

Научно-исследовательский институт наркологии  
Минздрава России

# ПО НАРКОЛОГИИ

***том II***

Под редакцией члена-корреспондента РАМН,  
профессора Н.Н. Иванца

МЕДПРАКТИКА-М |  
Москва 2002

OSK  
SH  
GROUP

УДК 616.89-008.441.13/3(075)  
ББК46 14Я7  
Р851

**РУКОВОДСТВО ПО НАРКОЛОГИИ.**

Под редакцией Н.Н.Иванца  
- М.: ИД Медпрактика-М, 2002, 504с.

В руководстве представлены современные данные о биологических, клинических, терапевтических, социальных, профилактических, правовых и этических аспектах наркологии. В первом томе рассмотрены механизмы этиопатогенеза наркологических заболеваний и токсического действия психоактивных веществ (ПАВ), проблемы иммунитета при алкоголизме и наркоманиях. Проанализированы совокупности генетических, личностных и средовых факторов развития зависимости от ПАВ. Дана классификация наркологических заболеваний, подробно описана клиника их различных форм, в том числе в случае сочетания с эндогенными болезнями.

ISBN 5-901654-19-6

Редактор тома - М.Г.Цвтлин



© Н.Н. Иванец, 2002

«> Оформление: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2002

## Оглавление

|   |     |
|---|-----|
| <b>Глава 1.</b> Современная концепция терапии наркологических заболеваний<br><i>Н.Н.Иванец, член-корреспондент РАМН, профессор,<br/>М.А.Винникова, кандидат медицинских наук</i> .....  | 6   |
| <b>Глава 2.</b> Фармакотерапия в клинике алкоголизма<br><i>В.Б.Альтшулер, доктор медицинских наук, профессор...</i>   | 25  |
| <b>Глава 3.</b> Фармакотерапия наркоманий<br><i>М.Л.Рохлина, доктор медицинских наук, профессор</i> .....   | 39  |
| <b>Глава 4.</b> Неотложные состояния в наркологии<br><i>Н.В.Стрелец, кандидат медицинских наук</i> .....  | 57  |
| <b>Глава 5.</b> Механизмы развития, клинические формы и терапия соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации<br><i>В. П. Нужный, доктор медицинских наук,<br/>П. П. Огурцов, кандидат медицинских наук</i> ..... | 83  |
| <b>Глава 6.</b> Психотерапия наркологических больных<br><i>И. В. Белокрылов, кандидат медицинских наук,<br/>И.Д.Даренский, доктор медицинских наук, профессор,<br/>И.Н.Ровенских</i> .....  | 120 |
| <b>Глава 7.</b> Психокоррекционная работа с семьями больных с зависимостью от психоактивных веществ<br><i>В.Д. Москаленко, доктор медицинских наук, профессор</i> ...   | 172 |
| <b>Глава 8.</b> Созависимость в семьях наркологических больных<br><i>В. Д. Москаленко, доктор медицинских наук, профессор</i> ...   | 187 |
| <b>Глава 9.</b> Реабилитация наркологических больных<br><i>Т.Н.Дудко, кандидат медицинских наук</i> .....   | 222 |
| <b>Глава 10.</b> Терапевтические сообщества<br><i>Т.Н.Дудко, кандидат медицинских наук</i> .....  | 271 |
| <b>Глава 11.</b> Сообщества (группы) само- и взаимопомощи наркологических больных<br><i>М.Г.Цетлин, кандидат медицинских наук,<br/>В.В.Батищев,<br/>О.В.Зыков, кандидат медицинских наук</i> .....                                  | 290 |
| <b>Глава 12.</b> Профилактика зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ<br><i>Н.А.Сирота, доктор медицинских наук, профессор,<br/>В.М.Ялтонский, доктор медицинских наук</i> .....                         | 308 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Глава 13.</b> Профилактика алкогольного синдрома плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных<br><i>В.Д.Москаленко, доктор медицинских наук, профессор ...</i>   | 326 |
| <b>Глава 14.</b> Судебно-наркологическая экспертиза и принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями<br><i>А.Л.Игонин, доктор медицинских наук, профессор. ....</i>  | 329 |
| <b>Глава 15.</b> Медико-социальная экспертиза при хроническом алкоголизме<br><i>Г.П.Киндрас, доктор медицинских наук .....</i>   | 344 |
| <b>Глава 16.</b> Медико-генетическое консультирование в наркологии<br><i>В.Д.Москаленко, доктор медицинских наук, профессор ...</i>  | 351 |
| <b>Глава 17.</b> Парентеральные вирусные гепатиты в наркологической практике<br><i>М.З.Шахмарданов, доктор медицинских наук, А.В.Надеждин, кандидат медицинских наук .....</i>   | 358 |
| <b>Глава 18.</b> ВИЧ-инфекция в практике нарколога: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение<br><i>М.З.Шахмарданов, доктор медицинских наук, А.В.Надеждин, кандидат медицинских наук .....</i>                     | 379 |
| <b>Глава 19.</b> Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ<br><i>Н.А.Должанская, кандидат медицинских наук, Т.С.Бузина, кандидат психологических наук .....</i>               | 395 |
| <b>Глава 20.</b> Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ<br><i>В.Д.Москаленко, доктор медицинских наук, профессор, Т.В.Агibalова, кандидат медицинских наук .....</i>       | 405 |
| <b>Глава 21.</b> Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения<br><i>А. Г. Зеренин, кандидат медицинских наук, Н. В. Стрелец, кандидат медицинских наук .....</i> | 415 |
| <b>Глава 22.</b> Определение алкоголя, наркотических средств и токсикоманических веществ в биологических средах<br><i>А. Г. Зеренин, кандидат медицинских наук .....</i>   | 440 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Глава 23.</b> Этические аспекты наркологии       |     |
| <i>В.Е.Пелипас, кандидат медицинских наук</i> ..... | 451 |
| <b>Глава 24.</b> Вопросы алкогольной политики       |     |
| <i>В.Е.Пелипас, кандидат медицинских наук,</i>      |     |
| <i>Л.Д.Мирошниченко, кандидат химических наук,</i>  |     |
| <i>М.Г.Цетлин, кандидат медицинских наук</i> .....  | 464 |
| <b>Литература</b> .....                             | 484 |

## Глава 1. Современная концепция терапии наркологических заболеваний

*Н.Н.Иванец, М.А.Витикова*

Для успешного проведения лечения наркологических заболеваний используются комплексные подходы и мероприятия. Применение комплексного, комбинированного подхода к вопросам лечения больных необходимо в связи с мультифакториальным характером этиопатогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ (Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, Ю.В.Валентик и др., 1991). Повышение эффективности как непосредственно терапевтической, так и профилактической работы может достигаться путем совершенствования ее форм и методов на основе разработки четкой методологической базы.

Концепция терапии наркологических заболеваний включает в себя несколько составляющих (см. **табл. 1**): во-первых, основные принципы терапии наркологических заболеваний, во-вторых, уровни терапевтического воздействия, в-третьих, мишени терапевтического воздействия и в четвертых, методы и средства терапевтического воздействия.

### **/.** Основные принципы терапии наркологических заболеваний

Они заключаются в добровольности лечения, максимальной индивидуализации терапевтического процесса, комплексности и отказе от употребления психоактивных веществ.

Главное и первое условие построения успешного терапевтического процесса - **осознанное согласие больного алкоголизмом или наркоманией на лечение**. Только при соблюдении этого первого и самого важного принципа, принципа добровольности лечения начинается сотрудничество и достигается взаимопонимание врача и пациента.

Однако принцип **добровольности** нельзя понимать буквально. Пациент с болезнью зависимости отличается от любого другого тем, что желание лечиться у него преходящее: то оно есть, то его нет. Например, в состоянии опьянения оно появляется, но когда прошла острота состояния, исчезает и желание лечиться и т.д. В данном случае именно от профессионализма врача зависит выработка у больного установки на продолжение лечения.

**Максимальная индивидуализация лечения.** В основе данного принципа лежит вопрос о квалификации врача. При первом обращении пациента за медицинской помощью врачу необходимо определить, в каких условиях лучше лечить больного - амбулаторных, стационарных или полустационарных. Качество и результаты лечения будут полностью зависеть от правильного, дифференцированного определения клинических особенностей заболевания у данного больного (имеются в виду стадия заболевания, тяжесть процесса, темп и степень прогрессивности, соматические и социальные последствия и пр.). Немаловажным

Таблица 1

**Современная концепция терапии наркологических заболеваний**

(Н.Н. Иванец, 1988)

**Современная концепция терапии  
наркологических заболеваний****Основные принципы:**

- Добровольность
- Комплексность
- Индивидуализация

**» Отказ от употребления ПАВ****Мишени терапевтического  
воздействия:**

- 1 - мишени, связанные с формированием зависимости от ПАВ  
(патологическое влечение)
- 2 - мишени, связанные с токсическим действием ПАВ  
(соматоневрологические нарушения)

**Уровни терапевтического  
воздействия:**

- Биологический
- Клинический

**« Социальный****Типы, методы и средства**

- Биологически ориентированное воздействие
- Психотерапевтически ориентированное воздействие
- Социально ориентированное воздействие

является также вопрос о конституционально-личностных особенностях пациента, а также анализ микросоциальных условий жизни и окружения каждого конкретного больного. Совокупность всех этих факторов составляет индивидуальный профиль больного. Из этих составляющих складывается индивидуальная программа лечения, которая включает в себя также формы, методы и средства лечения.

**Комплексный подход к лечению.** Естественно, наркологические заболевания включают в себя одни и те же признаки. Но у каждого больного удельный вес этих признаков различен. У одних больных преобладает биологическая предрасположенность, другие приобретают заболевание больше под влиянием социально-психологических факторов. Но независимо от преобладания тех или иных факторов на всем протяжении заболевания, терапевтическое воздействие должно быть комплексным, интегрированным, включать в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие. Комплексность лечения заключается именно в том, чтобы достаточно правильно определить удельный вес в терапевтической программе той или иной составляющей. Существует категория больных, для которых на первом этапе лечения психофармакологическое воздействие минимально, основную же часть занимают психотерапия и реализация социальной программы. Для другой категории больных медикаментозная часть является определяющей, занимает главное и наибольшее место, а уже на этот основной стержень нанизываются психотерапевтическая и социальная части комплексной программы.

**Отказ от употребления психоактивного вещества.** Именно на этом этапе начинается активное включение больного в психотерапевтический процесс. Первым шагом является достижение понимания больным необходимости лечения. Если больной проникся этой мыслью - это уже 90% успеха. Второй шаг - достаточно сложный и длительный - обсуждение вопроса о добровольном отказе от употребления психоактивных веществ.

Процесс вхождения больного в лечение может быть связан со "срывами", рецидивами, однако во всех случаях лишь спокойное, адекватное, но настойчивое отношение врача в плане продолжения дальнейшего лечения может привести к определенному успеху.

#### ***///. Мишени и уровни терапевтического воздействия***

Схематически можно выделить и отдельно рассмотреть две группы нарушений. Первая группа - мишени, связанные с формированием зависимости от психоактивных веществ.

В настоящее время основные биологические механизмы развития химической зависимости уже установлены. В процессе злоупотребления психоактивными веществами развивается перестройка нейромедиаторных, нейромодуляторных и других регуляторных систем и метаболических процессов, участвующих в формировании стержневого расстройства химической зависимости - синдрома патологического влечения к психоактивному веществу. Существует также генетическая (биологическая) предрасположенность к развитию наркологических заболеваний.

На клиническом уровне патологическое влечение к алкоголю и наркотикам проявляется различными аффективными, поведенческими, вегетативными и идеаторными расстройствами. Биологическая база и клинический уровень очень тесно связаны между собой. Целенаправленное изучение феномена патологического влечения к психоактивным веществам позволило предположить общность основных нейрохимических механизмов влечения и, например, депрессивных нарушений, что позволяет на данном этапе выработать основные принципы патогенетически обоснованной терапии. Именно исходя из этих данных выбирается адекватное и дифференцированное лечение.

Воздействие на социальном уровне складывается из правильного и понимающего взаимодействия с социальным окружением больного. Как правило, проявления болезни, такие, как "тяга" к психоактивным веществам, расстройства настроения, нарушения поведения, отражаются на близких людях больного, на семейных взаимоотношениях в первую очередь. При лечении такого контингента больных необходимо обязательно взаимодействовать и с теми, кто их окружает.

Вторая группа - это мишени, связанные с токсическими эффектами злоупотребления психоактивными веществами. На биологическом уровне - это соматоневрологические последствия злоупотребления психоактивными веществами. На клиническом уровне - это токсические эффекты, которые проявляются симптоматикой психоорганического синдрома. Начинается со специфических характерологических изменений,



затем присоединяются интеллектуально-мнестические нарушения, которые при дальнейшем прогрессировании заболевания могут приводить к выраженной деменции. На социальном уровне, как следствие токсических эффектов, нарушаются адаптивные способности человека, развивается стойкая социальная дезадаптация.

### **///. Типы, методы и средства лечения наркологических заболеваний**

Если коротко остановиться на типах лечения наркологических заболеваний, то можно выделить три типа: 1 - с биологически ориентированным воздействием; 2 - с психотерапевтически ориентированным воздействием; 3 - с социально ориентированным воздействием.

Как уже упоминалось выше, в настоящее время наиболее актуальной задачей является поиск патогенетически обоснованных методов терапии, направленных на подавление стержневого синдрома заболевания - патологического влечения к алкоголю и наркотикам. В сложной клинической структуре данного синдрома с постоянством присутствуют аффективные нарушения, психопатоподобные расстройства; по мнению многих видных исследователей (В.Б.Альтшулер, 1988; 1994), патологическое влечение к психоактивным веществам может быть сравнимо с доминантным, сверхценным образованием. В связи с этим перспективным направлением является возможность использования психотропных препаратов (нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов) как средств патогенетической терапии.

В последние годы в лечении болезней зависимости наблюдается расширение круга терапевтических подходов с использованием, наряду с традиционными методами лечения, новых психотропных препаратов, психотерапевтических методик и немедикаментозных методов (Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, 1986; S.Subrahmanyaset al., 1975; J.N.Stephenson et al., 1985). В лечении алкоголизма и наркоманий можно выделить два определяющих этапа. Первый этап - интенсивная терапия острых состояний. Этот этап предусматривает устранение нарушений, вызванных хронической интоксикацией, лечение абстинентного синдрома, предупреждение различных осложнений, вызванных злоупотреблением ПАВ, подавление патологического влечения к психоактивным веществам, обследование больного и установление с ним психотерапевтического контакта.

Второй этап можно определить как этап противорецидивной терапии. Длительность каждого этапа определяется индивидуально и зависит от многих факторов, о чем уже говорилось выше.

Остановимся на медикаментозной терапии. В настоящее время спектр применяемых в наркологической практике психотропных препаратов весьма широк.

При купировании постинтоксикационных и абстинентных расстройств необходимо учитывать следующее: выделять в структуре патологического состояния группу основных симптомов, требующих терапевтического воздействия в первую очередь, учитывать фармакокинетику применяемых препаратов и возможности осложнений при их взаимодей-

ствии. Программа лечения с самого начала должна строиться соответственно клиническим особенностям больного. Большое значение имеет также выбор правильной дозировки препарата, оптимальной длительности терапии и способа введения лекарства.

Составной частью комплекса мероприятий при купировании алкогольного абстинентного синдрома наряду с симптоматическим и седативным лечением являются детоксикационная терапия и витаминотерапия. Дифференциация терапии алкогольного абстинентного синдрома определяется его клиническим вариантом (**табл. 2**).

