187-191.
- Magnetic resonance imaging of alcoholic Korsakoff patients / T.L.Jernigan, K.Schafer, N.Butters, L.S.Cermak // Neuropsychopharmacology. — 1991. — Vol. 4, №3. — P. 175-186.
- Mandelbaum D.G. Alcohol and Culture / D.G.Mandelbaum // Current Anthropology. — 1967. — №6. — P. 281.
- Marcos A.C. Drug progression model: a social control test / A.C.Marcos, S.J.Bahu // Int. J. Addikt. — 1995. — Vol. 30, №11. — P. 1383-1405.
- Marimuthu T. The illicit samsu problem in Malaysia / T.Marimuthu. — Penang, 1979.
- Masur J. The excitatory effect of ethanol: absence in rats, no tolerance and increased sensitivity in mice / J.Masur, M.L. Oliveira de Souza, A.P.Zwicker // Pharmacol. Biochem. Behav. — 1986. — Vol. 24, №5. — P. 1225-1228.
- Matarazzo J.D. Base rate data for the WAIS-R: test-retest stability and VIQ-PIQ differences / J.D.Matarazzo, D.O.Herman // J. Clin. Neuropsychol. — 1984. — Vol. 6, №4. — P. 351-366.
- May P.A. Alcohol and drug misuse prevention programs for American Indians: needs and opportunities / P.A. May // J. Stud. Alcohol. — 1986. — Vol. 47, №3. — P. 187-195.

- May P.A. Some Navajo Indian opinions about alcohol abuse and prohibition: A survey and recommendations for policy / P.A. May, M.B. Smith // *J. Stud. Alcohol.* – 1988. – Vol. 49, №1. – P. 324–334.
- Mayer-Gross W. *Clinical Psychiatry* / W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth. – London, 1954.
- Mayfield D. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument / D. Mayfield, G. McLeod, P. Hall // *Amer. J. Psychiatry.* – 1974. – Vol. 131, №10. – P. 1121–1123.
- McAndrew C. The differentiation of male alcoholic outpatients by means of the MMPI // C. McAndrew // *Quart. J. Stud. Alcohol.* – 1965. – Vol. 42. – P. 604–625.
- McAndrew C. Toward the psychometric detection of substance misuse in young men: the SAP scale / C. McAndrew // *J. Stud. Alcohol.* – 1986. – Vol. 47, №2. – P. 161–166.
- McAndrew C. What the MAC scale tells us about men alcoholics: an interpretive review / C. McAndrew // *J. Stud. Alcohol.* – 1981. – Vol. 42, №7. – P. 604–625.
- McCarthy F.M. *Emergencies in Dental Practice: Prevention and Treatment* / F.M. McCarthy. – Philadelphia, 1972.
- McCarthy F.M. Ethyl alcohol by the oral route as a sedative in dentistry / F.M. McCarthy, J. Hayden // *J. Amer. Dent. Assoc.* – 1978. – Vol. 96, №2. – P. 282–287.
- McCarty D. Attitudes, beliefs and alcohol use: an analysis of relationships / D. McCarty, S. Morrison, K.C. Mills // *J. Stud. Alcohol.* – 1983. – Vol. 44, №2. – P. 328–341.
- McGue M. Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study / M. McGue, R.W. Pickens, D.S. Svikis // *J. Abnorm. Psychol.* – 1992. – Vol. 101, №1. – P. 3–17.
- McGuire W. The nature of attitudes and attitude change / W. McGuire // *Handbook of Social Psychology: The Individual in a Social Context.* – S.I., 1969. – Vol. 3. – P. 136–314.
- McShane D. Differences in cerebral asymmetries related to drinking history and ethnicity. A computerized axial tomography (CAT) scan study / D. McShane, M.L. Willenbring // *J. nerv. ment. Dis.* – 1984. – Vol. 172, №9. – P. 529–532.
- Measures of maternal alcohol use as predictors of development in early childhood / M. Russell, D.M. Czarnecki, R. Cowan et al // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1991. – Vol. 15, №6. – P. 991–1000.
- Mechanic D. *Illness behavior: an overview* / D. Mechanic // *Illness behavior. A multidisciplinary model.* – New York, 1985.
- Mechanic D. *Mental health and social policy: initiatives for the 1980s* / D. Mechanic // *Health Aff. (Millwood).* – 1985. – Vol. 4, №1. – P. 75–88.
- Mechanic D. *The transformation of health providers* / D. Mechanic // *Health Aff. (Millwood).* – 1984. – Vol. 3, №1. – P. 65–72.
- Mehden F. *Islamic resurgence in Malaysia* / F. Mehden // *Islam and Development: Religion and Sociopolitical Change.* – Syracuse; New York, 1980. – P. 163–249.
- Meichenbaum D. *Cognitive factors in biofeedback therapy* / D. Meichenbaum // *Biofeedback Self. Regul.* – 1976. – Vol. 1, №2. – P. 201–216.
- Menninger K.A. *Man Against Himself* / K.A. Menninger. – New York, 1938.
- Metabolism of alcohol at high concentrations: role and biochemical nature of the hepatic microsomal ethanol oxidizing system / R. Teschke, S. Matsuzaki, K. Ohnishi et al. // *Adv. Exp. Med. Biol.* – 1977. – Vol. 85A. – P. 257–280.
- Midanik L. The demographic distribution of U.S. drinking patterns in 1990: Description and trends from 1984 / L. Midanik, W.B. Clark // *Amer. J. Public Health.* – 1994. – Vol. 84. – P. 1218–1222.
- Miller S.I. *An Evaluation of Alcoholism Treatment Services for Alaskan Natives* / S.I. Miller, E. Helmick, L. Berg // *Hsp. a Community Psychiat.* – 1975. – Vol. 26, №12. – P. 829–831.
- Miller W.R. *Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling* / W.R. Miller // NIDA. – Rockville, 2000. – P. 99–106.
- Mills A.R. Pelagic paralysis / A.R. Mills, R. Passmore // *Lancet.* – 1989. – Vol. 1, №8578. – P. 161–164.
- Mills K.C. Body sway and divided attention performance under the influence of alcohol: dose-response differences between males and females / K.C. Mills, E.Z. Bisgrove // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1983. – Vol. 7, №4. – P. 393–397.
- Minkler M. *Alcohol and cigarette advertising in Ms. magazine* / M. Minkler, L. Wallack, P. Madden // *J. Public. Health Policy.* – 1987. – Vol. 8, №2. – P. 164–179.
- Moderate drinking and health: Report of an Int. Symposium, Toronto, Ontario, 29 April–1 May 1993. – Toronto: Addiction Research Foundation, 1994.
- Modonutti G.B. / G.B. Modonutti, G. Benussi, G. Nedoclan et al. // *Minerva med.* – 1984. – Vol. 75. – P. 871–879.