Таблица 2

**Дифференцированные подходы к лечению алкогольного абстинентного синдрома**

| <b>Клинический вариант</b>   | <b>Лечебные мероприятия</b>  |
|--|--|
| 1. ААС с вегетативно-астеническими расстройствами                    | 1. Детоксикационная терапия (растворы для в/в капельного введения, диуретики, детоксицирующие (унитиол, тиосульфат натрия, глюкоза, сульфат магнезии и пр.).<br>2. Витаминотерапия (витамины группы В, РР, С и пр.), поливитамины, ионы калия, магния.<br>3. Транквилизаторы: грандаксин 100-150-200 мг/сут.; феназепам 1-2 мг/сут.  |
| 2. ААС с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами | 1. Многопрофильная интенсивная инфузионная терапия; назначение психотропных препаратов играет подчиненную роль.<br>2. Витамин в максимальных дозах (группа В, никотиновая кислота, С).<br>3. Транквилизаторы: седуксен до 20 мг в/в или в/м; феназепам 1-2 мг/сут.; грандаксин 50-100 мг.<br>4. Ноотропы: ноотропил 800-1600 мг/сут. или пирацетам (20%) до 40,0 20% инфузионно, инстенон в/в, перорально и пр.<br>5. Сердечно-сосудистые средства |
| 3. ААС с психическими расстройствами                                 | 1. Детоксикационная терапия.<br>2. Психотропные препараты с необходимым компонентом действия, как правило, седативным. Нейролептики: аминазин, тизерцин, галоперидол - малые дозы при "тревожно-параноидной установке"; корректоры поведения - неулептил, сонапакс и др. - при психопатоподобном поведении. Используются также многие другие препараты   |
| 4. ААС с судорожным компонентом                                      | 1. Массивная детоксикационная терапия с применением препаратов магния, калия, кальция.<br>2. Транквилизаторы.<br>3. Антikonвульсанты: финлепсин, карбамазепин, тегретол, конвулекс и пр.   |

Таблица 2 (продолжение)

## Дифференцированные подходы к лечению алкогольного абстинентного синдрома

| Клинический вариант                                   | Лечебные мероприятия  |
|---|---|
| 5. ААС с обратимыми психоорганическими расстройствами | 1 этап - седативная, дегидратационная, витаминотерапия, дезинтоксикационная терапия.<br>2 этап - длительный курс витаминотерапии (витамины гр. В, никотиновая, аскорбиновая кислота), ноотропов (ноотропил, инстенон и др.) - до 3-4 месяцев; возможно назначение малых доз транквилизаторов (грандаксин, рудотель, диазепам и пр.) |

**Примечание.** В связи с быстрым появлением на фармацевтическом рынке все новых и новых психотропных препаратов, в таблице делаются указания только на те лекарственные средства, которые применяются в НИИ наркологии

При наркоманиях подход к купированию острых состояний иной, чем при алкоголизме (К.Э.Воронин, 1995; М.Л.Рохлина, 1998; А.Г.Гофман, 1999, и мн. др.). При опийном абстинентном синдроме, например, применяются агонисты  $\alpha$ -2-адренорецепторов (клофелин), анальгетики (трамал, ксефокам, анальгин, баралгин и многие другие), блокаторы опиатных рецепторов (налоксон, наркан). Средства, используемые при купировании опийного абстинентного синдрома, патогенетические механизмы и средние дозировки отражены в табл. 3.

Общие подходы к лечению наркоманий и применяемый арсенал психофармакологических средств соответствуют вышеизложенному. Рассматривая методы терапии физической зависимости при наркоманиях, всегда следует учитывать, что во многих случаях адекватное лечение абстинентного синдрома определяет эффективность всех дальнейших терапевтических мероприятий. Современная концепция терапии наркоманий предусматривает полное и немедленное лишение наркотиков - за исключением тех случаев, когда их употребление сочетается с приемом барбитуратов или при собственно барбитуровой наркомании.

По мере купирования абстинентных расстройств и улучшения состояния больного предусматривается проведение следующего этапа заболевания - противорецидивного лечения. Принцип дифференцированного подхода и индивидуализации лечебного процесса определяется с учетом тех или иных особенностей клинической картины заболевания, варианта течения болезни, преморбидной структуры характера, степени изменений личности. Именно на этом этапе приобретают особое значение методы терапии, позволяющие дезактуализировать патологическое влечение к ПАВ. С этим связаны восстановление здоровых интересов, активизация участия больных в лечебном процессе, проведение реабилитационных и психотерапевтических мероприятий. Наиболее

Таблица 3

**Психотропные средства, применяемые при лечении опийного  
абстинентного синдрома**

| Группа   | Название    | Дозы  | Механизм действия   |
|--|-------------|---|---|
| 1  | 2           | 3   | 4   |
| Агонисты<br>α-2-адрено-<br>рецепторов  | Клофелин    | 0,00045<br>-0,0009<br>г/сут.                          | Активирует центральные<br>α-адренорецепторы, ингибиру-<br>ет высвобождение норадрена-<br>лина. Седативный эффект<br>связан с влиянием на ретику-<br>лярную формацию ствола<br>мозга             |
| α-адрено-<br>блокаторы   | Пирроксан   | 0,09-<br>0,135<br>г/сут.                              | Снижает симпатико-адренало-<br>вые влияния посредством<br>блокады периферических и<br>центральных<br>α-адренорецепторов   |
| Блокаторы<br>опиатных<br>рецепторов<br>короткого<br>действия                       | Налоксон    | 0,4-0,8<br>-1,2 до 1,8<br>мг/сут.                     | Антагонист опиатных (ц-, х-)<br>рецепторов  |
| Обезболива-<br>ющие<br>средства<br>различных<br>классов и хи-<br>мических<br>групп | Трамал      | 0,4-0,6<br>г/сут. (в/м)<br>0,2-0,4<br>г/сут. (per os) | Центральный неселективный<br>агонист опиатных рецепторов.<br>Подавляет обратный захват<br>норадреналина и серотонина<br>в нервном синапсе   |
|  | Ксефокам    | 8-16<br>до 32 мг/сут.                                 | Нестероидный противовоспа-<br>лительный. Подавление выра-<br>ботки медиаторов боли и<br>воспаления(ингибирование<br>циклооксигеназы 1 и 2), актива-<br>ция физиологических путей<br>снятия боли |
| Антиконвуль-<br>санты  | Финлепсин   | 0,4-0,8<br>г/сут.                                     | Нормотимический и антидеп-<br>рессивный эффект. Связано с<br>активацией GABA-системы  |
| Нейролептики   | Аминазин    | 0,1-1,0 г/сут.  | Блокирует центральные<br>дофаминергические (D <sub>2</sub> ) и<br>ос-адренергические рецепторы  |
|  | Галоперидол | 0,0045-0,02<br>г/сут.                                 | Блокирует центральные<br>α-адренергические и дофами-<br>нергические (D <sub>2</sub> , D <sub>4</sub> ) рецепторы  |
|  | Тизерцин    | 0,05-0,15<br>-0,25 г/сут.                             | Блокирует центральные<br>дофаминергические (D <sub>2</sub> ),<br>периферические<br>α-адренорецепторы  |

Таблица 3 (окончание)

**Психотропные средства, применяемые при лечении опийного абстинентного синдрома**

| Группа           | Название   | Дозы                                  | Механизм действия   |
|------------------|--|---------------------------------------|---|
| 1                | 2  | 3                                     | 4   |
| Нейролептики     | Тиапридал  | 0,4-1,2г/сут.                         | Избирательно блокирует центральные D <sub>2</sub> -дофаминовые рецепторы  |
|                  | Оланзапин (зипрекса)   | 0,01-0,015 г/сут.                     | Блокирует центральные C <sub>5</sub> -серотониновые, дофаминовые (D <sub>2</sub> , D <sub>4</sub> , D <sub>1</sub> ) рецепторы                            |
|                  | Азалептин  | 0,05-0,1 г/сут.                       | Блокирует C <sub>5</sub> -серотониновые и D <sub>2</sub> -дофаминовые рецепторы   |
|                  | Рисполепт  | 0,002-0,008 г/сут.                    | Специфический антагонист 5-HT <sub>2</sub> и D <sub>2</sub> рецепторов, имеет серотонинергическую активность и минимальное антидофаминергическое действие |
|                  | Клопиксол  | 0,025-0,15 г/сут.                     | Блокирует центральные дофаминергические (D <sub>1</sub> , D <sub>2</sub> ) рецепторы, есть холинолитические и α-адренолитические свойства                 |
| Транквиляторы    | Реланиум, феназепам, транксен и мн. др.  | Дозы различны, прием per os, в/м, в/в | Стимулируют выработку ГАМК в ЦНС. Облегчают ГАМК-ергическую передачу на пресинаптическом и постсинаптическом уровнях                                      |
| Гипнотики        | Ивадал, имован   | Дозы индивидуальны                    | Связываются с центральными (ш1)бензодиазепиновыми рецепторами, не обладают сродством к периферическим   |
| Симптоматические | Витамины, особенно группы В, растворы магнeзии серноокислой и глюкозы, сердечно-сосудистые средства, гепатотропные препараты, общеукрепляющее лечение и прочие |                                       |   |

**Примечание.** В таблице делаются указания только на те лекарственные средства, которые применяются в НИИ наркологии

эффективно применение различных антидепрессантов, нейролептиков, тимонейролептиков. Средства, применяемые на этапе противорецидивной терапии, перечислены в **таблице 4**.

С целью профилактики возобновления употребления ПАВ при алкоголизме, в программах курсового медикаментозного лечения применяются так наз. аверсивные средства, сенсibiliзирующие к алкоголю средства. И если использование аверсивных (вызывающих отвращение)

Таблица 4

**Психотропные средства, используемые на этапе противорецидивного лечения**

| № | Группе   | Название  | Дозы   |
|---|--|---|--|
| 1 | Блокаторы опиатных рецепторов длительного действия | Налтрексон и дольше   | 50 мг/сут.<br>Длительность терапии - от 6 месяцев  |
| 2 | Антиконвульсанты                                   | Финлепсин<br>(мн. др.: карбамазепин, тегретол, конвулекс)   | 0,2-0,4 г/сут.   |
| 3 | Нейролептики                                       | Аминазин<br>Галоперидол<br>Галоперидола деканоат<br>Модитен-депо<br>Пипортил L <sub>d</sub><br>Клопиксол-депо<br><br>Тиапридал<br>Оланзапин<br>Сонапакс<br>Неулептил<br>Трифазин (стелазин)<br>Этаперазин<br>Эглонил<br>Рисполепт | 0,025-0,1 г/сут.<br>(короткие курсы)<br>0,003-0,005 г/сут.<br>50-100 мг. Длительность действия: 2-3 недели<br>25-50 мг. Длительность действия: 2-4 недели<br>12,5-50 мг. Длительность действия: 3-4 недели<br>200-400 мг. Длительность действия: 2-4 недели<br>0,3-0,4 г/сут.<br>0,01-0,015 г/сут.<br>0,075-0,15 г/сут.<br>0,03-0,04 г/сут.<br>0,006-0,01 г/сут.<br>0,03-0,04 г/сут.<br>0,1-0,8 г/сут.<br>0,002-0,008 г/сут. |
| 4 | Антидепрессанты                                    | Амитриптилин<br>Мелипрамин (имипрамин)<br>Леривон(миансерин)<br>Коаксил(тианептин)<br>Лудиомил (мапротилин)<br>Ремерон (миртазапин)<br>Аурорикс (моклобемид)<br>Паксил(пароксетин)  | 0,05-0,2 г/сут.<br>0,1-0,25 г/сут., в/в.<br>0,075-0,1 г/сут. per os<br>0,06-0,09 г/сут.<br>0,0375-0,05 г/сут.<br>0,025-0,15 г/сут.<br>0,015-0,03 г/сут.<br>0,01-0,6 г/сут.<br>0,01-0,08 г/сут.   |
| 5 | Ноотропы   | Аминалон (ГАМК)<br>Пантогам<br>Ноотропил<br>и другие средства   | 1,5-3,0 г/сут.<br>1,5-3,0 г/сут.<br>0,8-1,6 г/сут.   |

**Примечание.** В таблице делаются указания только на те лекарственные средства, которые применяются в НИИ наркологии

в последнее время резко сокращается, то сенсibilизирующие средства по-прежнему широко используются. Для лечения наркоманий также применяются специфические препараты, направленные на то, чтобы поддерживать состояние, свободное от наркотиков (**таблица 5**).

### **Психотерапия**

Не вызывает сомнений необходимость комплексного подхода, в котором наряду с психофармакологическим воздействием значительное место занимают психотерапевтические программы. Именно такое многостороннее влияние может обеспечить эффективность проводимого лечения. С другой стороны, важность психотерапевтических мероприятий определяется большим воздействием на формирование наркологической патологии, наряду с биологическими, еще и социально-психологическими факторами.

Психотерапия в широком смысле слова включает в себя не только воздействие психотерапевта на больного, но и социотерапию, лечение средой, трудотерапию.

Условно методы психотерапии можно разделить на: индивидуальные и групповые; рациональные, иррациональные и суггестивные; директивные и недирективные.

Как правило, "приобщение" пациента к психотерапевтическому процессу начинается с *индивидуальной рациональной психотерапии*. В настоящее время понятие рациональной индивидуальной психотерапии несколько расширено по сравнению с его традиционным пониманием (П.Дюбуа, 1911).

Термин "индивидуальная рациональная психотерапия" (когнитивная, личностно-ориентированная, реконструктивная психотерапия) подразумевает систему психотерапевтических мероприятий, имеющих в сво-

Таблица 5

#### **Специфические средства, применяемые в комплексном лечении болезней зависимости**

| <b>№</b> | <b>Группа</b>                                       | <b>Препараты</b>   |
|----------|---|--|
| 1        | Аверсивные средства                                 | Апоморфин<br>Эметин<br>Отвары баранца и чабреца  |
| 2        | Сенсibilизирующие средства                          | Тетурам (эспераль, дисульфирам, антабус), лидевин.<br>Трихопол (метронидазол) и некоторые другие                   |
| 3        | Блокаторы опиатных рецепторов                       | Налтрексон (налорекс, антаксон, немиксин, ревиа и пр.). Используются при лечении как наркоманий, так и алкоголизма |
| 4        | Стимуляторы пресинаптических дофаминовых рецепторов | Бромокриптин<br>Используется при лечении как наркоманий, так и алкоголизма   |

ей основе определенную концепцию личности и ее систему отношений. В наркологической практике в задачи индивидуальной рациональной психотерапии включается не только изучение личности больного с ее мотивацией и ценностными ориентациями, но и формирование установки на лечение, на отказ от употребления психоактивных веществ, обучение "противорецидивным" навыкам, установление причинно-следственных связей между личностными особенностями больного и употреблением ПАВ. Одной из наиболее важных и труднодостижимых задач является воздействие на сознательные и неосознаваемые установки больного, выработка критики к своему заболеванию, формирование правильного самосознания и самопредставления.

Кроме индивидуальной, существует также и групповая психотерапия. В **таблице 6** схематично показано взаимодействие различных методов психотерапии и переход от индивидуальных к групповым техническим приемам.

*Групповая психотерапия* - метод психического лечебного воздействия на группу больных, формирующий эмоционально интенсивное и

Таблица 6

**Психотерапевтические подходы к лечению наркологических больных**

*Индивидуальная поддерживающая терапия*

1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни
2. Осознание психологических причин механизмов болезни
3. Решение конфликтов
4. Реконструкция системы отношений

**Семейный конфликт**

или стресс

\_\_\_\_\_  $\pm$  \_\_\_\_\_

*Семейная психотерапия*

**Нарушение режима терапии**

недостаточная критика

\_\_\_\_\_  $\pm$  \_\_\_\_\_

*Групповая психотерапия*

**Интеллектуально-мнестический**

дефект

\_\_\_\_\_  $\pm$  \_\_\_\_\_  
*Оптимизация психофармакотерапии*

**Актуализация ПВ**

**4**

*Рациональная психотерапия  
 (групповая или индивидуальная)*



психологически положительное взаимодействие членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой.

Понятие "групповая психотерапия" в последние годы проделало существенную эволюцию. Если вначале эффективность групповых форм воздействия объяснялась усилением взаимовнушения, и упор в лечении делался на множественное дублирование взаимоотношений «врач-больной», то в настоящее время в гораздо большей степени учитываются и должным образом направляются отношения между участниками психотерапевтической группы, т.е. групповое взаимодействие используется как основной лечебный фактор. В то же время взаимоотношения «врач-больной» опосредуются динамикой складывающегося группового взаимодействия.

Основные задачи групповой психотерапии заключаются в: 1) преодолении анозогнозии не только путем аутоидентификации; 2) формировании адекватного представления о себе (социальный статус, круг интересов и пр.); 3) выработке критического отношения к последствиям влияния употребления психоактивных веществ на здоровье больного и его жизнь, а также установки на полное воздержание от употребления психоактивных веществ; 4) создании достаточной мотивации к лечению; 5) формировании навыков правильного разрешения трудностей interpersonalного общения и проблем, возникающих в связи с трезвым образом жизни.

Психотерапевтические методики разделяются также на *директивные* и *недирективные*. Директивный подход можно назвать традиционным для психотерапии в наркологической практике. Он основан либо на полном подчинении пациента врачу (например, гипнотерапия, эмоционально-стрессовая групповая гипнотерапия), либо на определенном манипулировании врача пациентом (поведенческая терапия). Недирективные методики подразумевают раскрытие внутренних ресурсов самого пациента при правильной поддержке и направляющей роли психотерапевта. В данном случае врач-психотерапевт сознательно "уходит в тень", как бы предлагая самому больному решение поставленной задачи. Отношения в отличие от методов директивного типа носят партнерский характер.

Весьма распространены в наркологической практике *суггестивные методы*. Большой популярностью, особенно в среде пациентов, пользуется гипнотерапия. При применении этих методик используются специальные технические приемы для достижения так называемого "трансового состояния" или гипнотического сна, во время которого сохраняется избирательный вербальный контакт пациента и психотерапевта. В таком состоянии проводится определенное внушение, направленное на формирование отрицательного отношения пациента к психоактивным веществам и, соответственно, на выработку установок на поддержание трезвого образа жизни и воздержание от ПАВ. Следует отметить, что большинство таких методик ориентировано на больных алкоголизмом.

В отечественной практике наиболее известной является методика эмоционально-стрессовой групповой гипнотерапии, разработанная В.Е.Рожновым (1975). Как уже видно из самого названия, сущность ее заключается в том, что производится стрессовое воздействие на больных в момент наибольшего их расслабления, используется резкий переход от релаксирующих, успокаивающих формулировок к эмоционально насыщенным фразам. В процессе нескольких сеансов психотерапевтом формируется тошнотно-рвотная реакция на спиртные напитки; однако такие препараты, как апоморфин, естественно, не используются. При достижении эмоциональной насыщенности больному в резкой, конфликтной форме говорится о весьма значимых для него ситуациях, напоминают драматические или неприглядные эпизоды его биографии, связанные с употреблением алкоголя. При проведении сеанса по такой методике используется также феномен индуцирования членов группы. Сеанс заканчивается внушением, что после проведенного лечения больной будет чувствовать себя хорошо и физически, и психологически, у него также пропадет желание употреблять спиртные напитки.

Существует также ряд других суггестивных методик, весьма распространенных в нашей стране. К ним относится "кодирование" по А.Р.Довженко (1980). В данном случае также используются принципы эмоционально-стрессовой гипнотерапии без погружения больного в глубокий гипнотический сон. Суть методики заключается, кроме того, в выработке отрицательного условного рефлекса на употребление алкоголя при помощи раздражения определенных болевых точек (точки Балле). Формирование условно-рефлекторных связей происходит лишь по достижении эмоционального потрясения, желательного - раскаяния и "разбуженного чувства вины". Только после этого проводится ряд манипуляций в виде надавливания на определенные точки, орошения полости рта хлорэтилом или каких-либо других воздействий. При этом психотерапевт говорит больному о "заложенном в его голову специальном коде". Срок действия данной процедуры врач устанавливает индивидуально, исходя из своих прогностических ожиданий.

Следует иметь в виду, что и в первом, и во втором случае успешность проведения данной методики и результат зависят не только от подбора группы, но и от актерских способностей специалиста, проводящего данный сеанс.

Выделяют также методики опосредованного, чрепсредметного внушения. Они также применяются в основном, при лечении алкоголизма. Предварительно проводится подготовка пациента с внушением ему мысли о том, что при употреблении алкоголя могут развиваться тяжелые, необратимые осложнения и последствия. Кульминационный момент сеанса наступает при введении больному определенных лекарственных препаратов: он, как правило, испытывает при этом весьма насыщенные, неприятные психофизические ощущения. В качестве подкрепляющего фактора выступают "расписка", "заявление" или пр., демонстрирующие осведомленность больного о действии данного препарата и последствиях, связанных с употреблением алкоголя.

Вышеописанные методики имеют и определенные положительные стороны, и отрицательные моменты. Применение данных методик позволяет добиваться кратковременных тактических успехов, а у определенной группы больных - формировать достаточно стабильные, длительные ремиссии, тем самым позволяя больному адаптироваться в социуме, поддерживать профессиональные навыки, сохранять семью. С другой стороны, их использование ориентирует больного и его окружение на одномоментное, быстрое "излечение", ставя под сомнение нужность и эффективность длительного комплексного лечения. Ориентация больного на определенный срок воздержания не всегда положительно влияет на пациента, уменьшая его шансы на формирование длительной, стабильной ремиссии в будущем.

В настоящее время в нашей стране находят широкое применение в наркологической практике и такие *недирективные* психотерапевтические методики, как поведенческая терапия, гештальт-терапия, различные варианты аутогенной релаксации, НЛП, психосинтез, а также психоанализ. Все эти методики могут использоваться как в индивидуальной работе (аутогенная тренировка, психоанализ и др.), так и в групповой психотерапии (гештальт-терапия, НЛП, поведенческая терапия). Остановимся кратко на некоторых из них.

*Поведенческая терапия* ("модификация поведения") подразумевает использование принципов научения для изменения поведения и мышления. Официальное начало поведенческой терапии связано с именем Joseph Wolpe (1958). Но следует помнить, что большой, неосценимый вклад в формирование поведенческой терапии как самостоятельного направления внес И.П.Павлов. Он создал основы классического "обусловливания". Вспомним опыты И.П.Павлова: условный стимул (звонок) сочетается с безусловным стимулом (кормление собаки), между ними устанавливается связь таким образом, что прежде нейтральный условный стимул (звонок) теперь вызывает условную реакцию (выделение слюны). Следует указать также и на еще один феномен, открытый И.П.Павловым и используемый в поведенческих процедурах. Условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически повторяется безусловный стимул. В том случае, если условный стимул не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции уменьшается и с течением времени "угасает". Поведенческие реакции усиливаются позитивным (награждение, позитивный усилитель) или негативным (наказание, негативный усилитель) подкреплением.

Наиболее распространенный в нашей стране вариант поведенческой психотерапии - это *условно-рефлекторная терапия*. Она применяется при лечении больных алкоголизмом. Суть методики состоит в следующем. Больному алкоголизмом вводится аверсивное средство и непосредственно перед возникновением рвотной реакции дается алкоголь. В связи с этим больной не испытывает от спиртного привычных положительных эмоций и ощущений (выпадение позитивного усилителя), пре-

обладают очень неприятные физические ощущения (появление негативного усилителя).

В качестве аверсивных средств используются апоморфин, эметин, отвары баранца, чабреца, некоторые другие лекарства. Для закрепления реакции проводится не менее 20 сеансов. В данном случае также используется психотерапевтическое внушение, направленное на неблагоприятные последствия, вызываемые алкоголем, и т.д.

Другой вариант поведенческой терапии - *ситуационный тренинг* или социально-психологический тренинг, тренинг умений и навыков. Он находит все большее применение при лечении наркологической патологии (Ю.В.Валентик, 1988; А.Л.Игонин, 1989). Главные технические средства, используемые при ситуационном тренинге, - моделирование ситуаций и ролевые игры. Психотерапевт помогает больному стать более уверенным, открытым в социальных ситуациях посредством рационального обсуждения ситуаций риска.

*Методы аутогенной релаксации* могут использоваться как дополнительные по отношению к основному психотерапевтическому методу - для уменьшения эмоционального напряжения, страха, а также для профилактики стрессовых состояний. У наркологических больных после достижения релаксации используются специальные формулы самовнушения, направленные на преодоление патологического влечения к ПАВ. В качестве самостоятельного метода в наркологической практике применяются редко, так как большинство больных не продолжают занятия самостоятельно, особенно в период ремиссий.

*Семейная психотерапия* имеет особое значение при наркологических заболеваниях. При лечении больных с данной патологией взаимодействие с семьей (как правило, это жены и матери) обязательно. Ведь не секрет, что "неправильно" сложившиеся отношения больного и его близких нередко поддерживают зависимость от ПАВ. Вторая проблема состоит в том, что в семье больного проявления болезни отражаются на членах семьи, близких людях. Этот феномен называется созависимостью и так же, как и химическая зависимость, требует серьезного, длительного лечения и психотерапевтической коррекции.

При проведении семейной психотерапии используются практически все вышеперечисленные методики, включая директивные и недирективные, индивидуальные и групповые.

В настоящее время роль психотерапии при наркологических заболеваниях претерпела значительные изменения. Связано это с получением новых данных в области исследования болезней зависимости, активным внедрением новых препаратов, что в конечном итоге обеспечивает более быстрое включение пациентов в психотерапевтический процесс, большую открытость, заинтересованность и "откликаемость" больных в процессе проведения психотерапии.

Сегодня уже не вызывает сомнения, что на каждом этапе течения заболевания более показаны определенные психотерапевтические методики. Следует обращать внимание на специфические психотерапевти-

ческие элементы, которые могут играть ключевую роль на каждой из стадий заболевания, а также учитывать индивидуальные особенности пациента. Краткая характеристика методов психотерапии, используемых в наркологии, представлена в **таблице 7**.

Таблица 7

**Краткая характеристика методов психотерапии, используемых  
в наркологической практике**

| <b>Метод</b>   | <b>Характеристика</b>  |
|--|--|
| <b>Рациональная психотерапия</b>   | Преимущественно индивидуальная. Используются профессиональные знания врача о болезни, производится разбор <b>ошибок</b> в логических построениях больного. В процессе терапии осуществляется формирование установок на лечение и отказ от употребления ПАВ, обучение "противорецидивным" навыкам. При проведении психотерапии должны учитываться личностные особенности больных. Широко распространена, обязательная составная часть работы врача-нарколога  |
| <b>Суггестивные методы:</b><br>1) гипнотерапия;<br>2) эмоционально-стрессовая гипнотерапия;<br>3) "кодирование";<br>4) методики чреспредметного внушения (имплантация препарата "Эспераль", <b>"Торпедо"</b> и мн. др.);<br>5) аутогенная релаксация | Применяются как в индивидуальной работе, так и в группах. Повышение эффективности лечебного внушения достигается посредством погружения пациента в гипнотическое состояние или состояние "транса" - расслабленность, покой и пр. В процессе сеанса "мягкие" усыпляющие формулы перемежаются с эмоциональными императивными внушениями. Проведение каждого приема имеет свои особенности. В результате применения данных методик пациент становится эмоционально доступным, что и используется для достижения необходимого терапевтического эффекта. Некоторые методы распространены широко, некоторые теряют свою актуальность в настоящее время. Более применимы для лечения больных алкоголизмом |
| <b>Поведенческая:</b><br>- условно-рефлекторная;<br>- ситуационный тренинг;<br>- психодрама и пр.  | Суть заключается в изменении патологических поведенческих реакций и мышления посредством использования принципов научения. Базовым является знание физиологических законов формирования условно-рефлекторных связей. В процессе лечения приобретаются социально направленные, положительные умения и навыки, ломаются стереотипы поведения, формируется стойкое негативное отношение к употреблению ПАВ.   |

Таблица 7 (окончание)

**Краткая характеристика методов психотерапии, используемых  
в наркологической практике**

| <b>Метод</b>  | <b>Характеристика</b>   |
|---|---|
|   | Используется широко при лечении как больных алкоголизмом, так и наркоманиями  |
| <b>Групповая психотерапия.</b><br><b>Методы:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рациональная;</li> <li>- интерперсональная;</li> <li>- направленная дискуссия;</li> <li>- гештальт-терапия (м.б. и индивидуальной);</li> <li>- психотерапия творчеством, игровая и мн. др. приемов</li> </ul> | <p>В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой. При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, "отрицания" болезни. Применяется при лечении наркоманий и алкоголизма, в настоящее время становится все более распространенной и популярной</p> |
| <b>Психоанализ и подобные методики</b>  | <p>В основе лежит психоаналитическая теория о приобретенных и закрепленных в детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ. Эффективность при лечении наркологических заболеваний признается не всеми. В нашей стране применяется редко.</p>             |
| <b>Семейная психотерапия</b>  | <p>Применяются различные методики, описанные выше, может быть групповой и индивидуальной. Основная цель - коррекция патологических типов семейных отношений. Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае является больной и его семейное окружение. Неотъемлемая часть работы психиатра-нарколога</p>  |

**Реабилитация**

Реабилитация больных наркологическими заболеваниями является одним из приоритетных направлений современной наркологии.

Реабилитация (лат. *rehabilitatio* - восстановление в правах) - комплексное, направленное использование медицинских, социальных, образовательных, трудовых мероприятий с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне (определение ВОЗ, 1995).

Основные принципы и этапы реабилитации были сформулированы М.М.Кабановым (1971; 1978).

*Принципы реабилитации:*

1) единство биологических и психосоциальных воздействий. Отражает единство патогенеза болезни, учитываются клинко-биологические и психологические факторы;

2) разносторонность усилий для организации реабилитационной программы. Указывает на необходимость использования разнообразных средств и мер - от биологического лечения до различных видов психотерапии и социотерапии, причем объектом воздействия становится и сам больной, и его окружение;

3) принцип партнерства, апелляция к личности больного. Больного включают в лечебно-восстановительный процесс, добиваясь его активного участия в восстановлении нарушенных функций организма и социальных связей;

4) ступенчатость (переходность) проводимых воздействий и мероприятий. Подразумевается поэтапный переход от одних реабилитационных мер к другим, причем используются переходные режимы как внутри лечебных учреждений, в дневных и ночных стационарах, так и в санаториях и профилакториях.

В настоящее время уже не вызывает сомнения тот факт, что реабилитационные мероприятия должны проводиться на всех этапах лечебного процесса и строиться комплексно. Преемственность форм и мер медико-социальной реабилитации представлена тремя основными ее *этапами*.

Первый этап - **восстановительное лечение**. Осуществляется в стационарах. В связи с этим его можно назвать еще стационарным этапом. Задачей этого этапа является предупреждение формирования психического дефекта, по возможности - инвалидизации, а также явлений госпитализма. Используются в основном биологическая терапия, различные виды психотерапии.

Второй этап - **реадаптация**. Задача этого этапа заключается в развитии возможностей приспособления больного к условиям внешней среды.

В наркологии второй этап имеет особое значение. Связано это с тем, что при наркологических заболеваниях более всего нарушаются социальная адаптация больного и его взаимоотношения с окружающей средой. По мере уменьшения интенсивности психофармакотерапии увели-

чивается роль психотерапевтических, физиотерапевтических методов, других средств немедикаментозной поведенческой коррекции. Конечно же, основная роль принадлежит психосоциальным воздействиям, групповой, семейной психотерапии на фоне поддерживающего биологического лечения. Осуществляется данный этап, как правило, в условиях амбулаторного отделения, в дневных стационарах или профилактиках.

Реабилитация в амбулаторных условиях выполняет следующие функции:

- закрепляет эффекты, достигнутые в ходе стационарного лечения;
- стабилизирует или формирует установку больного на поддержание трезвого образа жизни;
- предупреждает и снижает риск развития рецидива;
- способствует угасанию старых патологических стереотипов поведения, формированию и закреплению новых поведенческих навыков.