- Monarco S.* Consumo di psicofarmaci e alcool indagine tra gli studenti ospiti della casa delle studente dell'Università di Perugia / S.Monarco // Educ. sanit. med. prev. — 1978. — Vol. 1, №1. — P. 18–52.
- Monheim A.* Egypt / A.Monheim // International handbook on Alcohol and Culture. — Westport; London, 1995. — P. 63–74.
- Montano D.E.* A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation / D.E.Montano, S.H.Taplin // Soc. Sci. Med. — 1991. — Vol. 32, №6. — P. 733–741.
- Mori T.* Drinking and distribution of an annual alcohol consumption at parties among students at a private college of science / T.Mori, K.Aoyama // Nippon Eiseigaku Zasshi. — 1987. — Vol. 42, №4. — P. 815–820.
- Morphologic changes in the small intestine after chronic alcohol consumption / J.Persson, N.O.Berg, R.Stenling, P.H.Magnusson // Scand. J. Gastroenterol. — 1990. — Vol. 25, №2. — P. 173–184.
- Morrison A.* Aspects of adolescent information acquisition about drugs and alcohol topics / A.Morrison, E.G.Kline // R. Ortman Communication research and drug education. — Beverley Hills, 1976.
- Moskalewicz J.* Poland / J.Moskalewicz, A.Zielinski // International handbook on Alcohol and Culture. — Westport; London, 1995. — P. 224–236.
- Moskowitz J.M.* The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature / J.M.Moskowitz // J. Stud. Alcohol. — 1989. — Vol. 50, №1. — P. 54–88.
- Moss F.* Sobriety and american indian problem drinkers / F.Moss, E.D.Edwards, M.E.Edwards // Alcohol. Treatm. quart. — 1985. — Vol.2, №2. — P. 81–97.
- Mulford H.A.* Identifying problem drinkers in a household health survey / H.A.Mulford, R.W.Wilson // Vital Health Stat. 1. — 1966. — Vol. 2, №16. — P. 1–46.
- Mulford H.A., Miller D.E.* // Quart. J. Stud. Alcohol. — 1960. — Vol. 21. — P. 279–291.
- Murray R.M.* The alcoholic doctor / R.M.Murray // Brit. J. Hosp. Med. — 1977. — Vol. 18, №2. — P. 144, 146–149.
- Musto D.F.* International traffic in coca through the early 20th century / D.F.Musto // Drug Alcohol Depend. — 1998. — Vol. 49, №2. — P. 145–156.
- Nahoum-Grappe V.* France / V.Nahoum-Grappe // International handbook on Alcohol and Culture. — Westport; London, 1995. — P. 75–87.
- Nahoum-Grappe V.* La Culture dt l'ivresse / V.Nahoum-Grappe. — Paris: Quai Voltaire-Histoire, 1991.
- Nanji A.A.* Alcohol and ischemic heart disease: wine, beer or both? / A.A.Nanji // Int. J. Cardiol. — 1985. — Vol. 8, №4. — P. 487–489.
- Nanji A.A.* Increased susceptibility of women to alcohol: is beer the reason? / A.A.Nanji, S.W.French // N. Engl. J. Med. — 1985. — Vol. 312, №9. — P. 585.
- Nasrallah H.A.* Laterality shift in alcoholic males / H.A.Nasrallah, K.Keelor, M.McCalley-Whitters // Biol. Psychiatry. — 1983. — Vol. 18, №9. — P. 1065–1067.
- National Household Survey on Drug Abuse: population estimates, 1988 / NIDA. — Washington: US Government Printing Office, 1990.
- Negrete J.C.* The role of medical schools in the prevention of alcohol-related problems / J.C.Negrete // CMAJ. — 1990. — Vol. 143, №10. — P. 1048–1053.
- Neil C.C.* The relationship between perceived workplace problems and alcohol consumption among single men in new resource communities / C.C.Neil // Contemporary drug problems. — 1989. — Vol. 16, №2. — P. 227–259.
- Netting R.M.* Beer as a locus of value among the west African Kofyar / R.M.Netting // Amer. Anthropologist. — 1964. — Vol. 66. — P. 575–584.
- Nevadomsky J.J.* Drug use among Nigerian university students: Prevalence of self-reported use and attitudes to use / J.J.Nevadomsky // Bull. Narcotics. — 1985. — Vol. 37, №2–3. — P. 31–42.
- Newman I.M.* A conceptual model for developing prevention programs / I.M.Newman, G.L.Martin, R.Weppner // Int. J. Addict. — 1982. — Vol. 17, №3. — P. 493–504.
- NIDA report examines relationship between aging and psychoactive drugs // Hosp. Community Psychiatry. — 1979. — Vol. 30, №10. — P. 719, 723.
- Norman N.M.* Self-presentation, reasoned action and adolescents decisions to smoke cigarettes / N.M.Norman, J.T.Tedeschi // J. Appl. Soc. Psychology. — 1989. — Vol. 19. — P. 543–558.
- Nourrisson D.* Le Buveur du XIXe siècle / D. Nourrisson. — Paris: Flammarion, 1990.
- Nyberg K., Allebeck P.* Sweden / K.Nyberg, P.Allebeck // International handbook on Alcohol and Culture. — Westport; London, 1995. — P. 280–288.
- Oakley G.P.* Folic acid-preventable spina bifida and anencephaly / G.P.Oakley // JAMA. — 1993. — Vol. 269, №10. — P. 1292–1293.

- O'Connor S. Palma de N/P3 amplitude in two distinct tasks are decreased in young men with a history of paternal alcoholism / S.O'Connor, V.Hesselbrock, A.Taman // Alcohol. — 1987. — №4. — P. 323–330.
- O'Connor S. The application of electrophysiology to research in alcoholism / S.O'Connor, A.Tasman // J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci. — 1990. — Vol. 2, №2. — P. 149–158.
- Odejide A.O. Chronic psychiatric patients in Nigeria: adverse prognostic factors / A.O.Odejide // Int. J. Soc. Psychiatry. — 1982. — Vol. 28, №3. — P. 213–221.
- Odejide A.O. Pattern of psychotropic drug use: a survey of civil service workers in Ibadan, Nigeria / A.O.Odejide // Report of the Working Group on the Use and Abuse of Psychotropic Substances in Developing Countries with Special Reference to Benzodiazepines. — Lausanne, 1982. — P. 34–43.
- Ólafsdýttir H. Admissions to inpatient wards for alcohol and drug abuse 1975–1985 / H.Ólafsdýttir, T. Helgason // Icelandic Med. J. — 1988. — Vol. 74, №4. — P. 165–167.
- Olmsted C.A. A physico-chemical study of fetal calf sera used as tissue culture nutrient correlated with biological tests for toxicity / C.A.Olmsted // Exp. Cell Res. — 1967. — Vol. 48, №2. — P. 283–299.
- On vagrancy and psychosis / T.Baasher, A.S.Elhakim, K.Fawal et al. // Community Ment. Health J. — 1983. — Vol. 19, №1. — P. 27–41.
- Oshobin O.G. Alcohol abuse: A case study of secondary school students in a rural area of Benin District, Nigeria / O.G.Oshobin // Drug Alcohol Depend. — 1981. — №8. — P. 207–213.
- Oshodin O. Alcohol abuse among high school students in Benin City, Nigeria / O.Oshodin // Drug Alcohol Depend. — 1981. — №7. — P. 141–145.
- Oshodin O. Alcohol abuse among Nigerian college students in the New York area of the United States / O.Oshodin // College Stud. J. — 1982. — №16/-P. 40–47.
- Oshodin O. Nigeria / O.Oshodin // International handbook on Alcohol and Culture. — Westport; London, 1995. — P. 213–223.
- Osterberg E. Current approaches to limit alcohol abuse and the negative social consequences of use: a comparative review of available options and an assessment of proven effectiveness / E.Osterberg // Expert meeting on the negative social consequences of alcohol use. — Oslo, 1990. — P. 266–300.
- Patterns of alcohol use in Mexican urban population: Results from a national survey / M.E.Medina-Mora, R.Tapia-Conyer, J.Villatoro et al. — S. l., 1991.
- Pela O.A. Drug abuse in Nigeria: a review of epidemiological studies / O.A.Pela, J.C.Ebie // Bull. Narc. — 1982. — Vol. 34, №3–4. — P. 91–99.
- Peregrina R. Aspectos agrícolas, industriales y comerciales / R. Peregrina. — Mexico, 1993.
- Perry C.L. Doing the cube: preventing drug abuse through adolescent health promotion / C.L.Perry, R.Jessor // NIDA Res. Monogr. — 1983. — Vol. 47. — P. 51–75.
- Perry C.L. Results of prevention programs with adolescents / C.L.Perry // Drug Alcohol Depend. — 1987. — Vol. 20, №1. — P. 13–19
- Personality traits in subtypes of alcoholics / L.Von Knorring, A.L.von Knorring, L. Smigan et al. // J. Stud. Alcohol. — 1987. — Vol. 48, №6. — P. 523–527.
- Peterson J.S. Internal-external control and motivations for alcohol use among college students / J.S.Peterson, H.A.Allen // Psychol. Rep. — 1983. — Vol. 52, №3. — P. 692–694.
- Petzoldt R. Alcohol and diabetes / R.Petzoldt // Dtsch. Med. Wochenschr. — 1985. — Vol. 110, №30. — P. 1167–1169.
- Pfefferbaum A. Model estimates of CSF and skull influences on scalp-recorded ERPs / A.Pfefferbaum // Alcohol. — 1990. — Vol. 7, №5. — P. 479–482.
- Pickens R.W. Improving drug abuse treatment. Overview of treatment issues / R.W.Pickens, B.W. Fletcher // NIDA Res. Monogr. — 1991. — Vol. 106. — P. 1–19.
- Piendl A. // Birra e Malto. — 1983. — Vol. 20. — P. 5–43.
- Piendl A. // Birra e Malto. — 1985. — Vol. 27. — P. 80–85.
- Pinson A. To institution of friendship and drinking patterns in Iceland / A.Pinson // Anthropol. Quarterly. — 1985. — Vol. 58, №2. — P. 75–82.
- Plant M. The United Kingdom / M.Plant // International handbook on Alcohol and Culture. — Westport; London, 1995. — P. 289–299.
- Platelet Monoamine Oxidase and Serum Dopamine-B-hydroxyl activity in Chronic Alcoholics / J.L.Sullivan, C.N.Stanfield, S.Schaerg, J.Cavenar // Arch. gen. psychiat. — 1978. — Vol. 5, №10. — P. 1209–1212.
- Plomp H.N. Smoking, alcohol consumption and the use of drugs by schoolchildren from the age of 10 / H.N.Plomp, H.Kuipers, M.L.van Oers. — Amsterdam: Amsterdam University Press, 1991.