Третий этап - **собственно реабилитация**. Задача этого этапа - восстановление больного в его доброжелательных отношениях с окружающей действительностью. Включает рациональное трудоустройство, вовлечение в активную социальную жизнь. На этом этапе максимально усиливается компонент психосоциальной реабилитации. Он может проводиться как в специальных организациях по типу психотерапевтических сообществ, антиалкогольных или антинаркотических клубов, в том числе и семейных, групп самопомощи и пр., так и при помощи социальных программ, направленных на поддержание наркологических больных.

В заключение хотелось бы еще раз отметить, что успех лечения больных алкоголизмом и наркоманиями, особенно закрепление результатов этого лечения, зависит в наибольшей степени от непрерывности и длительности лечебного процесса, от возможности комплексного (биологического и психотерапевтического) воздействия, от правильной дифференциальной диагностики состояния больного. На все эти факторы влияют не только высокая квалификация и профессионализм врача, но и целостная система организации наркологической помощи.



## Глава 2. Фармакотерапия в клинике алкоголизма

*В.Б.Алыпшулер*

При проведении лекарственной терапии больных алкоголизмом врач в каждом случае имеет дело не только с организмом больного, но и, главным образом, с его личностью. Поэтому фармакотерапия как разновидность биологически ориентированной терапии не может осуществляться, планироваться и даже изучаться в отрыве от психологически ориентированной терапии. Более того, одной из важных задач фармакотерапии является помочь, а порой и создать возможность для осуществления психотерапии. С другой стороны, успех фармакотерапии в значительной мере обеспечивается психотерапевтическими факторами - авторитетом врача, его неподдельной заинтересованностью и теплым участием в судьбе больного, внимательным и подробным обследованием состояния здоровья пациента.

Весь процесс фармакотерапии алкоголизма условно разделяется на три *этапа*. Первый этап посвящен лечению острых и подострых болезненных состояний, возникших в прямой связи с интоксикацией алкоголем и продуктами его метаболизма ("острый алкоголизм", по определению Магнуса Гусса). Сюда относятся прерывание запоя и устранение абстинентных расстройств.

Второй этап - это восстановительная терапия, направленная на возможно более полную нормализацию функций организма, на устранение или смягчение разнообразной психической патологии, в первую очередь - патологического влечения к алкоголю. Его можно назвать этапом становления ремиссии.

Третий этап - стабилизирующая терапия, имеющая целью формирование устойчивости больного по отношению к многообразным негативным воздействиям социальной среды, направленная на создание психофизиологических предпосылок сохранения длительной ремиссии, на предупреждение обострений патологического влечения к алкоголю, на предотвращение рецидивов заболевания; последнее, по словам E.Gordis (1989), является фундаментальным вопросом терапии алкоголизма.

### **Первый (начальный) этап фармакотерапии**

На данном этапе, как никогда больше, имеет значение тщательное обследование состояния больного. При этом могут быть выявлены повышение температуры тела, высокое артериальное давление, сердечные аритмии, тахикардия, тахипноэ, цианоз, неврологические признаки травмы головного мозга, мерцающее сознание, различные наружные и внутренние повреждения и т.д. Всем обнаруженным отклонениям необходимо дать взвешенную оценку и учесть их при определении врачебной тактики.

Наличие постинтоксикационных и абстинентных алкогольных расстройств служит показанием для назначения бензодиазепиновых транквилизаторов (реланиум, феназепам и др.) - в течение первых 3-5 дней

лечения, внутрь (каждые 4 часа) или внутримышечно (2-3 раза в день). Бензодиазепины, связываясь с ГАМК-бензодиазепиновым рецепторным комплексом, усиливают действие ГАМК, которая является главным тормозным нейротрансмиттером. Кроме того, они действуют на гипоталамо-надпочечниковую и норадренэргическую системы, предотвращая губительное перевозбуждение нейронов. Дозировки препаратов сильно варьируют индивидуально, их различия могут достигать 10-кратного размера (R.Baum, Fieber, 1988).

Имеющиеся в структуре алкогольного абстинентного синдрома признаки гиперактивации симпатической системы оправдывают применение бета-адреноблокаторов (анаприлин, пирроксан, пропранолол). В сочетании с бензодиазепинами они ускоряют процесс лечения; при этом не только быстрее нормализуются ЧСС, АД и температура тела, но и снижаются тревога, жилация, подавляется влечение к алкоголю, что вызывает позитивную реакцию больных (R.Horwitz с соавт., 1989).

В дополнение к бензодиазепинам и бета-адреноблокаторам, при лечении ААС используются также агонисты альфа-2-адренорецепторов. Применяется, в частности, клонидин (клофелин), который снижает уровень катехоламинов в плазме крови, тормозит высвобождение норадреналина. В результате снижаются артериальная гипертензия, тахикардия, потливость и тремор. Однако эти вещества не облегчают беспокойство и бессонницу и не подавляют влечение к алкоголю.

В качестве компенсаторной реакции на тормозные эффекты больших доз алкоголя в нейронах головного мозга формируются дополнительные кальциевые каналы; в результате этого при прекращении потребления алкоголя внутрь нейронов поступает избыточное количество ионов кальция, ведущее к перевозбуждению и гибели нейронов. Отсюда - использование антагонистов кальциевых каналов (нифедипин и др.) для лечения ААС (S.Коррі с соавт., 1987), оказавшееся клинически эффективным.

Значительный дефицит ионов магния в тканях, особенно в эритроцитах, у больных алкоголизмом, возникающий, как было показано радиоизотопным методом (J.Durlach, M.Cachin, 1968), в результате уменьшения всасывания в тонком кишечнике и усиления под влиянием алкоголя экскреции магния с мочой (H.Ginn, 1968), приводит к миоклоническим подергиваниям, атаксии, тремору, головокружению, бессоннице, раздражительности, напряженности, тревоге, вегетативной дистонии. Поэтому при тяжелом течении ААС, особенно при его церебральном варианте, показана магниевая терапия - внутримышечное введение 1-2 раза в день солей магния из расчета 2 мг иона магния на 1 кг веса больного (под контролем АД).

При наличии анамнестических данных о судорожных припадках во время прежних абстинентных состояний у данного больного целесообразно назначение карбамазепина (финлепсин, тегретол) или вальпроата натрия (конвулекс, депакин).

Одновременно назначаются витамины группы В. Для лечения тяжело протекающего ААС применяются средства гидратации или дегидрата-

ции - в зависимости от показателей гематокрита и свертываемости крови вводятся физиологический раствор или полиионные смеси, мочевины и др.

Как правило, перечисленных средств достаточно, чтобы обеспечить коренное улучшение состояния больного к 3-5 дню лечения. Предлагаются, однако, и другие методы, направленные на ускорение этого процесса. Например, однократное назначение свежеприготовленной смеси из 30 мл 20% р-ра оксibuтирата натрия, 2 мл 0,5% р-ра седуксена, 1 мл 1% р-ра димедрола и 1 мл 1% р-ра пирроксана внутрь, после чего вскоре наступают успокоение и сон, а наутро отмечаются лишь незначительные остаточные явления абстинентного синдрома, общая длительность которого сокращается в 4-5 раз (А.М.Даниленко, 1988).

Введение пирроксана (0,5% раствор) может осуществляться и путем трансцеребрального электрофореза с помощью аппарата "Электросон" (глазнично-мастоидальное расположение электродов; пирроксан - на аноде; от 2 до 10 мА; от 4 до 150 Гц; длительность импульса 0,3-0,5 мсек; продолжительность сеанса 20 мин.); при такой методике достаточно всего двух лечебных сеансов, время лечения ААС сокращается вдвое.

К лекарственным методам лечения ААС примыкает оксигенофитотерапия, предложенная Н.Г.Пшук (1991). Этот способ (прием больными дробными дозами 1500-2000 мл в сутки кислородно-белкового фитоктейля, который приготавливается продуванием кислорода через смесь яичного белка, сиропа, воды, настоя лекарственных трав - пижмы, ромашки, шиповника, зверобоя, пустырника) приводит к быстрому положительному эффекту: уже спустя несколько часов исчезает психофизический дискомфорт, наступают расслабление, успокоение, сонливость, нормализуются пульс и АД.

В заключение необходимо подчеркнуть, что скорость достижения терапевтического эффекта при лечении ААС, сокращение времени пребывания больного в этом состоянии играют очень важную роль, поскольку в период ААС больной подвергается наиболее тяжелым токсическим воздействиям, оставляющим стойкие негативные последствия во всех органах и системах.

### **Второй этап лечения - этап становления ремиссии**

После устранения постинтоксикационных и абстинентных расстройств наступает время для диагностики и терапии гораздо более разнообразных и индивидуальных психических и соматических нарушений, находящихся вне рамок ААС, а также для создания более непосредственных предпосылок к ремиссии заболевания.

Что касается соматических нарушений, то перечисление их здесь (патология печени, сердца, сосудов, периферических нервов и многое другое) излишне, хотя следует подчеркнуть их важнейшую роль в возобновлении патологического влечения к алкоголю и возникновении рецидивов болезни. Поэтому тщательная, терпеливая, нешаблонная терапия этих нарушений - условие конечного успеха.

Психопатологическая симптоматика на данном этапе определяется, главным образом, эмоциональными, психопатическими и астено-невротическими расстройствами, а также обострениями первичного патологического влечения к алкоголю. Полиморфная и динамичная клиническая картина ААС богата весьма похожими расстройствами, но они быстро подвергаются обратному развитию уже на начальном этапе лечения и не являются самостоятельными мишенями терапии. Для определения таких мишеней и назначения специального лечения требуется, помимо точной синдромальной оценки, достаточное время.

В частности, назначать антидепрессанты (в связи с наличием депрессивных расстройств) рекомендуется не ранее, чем через 10 дней от последнего приема алкоголя; некоторые клиницисты предпочитают более длительные сроки, которые помогают дифференцировать остающиеся эмоциональные нарушения от возможных психогенных наслоений и от абстинентных расстройств (R.Baum, F.Iber, 1988).

Такой подход избавляет больного, еще находящегося в состоянии металкогольной интоксикации, от неоправданной нагрузки медикаментами, которые в большинстве своем не свободны от побочного действия. В частности, благодаря своим антихолинэргическим свойствам, трициклические антидепрессанты, особенно амитриптилин, а также нейролептик азалептин (лепонекс, клозапин) при назначении их в период, когда еще сохраняется абстинентная симптоматика, могут вызвать психотические нарушения делириозного характера. Тем более нецелесообразно применение этих средств (амитриптилин, азалептин) в абстинентном периоде в качестве снотворных, что, к сожалению, практикуется.

Среди антидепрессантов предпочтительными для лечения больных алкоголизмом являются препараты последнего поколения (миансерин, флуоксетин, флувоксамин, тианептин, паксил). Они, в отличие от ингибиторов МАО и трициклических антидепрессантов, повышающих активность сразу нескольких нейромедиаторов и обладающих вследствие этого разнообразными фармакологическими эффектами, в том числе и нежелательными, избирательно тормозят обратный захват серотонина, селективно повышая активность только (или главным образом) этого нейромедиатора. Это определяет их более узкий антидепрессивный клинический эффект. Исключение составляет тианептин (коаксил), который не тормозит, а, наоборот, усиливает обратный захват серотонина, что делает неясным механизм его антидепрессивного действия. К преимуществам этих препаратов относится также отсутствие или малая выраженность антихолинэргического действия и связанных с ним побочных явлений.

Согласно имеющимся данным (B.Mason, 1996), лечение коморбидной психической патологии у больных алкоголизмом должно проводиться с учетом того, что длительная интоксикация алкоголем индуцирует повышение активности печеночных энзимов (система Р-450). Это усиливает метаболизирование психотропных лекарств. В частности, было показано, что уровень антидепрессантов в крови больных алкоголизмом,

страдающих депрессией, существенно ниже, чем у больных депрессией без алкоголизма, - при одних и тех же дозировках принимаемых препаратов.

При наличии психогенных нарушений, в частности, реактивных состояний, вызванных часто встречающимися в жизни больных алкоголизмом, особенно женщин, психотравмирующими обстоятельствами, назначаются мягкие нейролептики - меллерил (сонапакс), терален, неулептил. Эти препараты используются также для коррекции разнообразных нарушений поведения, связанных с эксплозивностью, истеричностью, эмоциональной расторможенностью.

Мягкие нейролептики, особенно неулептил, способны в той или иной мере подавлять патологическое влечение к алкоголю. Назначать их с этой целью следует на ограниченное время - не более 2-3 недель, - поскольку дальнейший прием этих препаратов ведет к возникновению тягостных состояний вялости и субдепрессии.

Затяжные астенические состояния, сопровождающиеся слабодушием, истощаемостью, нетерпеливостью, ухудшением памяти, а также разнообразные проявления интеллектуального снижения (некритичность, слабость суждений и др.) служат показанием к применению ноотропных препаратов (пирацетам, аминалон, пикамилон и др.). Назначать их следует на достаточный срок (не менее 1-2 месяцев) и в достаточных дозах (не менее 2,5 г пирацетама в сутки).

При обострениях первичного патологического влечения к алкоголю применяются **нейролептические препараты** выраженными антипсихотическими свойствами. Среди них предпочтительны те, которые в относительно меньшей мере вызывают побочные эффекты экстрапирамидного типа (паркинсонизм, акатизия, экситомоторные кризы и др.). Наиболее эффективными оказались: пимозид (оран) - по 1-2 мг 1-2 раза в сутки; пенфлуридол (семап) - по 20-40 мг 1 раз в 5-7 дней; этаперакин - по 4-10 мг 2-3 раза в день; пипортил - по 10 мг 2 раза в день; репонекс (азалептин) - по 25-50 мг 2-3 раза в день; трифлуоперазин (стелазин) - по 5 мг 2-3 раза в день. В некоторых случаях (частые обострения влечения, несоблюдение лечебного режима и др.) с успехом применяются препараты-пролонги: модитен-депо (1 мл 2,5% р-ра внутримышечно 1 раз в 2,5-3 недели), пипортил-пальмитат (1 мл 2,5% р-ра внутримышечно 1 раз в 3-4 недели).

• Общие требования при назначении нейролептиков больным алкоголизмом: наличие вполне определенных и с уверенностью диагностированных признаков первичного патологического влечения к алкоголю; дальнейший динамический учет симптоматики влечения с "маневрированием" дозами препаратов (повышение, понижение, прекращение); применение (при возникновении побочных экстрапирамидных эффектов) корректоров (циклодол, акинетон, тремблекс); учет противопоказаний (признаки органической недостаточности головного мозга); контроль за состоянием крови; недопустимость хронического или профилактического (без видимой "мишени") лечения неопределенной длительности.

С целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к алкоголю применяются также некоторые **антиконвульсанты**, в частности, карбамазепин (тегретол, финлепсин) и вальпроат натрия (конвулекс, депакин). В отличие от нейролептиков, они в оптимальных дозах почти не вызывают серьезных нежелательных эффектов и поэтому могут назначаться на достаточно длительное время - до нескольких месяцев. Дозы карбамазепина - 0,2-0,6 г в сутки, конвулекса - 0,3-0,9 г в сутки. Следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов и токсических влияний на кровь.

Патогенетическим обоснованием использования антиконвульсантов для подавления первичного патологического влечения к алкоголю может служить концепция "шиллинга" (буквально - "разжигание"), сформулированная G.Goddard с соавт. (1969). В применении к алкоголизму (J.Ballenger, R.Post, 1978), она сводится к возникновению эпилептиформной активности в лимбических структурах мозга после повторных алкогольных эксцессов; сначала эта активность имеет временный характер, а затем стабилизируется ("хронический эпилептогенез"). Сама ее локализация становится причиной разнообразной психической патологии, окрашенной эмоциональными и вегетативными нарушениями. На первых порах явление "киндлинга" рассматривалось как патогенетический механизм алкогольного абстинентного синдрома и алкогольной эпилепсии; в дальнейшем же распространилось мнение о прямой связи этого явления с первичным патологическим влечением к алкоголю - оно высказывалось, в частности, на специальном симпозиуме в США (1996), посвященном "киндлингу" в аспекте клиники алкоголизма. Гораздо раньше (1984,1992) в нашей стране были найдены прямые клинические свидетельства пароксизмальности процесса, лежащего в основе первичного патологического влечения к алкоголю.

Предложение использовать карбамазепин и соли вальпроевой кислоты для подавления первичного патологического влечения к алкоголю связано с тем, что противосудорожное действие этих препаратов локализуется преимущественно в лимбических структурах мозга (тем же, видимо, объясняется их терапевтическая эффективность по отношению к различной эмоциональной патологии). Однако в ряде случаев, когда имеется терапевтически неподатливое (резистентное) патологическое влечение к алкоголю, хороший и быстрый эффект дает присоединение или назначение "в чистом виде" широко известного антиконвульсанта дифенина (дилантин) в суточных дозах 0,117-0,234.

Принципиально новый подход к терапии патологического влечения к алкоголю - использование **серотонинэргических средств**. Оно основано на исследованиях, которые выявили дефицит серотонина (важный нейротрансмиттер ЦНС, участвующий в реализации эйфории при употреблении алкоголя и играющий роль в возникновении ряда абстинентных нарушений) у больных алкоголизмом, особенно с ранним началом заболевания (L.Buydens-Branchette с соавт., 1989). Было установлено также, что во время развития ААС и в первые 2 недели воздержания от ал-

коголя у больных алкоголизмом уровень серотонина существенно снижен (С. Benkelfat с соавт., 1991).

В связи с этим для лечения больных алкоголизмом было предложено применение ингибиторов обратного захвата серотонина (препараты, повышающие содержание серотонина в синапсах), которые в настоящее время широко используются в качестве антидепрессантов. Оказалось, что целый ряд таких препаратов (флуоксетин, флувоксамин, мiansерин, trazодон) обладают свойством подавлять патологическое влечение к алкоголю (С. Naranjo с соавт., 1989; Н.Н.Иванец с соавт., 1993; 1996). Важно отметить, что эффект снижения потребления алкоголя возникает уже в первые дни приема больными названных средств - задолго до того, как развивается их антидепрессивное действие, т.е. подавление патологического влечения к алкоголю является вполне самостоятельным их свойством. Ингибиторы захвата серотонина особенно эффективны при лечении больных алкоголизмом с интеллектуально-мнестическими нарушениями, которые часто являются следствием длительного и тяжелого пьянства. Так, M.Linnoila и др. (1987) установили, что флувоксамин уменьшает вызванные алкоголем когнитивные расстройства и улучшает память у больных с амнестическим синдромом.

Все это объясняет большой интерес к препаратам данной группы, которые являются весьма перспективными в качестве средств подавления патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом.

Что касается механизма их терапевтического действия, то он остается не до конца ясным. Оказалось, в частности, что дело не только в повышении уровня серотонина (например, один из антидепрессантов нового поколения тианептин, тоже обладающий свойством подавлять патологическое влечение к алкоголю (M.Daoust с соавт., 1992), является не ингибитором, а, наоборот, усилителем обратного захвата серотонина), но и в очень неоднозначной роли разных подтипов серотониновых рецепторов. Так, многочисленные исследования показали высокую эффективность агониста (стимулятора) серотониновых рецепторов типа 1А буспирона, который в суточной дозе 20-60 мг подавляет патологическое влечение к алкоголю и одновременно оказывает анксиолитическое действие, при этом не вызывая побочных эффектов, характерных для бензодиазепиновых транквилизаторов. Столь же отчетливое подавление патологического влечения к алкоголю вызывает ондасетрон - препарат противоположного фармакологического действия, но адресованного другому типу серотониновых рецепторов, типу 3. Таким образом, активация одних серотониновых рецепторов и блокада других приводят к одному и тому же результату.

Все это означает, что для оптимальной фармакотерапии алкоголизма необходимо в дальнейшем изучение физиологии, анатомии и психофармакологии серотонинэргической системы с целью определения дифференцированных показаний к применению конкретных препаратов.

Другим важным направлением поиска и применения средств подавления патологического влечения к алкоголю является изучение лекар-

ственных препаратов, изменяющих деятельность **дофаминовой системы мозга**. Дофамин - один из главных нейротрансмиттеров, он принимает участие в реализации эйфоризирующего действия алкоголя. На основе теоретических представлений о роли дофаминовой системы в патогенезе влечения к алкоголю у больных алкоголизмом (И.П. Анохина, 1976) было предложено использовать для подавления влечения агонисты дофаминовых рецепторов. С этой целью успешно применен агонист дофаминовых рецепторов типа D2 бромокриптин (V.Borg, 1983). В результате назначения бромокриптина в дозе 2,5-5 мг 3 раза в день в течение 6 месяцев было достигнуто достоверное (сравнение с плацебо) снижение влечения к алкоголю и улучшение социального функционирования больных алкоголизмом. Впоследствии эти наблюдения были подтверждены; во избежание побочных эффектов рекомендуется назначать бромокриптин в суточных дозах 2,5-5 мг.

Дофаминовая система, как и серотониновая, внутренне сложна, поэтому эффект применения дофаминэргических препаратов во многом зависит от типа задействованных дофаминовых рецепторов. Так, агонист, т.е. активатор дофаминовых рецепторов апоморфин действует одинаково с антагонистом, т.е. блокатором дофаминовых рецепторов типа D2 галоперидолом; тот и другой уменьшают патологическое влечение к алкоголю, оба используются с этой целью в фармакотерапии алкоголизма. Правда, широкому применению апоморфина в эффективных дозах, граничащих с теми, которые вызывают тошноту (субтошнотные дозы), препятствуют технические неудобства, связанные с лекарственной формой этого препарата.

Дофаминэргическая система интимно связана с другими нейротрансмиттерными системами - серотонинэргической и норадренэргической; в их влиянии на влечение к алкоголю они могут действовать как единое целое. Поэтому для рационального применения дофаминэргических средств при лечении больных алкоголизмом очень важно дальнейшее изучение взаимодействия этих систем.

В последние годы большую известность, особенно в европейских странах, приобрело применение для подавления патологического влечения к алкоголю препарата **акампросат**. Это кальциевая соль ацетилгомотауриновой кислоты (кальций-ацетилгомотауринат), структурно близкая к ГАМК. Данный препарат считается средством заместительной терапии: подобно алкоголю, он действует на ГАМК-бензодиазепиновый рецепторный комплекс. Многоцентровое клиническое испытание в 10 европейских странах (4000 больных алкоголизмом, двойной слепой метод плацебо-контроля), длившееся 1 год, с последующим катамнестическим наблюдением в течение 1 года, показало существенные преимущества акампросата в достижении ремиссий (к концу второго года - 17% ремиссий в группе плацебо и 39% в группе акампросата). По другим данным, акампроسات модулирует активацию возбуждающих глутаматных рецепторов, тормозит деятельность кальциевых каналов; его действие складывается из множества слабых тормозных влияний на нервное



возбуждение, возникающее в качестве компенсаторной реакции ЦНС на тормозящее действие алкоголя. Интересно, что химический "родственник" акампросата таурин является обычным ингредиентом лекарств восточной медицины, применяемых для избавления от тяги к наркотикам. Таурин - это аминокислота, содержащаяся в головном мозге; он не относится к нейротрансмиттерам, но выделяется глияльными клетками в ответ на стимуляцию - для предотвращения гипервозбуждения нейронов.

Назначается акампросат по 1,3-2 г в сутки; терапевтический эффект (воздержание от алкоголя) пропорционален дозе. При лечении длительно в 12 месяцев не отмечено побочного действия, кроме - в редких случаях - диареи (H.Sass и др., 1996; F.Paille и др., 1995).

К числу нововведений в современную фармакотерапию алкоголизма относится применение **антагониста (блокатора) опиоидных рецепторов налтрексона** в качестве средства подавления патологического влечения к алкоголю. Оно основано на данных об участии опиоидных рецепторов в реализации "вознаграждающего" действия алкоголя. Налтрексон, синтезированный в 1960-х годах, был разрешен в США первоначально для лечения опийной наркомании (1984), а затем (1994) - для лечения алкоголизма. Исследования показали, что налтрексон достоверно снижает патологическое влечение к алкоголю (как субъективное переживание) и потребление алкоголя (как объективный критерий). Это особенно касается больных, отличающихся сильным влечением к алкоголю и невысоким интеллектом (A.Jaffe и др., 1996). Поскольку налтрексон лишает больных удовольствия от употребления алкоголя, многие из них прекращают прием препарата. Отсюда вытекает необходимость психотерапевтической подготовки больного - объяснения ему целей такого лечения, предупреждения о возможных тягостных ощущениях, схожих с обычными похмельными состояниями.

В большинстве случаев налтрексон назначается ежедневно, 1 раз в день, внутрь, по 50 мг. Его следует применять в сочетании со всеми остальными методами и средствами лечения. У некоторых больных (женщины; лица молодого возраста; пациенты, лишь недавно употреблявшие спиртное) прием налтрексона вызывает тошноту и головную боль. В этих случаях лечение можно начинать с дозы 12,5-25 мг, переходя через несколько дней к 50 мг. Иногда, при сохраняющемся влечении к алкоголю, которое сопровождается ощущением дискомфорта и короткими "срывами", следует временно повысить дозу налтрексона до 100 мг в день; обычно это хорошо переносится больными и не вызывает побочных эффектов (M. McCaull, 1996). Продолжительность лечения - от 3 до 6 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении приема препарата.

Хотя полное воздержание от алкоголя является целью лечения налтрексоном, его не следует выдвигать в качестве безусловного требования; если больной согласен лечиться, но продолжает периодически выпивать, это не означает, что лечение надо прекратить: некоторые больные, особенно на первых порах, реагируют на налтрексон не прекращением, а лишь сокращением приема алкоголя.

Единственным абсолютным противопоказанием к назначению налтрексона являются печеночная недостаточность и острый гепатит. Относительные противопоказания - повышенный уровень билирубина, беременность, грудное кормление, подростковый возраст.

При проведении психофармакотерапии больных алкоголизмом на этапе становления ремиссии нельзя забывать о неспецифических средствах укрепления гомеостаза. К ним относятся: аутогемотерапия, инъекции экстракта алоэ, стекловидного тела, ФиБС, витаминотерапия, дифференцированная физиотерапия (гидротерапия, электротерапия, массаж), иглорефлексотерапия, электросон.

Помимо медикаментозных препаратов, для подавления патологического влечения к алкоголю применяется целый ряд средств растительного происхождения - отвары баранца (5%), чабреца (7,5%), копытня европейского (3%), спорыша (5%). Все эти средства в малых дозах (по 1 стол. ложке 3 раза в день внутрь) оказывают мягкое седативное, гипотензивное, диуретическое действие и резко снижают субъективную потребность в алкоголе.

### **Третий этап фармакотерапии алкоголизма - этап стабилизации ремиссии**

Обсуждавшиеся в рамках предыдущего этапа сроки продолжительности приема медикаментов в 6 месяцев-1 год означают, что речь идет уже не только о становлении, но и о стабилизации достигнутой ремиссии, т.е. о плавном переходе к следующему этапу. На данном этапе, помимо продолжения своевременной коррекции различных отклонений, которые могут возникать в психо-соматическом состоянии больного, используются средства так называемой аверсионной терапии (aversio - отвращение). К ним относятся дисульфирам (тетурам, антабус, эспераль), цитрат-карбамидкальция (темпозил, колме), метронидазол (трихопол, флагил), фуразолидон. Все они в той или иной мере создают физическую непереносимость алкоголя, связанную с нарушением его метаболизма и с появлением в крови токсичных продуктов неполного распада алкоголя. Тем самым образуется "химическое препятствие" дальнейшему потреблению алкоголя.

Однако терапевтический эффект аверсионных ("сенсibilизирующих" к алкоголю) средств является не только фармакологическим, но и психологическим, основанным на страхе перед тяжелыми последствиями приема алкоголя. С годами этот эффект среди больных, к сожалению, ослабел, поскольку исчез элемент новизны и накопилась информация о том, как преодолеть опасности и вернуться к безнаказанному потреблению спиртного. Тем не менее, при наличии серьезного отношения к лечению, в тех случаях, когда больной находится под воздействием противоположных сил - с одной стороны, влечения к алкоголю и многих соблазнов его употребить, а с другой стороны, внутренней установки на трезвость и внешнего социального прессинга, - т.е. пребывает в состоянии неустойчивого равновесия, при отсутствии противопоказаний (поражения паренхиматозных органов, полиневриты, анемия, лейкопения,

ИБС, острые и хронические инфекции, астматический бронхит, бронхиальная астма, органические поражения мозга, эндокринные заболевания, перенесенные в прошлом психозы) аверсионные методы лечения являются немалым подспорьем для поддержания ремиссии алкоголизма.

При проведении лечения **тетурамом** следует максимально усилить его психотерапевтический радикал (беседа, разъяснения, расписка и т.п.). Тетурам назначают по 0,25 2 раза в день в течение 2 недель, а затем суточная доза снижается до 0,25. По истечении месяца в дальнейшем делаются 10-20-дневные перерывы либо, наоборот, дозу временно повышают - в зависимости от ситуации (праздники и т.п.) и состояния больного. Исследования в Англии (С. Brewer, 1984) показали, что для достижения уровня дисульфирама в крови, достаточного, чтобы вызвать необходимый фармакологический эффект, некоторым больным требуется назначать не менее 1 г препарата в сутки. С другой стороны, по мнению известного американского исследователя О. Goodwin (1989), если исходить из того, что метаболическое действие дисульфирама сохраняется в течение 4-5 дней после прекращения его приема, то рекомендуется давать препарат больному 1 раз каждые 3-4 дня, во время визитов больного к врачу.

Фармакологическое действие тетурама заключается в торможении активности альдегиддегидрогеназы - фермента, разрушающего ацетальдегид, который является промежуточным продуктом метаболизма алкоголя и обладает токсическими свойствами. Поэтому после 3 и более дней приема тетурама в случае употребления алкоголя уровень ацетальдегида в крови в течение 10-20 минут возрастает в 5-10 раз, и возникает тягостная тетурам-алкогольная реакция (она впервые была случайно описана в 1937 году, а для лечения алкоголизма стала использоваться с 1948 года), которая свидетельствует о непереносимости алкоголя.

В отдельных случаях, для демонстрации больному вызванной у него приемом тетурама непереносимости алкоголя, проводятся тетурам-алкогольные пробы. Их проводят на 7-10-й день приема тетурама, предварительно однократно назначив повышенную дозу препарата (0,75-1,0) и приготовив средства ургентной терапии. При этом необходим особо тщательный учет противопоказаний. Проба состоит в приеме 30-50 мл 40% раствора этилового спирта (водки), после чего спустя 5-10 минут развивается тетурам-алкогольная реакция: тахикардия; ощущения затруднения дыхания, пульсации и напряжения в голове, тяжести в области сердца; гиперемия с цианотичным оттенком и одутловатость лица; повышение, а затем падение артериального давления, нередко с возникновением коллаптоидного состояния, иногда с рвотой.

Длительность тетурам-алкогольной реакции - от 1 до 2 часов. При ее продолжении за пределы этого срока, а также при тяжелом течении (затруднение дыхания, систолическое АД ниже 50 мм рт. ст., сильная головная боль) необходимо купировать реакцию введением тиосульфата натрия (30% - 20,0 внутривенно), метиленовой сини (1% - 20,0), сердечно-сосудистых средств, вдыханием кислорода.

С целью свести к минимуму токсические эффекты препарата назначаются одновременно с ним повышенные дозы витаминов С, В1, В6, В12, В15, а также АТФ (фосфабион), препараты железа, пантоксин и другие тонизирующие и стимулирующие средства.