- Pokorny A.D.* The Brief-MAST: a shortened version of the Michigan Alcohol Screening Test / A.D.Pokorny, B.A.Miller, H.B.Kaplan // *Amer. J. Psychiatry.* — 1972. — Vol. 129, №3. — P. 342–345.
- Poldrugo F.* Attitudes toward alcoholism among Italian future teachers and health professionals / F.Poldrugo, G.B.Modonutti, R.Buttolo // *Drug Alcohol Depend.* — 1986. — Vol. 17, №1. — P. 31–36.
- Pols R.G.* Is there a Safe Level of Daily Consumption of Alcohol for Men and Women? / R.G.Pols, B.V.Hawks. — 2nd edn. — Canberra: AGPS, 1992.
- Positron emission tomography as a technique for studying the chronic effects of alcohol on the human brain / M.J.Eckardt, J.W.Rohrbaugh, D.E.Rio, P.R.Martin // *Ann. Med.* — 1990. — Vol. 22, №5. — P. 341–345.
- Powell M.* Need and provision of health visiting in the London district health authorities / M.Powell // *J. Adv. Nurs.* — 1990. — Vol. 15, №11. — P. 1310–1314.
- Powell M.* Reducing the costs of alcohol in the workplace: the case for employer policies / M.Powell. — York, 1990.
- Powers J.S.* Michigan Alcoholism Screening Test to diagnose early alcoholism in a general practice / J.S.Powers, A.Spickard // *South Med. J.* — 1984. — Vol. 77, №7. — P. 852–856.
- Predicting alcohol and drug use in early adulthood: the role of internalizing and externalizing behavior problems in early adolescence / R.G.Stelle, R.Forehand, L.Armistead, G.Brodi // *Amer. J. Orthopsychiatry.* — 1995. — Vol. 65, №3. — P. 380.
- Predicting substance abuse in juvenile offenders: Attention deficit disorder versus aggression / J.A.Halikas, J.Meller, C.Morse, M.D.Lyttie // *Child Psychiatry Hum. Dev.* — 1990. — Vol. 21, №1. — P. 49–55.
- Preng K.* The McAndrew scale: clinical application and theoretical issues / K.Preng, J.Clopton // *J. Stud. Alcohol.* — 1986. — Vol. 47, №3. — P. 228–236.
- Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population / P.D.Cleary, M. Miller, B.T. Bush et al. // *Amer. J. Med.* — 1988. — Vol. 85, №4. — P. 466–471.
- Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study / G.J.Botvin, E.Baker, L.Dusenbury et al. // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1990. — Vol. 58, №4. — P. 437–446.
- Prevention of folic acid-preventable spina bifida and anencephaly / G.P.Oakley, J.D.Erickson, L.M.James et al. // *Ciba Foundation symposium.* — 1994. — Vol. 181. — P. 212–231.
- Problems related to alcohol consumption: Report of a WHO Expert Committee. — Geneva: WHO, 1980. — (WHO Technical Report Series, №650).
- Prochaska J.* In search of how people change: Applications to addictive behaviors / J.Prochaska, C.DiClemente, J.Norcross // *Amtricfn Psychologist.* — 1992. — №47. — P. 1102–1114.
- Propping P.* Genetic control of ethanol action on the central nervous system. An EEG study in twins / P.Propping // *Hum. Genet.* — 1977. — Vol. 35, №3. — P. 309–334.
- Propping P.* Pharmacogenetics of alcohol's CNS effect: implications for the etiology of alcoholism / P.Propping // *Pharmacol. Biochem. Behav.* — 1983. — Vol. 18, Suppl. 1. — P. 549–553.
- Propping P.* Psychophysiological test performance in normal twins and in a pair of identical twins with essential tremor that is suppressed by alcohol / P.Propping // *Hum. Genet.* — 1977. — Vol. 36, №3. — P.321–325.
- Quepo D.* Alcohol consumption among university students in Spain / D. Quepo, F.J. Alvarez, A.Velasco // *Drug Alcohol Depend.* — 1986. — Vol. 18, №1. — P. 41–49.
- Rabushka A.* Race and Politics in Urban Malaya / A.Rabushka. — Stanford: Hoover Institution Press, 1973.
- Ramlal-Körmeling A.* Onderzoek naar de aard en omvang van alcoholproblematiek bij Surinamers in de gemeente's-Gravenhage en randgemeenten / A.Ramlal-Körmeling, G.J.J. Rolsma. — Gravenhage: Stichting Surinaams Regionaal Steunput, 1989.
- Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers / M.Sanchez-Craig, H.M.Annis, A.R.Bornet, K.R.MacDonald // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1984. — Vol. 52, №3. — P. 390–403.
- Rawnsley K.* Alcoholic doctors / K.Rawnsley // *Alcohol Alcohol.* — 1984. — Vol. 19, №3. — P. 257–259.
- Reding P.R.* Biochemical markers in alcoholism detection / P.R.Reding, O.Thys, T.De Keyser // *Acta Gastroenterol. Belg.* — 1980. — Vol. 43, №5–6. — P. 131–138.
- Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: the Saving Lives Program / R.Hingson, T.McGovern, J.Howland et al.// *Amer. J. Public Health.* — 1996. — Vol. 86, №6. — P. 791–797.

- Reed E.T.* Ethnic differences in alcohol use, abuse, and sensitivity: a review with genetic interpretation / E.T.Reed // *Social. Biol.* – 1985. – Vol.32, №3–4. – P. 195–209.
- Reelick N.F.* Gezondheidsenquête Rotterdam 1991: Gezondheid, gezondheidszorg en leefgewoonten / N.F.Reelick, L.M.Lamers. – Rotterdam: Gemeentelijke Gezondheidsdienst, 1991.
- Reiskin U.* Drinking among college students using a campus mental health center / U.Reiskin, H.Wechsler // *J. Stud. Alcohol.* – 1981. – Vol. 42, №9. – P. 716–724.
- Relaxation training for essential hypertension at the worksite: I. The untreated mild hypertensive / M.A.Chesney, G.W.Black, G.E.Swan, M.M.Ward // *Psychosom. Med.* – 1987. – Vol. 49, №3. – P. 250–263.
- Revalidation and expansion of an adolescent substance abuse screening measure / M.K.Petchers, M.I.Singer, J.W.Angelotta, J.Chow // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 1988. – Vol. 9, №1. – P. 25–29.
- Richardson P.J.* et al. // *Brit. Heart J.* – 1986. – Vol. 56. – P. 165–170.
- Richman A.* Alcohol consumption and morbidity in the Canada Health Survey: inter-beverage differences / A.Richman, R.A.Warren // *Drug Alcohol Depend.* – 1985. – Vol. 15, №3. – P. 255–282.
- Richmond R., Anderson P.* // *Addiction.* – 1994. – Vol. 89. – P.35–40.
- Robins L.* Assessing substance abuse and other psychiatric disorders: history of problems, state of affairs / L. Robins // NIDA Res. Monogr. – 1991. – Vol. 105. – P. 203–212.
- Rodriguez-Martos D.* Findings with a modified version of the MALT (müncher alcoholismus test) in Spanish language / D.Rodriguez-Martos, R.Suarez // *Psychiatry.* – New York; London, 1985. – Vol.6. – P. 57–63.
- Rogers C.J.* Chronic ethanol treatment reduces inhibition in CA1 of the rat hippocampus / C.J.Rogers, B.E.Hunter // *Brain Res. Bull.* – 1992. – Vol. 28. – P. 587–592.
- Rollnick S.* et al. // *J. of mental health.* – 1992. – Vol. 1. – P. 25–37.
- Rollnick S.* Health Behavior Change A Guide for practitioners / S. Rollnick, P. Mason, C. Butler. – Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999. – 225 p.
- Rooney J.F.* The influence of informal control sources upon adolescent alcohol use and problems / J.F.Rooney // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* – 1982–83. – Vol. 9, №2. – P. 233–245.
- Rootman I.* A comparison of alcohol, tobacco and drug use as determined from household and school surveys / I.Rootman, R.G.Smart // *Drug Alcohol Depend.* – 1985. – Vol. 16, №2. – P. 89–94.
- Rosenberg N.* MMPI alcoholism scales / N.Rosenberg // *J. Clin. Psychol.* – 1972. – Vol. 28, №4. – P. 515–522.
- Rosenhan D.L.* Psychopatologia / D.L.Rosenhan, M.E.P.Seligman. – Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1994. – P. 255–267, 359–413.
- Rosenthal D.* Genetic theory and abnormal behavior / D.Rosenthal. – New York, 1970.
- Ross H.E.* Diagnostic validity of the MAST and the alcohol dependence scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders / H.E.Ross, D.R.Gavin, H.A.Skinner // *J. Stud Alcohol.* – 1990. – Vol. 51, №6. – P. 506–513.
- Rossi D.* Alcohol consumption of the young and territorial factor: Some outlines of analysis / D. Rossi // *Alcoologia.* – 1992. – №1. – P. 47–51.
- Roy A.* Alcoholism and suicide / A.Roy, M.Linnoila // *Suicide Life Threat. Behav.* – 1986. – Vol. 16, №2. – P. 244–273.
- Roy A.* Personality variables in depressed patients and normal controls / A.Roy // *Neuropsychobiology.* – 1990–1991. – Vol. 23, №3. – P. 119–123.
- Rubin E.* Ethanol and the liver: an example of injury and adaptation / E.Rubin, C.S.Lieber // *Hum Pathol.* – 1971. – Vol. 2, №3. – P. 343–344.
- Sackett D.L.* A primer on the precision and accuracy of the clinical examination / D.L.Sackett // *JAMA.* – 1992. – Vol. 267, №19. – P. 2638–2644.
- Safer L.A.* Under pressure program: using live theatre to investigate adolescents attitudes and behavior related to drug and alcohol abuse education and prevention / L.A.Safer, C.G.Harding // *Adolescence.* – 1993. – Vol. 28 (109). – P. 135–148.
- Sánchez O.* Aspectos históricos y psicosociales de alcoholismo en Honduras O.Sánchez // *Revista médica hondureca.* – 1984. – Vol. 52. – P. 210–216.n
- Sanders B.* Cardiovascular responses of oriental and caucasian man to alcohol. Some psychological correlates / B.Sanders, G.P.Danko, B.Ching // *J. Stud. Alcohol.* – 1980. – Vol. 41, №5. – P. 496–508.
- Sariola S.* *Psychiatrie der Gegenwart.* – Berlin, 1960. – Bd. 2. – S. 251.
- Saunders J.B.* WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I / J.B.Saunders, O.G.Aasland. – Geneva, 1987.

- Saxe L.* Fighting Back evaluation plan / L.Saxe, C.Kadushin. — NY, 1995.
- Schippers G.* Alcohol-, drugs-en medicijngebruik van jongeren / G. Schippers, A. Kwakman // *Jeugh en samenleving.* — 1988. — №10. — P. 527–546.
- Schneble H.* Zur Verwertbarkeit der Ergebnisse einer Atemalkoholbestimmung in der forensischen Praxis / H. Schneble // *Blutalkohol.* — 1986. — Bd. 23, №5. — S. 315–329.
- Schuckit M.A.* Alcohol-related flushing and the risk for alcoholism in sons of alcoholics / M.A.Schuckit, J. DUBY // *J. Clin. Psychiatr.* — 1982. — Vol. 43, №10. — P. 415–418.
- Schuckit M.A.* Ethanol-induced changes in body sway in men at high alcoholism risk / M.A.Schuckit // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1985. — Vol. 42, №4. — P. 375–379.
- Schuckit M.A.* Substance use and mental health problems among sons of alcoholics and controls / M.A.Schuckit, S.Sweenly // *J. Stud. Alcohol.* — 1987. — Vol. 48, №6. — P. 528–534.
- Schwartzman J.* Alcoholics Anonymous and the family: a systemic perspective / J.Schwartzman // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* — 1985. — Vol. 11, №1–2. — P. 69–89.
- Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire / B.Bush, S.Shaw, P.Cleary et al. // *Amer. J. Med.* — 1987. — Vol. 82, №2. — P. 231–235.
- Segura J.* Doping in sport: old and new aspects of a worrying problem / J.Segura // *J. Forensic Sci. Soc.* — 1991. — Vol. 31, №2. — P. 229–230.
- Sek H.* Sense of coherence and subjective health concepts / H.Sek, T.Pasikowski, I.Scigata // *Sense of Coherence in Salutogenic Model.* — Lydz, 1993.
- Sek H.* Spoieczna psychologia kliniczna / H.Sek. — Warszawa: PWN, 1993.
- Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors / M.H.Becker, D.P.Haefner, S.V.Kasl et al. // *Med Care.* — 1977. — Vol. 15, №5, Suppl. — P. 27–46.
- Selzer M.L.* A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST) / M.L.Selzer, A.Vinokur, L.Rooijen // *J. Stud. Alcohol.* — 1975. — Vol. 36, №1. — P. 117–126.
- Selzer M.L.* The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument / M.L.Selzer // *Amer. J. Psychiatry.* — 1971. — Vol. 127, №12. — P. 1653–1658.
- Serafetinides E.A.* EEG and psychometric testing in brain lesions: combined screening / E.A.Serafetinides // *Percept. Mot. Skills.* — 1972. — Vol. 35, №1. — P. 289–290.
- Serum activity of mitochondrial aspartate aminotransferase: a sensitive marker of alcoholism with or without alcoholic hepatitis / B.Nalpas, A.Vassault, A.Le Guillou // *Hepatology.* — 1984. — Vol. 4, №5. — P. 893–896.
- Serum mitochondrial aspartate aminotransferase as a marker of chronic alcoholism: diagnostic value and interpretation in a liver unit / B.Nalpas, A.Vassault, S.Charpin et al. // *Hepatology.* — 1986. — Vol. 6, №4. — P. 608–614.
- Sex-related differences in the haematological effects of excessive alcohol consumption / D.M.Chalmers, I.Chanarin, S.Macdermott, A.J.Levi // *J. Clin. Pathol.* — 1980. — Vol. 33, №1. — P. 3–7.
- Shain M.* My work makes me sick: evidence and health promotion implications / M.Shain // *Health promotion (Canada).* — 1990/91. — Vol. 29, №3. — P. 11–12.
- Shain M.* Worksite community processes and the prevention of alcohol abuse: theory to action / M.Shain // *Contemporary drug problems.* — 1990. — Vol. 17, №3. — P. 369–389.
- Sharon A.C.* Development of drug delivery systems for use in treatment of narcotic addiction / A.C.Sharon, D.L.Wise // *NIDA Res. Monogr.* — 1981. — Vol. 28. — P. 194–213.
- Shaw L.* // *Lab. Management.* — 1982. — Vol. 20. — P. 56–63.
- Sher K.J.* The MacAndrew Alcoholism Scale: severity of alcohol abuse and parental alcoholism / K.J.Sher, B.S.McCready // *Addict. Behav.* — 1984. — Vol. 9, №1. — P. 99–102.
- Shore E.* Politics and the royal colleges / E. Shore // *BMJ.* — 1988. — Vol. 297, №6656. — P. 1068–1069.
- Shore E.R.* Knowledge of alcohol effects among women and men employed in business and professional occupations / E.R.Shore // *Addict. Behav.* — 1985. — Vol. 10, №1. — P. 109–112.
- Shure M.B.* Interpersonal cognitive problem solving / M.B.Shure, G.Spivack // *4 ounces of prevention: A casebook for practitioners.* — Washington, DC: Amer. Psychol. Association, 1988.
- Shute P.A.* Patients' alcohol drinking habits in general practice: prevention and education / P.A. Shute // *J. R. Soc. Med.* — 1988. — Vol. 81, №8. — P. 450–451.
- Sidorov P.* Russia / P. Sidorov // *International handbook on Alcohol and Culture.* — Westport; London, 1995. — P. 237–253.
- Sijbing G.* Het gebruik van drugs, alcohol en tabak: Resultaten van een onderzoek onder Nederlandse jongeren van 15–24 jaar / G. Sijbing. — Amsterdam: SWOAD, 1984.