При всех предосторожностях, тетурам-алкогольная реакция представляет собой состояние интоксикации, небезразличное для организма больного и чреватое осложнениями (астения, снижение половой потенции, полиневропатии, гепатиты, психозы). Поэтому едва ли целесообразно следовать традициям прошлых лет и проводить эти реакции несколько (до 10) раз. Их надо проводить выборочно и однократно, приглашая в психотерапевтических целях других больных, принимающих тетурам, присутствовать на лечебном сеансе.

Предлагаются и другие, более сложные, варианты проведения тетурам-алкогольных реакций (Г.М.Энтин, 1990), направленные на усиление аверсионного эффекта (например, сочетание приема алкоголя с инъекцией апоморфина, которая вызывает тошноту и рвоту).

Существенно более безопасным является комбинированный препарат **лидевин**, содержащий дисульфирам (0,05), а также витамины группы В - никотинамид (0,0003) и аденин (0,0005). Этот препарат, обеспечивая клинически выраженную негативную психофизиологическую реакцию на прием даже небольших доз алкоголя, обладает минимальными побочными эффектами.

В настоящее время достаточно широко применяется лечение алкоголизма путем имплантации под кожу депо-препарата дисульфирама - "эсперала". Этот прием позволяет преодолеть непостоянство установок больного на трезвость и предупредить нарушения режима регулярного приема дисульфирама внутрь. В результате постепенного рассасывания этого депо создается относительно постоянная концентрация дисульфирама в крови - таков механизм лечебного ("сенситизирующего") эффекта препарата. Однако механизм этот остался в значительной мере гипотетическим, поскольку реальное фармакологическое действие препарата проявляется лишь в некоторых случаях, когда даже спустя длительное время возникают подлинные тетурам-алкогольные реакции; но в большинстве случаев это действие обнаружить не удается. Так, имплантация эсперала оказалась не более эффективной, чем имплантация плацебо, когда результаты тщательно оценивались с помощью двойного слепого контроля (J.Johnsenetal., 1987). Отсюда следует, что лечебный эффект имплантации эсперала чаще всего является, в основном, психотерапевтическим, что необходимо использовать в полной мере в целях его усиления.

Аналогично дисульфираму действует на метаболизм алкоголя **цитрат-карбамид кальция** (ЦКК). Прием алкоголя на фоне лечения этим препаратом вызывает даже более тяжелую и быструю реакцию, чем при лечении дисульфирамом. Но главное преимущество ЦКК перед дисульфирамом заключается в его более низкой собственной токсичности и в большей специфичности действия: в отличие от дисульфирама, он тор-

мозит только альдегиддегидрогеназу и не влияет на другие энзимы, в частности, надофамин-бета-гидроксилазу. Кроме того, если дисульфидрам достигает пика своей концентрации в крови через 12 часов после приема и сохраняется там в течение нескольких дней, то ЦКК дает пик концентрации уже через 1 час и остается в крови 1 сутки. Все это делает его более предпочтительным для срочной профилактики "срывов" в рискованных ситуациях - в качестве средства "скорой помощи". Побочным эффектом ЦКК является подавление функции щитовидной железы, что необходимо учитывать при определении противопоказаний к назначению.

Метронидазол, также используемый в качестве средства "сенситизации" к алкоголю, менее токсичен, чем тетраам, и потому не требует особых предосторожностей. Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2-3 недель. При этом в ряде случаев возникает отвращение к алкоголю либо только подавляется влечение к нему. Рекомендуется специально вызывать у больного рвотные реакции на алкоголь путем повторного полоскания водкой полости рта в ходе нескольких сеансов, начиная с 10-го дня постоянного приема метронидазола.

Наконец, в качестве средства аверсионной терапии путем "сенситизации" к алкоголю применяется фуразолидон. Назначаемый в суточной дозе 0,6-0,8 г (в 3 приема), этот препарат через 7-10 дней у больных вызывает непереносимость спиртного: при приеме 40-30 мл водки возникают гиперемия лица и шеи, сердцебиение, одышка, головная боль и другие расстройства, характерные для тетраам-алкогольных реакций; больные обнаруживают, что вкус спиртного становится отвратительным. Для поддерживающего лечения фуразолидон назначают в меньших дозах - 0,5 г в сутки.

Помимо адекватного применения названных выше средств, на данном этапе приобретает большое значение предупреждение или сглаживание спонтанных обострений патологического влечения к алкоголю. Когда они возникают с определенной периодичностью и эти периоды повторяются не реже одного раза в 2-3 месяца, показано назначение солей лития (оксидбутират, карбонат) в сочетании с финлепсином (тегрелол) по 0,2-0,4 в сутки. Дозировка лития устанавливается с учетом его концентрации в крови (не ниже 0,6 ммоль/л и не выше 1,2 ммоль/л), которую следует определять сначала еженедельно, затем - 1 раз в месяц.

При более редких и нерегулярных обострениях патологического влечения к алкоголю полезно научить лиц из ближайшего окружения больного диагностике продромальных признаков обострения (ухудшение сна, снижение настроения и активности, раздражительность, утомляемость, исчезновение обычных интересов и др.). После купирования этих признаков надо решить вопрос о возобновлении или об усилении аверсионной терапии - наряду с дополнительной психотерапией.

#### **Качество ремиссии, срыв ремиссии, рецидив заболевания - их значение для терапии**

Отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю при успешном функционировании больного во всех сферах жизнедеятель-

ности (соматическая, психическая, социальная) означает ремиссию высокого качества и требует от врача лишь поощрительного и неназойливого внимания.

Соблюдение больным режима полной трезвости, т.е. абсолютного воздержания от приема спиртного, при наличии признаков частичного обострения патологического влечения к алкоголю ("зыбление" симптоматики) означает более низкое качество ремиссии.

Отдельные нарушения режима трезвости - употребление спиртного без потери контроля, в умеренной дозе, без предшествующих признаков обострения патологического влечения к алкоголю и без последующих абстинентных расстройств - означают сохранение ремиссии, но сигнализируют о близящемся рецидиве заболевания.

Отдельные грубые нарушения режима трезвости (употребление спиртного в опьяняющих дозах) без последующих абстинентных расстройств и при сохранении работоспособности следует отнести к "срывам" ремиссии. Все это требует усиления противорецидивной терапии (психотропные и растительные препараты, аверсионные средства).

Рецидивом заболевания является возобновление его основной симптоматики (утрата контроля, ААС, функциональная несостоятельность). В таких случаях необходимо лечение по полной программе, но с учетом прошлого отрицательного опыта.

### Глава 3. Фармакотерапия наркоманий

*М.Л.Рахлин*

Повышение эффективности лечения наркоманий относится к основным проблемам современной психиатрии и наркологии. Различным аспектам этой проблемы посвящены многочисленные исследования как отечественных, так и зарубежных авторов. Известно, что становление и формирование наркоманий характеризуется развитием трех основных синдромов: психической зависимости, физической зависимости и изменений толерантности. Основной задачей терапии является купирование этих проявлений болезни.

Процесс терапии больных наркоманиями на начальном этапе включает в себя проведение дезинтоксикационных мероприятий и купирование абстинентного синдрома с нормализацией сомато-неврологических нарушений и коррекцией психопатоподобных расстройств. Затем необходимо по возможности полное купирование нарушений метаболизма, поведенческих расстройств и нормализация психического состояния (включая сон). Далее выявляется основной синдромокомплекс психической зависимости, а именно его психопатологическое оформление и особенности динамики влечения к наркотикам (периодическое или постоянное), и назначается целенаправленная терапия. Необходимо выявить условия развития предшествующих рецидивов заболевания и психопатологические проявления обострения влечения к наркотикам в период ремиссии с целью назначения противорецидивного лечения. Затем проводится противорецидивная (поддерживающая) терапия. Первые два этапа наиболее целесообразно проводить в условиях стационара, третий и четвертый - амбулаторно.

#### **Купирование абстинентного синдрома**

Методы дезинтоксикации и купирования проявлений абстинентного синдрома являются важной частью противонаркотических лечебных программ.

Абстинентный синдром - одно из наиболее тягостных для больных проявлений заболевания. Угроза развития абстиненции часто является причиной продолжения наркотизации. Наиболее быстро формируется и тяжело протекает абстиненция при героиновой наркомании и при опиной наркомании, осложненной приемом различных седативно-гипнотических средств и суррогатов. В этих случаях длительность острых проявлений абстиненции при прекращении употребления наркотиков составляет 10-14 дней и более. Исходя из этого, проблема терапии данного симптомокомплекса является одной из важнейших.

Доказано, что хроническая интоксикация наркотическими препаратами вызывает дисбаланс в определенных системах нейромедиации. Терапия, направленная на преодоление этого дисбаланса, способствует купированию основных клинических синдромов наркоманий. Поэтому при выборе терапевтических мероприятий целесообразно исполь-

зовать патогенетически обоснованные лечебные средства в сочетании с традиционными методами дезинтоксикации, а также психотропными препаратами, применяемыми с целью купирования психопатологических расстройств, наблюдающихся в клинике наркоманий на разных этапах заболевания.

Рассматривая конкретные методы терапии физической зависимости, следует учитывать, что во многих случаях лечение этого симптомокомплекса определяет эффективность всех дальнейших терапевтических мероприятий. Терапия абстинентного синдрома должна быть по возможности дифференцированной в зависимости от длительности заболевания, величины дозирования наркотиков, психопатологической картины болезни и т.д.

Применение современных средств и методов купирования абстинентного синдрома предусматривает полное и немедленное лишение наркотиков, за исключением тех случаев, когда их употребление сочетается с приемом средств барбитурового ряда и при собственно барбитуровой наркомании.

Наиболее эффективными патогенетическими средствами купирования опийного (героинового) абстинентного синдрома являются клонидин (клофелин) - агонист альфа-2-адренорецепторов ЦНС, тиапридал (тиаприд) - атипичный нейролептик из группы замещенных бензаминов - и трамал (трамадола гидрохлорид) - обезболивающее средство центрального действия. Комплексное применение данных препаратов позволяет наиболее оптимально купировать основные проявления опийного абстинентного синдрома.

#### **КЛОНИДИН (КЛОФЕЛИН)**

Среди средств патогенетической терапии, нормализующих дисбаланс в системах катехоламиновой нейромедиации (при опийной наркомании), особое место занимает клонидин (клофелин) - агонист альфа-2-адренорецепторов ЦНС, активирующий их постсинаптические образования и подавляющий норадренергическую активность в области «голубоватого пятна». Терапию данным препаратом начинают с 1-го дня развития абстиненции и продолжают в течение 5-7 дней, постепенно уменьшая дозу. Начальные суточные дозировки препарата не должны превышать 0,6 - 0,9 мг per os на 3-4 приема. У больных опийной наркоманией в период абстиненции клофелин в первую очередь обладает выраженной эффективностью в отношении сомато-вегетативных расстройств. Отмечено, что влияние клофелина на психопатологические и алгические расстройства менее выражено. На неврологическую симптоматику данный препарат влияния не оказывает. Следует также отметить, что клофелин не оказывает достоверного положительного действия на патологическое влечение к наркотику (К.Э.Воронин, 1993). Среди побочных эффектов препарата могут быть сухость во рту, выраженная седация. В случае снижения артериального давления ниже 90/60 мм рт. ст. дозу клофелина уменьшают и назначают кардиотонические средства (кордиамин, кофеин и т.п.).



**ТИАПРИДАЛ (ТИАПРИД)**

Высокой эффективностью в купировании опийного (героинового) абстинентного синдрома обладает тиапридал, который относится к атипичным нейролептикам из группы замещенных бензаминов, избирательно блокирующих дофаминовые D-2-рецепторы. Тиапридал обладает седативным, противосудорожным, антипсихотическим и, что особенно важно, антиалгическим эффектами. Лечение проводится последующей схеме: тиапридал назначают на 1-2 день развития опийного (героинового) абстинентного синдрома, когда у больных уже выражены его основные проявления, в том числе боли в мышцах, суставах, голове. Первые 1-2 дня препарат целесообразно назначать парентерально (внутримышечно) в дозе 200 мг 3-4 раза (в отдельных случаях 5 раз) в сутки. Эффект препарата появляется через 10-15 минут после инъекции и длится до 4 часов. Затем переходят на пероральный прием в той же дозе. Через 1-2 дня доза снижается до 100 мг 3 раза в день *per os* еще на 1-2 дня. Длительность терапии тиапридалом - 6-8 дней. Редукция болевой симптоматики наблюдается уже в первые дни терапии. Благодаря своему противотревожному и седативному действию тиапридал также снижает выраженность патологического влечения к наркотикам, способствует уменьшению, а часто и купированию раздражительности, вспыльчивости, пониженного настроения, тревоги, улучшает сон. В отдельных случаях препарат вызывает развитие невыраженного нейролептического синдрома, который купируется либо незначительным снижением дозы тиапридала, либо добавлением в терапевтические схемы корректоров. Таким образом, тиапридал является высокоэффективным средством купирования алгического синдрома, психопатоподобных и аффективных нарушений, наблюдающихся в структуре опийного (героинового) абстинентного синдрома.

**ТРАМАЛ**

Трамал (трамадола гидрохлорид) - обезболивающее средство центрального действия, воздействует на специфические опиоидные рецепторы в центральной нервной системе и уменьшает болевую чувствительность. Используется для купирования болевых ощущений, которые развиваются в структуре абстинентного синдрома у больных опийной (героиновой) наркоманией. Выпускается в ампулах для внутримышечных инъекций (1 мл раствора содержит 50 мг трамадола гидрохлорида) и в капсулах для приема *per os* (1 капсула - 50 мг трамадола гидрохлорида). Кроме того, выпускаются таблетки трамала-ретард: 1 таблетка содержит 100, 150 или 200 мг. В первые дни лишения при резко выраженном болевом синдроме назначают 2-4 мл раствора трамала внутримышечно 3-4 раза в день; затем переходят на пероральный прием 50-100 мг в день, постепенно снижая дозу по мере уменьшения интенсивности болевого синдрома.

Кроме указанных трех препаратов, весьма эффективными для купирования опийного (героинового) абстинентного синдрома являются следующие средства:

**КЛОМЕТИАЗОЛ (ГЕМИНЕВРИН)**

Известно, что геминеврин действует опосредованно через ГАМК-эргическую систему на дофаминовую передачу, нормализуя баланс в катехоламинаковой системе, нарушающийся при хроническом алкоголизме и наркоманиях.

Данный препарат обладает кардиоваскулярным, седативным, гипотоническим и противосудорожным эффектами. Он оказывает быстрый седативный эффект без гиперактивной фазы, что, предположительно, объясняется его воздействием на глициновые рецепторы.

По данным ряда авторов, использовавших геминеврин для купирования абстинентного синдрома, препарат оказывал выраженное успокаивающее действие, обладал значительным анксиолитическим эффектом и очень мало или совсем не влиял на физические проявления абстиненции (болевой синдром, вегетативные проявления и т.д.).

Лечение геминеврином начинают с момента развития абстинентного синдрома, когда больные уже отмечают слабость, разбитость, отсутствие аппетита, потливость, нарушения сна, раздражительность, боли в голове и суставах, снижение настроения, тревогу, озноб и т.д.; когда имеются выраженные неврологические нарушения: изменения сухожильных рефлексов, нистагм, атаксия и др.

Геминеврин назначается в капсулах по 300 мг внутрь. В среднем разовая доза составляет 600-900 мг, суточная варьирует от 1800 до 3900 мг и в большинстве случаев составляет 2700 мг. Как правило, препарат назначается в четыре приема в сутки на протяжении 3-6 дней.

После однократного приема геминеврина через 20-30 минут больные отмечают сонливость, уменьшение тревоги, раздражительности, разбитости и чувства тяжести в голове. Через час после приема препарата отмечается незначительное уменьшение тошноты, потливости, чувства дискомфорта в эпигастральной области и наступает кратковременный сон. Однако через 3-4 часа все вышеописанные симптомы абстиненции возникают вновь и достигают прежней остроты через 4-6 часов от начала приема геминеврина. Исходя из этого, препарат дается 4 раза в сутки.

Из побочных эффектов следует отметить редко возникающее чувство разбитости, слабости. Данная симптоматика может быть купирована снижением дозы препарата.