- Skinner H.A.* A multivariate evaluation of the MAST / H.A.Skinner // *J. Stud. Alcohol.* – 1979. – Vol. 40, №9. – P. 831–844.
- Smith R.J.* Teaching reading in the middle grades / R.J.Smith, T.C.Barret. – Reading: Addison-Wesley Publishing Co, 1980.
- Snortum J.R.* Alcoholic beverage preference as a public statement: self-concept and social image of college drinkers / J.R.Snortum, L.K.Kremer, D.E.Berger // *J. Stud. Alcohol.* – 1987. – Vol. 48, №3. – P. 243–251.
- Sokol R.J.* Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring / R.J.Sokol, S.K.Clarren // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1989. – Vol. 13, №4. – P. 597–598.
- Soueif M.I.* Use of psychoactive substances among male secondary school pupils in Egypt: A study on a nationwide representative sample / M.I.Soueif, G.S.Youssuf // *Drug Alcohol Depend.* – 1990. – Vol. 26. – P. 63–79.
- Spath G.* // *Birra e Malto.* – 1993. – Vol. 52. – P. 4–20.
- Sprince H., Parker C.M., Smith G.G.* // *Nutr. Repts. Int.* – 1978. – Vol. 17, №4. – P. 441–455.
- Stacey B.* Teenagers and alcohol / B.Stacey, J.Davies // *Health Bull. (Edinb).* – 1973. – Vol. 31, №6. – P. 318–319.
- Stamm D.* Detection and exclusion of alcoholism in men on the basis of clinical laboratory findings / D.Stamm, E.Hansert, W.Feuerlein // *J. Clin. Chem. Clin. Biochem.* – 1984. – Vol. 22, №1. – P. 79–96.
- Stibler H.* Glycoprotein sialyl- and galactosyl transferase activities in erythrocyte membranes in alcoholic patients and healthy controls / H.Stibler, S.Borg // *Drug Alcohol Depend.* – 1986. – Vol. 16, №4. – P. 331–340.
- Stibler H.* Micro anion exchange chromatography of carbohydrate-deficient transferrin in serum in relation to alcoholic consumption / H.Stibler, S.Borg, M.Joustra // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1986. – Vol. 10, №5. – P. 535–554.
- Stibler H.* Transferrin microheterogeneity in rats treated chronically with ethanol / H.Stibler // *Pharmacol. Toxicol.* – 1989. – Vol. 64, №4. – P. 383–385.
- Stimmel B.* The role of ethnography in alcoholism and substance abuse: the nature versus nurture controversy / B. Stimmel // *Adv. Alcohol Subst. Abuse.* – 1984. – Vol. 4, №1. – P. 1–8.
- Stimulant use, abuse and dependence in Thailand / V. Poshyachinda, P. Phittayanon, V. Simasatitkul, U. Perngpam* // *Alcohol and Drugs: perspectives, prevention and control – Asia Pacific Region.* – S.I., 1988. – P. 77–106.
- Stroebe W.* Stereotype, prejudice, and discrimination: Changing conceptions in theory and research / W. Stroebe, C.A. Insko // *Stereotyping and prejudice.* – New York: Springer-Verlag, 1989.
- Suwaki H.* Alcohol and alcohol problems research 2. Japan / H. Suwaki // *Brit. J. Addict.* – 1985. – Vol. 80, №2. – P. 127–132.
- Suwanlert S.A.* A study of kratom eaters in Thailand / S.A. Suwanlert // *Bull. Narc.* – 1975. – Vol. 27, №3. – P. 21–27.
- Swanson D.W.* Alcohol abuse in a population of Indian children / D.W.Swanson, A.P.Bratrude, E.M.Brown // *Dis. nerv. Syst.* – 1971. – №32. – P. 835–842.
- Swedish early separated twins: identification and characterization / N.L.Pedersen, L.Friberg, B.Floderus-Myrhed et al.* // *Acta Genet. Med. Gemellol. (Roma).* – 1984. – Vol. 33, №2. – P. 243–250.
- Swenson W.M.* The use of a self-administered alcoholism screening test (SAAST) in a medical center / W.M. Swenson, R.M. Morse // *Mayo Clin. Proc.* – 1975. – Vol. 50, №4. – P. 204–208.
- Szymaltis D.W.* // *J. Amer. dent. Ass.* – 1977. – Vol. 95. – P. 592.
- Tabakoff B.* Genetics and biological markers of risk for alcoholism / B.Tabakoff, P.L.Hoffman // *Public. Health Rep.* – 1988. – Vol. 103, №6. – P. 690–698.
- Tang B.* Acute profuse bleeding of the upper digestive tract after open heart surgery / B.Tang // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* – 1984. – Vol. 22, №10. – P. 629–630, 640.
- Targets for Health for All: The Health Policy for Europe.* – Copenhagen: WHO, 1992.
- Tarter R.E.* Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method / R.E.Tarter // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* – 1990. – Vol. 16, №1–2. – P. 1–46.
- Tarter R.E.* Hyperactivity in sons of alcoholics / R.E.Tarter, A.M.Hegedus, J.S.Gavaler // *J. Stud. Alcohol.* – 1985. – Vol. 46, №3. – P. 259–262.
- Taylor J.R.* Moderate drinking in ex-alcoholics: recent studies / J.R.Taylor, J.E.Helzer, L.N.Robins // *J. Stud. Alcohol.* – 1986. – Vol. 47, №2. – P. 115–121.
- Tedlock D.* *Popol Vuh* / D.Tedlock. – New York: Simon and Schuster, 1985.

- Teixero-Rois X.* The programme of assistance and rehabilitation for alcoholics and drug addicts in the seafarers' centre in Vigo / X.Teixero-Rois // Proceedings of the International Symposium on Alcoholism and Drug Addictions among Seafarers. — Madrid, 1988. — P. 435–448.
- The diabetic alcoholic: characteristics and treatment outcome / M.Grane, L.Yung, J.Beirme, E.Gordis // Drug Alcohol Depend. — 1987. — Vol. 20, №1. — P. 39–46.
- The EEG after alcohol administration in men at risk for alcoholism / V.E.Pollock, J.Volavka, D.W.Goodwin et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1983. — Vol. 40, №8. — P. 857–861.
- The extent of drug use among Egyptian male university students / M.I.SouEIF, Z.A.Darweesh, M.A.Hannourah et al. // Drug Alcohol Depend. — 1986. — Vol. 18, №4. — P. 389–403.
- The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities / J.E.Helzer, L.N.Robins, J.R.Taylor et al. // N. Engl. J. Med. — 1985. — Vol. 312, №26. — P. 1678–1682.
- The familial transmission of bipolar illness / J.Rice, T.Reich, N.C.Andreasen et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1987. — Vol. 44, №5. — P. 441–447.
- The Fifth Edition of the Addiction Severity Index / A.T.McLellan, H.Kushner, D.Metzger et al. // J. Subst. Abuse Treat. — 1992. — Vol. 9, №3. — P. 199–213.
- The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment / M.H.Becker, L.A.Maiman, J.P.Kirscht et al. // J. Health Soc. Behav. — 1977. — Vol. 18, №4. — P. 348–366.
- The impact of prescription drug control systems on medical practice and patient care: a summary of the NIDA technical review // NIDA Res. Monogr. — 1993. — Vol. 131. — P. 1–17.
- The school health curriculum project: its theory, practice, and measurement experience / L.W.Green, P.Heit, D.C.Iverson et al. // Health. Educ. Q. — 1980. — Vol. 7, №1. — P. 14–34.
- The use of psychoactive substances among Egyptian males working in the manufacturing industries / M.I.SouEIF, F.A.Yunis, G.S.Youssuf et al. // Drug Alcohol Depend. — 1988. — Vol. 21, №3. — P. 217–229.
- The use of psychoactive substances by female Egyptian university students, compared with their male colleagues on selected items / M.I.SouEIF, Z.A.Darweesh, M.A.Hannourah et al. // Drug Alcohol Depend. — 1987. — Vol. 19, №3. — P. 233–247.
- The "WAM" score: sensitivity and specificity of a user friendly biological screening test for alcohol problems in trauma patients / O.Nilssen, R.Ries, F.P.Rivara et al. // Addiction. — 1996. — Vol. 91, №2. — P. 255–262.
- Thiele G.* Die Bedeutung der Makrozytose als Indikator für einen chronischen Alkoholabusus / G.Thiele, J.Thiele // Z. gesamte inn. Med. und Grenzgeb. — 1987. — Bd. 42, №2. — S. 53–56.
- Thoits P.A.* Social support as coping assistance / P.A.Thoits // J. Consult. Clin. Psychol. — 1986. — Vol. 54, №4. — P. 416–423.
- Thyrotropin and prolactin response to thyrotropin-releasing hormone in depressed and nondepressed alcoholic men / M.L.Willenbring, R.F.Anton, W.D.Spring et al. // Biol. Psychiatry. — 1990. — Vol. 27, №1. — P. 31–38.
- Time course of manganese superoxide dismutase concentrations in serum of alcohol-dependent patients during abstinence / J.Thome, K.Nara, P.Foley et al. // Drug Alcohol Depend. — 1997. — Vol. 44, №2–3. — P. 151–155.
- Tomson P.* Sharing problem cards with patients / P.Tomson // J. R. Coll. Gen. Pract. — 1985. — Vol. 35, №280. — P. 534–535.
- Tucker J.* Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders / J.Tucker // The International Journal of the Addictions. — 1990–1991. — Vol. 25 (7A&8A). — P. 1017–1050.
- Umbricht-Schneiter A.* Alcohol abuse: comparison of two methods for assessing its prevalence and associated morbidity in hospitalized patients / A.Umbricht-Schneiter, P.Santora, R.D.Moore // Amer. J. Med. — 1991. — Vol. 91, №2. — P. 110–118.
- Umunna I.* The drinking culture of a Nigerian community: Onitsha / I.Umunna // Quart. J. Stud. Alcohol. — 1967. — №28. — P. 229–237.
- Use of the self-administered Michigan Alcoholism Screening Test in a family practice center / D.F.Hotch, K.M.Sherin, P.N.Harding, R.E.Zitter // J. Fam. Pract. — 1983. — Vol. 17, №6. — P. 1021–1026.
- Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement / K.C. Winters, R.D.Stinchfield, G.A.Henly, R.H.Schwartz // Int. J. Addict. — 1990–1991. — Vol. 25, №11A. — P. 1379–1395.

- Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic / B.Liskow, J.Campbell, E.J.Nickel, B.J.Powell // *J. Stud. Alcohol.* – 1995. – Vol. 56, №3. – P. 277–281.
- Vallee B.L. Alcohol metabolism and metalloenzymes / B.L.Vallee // *Therap. Notes.* – 1966. – Vol. 14. – P. 71.
- Van Zutphen W., van Olst E.J. et al. // *Рус. мед. журн.* – 1996. – №6. – С. 364–370.
- Verebey K.G. Diagnostic Laboratory / K.G.Verebey, B.Buchan // *A Comprehensive Textbook.* – S.I., 1999.
- Viqueira C. Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades rurales de México / C.Viqueira, A.Palerm // *América indígena.* – 1954. – №14. – P. 7–36.
- Vitols M.M. Culture patterns of drinking in Negro and White alcoholics / M.M.Vitols // *Dis. nerv. Syst.* – 1968. – №29. – P. 391–394.
- Vittetoe B. Informe de la investigaciyn sorbe el uso y abuso de drogas en la ciudad de Tegucigalpa / B.Vittetoe. – Tegucigalpa, 1990.
- Volavka J. The EEG in persons at risk for alcoholism / J.Volavka, V.Pollock // *Recent Dev. Alcohol.* – New York; London, 1985. – Vol. 3. – P. 21–36.
- Voltaire A. Urinary 5-hydroxytryptophol: a possible marker of recent alcohol consumption / A.Voltaire, O.Beck, S.Borg // *Alcohol Clin. Expos.* – 1992. – Vol. 16, №2. – P. 281–285.
- Wagner G. Alcohol im Krankenhaus / G.Wagner // *Suchtgefahren.* – 1987. – Bd. 33, №1. – S. 37–46
- Wallace P. Use of a questionnaire in general practice to increase the recognition of patients with excessive alcohol consumption / P.Wallace, A.Haines // *Brit. Med. J. (Clin. Res. Ed.).* – 1985. – Vol. 290, №6486. – P. 1949–1953.
- Wallace P.G. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption / P.G.Wallace, S.Cutler, A.Haines // *BMJ.* – 1988. – Vol. 297, №6649. – P. 663–668.
- Wallace P.G., Haines A.P. // *BMJ.* – 1984. – Vol. 289. – P. 534–536.
- Wallack L. Alcohol on prime-time television / L.Wallack, W.Breed, J.Cruz // *J. Stud. Alcohol.* – 1987. – Vol. 48, №1. – P. 33–38.
- Wallerstedt S., Cederblad G., Korsen-Bengtson K. et al. // *Scand. J. Gastroent.* – 1977. – Vol. 12. – P. 649–653.
- Weiss S. Israel / S. Weiss // *International handbook on Alcohol and Culture.* – Westport; London, 1995. – P. 142–155.
- Weiss S. Reasons for abstinence among Moslem, Druze, and Christian adolescents in Israel / S.Weiss, M.Moore // *Int. J. Addict.* – 1995. – Vol. 30, №11. – P. 1499–1508.
- Welte G.W. Alcohol and other drug use among Hispanics in New York State / G.W.Welte, G.M.Barnes // *Alcohol.Clin.Exp.Res.* – 1995. – Vol. 19, №4. – P. 1061–1066.
- Welte J.W. Alcohol use among adolescent minority groups / J.W.Welte, G.M.Barnes // *J. Stud. Alcohol.* – 1987. – Vol. 48, №4. – P. 329–336.
- Westermeyer J. Clinical guidelines for the cross-cultural treatment of chemical dependency / J. Westermeyer // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* – 1976. – Vol. 3, №2. – P. 315–322.
- Westermeyer J. Erosion of indian mental health in cities / J.Westermeyer // *Minn. Med.* – 1976. – Vol. 59, №6. – P. 431–433.
- Westermeyer J. National and international strategies to control drug abuse / J.Westermeyer // *Adv. Alcohol Subst. Abuse.* – 1989. – Vol. 8, №2. – P. 1–35.
- Westermeyer J. Research on treatment of drinking problems. Importance of cultural factors / J.Westermeyer // *J. Stud. Alcohol Suppl.* – 1981. – Vol. 9. – P. 44–59.
- Westermeyer J. The pro-heroin effects of anti-opium laws in Asia / J.Westermeyer // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 33, №9. – P. 1135–1139.
- Westermeyer J. Use of a social indicator system to assess alcoholism among Indian people in Minnesota / J.Westermeyer // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* – 1976. – Vol. 3, №3. – P. 447–456.
- Whitehead T.P. Biochemical and haematological markers of alcohol intake / T.P.Whitehead, C.A.Clark, A.G.Whitefield // *Lancet.* – 1978. – Vol. 1, №8071. – P. 978–981.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence: Twenty-eight Report. – Geneva: WHO, 1994. – (WHO Technical Report Series, №836).
- Wiemann J.M. Explications and Test of a Model of Communication Competence / J.M.Wiemann // *Human Communication Research.* – 1977. – Vol. 3. – P. 195–213.
- Wilkins R. The Hidden Alcoholic in General Practice / R.Wilkins. – London, 1974. – 241 p.

- Wilkinson D.* Institutionalization. Busy doing nothing / D.Wilkinson // *Nurs. Times.* – 1987. – Vol. 83, №23. – P. 30–31.
- Williams D., Philpott J.* // *Chem. Brit.* – 1966. – Vol. 32. – P. 41–43.
- Williams H.E.* Alcoholic hypoglycemia a ketoacidosis / H.E.Williams // *Med. Clin. North. Amer.* – 1984. – Vol. 68, №1. – P. 33–38.
- Williams R.J.* // *Quart. J. Stud. Alcohol.* – 1947. – Vol. 7. – P. 567–587.
- Williams R.J., Berry L.J., Beerstecher E.* // *Arch. Biochem.* – 1949. – Vol. 23. – P. 275.
- Wilson J.M.G.* The principles and practice of screening for disease / J.M.G.Wilson, G.Junger. – Geneva: WHO, 1968. – 148 c.
- Wilson M.* Otherness within: aspects of insight in psychoanalysis / M.Wilson // *Psychoanal. Q.* – 1998. – Vol. 67, №1. – P. 54–77.
- Wilson P.* Drinking in England and Wales / P. Wilson. – London, 1980.
- Winick C.* Community Program / C.Winick, M.J.Larson // *A Comprehensive Textbook.* – S.L., 1999. – P. 755–763
- Winokur G.* The natural history of the affective disorders (manias and depressions) / G.Winokur // *Semin. Psychiatry.* – 1970. – Vol. 2, №4. – P. 451–463.
- Wit H.* Ethanol self-administration in males with and without an alcoholic first-degree relative / H.Wit, S.G.McCracken // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1990. – Vol. 14, №1. – P. 63–70.
- Woititz J.G.* Adult children of alcoholics / J.G.Woititz // *Health Communications.* – Florida, 1990.
- Wolfe P.H.* Vasomotor sensitivity to ethanol in diverse mongoloid populations / P.H.Wolfe // *Amer. J. Hum. Genet.* – 1973. – Vol.25, №2. – P. 193–199.
- Wood P.J.W.* // *Brit. J. Addict.* – 1980. – Vol. 75, №4. – P. 375–380.
- Worsfold P.J.* Rapid automated enzymatic method for the determination of alcohol in blood and beverages using flow injection analysis / P.J.Worsfold, J.Ruzicka, E.H.Hansen // *Analyst.* – 1981. – Vol. 106, №1269. – P. 1309–1317.
- Wu A.* Effect of alcohol on total urinary hydroxyproline excretion / A.Wu, A.J.Levi // *Amer. J. Gastroenterol.* – 1975. – Vol. 64, №3. – P. 217–220.
- Xiao J.* China / J.Xiao // *International handbook on Alcohol and Culture.* – Westport; London, 1995. – P. 42–50.
- Yokoyama H.* A study of predispositions of vertiginous patients—estimation by the Yatabe-Guilford Personality Test / H.Yokoyama // *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* – 1988. – Vol. 91, №11. – P. 1847–1856.
- Young people and drinking: Results of an English national survey / M.A.Plant, G.Bagnall, J.Foster, J.Sales // *Alcohol Alcohol.* – 1990. – №25. – P. 685–690.
- Zelaya M.* Prevalencia de ingesta alcohólica en trabajadores de zapatería y mecánica automotriz en el Distrito Central / M.Zelaya. – S.l., 1990.
- Zwart W.M.* Alcohol, tabak en drugs in cijfers / W.M.Zwart. – Utrecht: NIAD, 1989.
- Zwerting C.* The efficacy of preemployment drug screening for marijuana and cocaine in predicting employment outcome / C.Zwerting, J.Ryan, E.J.Orav // *Jama.* – 1990. – Vol. 264, №20. – P. 2639–2643.

## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

### А

Абстинентное состояние (синдром отмены)

51

Абстинентное состояние с делирием 52

Абстинентный синдром 51

Абстиненты 57

Агенты профилактической службы 375

Аддиктивное поведение 15

Адепты 518

Адренохромная концепция 34

Активность митохондриальной АСТ 90

Алкоанализатор 81

Алкоголизм 46, 49

Алкоголь 46

Алкогольная зависимость 54

Алкогольная реклама 244

Алкогольное порабощение 383

Алкогольные обычаи 20, 553

Алкогольный сленг 78

Алкодиагностик 81

Алколизер и алкотест 80

Амнестический синдром 52

Анализатор Breathalyzer 80

Анкета CAGE 67

Аномия 18

Анонимные наркоманы 419

Антиалкогольные клубы 419

Антинаркотическая устойчивость 469

Арттерапия 466

Аутоагрессия 128

### Б

Библиотерапия 467

Биологические маркеры употребления этанола 62

Биохимический способ дифференциальной диагностики бытового пьянства и стадий алкоголизма 105

Биоэнергетическая концепция 35

Бихевиоральный иммуноген 147

Бихевиоральный диагноз 158

Бихевиоральный патоген 147

Бихевиоризм 463

Болезни цивилизации 36

Буддизм 512

Бытовое пьянство 57

### В

Вазомоторная реакция на алкоголь 93

Величина СКОЭ 82

Вид девиации 185

Вино 283

Восприимчивость к этанолу 58

Восприятие социальной поддержки 424

Время, посвященное приему вещества 53

Вторичная превенция 138

Выездное наркологическое отделение 375

### Г

Газожидкостная хроматография 119

Газохроматографическая масс-спектрометрия 119

Газохроматографические методы 81

Газохроматографический интоксиметр 81

Галлюциногены 299

Гематологический тест 90

Генетическая концепция 34

Генотрофическая концепция 34

Героин 295

Гештальт-терапия 464

Гиперметаболический синдром 89

Городской детско-подростковый наркологический диспансер 272

Группа Алатин 278

Групповые дома 255

Группы риска 404

Гуманистическая психотерапия 464

### Д

Девиантный образ жизни 185

Деонтология 497

Детские союзы против пьянства 208

- Детский поход на взрослых 212  
Детское общество трезвости 210  
Децентрация личности 571  
Диагностические критерии зависимости от ПАВ согласно DSM-IV 53  
Диагностические критерии зависимости от ПАВ согласно МКБ-10 48  
Диагностические критерии злоупотребления ПАВ согласно DSM-IV 53  
Дианализ 468  
Дневные стационары 476  
Допинг 302
- Е**  
Единая цепь генеза злоупотребления алкоголем и наркотиками 22
- Ж**  
Жаргонные выражения в среде лиц, употребляющих наркотические средства 111  
Женщины за трезвость 413—414  
Журнал «Наркология» 11
- З**  
Закон об обязательном сообщении 309  
Защитные механизмы 472  
Здоровый образ жизни 146  
Здоровье 5, 146  
Здравоцентрическая парадигма 8  
«Зебра» 279, 485  
Злоупотребление алкоголем 55
- И**  
Игровая терапия 466  
Изменения у подростков 195  
Измерение содержания в крови этанола 79  
Изоляция 472  
Иллюзорно-компенсаторная деятельность 571  
Имаготерапия 466  
Иммунологический метод диагностики хронического алкоголизма 100  
Имуноферментный анализ 117  
Индекс  
«неприятностей, связанных с пьянством» 63  
относительной гиперферментемии 93  
развития человеческого потенциала 639  
тяжести зависимости 71  
Индивидуальные рекомендации 344  
Индивидуальный риск вредного воздействия алкоголя 58  
Институт социальных работников-консультантов («каунселоров») 253  
Инструментальные и лабораторные методы оценки последствий употребления алкоголя на органном уровне 82  
Интегративно-развивающая психотерапия 468  
Искусственная дерматография у наркоманов 115  
Ислам 509  
Иудаизм 528
- К**  
Карта самоотчета ПАС 68  
Карта физических признаков ХАИ 70  
Католицизм 526  
Каузальная атрибуция 488  
Качество жизни 639  
Клиент 459  
Клиент-центрированная терапия 465  
Клубы трезвости 409  
Коалкоголизм 481  
Когнитивная терапия 465  
Кодеин 295  
Кожная проба с этанолом для выявления недостаточности АльДГ с низкой  $K_m$  95  
Кокаин 296  
Коллективистско-патерна-листское сознание 190  
Колонии 408  
Компетентность 450  
Комплайенс 532  
Комплексный план противоалкогольной работы в школе 215  
Компьютерная томография единичного фотона 87  
Консультант 376  
Контролируемое употребление алкоголя 421  
Концентрация и период обнаружения некоторых ПАВ и их метаболитов в моче 116  
Концепция охраны здоровья здоровых 154  
Копинг-стратегии поиска социальной поддержки 455  
Копинг-стратегии разрешения проблем 455  
Копинг-стратегия избегания 456  
Краткие интервенции 349  
Косвенное аутодеструктивное поведение 131  
Красные сигналы наркомании у подростков 196  
Краткий Мичиганский тест для выявления алкоголизма 67

- Крестный ход (Круциата) за освобождение человека (KWC) 526
- Кризис 451
- Кризис «средины жизни» 453
- Кризисы, вызванные ослаблением копинг-поведения 448
- Криптореклама 248
- Кристаллография сыворотки крови 122
- Критерии зрелой личности 153
- Кросскультуральная наркология 376
- Кружки трезвой христианской молодежи 208
- Кундалини-йога 507
- Л**
- Лабораторные методы оценки молекулярных эффектов алкоголя 89
- Лечебная физкультура и спортивные игры 429
- Лечебно-реабилитационный комплекс «Марфино» 425
- Лига «Швейцарские женщины против алкоголизма» 210
- Липидный состав крови и активность АДГ 96
- Листок трезвой жизни для младших детей 210
- Листок трезвости для школьников 210
- Личное здоровье 158
- Логотерапия 467
- М**
- Макроцитоз эритроцитов 98
- Маркеры, зависящие от метаболических нарушений, вызываемых этанолом 62
- Матрица планирования профилактических действий 169
- Медико-социальная помощь подросткам 278
- Медико-социально-психологическая реабилитация 428
- Медицинская модель здорового образа жизни 146
- Медицинская школа 252
- Медицинское страхование 422
- Международная классификация болезней, травм и причин смерти – десятая версия (МКБ-10) 48
- Межрайонные наркологические диспансеры 374
- Межсовхозные фельдшерские наркологические пункты 371
- Мезор 93
- Метод «Вокалайзер» 82
- Метод биологической индикации ацетальдегида 95
- Метод классического обусловливания 464
- Методика деловой игры «Мозаика» 221
- Методы определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, крови и моче 79
- Методы химико-токсикологического анализа для определения ПАВ 118
- Механизмы защиты и отрицания у родителей и детей 202
- Механизмы психологической защиты 472
- вытеснение 472
- компенсация 477
- отрицание злоупотребления 475
- парциальная перцепция 474
- перцептивная защита 474
- проекция 474
- расширение диапазона приемлемости 474
- рационализация 472
- частичное удовлетворение алкогольной потребности 474
- Механизмы формирования аддиктивного образа жизни 16
- анонимности 16
- генерализации 16
- деформации 17
- индукции 17
- псевдоадаптации 16
- Микрометод Видмарка 79
- Миннесотский многопрофильный опросник (MMPI) 62
- Мичиганский алкогольный скрининг-тест (MAST) 63
- Модель
- здорового жизненного поля 483
- здоровых убеждений 148
- научения здоровому образу жизни 150
- рациональных действий 149
- социально-психологической установки 243
- структуры психологического воздействия 242
- Модификация теста «Сетка LeGo» 70
- Морфи й 295
- Мотивация на позитивные изменения 151
- Мужчины за трезвость 418
- Музыкальная терапия 467
- Мультипрофессиональная бригада 9
- Н**
- Нагрузочный способ диагностики алкоголизма 82
- Наркобизнес 643
- Наркологическая превентология 10, 137, 138, 181

- Наркологический кабинет при ЦРБ 371  
Наркологическое отделение при ЦРБ 371  
Наркомания 36, 106  
Наркотизм 36, 106  
Натуртерапия 467  
Неокульт 526  
Непрямой суицид 131  
Неспособность выполнения социальных ролей 53  
Нозоцентрическая медицина 8
- О**  
Обнаружение паров этанола в слезной жидкости 81  
Образовательная диагностика 158  
Обучение личностным навыкам 461  
Общая превентология 10  
Общества трезвости 559  
Общественные негосударственные организации 424  
Общество анонимных алкоголиков (АА) 278, 409  
Общество трезвости христианских женщин 208  
Общий индекс подготовленности к превенции (ОИПП) 162  
Объект наркологической превентологии 10  
Ограниченное вмешательство 417  
Олимпиада для хронических алкоголиков 431  
Определение биологической активности крови с помощью методик клеточных и тканевых культур 100  
Определение соотношения активности АДГ и АльДГ 94  
Определяние активности АЛТ 90  
Опросник STAQ 68  
Осложненный синдром посттравматического стресса 546  
Отношения а-амино-N-масляной кислоты к лейцину и IgA к трансферрину 90  
Отрицание 201, 472
- П**  
Паллиативные техники 454  
Первичная превенция 138  
Передвижные наркологические кабинеты 375  
Передвижные наркологические пункты 375  
Перекрестная толерантность 290  
Перекресток 425  
Переходные дома 407  
Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров 49  
Пиво 291  
Плазменный трансферрин 98  
Поведенческая терапия 262  
Повышение активности в крови АСТ 90  
Повышение содержания в крови фракции хо-лестерина ЛПВП 90  
Повышенная активность в крови ГГТ 89  
Подростковые медико-психологические центры 272  
Позитронно-эмиссионная томография 87  
Политика сдерживания социальных недугов 127  
Последствия приема вещества 53  
Потеря контроля 53  
Православие 521  
Православная наркология 550  
Превентивная модель здорового образа жизни 147  
Превентолог 6  
Превенция 137  
Превенция, направленная на контекст 462  
Преодоление 426  
Привычно пьющие 57  
Принципы наркологической превентологии 141  
Проблемно-ориентированный опросник для подростков (POSIT) 71  
Программа многоуровневой профилактики 165  
Программы, активизирующие местное население 155  
Программы раннего вмешательства 169  
Производные конопли 298  
Производные мака и опиума 297  
Пролактинтестостероновый индекс 97  
Профессиональное поле превентологии 6  
Профилактика злоупотребления пивом 228  
Профилактическая контрпропаганда 237  
Процедура конструирования программ раннего вмешательства 170  
Психическое здоровье 158  
Психоактивные вещества (ПАВ) 10  
Психоанализ 463  
Психодрама 464  
Психолог с покровительственной ориентацией 449  
Психолог, работающий в воспитательной модели 449  
Психологическая восприимчивость 58  
Психологический стресс 451  
Психологическое консультирование 460