Таким образом, геминеврин сокращает длительность абстиненции и снижает выраженность ее признаков. Наиболее целесообразно его применение у больных наркоманиями, сочетающих прием опиатов с препаратами седативно-гипнотического действия (особенно с барбитуратами). Геминеврин показан больным наркоманиями, так как у них в клинической картине абстинентного синдрома, как правило, имеют место стойкие и трудно купируемые расстройства сна. Кроме того, он эффективен при наличии тревоги, страха, внутреннего дискомфорта, а также в случаях, когда в структуре данного синдрома можно ожидать судорожных компонентов или развития делириозных состояний. Однако следу-

етучесть, что при длительном применении геминеверина может формироваться зависимость.

Т.Н.Дудко, В.А.Пузиенко с соавт. (2001) предлагают для купирования болевого синдрома при опиной (героиновой) абстиненции использовать **кеторол** (кеторолактриметамин), являющийся производным пирроло-пиррола-а-замещенной арилуксусной(пирилизин-карбоксилловой) кислоты и относящийся к ненаркотическим нестероидным противовоспалительным препаратам (производится фирмой Dr. Reddy's laboratories LTD - Индия). Назначается внутрь или внутримышечно. Более эффективным является внутримышечный способ введения в дозах 30 мг (1 мл). При слабых или умеренных болях достаточным является пероральный прием 1-2 таблеток (в 1 таблетке 10 мг).

Достаточно выраженное обезболивающее действие при опином (героиновом) абстинентном синдроме оказывал **ксефокам** (лорноксикам), также относящийся к группе нестероидных противовоспалительных препаратов (Н.Н.Иванец, М.А.Винникова, 2001). Механизм его действия основан на подавлении выработки медиаторов боли и воспаления (ингибирование циклооксигеназ 1 и 2) и активации физиологических путей снятия боли. Центральный механизм действия препарата связан с активацией системы опиоидных нейропептидов - динорфина и бета-эндорфина. Авторы рекомендуют назначать его в суточной дозе 16 мг, в более тяжелых случаях - до 24 мг (в 1 таблетке - 4 или 8 мг, в 1 ампуле - 2 мл или 8 мг). В первые 4-5 дней препарат целесообразно назначать в инъекциях (по 2 мл 2-3 раза в сутки); в дальнейшем, при сохранении болевой симптоматики - внутрь (по 1 таблетке 2 раза в сутки) вплоть до полного купирования боли. Длительность лечения ксефокамом - 5-7 дней.

#### НЕЙРОПЕПТИДЫ

Одним из наиболее перспективных направлений в лечении наркоманий считается применение таких средств, как нейропептиды (К.Э.Воронин, 1993). Данные вещества нормализуют патологический дисбаланс катехоламиновой нейромедиации, возникающий при хронической интоксикации наркотиками и другими веществами, вызывающими зависимость.

**Холецистокинин (панкреозимин)** является одним из классических нейропептидов, применяемых для купирования наркотического абстинентного синдрома. По данным, полученным в эксперименте, холецистокинин (панкреозимин) нормализует нейрохимические процессы в мозге, свойственные абстинентному синдрому (И.П. Анохина). По своему фармакологическому действию холецистокинин регулирует некоторые моторные и секреторные функции желудочно-кишечного тракта. Для купирования абстинентного синдрома используется парентеральный (внутривенный) медленный путь введения; количество препарата рассчитывается на килограмм веса пациента. Перед введением содержимое одного флакона растворяют в 15-20 мл хлорида натрия. Как правило, терапию холецистокинином начинают при наличии начальных про-

явлений абстинентного синдрома, когда больные уже отмечают тяжесть в голове, слабость, вялость, разбитость, отсутствие аппетита, диарею, потливость, нарушения сна, раздражительность, снижение настроения, озноб и другие специфические признаки абстинентного синдрома.

Через 15-20 минут после введения препарата большинство больных отмечает выраженное улучшение состояния: исчезает чувство общего дискомфорта, разбитости, тяжести в голове. Эффект от однократного введения препарата длится, как правило, от 5 до 10 часов. Обычно в сутки требуются 2-3 инъекции холецистокинина.

Длительность лечения составляет в среднем 4 дня (от 2 до 6 дней). Как правило, основные проявления опийного абстинентного синдрома (озноб, боли в суставах, потливость и т.д.) проходят к концу 2-го дня лечения. Однако еще в течение 1 дня могут оставаться астенические нарушения (слабость, вялость, разбитость, повышенная утомляемость и т.д.) и неврологические расстройства, которые купируются введением холецистокинина к 4-5 дню лечения.

Среди побочных эффектов следует отметить возникающие в редких случаях тошноту, рвоту, потливость, головокружение, чувство жара, спазмы в желудке, развивающиеся во время введения. Однако у большинства больных эти явления возникают при первых инъекциях холецистокинина и их можно избежать, увеличивая длительность введения или уменьшая концентрацию препарата во вводимом растворе. Следует отметить, что хотя эти явления субъективно неприятны больным, они хорошо переносятся ими. Осложнений (тяжелых соматических расстройств, коллаптоидных состояний и т.д.) при введении холецистокинина не наблюдается.

Близким к холецистокинину по своему фармакологическому действию является **такус (церулетид)** - декапептид, выделенный из кожи австралийской амфибии и в последующем синтезированный.

Для купирования абстинентного синдрома используется парентеральный (внутривенный) медленный путь введения препарата, его количество рассчитывается на килограмм веса пациента. Используется ампулированная лекарственная форма (в 1 мл - 5 мкг), дозы в среднем составляют: разовая - 3,5-4,0 мкг, суточная - 9,0-10,5 мкг.

Как правило, терапию такусом начинают на 1-2 день развития опийного абстинентного синдрома, когда больные уже отмечают специфические признаки абстиненции.

Через 15-20 минут после введения такуса большинство больных отмечают выраженное улучшение состояния: у них уменьшаются боли, исчезает чувство общего дискомфорта, разбитости. Эффект от однократного введения препарата длится, как правило, от 4 до 5 часов. Обычно в сутки требуются 3-4 инъекции такуса.

Длительность лечения составляет в среднем 3 дня (от 1 до 6 дней). Как правило, основные проявления опийного абстинентного синдрома (генерализованный болевой синдром, слезотечение, потливость, озноб и др.; проходят ко 2-му дню лечения. Однако еще в течение 2-3 дней

могут оставаться астенические расстройства (слабость, вялость, разбитость, повышенная утомляемость и т.д.) и неврологические нарушения, которые купируются введением такуса к 4-5 дню лечения.

Среди побочных эффектов следует отметить возникающие в редких случаях тошноту, рвоту, потливость, головокружения, чувство жара, спазмы в желудке, развивающиеся во время введения. Однако обычно эти явления возникают при первых инъекциях такуса и их можно избежать при увеличении длительности введения или при уменьшении концентрации такуса во вводимом растворе. Осложнений при введении такуса не зарегистрировано.

Таким образом, и холецистокинин, и такус значительно снижают выраженность абстинентных проявлений. Наиболее быстро и эффективно купируются вегетативные нарушения и соматические расстройства, несколько позже - астенические и неврологические нарушения. Применение холецистокинина и такуса целесообразно в комплексе с корректорами поведения и гипнотическими средствами.

Среди других нейропептидов, используемых для лечения опийной (героиновой) наркомании, можно указать на дельторан-пептид, вызывающий дельта-сон (ПДВС), динорфин, даларгин. Для их использования необходимы дальнейшие исследования.

#### **НАЛОКСОН в комбинации с КЛОФЕЛИНОМ**

В качестве метода лечения опийного абстинентного синдрома (ОАС) разработана схема комбинированного применения антагонистов опиатов (наллоксона гидрохлорида) со средствами, купирующими проявления абстиненции, вызванной введением налоксона, а именно с альфа-2-адреноблокатором клофелином. Налоксон ускоряет высвобождение метаболитов опиата из рецепторов, что сокращает сроки купирования ОАС до 5-6 дней. Целесообразно в первые дни терапии назначать максимальные дозировки клофелина (0,9-1,2 мг) и минимальные - налоксона (0,2 мг), затем постепенно снижать дозы первого и увеличивать дозы второго препарата (до 1,8 мг в сутки) с тем, чтобы к концу курса лечения больной получал только налоксон гидрохлорид.

#### **НАЛОКСОН и УБОД**

Способы быстрой или сверхбыстрой детоксикации были впервые предложены R.B.Resniketal. (1977), затем N.Loimeretal. (1988) и более подробно разработаны P.G.O'Connor, T.R.Kosten (1998) и N.Scherbaum et al. (1998). В последние годы эти методы применяются и в нашей стране. Быстрое купирование опийной абстиненции за 4-8 часов, или метод ультрабыстрой (рапидной) опийной детоксикации (**УБОД**), особенно показан больным, страдающим опийной наркоманией с трудно поддающимися традиционной терапии формами абстинентного синдрома. Проводится в условиях отделения интенсивной терапии (реанимации) под общим наркозом. На фоне внутривенного или комбинированного наркоза с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких больному внутривенно вводится налоксон каждые полчаса в дозе 0,8 мг. Одновременно проводится инфузионная терапия растворами

электролитов и **Сахаров**, симптоматическая терапия (диуретики, кардиотропные, антигипертензивные, вегетостабилизирующие, спазмолитики и др. препараты). В общей сложности внутривенно вводится до 6 мг налоксона. После окончания УБОД больному назначается терапия, направленная на купирование постабстинентных расстройств, или больные переводятся на противорецидивную налтрексоновую программу.

**Налоксон** также используется при отравлениях опийными препаратами (в случае передозировки) и для диагностики опийной зависимости. При передозировках налоксон вводится внутривенно (всегда в небольших дозах) в зависимости от состояния больного, применяемой дозы наркотиков, видов опиоидов и опыта врача. Первоначально обычно вводится 0,4 мг (1 амп.); в случае необходимости дозу можно повторять (до 10-ти раз) через каждые 2-3 минуты или увеличить до 1,2 мг, снижая кратность введения до снятия агонистических признаков.

Для диагностики опиоидной зависимости (налксоновая проба), т.е. для полного или частичного обратного развития состояния, вызванного приемом наркотических средств, внутримышечно вводится до 0,4-1,2 мг налоксона до выявления признаков абстиненции.

#### **ПИРРОКСАН**

До появления в терапевтическом арсенале наркологов клофелина для купирования опийной абстиненции широко использовался пирроксан, обладающий альфа-адреноблокирующим действием (И.Н.Пятницкая, Н.К.Боровкова, Н.Г.Найденова, 1974).

Для снятия острых явлений абстиненции и подавления патологического влечения к наркотикам назначаются таблетированные формы пирроксана в больших дозировках: 0,03 (2 таблетки) 4-5 раз в день или 0,045 (3 таблетки) 3 раза в день. Однако при назначении этого препарата следует учесть, что он обладает способностью снижать артериальное давление. Противопоказаниями к его применению являются: выраженный атеросклероз, коронарная недостаточность, хронический кардио-пульмональный синдром, нарушения мозгового кровообращения, болезни крови, беременность.

#### **АТРОПИН**

Для купирования острого опийного абстинентного синдрома разработан метод использования повышенных доз **атропина**. Он подробно описан в методических рекомендациях, составленных А.Г.Гофманом, М.Т.Кочмалой, А.С.Пинаевым и др. (1973, 1979). С этой целью вводят 2-3 мл 1% раствора сульфата атропина внутримышечно. Одновременно в конъюнктивальный мешок закладывают 0,25% эзериновую мазь, а слизистую оболочку рта смазывают вазелиновым маслом. Через 1,5-2,5 часа с момента введения атропина подкожно вводят 2 мл 0,1 % раствора физостигмина (эзерина). После развития атропинового делирия абстинентные расстройства, в первую очередь, вегетативные нарушения, быстро подвергаются обратному развитию и наступает сон. На следующий день больные жалуются на основном на общую физическую слабость и некоторое снижение аппетита.

В комплексное лечение острого опийного (героинового) абстинентного синдрома оказалось весьма эффективным включение **мексидола** - отечественного препарата, являющегося антиоксидантом - ингибитором свободнорадикальных процессов (Т.Н.Дудко, В.А.Пузиенко и др., 2000). Внутривенное струйное введение мексидола в дозе 0,2-0,3 г (4-6 мл), по данным авторов, оказывает выраженное транквилизирующее, седативное действие. В период абстиненции этот препарат уменьшает выраженность абстинентных расстройств, способствует более быстрому восстановлению сна и аппетита, а также смягчает экстрапирамидные расстройства при назначении нейролептиков.

Оптимальной схемой терапии синдрома отмены при наркоманиях, вызванных приемом психостимуляторов, является комбинация средств, влияющих на дофаминергические механизмы (бромокриптин), купирующих в первую очередь астенический симптомокомплекс и отчасти - неврологические расстройства, и средств, влияющих на серотонинергические системы, оказывающих воздействие на выраженный аффективный компонент данного синдрома.

#### **БРОМОКРИПТИН (ПАРЛОДЕП)**

Бромокриптин активно влияет на кругооборот дофамина и норадреналина в ЦНС, является специфическим агонистом дофаминовых рецепторов и обладает стимулирующим действием на дофаминовые рецепторы гипоталамуса. Препарат используется для купирования признаков синдрома отмены у данных контингентов больных в первые дни развития абстиненции в суточной дозе 1,25-2,5 мг.

#### **СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКИЕАНТИДЕПРЕССАНТЫ**

Для купирования патологической симптоматики, свойственной синдрому отмены при злоупотреблении психостимуляторами, развивающейся в результате возникновения расстройств в серотонинергической системе, используются антидепрессанты с преимущественно серотонинергическим компонентом действия - **прозак (флуоксетин), паксил (пароксетин), флувоксамин (флоксифал), золофт (сертралин), ципрамил (циталопрам)**. По сравнению с парлоделом эти препараты наиболее быстро и качественно купируют аффективную симптоматику, однако менее эффективны при воздействии на расстройства астенического круга и неврологические нарушения, что подтверждает теорию задействованности в патогенезе данного вида наркоманий серотонинергических структур. Используется пероральный путь введения препаратов. Назначаются они с момента поступления больного в стационар, когда отмечаются основные проявления синдрома отмены (снижение настроения, апатия, слабость, вялость, раздражительность). Средняя суточная доза флувоксамина составляет 150-200 мг. Длительность терапии - от одной недели до двух месяцев. Прозак назначается в дозах 20 мг (одна таблетка) один раз в день, паксил - в дозах 20-30 мг один раз в день, золофт - 50 мг один раз в день, ципрамил (циталопрам) - 20-40 мг один раз в сутки.

При развитии абстинентного синдрома у больных, злоупотребляющих препаратами седативно-снотворной группы (главным образом, барбитуратами), необходимо снижать дозировки наркотиков постепенно, чтобы исключить возможность появления судорожных припадков и психозов в структуре абстиненции. Может назначаться заместительная терапия, чаще всего с помощью фенобарбитала. Доза фенобарбитала, которая нужна для замещения, зависит от дозы барбитуратов, которую употребляет пациент. Соотношение приблизительно следующее: на каждые 100 мг этаминала натрия (пентобарбитал-натрия, нембутала) (таблетированная форма - в 1 таблетке 100 мг) или барбамила (амитал-натрия) (в 1 таблетке - 100 или 200 мг) - 30 мг фенобарбитала, т.е. около 1/3 дозы. После двухдневной стабилизации состояния пациента на избранной дозе проводят постепенное снижение доз приблизительно на 10% ежедневно вплоть до полной отмены. Прием фенобарбитала разбивают обычно на 4 раза в сутки. Кроме фенобарбитала в качестве заместительной терапии можно использовать паглюферал № 1, 2, по 1 таблетке 2-3 раза в день в течение 4-5 дней, карбамазепин 200 мг по 2-3 раза в день, клоназепам - 1-2 мг в сутки.