- Психолог-консультант 448  
 Психолог-лаборант 448  
 Психолог-техник 448  
 Психолог-технократ 449  
 Психолог-участник лечебно-диагностической группы 449  
 Психонаркологиюческие экспедиции 392  
 Психопатологическая концепция 34  
 Психотерапевтическое сообщество 407  
 Психотическое расстройство 52
- Р**
- Радиоизотопная гепатография 87  
 Радиоиммунный анализ 117  
 Радионуклидное исследование экскреторной функции почек 88  
 Разумное выздоровление 416  
 Районные наркологические объединения 373  
 Раннее вмешательство 137, 169, 352  
 Рациональная пропаганда 236  
 Рационально-эмотивная терапия 465  
 Регрессия 472  
 Резидуальные и отсроченные психические расстройства 52  
 Реклама 240  
 Религиозные кризисы 453  
 Рефрэйминги 462  
 Рецидив 331
- С**
- Самоуправление и обучение выздоровлению 418  
 Саногенетическая терапия 431  
 Санология 233  
 Секта 536  
 Синанон 408  
 Синдром
  - взрослых детей алкоголиков 482
  - диссоциативного неуточненного расстройства 546
  - зависимости 49
  - измененной реактивности 107
  - полинаркомании 107
  - последствий наркотизма 107
  - психической зависимости 107
  - созависимости 479
  - физической зависимости 107
  - эмоционального выгорания 452
- Систематическая десенсибилизация 464  
 Систематически пьющие 57  
 Системная концепция 34
- Ситуативные факторы поведения 243  
 Ситуационно-психологический тренинг 428  
 Скрининг 58  
 Скрининговое экспресс-исследование 117  
 Скрининговый опросник «Здоровье и образ жизни» (ЗОЖ) 71  
 Скрининговый тест для диагностики алкоголизма у плавсостава 73  
 Скринирующий метод определения характера употребления алкоголя женщинами 74  
 Скринирующая методика для выявления алкоголизма (СМА) 65  
 Скринирующие батареи 105  
 Скрытое самоубийство 132  
 Сленг 490  
 Случайно пьющие 57  
 Снижение активности моноаминоксидазы (МАО) тромбоцитов 96  
 «Советники» по алкоголизму 392  
 Соматогенные формы и стадии алкоголизма 91  
 Сортировочная панель для определения ПАВ и трициклических антидепрессантов 118  
 Социальная диагностика 158  
 Социальная поддержка 423  
 Социальная уязвимость 58  
 Социально-гигиеническая концепция 33  
 Социальное здоровье 158  
 Социальное качество жизни 127  
 Социально-психологическая концепция 34  
 Социально-психологическая реабилитация 425  
 Специализированные консультации для несовершеннолетних 252  
 Специалист-превентолог 9  
 Способы диагностики алкоголизма 102  
 Способ диагностики алкоголизма путем исследования ЭЭГ 82  
 Способ прогнозирования тяжести и продолжительности острых алкогольных психозов 100  
 Срыв 331  
 Стандартная порция в Англии 585  
 Стигматизация 486  
 Стиль девиации 186  
 Субинтенциональная смерть 131  
 Сублимация 472  
 Субъект наркологической превентологии 9, 142  
 Суицид 138  
 Схема инициации наркотизации детей 131
- Т**
- Телефон доверия 292

- Терапия сверстниковых групп 254  
Террористические организации 547  
Тесты  
  AUDIT 70  
  SMAST 64  
  T-ACE 68  
  TWEAK 68  
Тест-система наркотических веществ в моче человека в моно- и комбинированных вариантах 119  
Тест-стакан 119  
Техника активного преодоления 454  
Типы воспитания 188  
Типы потребления спиртных напитков 57  
Толерантность 53  
Тонкослойная хроматография 116  
Тоталитарные секты 547  
Транскультуральная наркология 376  
Третичная превенция 138  
Тромбоцитопения 97  
Трубка-детектор 80
- У**  
Увеличение отношения активности митохондриальной АСТ к общей АСТ 90  
Умеренно пьющие 57  
Употребление алкоголя несмотря на последствия приема 54  
Употребление веществ несмотря на появившиеся проблемы 54  
Уровень активности фермента ГГТ 85  
Уровень девиации 185  
Уровни нравственности 183  
Уровень мочевой кислоты 91  
Уровни причинных комплексов алкоголизма и наркомании 18–20  
  макросоциальный 19  
  мезосоциальный 20  
  микросоциальный 21  
  миллисоциальный 21  
Условия возникновения 202
- Ф**  
Фармакологическая несовместимость с этанолом 289  
Фельдшерско-акушерские пункты 371  
Физиологическая восприимчивость 58  
Физиологический стресс 451
- Физическое здоровье 157  
Фитоэстрогены 293  
Фонд «Нет алкоголю и наркотикам» 424  
Формирование культуры здоровья 154  
Фотоэлектрический интоксиметр 80  
Функции сленга 491
- Х**  
Химические методы 79  
Хозрасчетные наркологические кабинеты 375  
Христианство 518  
Хронический суицид 134
- Ц**  
Центр медико-психологической помощи детям и подросткам 275  
Центр социальной помощи подросткам 272  
Центры пищевой гигиены и алкогологии 481
- Ч**  
Частная превентология 10
- Ш**  
Шаманство 380  
Шкала  
  MAC 63  
  «озабоченности алкоголем» 63  
  SAP 63
- Э**  
Эвтаназия 301  
Экспериментальная юношеская психиатрическая клиника 252  
Электрометрические методы 80  
Электроэнцефалографические признаки хронической алкогольной интоксикации 82  
Эндокринопатическая концепция 34  
Энзиматические методы 80  
Энзимодиагностика 90  
Энзимодиагностические маркеры 62  
Энзимологический способ оценки толерантности к алкоголю 104  
Эпидемиологический диагноз 158  
Эпсорин 288  
Этаноловая (наркоманическая) концепция 34  
Этнонаркология 376  
Этноэкологический парк 393, 445

**Павел Иванович Сидоров**

**НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПРЕВЕНТОЛОГИЯ**

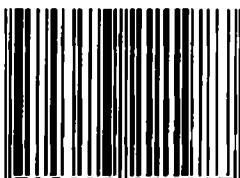
Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Выпускающий редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Корректор: *Л.Ю.Шанина*

Компьютерный набор и верстка: *Д.В.Давыдов*

ISBN 5-98322-198-1



9 785983 221987

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 23.03.06. Формат 70×100/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 45 п.л.

Гарнитура Таймс. Тираж 1500 экз. Заказ №752

Издательство «МЕДпресс-информ».

107140, Москва, ул. Краснопрудная, д.1, стр. 1

Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63

E-mail: [office@med-press.ru](mailto:office@med-press.ru)

[www.med-press.ru](http://www.med-press.ru)

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ОАО «Типография «Новости»

105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46



**Сидоров Павел Иванович** — академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, директор Института психологии и психиатрии, ректор Северного государственного медицинского университета, главный редактор научно-практического журнала «Наркология».

В 1974 г. открыл в Архангельске первый в СССР подростковый наркологический кабинет, один из основателей и ведущих разработчиков отечественной подростковой и про-

филактической наркологии, экологической и этнонаркологии.

В 1990 г. открыл первый в СССР докторский диссертационный совет по новой специальности «безопасность в чрезвычайных ситуациях», описал феноменологию и социогенез психического терроризма как нелетального оружия массового поражения.

Автор и соавтор более 40 книг и монографий, руководств и учебников для вузов.

Основные научные интересы — в области социальной психиатрии и наркологии, экологии человека и клинической психологии.

Автор многочисленных публикаций по медико-социальным проблемам общественного здоровья.