Для купирования абстинентного синдрома у больных алкоголизмом и наркоманиями, вызванными злоупотреблением средств седативно-гипнотического действия (барбитураты, транквилизаторы и др.), можно использовать **милдронат** (Л.Б.Петракова, 1992; К.Э.Воронин, 1993).

Препарат является структурным аналогом гамма-бутиробетаина - предшественника карнитина; его максимальная концентрация в плазме крови достигается в течение 2-3 часов. Выпускается в капсулах по 0,25 г или ампулах по 5 мл 10% раствора. Милдронат обладает отрезвляющим, стимулирующим и невыраженным противосудорожным действием.

Парентеральное применение препарата с первых дней развития абстинентного синдрома (3-4 инъекции 5 мл 10% раствора в сутки) позволяет предотвратить формирование у больных астенического симптомокомплекса (слабости, вялости, разбитости), характерного для больных с этой формой зависимости в абстиненции, а также возможных судорожных компонентов. Длительность лечения в среднем составляет 5-7 дней. Побочных эффектов и осложнений при применении милдроната не наблюдается.

Параллельно с патогенетической терапией при всех формах наркоманий проводят **симптоматическое лечение**. Выбор препаратов и дозы зависят от состояния больного и степени выраженности того или иного синдрома. При необходимости проводят дезинтоксикационные мероприятия с использованием веществ, обычно применяемых с этой целью: комплекса различных витаминов, особенно группы В: В1 (тиамина бромид) 6% в/м 3-5 мл в сутки; 5% раствор витамина В6 (пиридоксина гидрохлорид) по 3-5 мл; 1% раствор витамина РР (никотиновая кислота) по 1-2 мл. Применяют также 25% раствор магнезии от 2 до 8 мл с 15-20 мл 40% раствора глюкозы. При наличии болевого синдрома помимо трамала, кетаролака используются ибупрофен (бруфен), диклофенак, пентальгин



(кратковременно), а также другие лечебные методы, купирующие болевую симптоматику (теплые ванны, массаж и пр.).

В структуре абстинентного синдрома в значительной степени представлены психопатологические расстройства, преимущественно в виде аффективной и психопатоподобной симптоматики. Для купирования этих расстройств рекомендуется использовать нейролептики и антидепрессанты. Дозы препаратов подбираются индивидуально.

Помимо лекарственных средств, для смягчения абстинентного синдрома используют **экстракорпоральные методы детоксикации**, в частности, плазмаферез. Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, Н.В.Стрелец(1997) рекомендуют применение двух методик плазмафереза: дискретную, когда плазмаферез проводят, начиная с момента появления первых признаков абстинентного синдрома, и в дальнейшем повторяют несколько раз, и одномоментную, когда процедуру плазмафереза проводят на конечных этапах развития острого абстинентного синдрома. Некоторые авторы рекомендуют проводить плазмаферез на 5-7-е сутки терапии (Г.М.Митрофанова, 1995).

#### **Терапия в постабстинентный период и период становления ремиссии**

После купирования острого абстинентного синдрома психопатологическая симптоматика, в первую очередь, депрессивные и поведенческие расстройства, выступает на первый план, нередко являясь проявлением компульсивного влечения к наркотикам. В этот период особое значение имеют применение и правильный выбор **антидепрессантов**, соответствующий клиническим проявлением депрессии.

Предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим, наряду с тимолептическим, седативным или сбалансированным действием. Рекомендуются следующие антидепрессанты: трициклические - амитриптилин (саротен) - средняя суточная доза 75-100 мг, саротен ретард - 150 мг (1 капсула в сутки), герфонал (тримипрамин) - 100-150 мг, анафранил (кломипрамин) - 75-100 мг; тетрациклические - мапротилин (людиомил) - 75-100 мг, леривон (миансерин) - 60-90 мг, пиразидол (пирлиндол) - 150-200 мг; трициклический антидепрессант сложной химической структуры тианептин (коаксил) - 37,5 мг; сложный бициклический антидепрессант тразодон (триттико) - 300-400 мг; серотонинергические антидепрессанты: флувоксамин (флорисифрал) - 150-200 мг, пароксетин (паксил) - 20-30 мг, золофт (сертралин) - 50 мг в сутки, ципрамил (циталопрам) - 20-40 мг/сутки.

Как уже указывалось, серотонинергические антидепрессанты используются для купирования абстинентного синдрома при злоупотреблении психостимуляторами в качестве патогенетической терапии, поскольку расстройства, возникающие при этой форме зависимости, в значительной степени обусловлены нарушениями в серотонинергической системе. Оказалось, что ряд серотонинергических антидепрессантов весьма эффективны и при купировании аффективных расстройств, возникающих при опийной (героиновой) наркомании - например, **паксил** (пара-

ксетина гидрохлорид), обладающий выраженным тимоаналептическим и анксиолитическим действием и не вызывающим миорелаксации. С помощью паксила удастся смягчить дисфорические расстройства. Весьма успешным является применение паксила при апатических состояниях, которые могут наблюдаться в период становления ремиссии.

Весьма перспективным при купировании аффективных расстройств в постабстинентный период оказался **ципрамил (циталопрам)** - наиболее селективный ингибитор обратного захвата серотонина, обладающий умеренными тимоаналептическими свойствами со стимулирующим компонентом и не вызывающий побочных холинолитических явлений (С.Н. Мосолов, 1995).

Другой популярный серотонинергический препарат - **прозак (флуоксетин)**, при опийной (героиновой) наркомании используется реже, так как обладает более отчетливым стимулирующим действием.

При выраженной депрессии антидепрессанты, в частности, **амитриптилин**, можно вначале вводить внутримышечно, затем переходить на пероральный приём.

Терапевтический эффект достигается также при капельном введении антидепрессантов: мелипрамина (150-200-300 мг в сутки), амитриптилина (75-100 мг в сутки), лудиомила (до 80-100 мг). Всю суточную дозу вводят один раз медленно, в течение 1,5-2 часов. Можно проводить от 1-2 до 7-10 таких процедур. Капельницы можно ставить и в дневное, и в вечернее время. Следует помнить, что все манипуляции, связанные с внутривенным введением препаратов, в том числе и капельным методом, могут обострять влечение к наркотикам. Поэтому назначать их следует только при наличии чётких показаний.

Хорошо зарекомендовал себя **гептрал** - гепатопротекторный препарат, обладающий также умеренным антидепрессивным действием. Назначают его внутримышечно 400 мг 2 раза в сутки, через 10-14 дней переходят на пероральный приём - 800-1200 в сутки в течение 2-3 недель.

Поскольку депрессивные расстройства при синдроме лишения чаще всего сопровождаются дисфорией, тревогой, двигательным беспокойством, антидепрессанты лучше всего комбинировать с мягкими **нейролептиками**. Весьма удачным является комбинация антидепрессантов с **сонапаксом** (тиоридазином). Этот препарат обладает избирательной антипсихотической активностью и адресуется в основном к состояниям тревоги, страха, выраженной напряженности. Психотропная активность сонапакса направлена не столько на тяжелые психотические состояния, сколько на разнообразные психопатологические проявления более легкого регистра. В клинике наркоманий он используется для снятия дисфорических расстройств и коррекции поведения больных. Суточная доза сонапакса обычно 75-100 мг. При нарастании дисфории дозы могут быть повышены до 125-150 и в редких случаях - даже до 200 мг.

В зависимости от выраженности у больных тревоги, возбуждения, ипохондрических расстройств, нарушений поведения, помимо сонапак-

са, можно назначать также: терален (алимемазин) - 15-20 мг в сутки на 3-4 приема; галоперидол - 4,5-9,0 мг перорально или 1-2 мл 0,5% раствора внутримышечно 1-2 раза в день; неулентил (перциазин) - 20-30 мг в сутки; эглонил (сульпирид) - 300-600 мг в сутки.

При выраженном астеническом симптомокомплексе, помимо других терапевтических средств, можно назначать мягкие стимуляторы и ноотропные препараты. Следует, однако, отметить, что в ряде случаев ноотропил способствует обострению патологического влечения к наркотику. Поэтому предпочтительно назначать фенибут 0,5 г (2 таб.) 2-3 раза в день, аминалон 0,5 г (2 таб.) 3 раза в день, пантогам 0,5 (2 таб.) 2-3 раза в день, пикамилон 0,02-0,15 г/сутки, церебролизин.

Для снятия вегетативных расстройств рекомендуется использовать грандаксин (тофизопам), обладающий вегетостабилизирующим действием (суточная доза - 150-200 мг).

С целью коррекции аффективной лабильности, дисфорических расстройств рекомендуется назначать соли лития (0,6-0,9 г в сутки), карбамазепин (тегретол, финлепсин) - 600 мг в сутки, эглонил (сульпирид) - 400-600 мг в сутки.

Для подавления патологического влечения к наркотикам, купирования дисфорических расстройств, коррекции поведения применяются нейрорептики пролонгированного и короткого действия.

Среди препаратов пролонгированного действия наиболее эффективными являются пипортил L-4 (пипотиазин пальмитат) - 25-50 мг 1 раз в 2-3 недели в/м; галоперидол-деканат (галдол-деканат) - 25-50 мг (0,5-1 мл) в/м 1 раз в 3-4 недели; модитен-депо (флуфеназин-деканат) - 25 мг (1 мл 2,5% раствора) 1 раз в 3-4 недели в/м; флюанксол-депо (флупентиксола-деканат) - 20-100 мг в/м 1 раз в 2-3 недели; клопиксол-депо (зуклопентиксола-деканат) - 200-500 мг в/м 1 раз в 2-4 недели.

Среди нейрорептиков короткого действия: галоперидол - 4,5-6,0 мг пер ос в сутки или 1-2 мл 0,5% раствора 2-3 раза в сутки; аминазин (хлорпромазин) - 75 мг в сутки пер ос или 1-4 мл 2,5% раствора в/м; тизерцин (левомепромазин) - 50-75 мг в сутки; стелазин (трифлуоперазин) - 15-20 мг в сутки; этаперазин (перфеназин) - 12-30 мг в сутки; risp-лент (рисперидон) - 4-6 мг в сутки; топрал (сультоприд) - 400-800 мг в сутки пер ос или в/м; флюанксол (флупентиксол) - от 3 до 80 мг в сутки; клопиксол (зуклопентиксол) - 20-40 мг в сутки.

Флюанксол (флупентиксол) - производное тioxсантена, назначается в малых дозах - до 3 мг/сутки, оказывает антидепрессивное или легкое анксиолитическое действие, в средних дозах - 4-40 мг/сутки - антипсихотическое и седативное действие, в высоких дозах - 40-80 мг в сутки - дает антипсихотический и выраженный анксиолитический эффект. Назначая флюанксол, следует учитывать эту его особенность. Выпускается он в таблетках и каплях для приема пер ос. Флюанксол с успехом применялся для купирования алкогольного абстинентного синдрома (Н.Н.Иванец, А.В.Надежд и н с соавт., 2000) и был весьма эффективным при включении его в терапевтические программы при наркоманиях.

Для коррекции поведения больных, купирования раздражительности, дисфории рекомендуются также неулептил (перициазин) - 30-40 мг в сутки, сонapakc (тиоридазин) - 100-125 мг; клопиксол (зуклопентиксол) - 20-40 мг в сутки; аминазин (хлорпромазин) - 50-75 мг в сутки. Эффективным является применение эглонила (сульпирида). Как известно, эглонил сочетает в себе свойства как нейролептических, так и тимоаналептических средств. Его нейролептический эффект объясняется тем, что он является селективным антагонистом дофаминовых рецепторов. Его называют «поливалентным препаратом», «тимонейролептиком», «нейролептиком с тимоаналептическими свойствами». Причем антипсихотическое действие эглонила, хотя и не является в значительной степени выраженным, но обладает широким спектром. Все эти свойства препарата можно использовать в практике лечения наркоманий. Считается, что у эглонила преобладает стимулирующий эффект, активирующее действие. Поэтому вначале его использовали преимущественно при апатических депрессиях, главным образом при эфедрон-первининовой абстиненции. В дальнейшем оказалось, что эглонил весьма эффективен и при опийных наркоманиях. Он оказывает как антидепрессивное действие, так и способствует купированию дисфорических расстройств в тех случаях, когда они не сопровождаются выраженным психомоторным возбуждением. Кроме того, эглонил в известной мере способствует подавлению патологического влечения к наркотикам. Суточные дозы эглонила - 400-600 мг (иногда 800 мг) при пероральном приеме и 2 мл 5% раствора 2-3 раза в день при парентеральном введении. Хотя считается, что препарат почти не вызывает нейролептических расстройств, в ряде случаев у больных опийной наркоманией может наблюдаться нейролептический синдром при назначении даже не очень высоких доз.

На патологическое влечение к наркотикам и на коррекцию поведения в постабстинентный период и на этапе становления ремиссии у данной группы больных эффективно влияет клопиксол (зуклопентиксол), причем в сравнительно небольших дозах - 20-40 мг/сутки. Побочные действия клопиксола менее выражены, чем у других нейролептических средств, применяемых в наркологии.

В комплексном лечении наркоманий очень важна адекватная терапия агриппнических расстройств, свойственных большинству больных наркоманиями, особенно на начальных этапах лечения. Здесь к терапии необходимо добавление транквилизаторов в вечернее время суток (феназепам, радедорм, реланиум, рогипнол, реладормдр.). Однако следует учесть, что у больных, имеющих зависимость от препаратов с седативным спектром действия (барбитураты, транквилизаторы, антигистаминные средства и т. д.), данные лекарственные вещества следует назначать с осторожностью из-за возможного развития состояния опьянения. Для этого контингента больных была разработана специальная схема лечения нарушений сна, где предпочтение отдается применению нейролептиков с выраженным гипнотическим эффектом - например,

такому препарату, как лепонекс (азалептин) в дозе 12,5-25 мг на ночь, "или галоперидолу 0,5% - 1 мл с тизерцином 2,5% - 1 мл внутримышечно, или сочетанию указанных нейролептиков с бензодиазепинами. Хорошо зарекомендовал себя труксал (хлорпротиксен) в дозе 50 мг на ночь.

В результате длительного употребления наркотических веществ у части больных формируется психоорганический синдром. Причем когнитивные расстройства имеют транзиторный характер, после прекращения употребления наркотиков их выраженность уменьшается, но полного восстановления не наблюдается. Кроме того, на разных этапах заболевания, у больных наблюдаются апатико-абулические и своеобразные астенические состояния. В связи с этим в терапевтическую программу целесообразно включать пептидэргический ноотропный лекарственный препарат **церебролизин** (М.Л.Рохлина, А.А.Козлов, 2001). Церебролизин повышает эффективность энергетического метаболизма мозга, снижает повреждающее нейротоксическое действие от наркотиков и предотвращает гибель нейронов. Применяется он парентерально, внутримышечно или внутривенно. Оптимальная доза - 5 - 10 мл в сутки. Продолжительность курса - 4 недели (5 инъекций в неделю). Наиболее эффективно применение церебролизина в период становления ремиссии, т.е. через 2 недели с момента начала купирования абстинентного синдрома. Это способствует улучшению концентрации внимания, у больных активизируются процессы умственной деятельности, формируются стойкие положительные эмоции.

Кроме медикаментозной терапии в период становления ремиссии можно использовать иглорефлексотерапию (ИРТ), нейроэлектростимуляцию, различные методы физиотерапии с учетом индивидуальных показаний и противопоказаний.

Большое место в лечении наркоманий занимает **психотерапия**. Первый осмотр и первая беседа с больным должны быть использованы как первый сеанс психотерапевтического воздействия. Последующие психотерапевтические беседы должны направляться на формирование положительных установок больного на полное воздержание от употребления наркотиков и других средств, вызывающих болезненное пристрастие, а также на систематическое прохождение больным курсов поддерживающего противорецидивного лечения во внебольничных условиях. Специальные виды психотерапии проводятся после купирования острых абстинентных явлений вплоть до момента выписки. Их цель - выработка установки на воздержание от наркотиков.

### ***Противорецидивная поддерживающая терапия***

При употреблении наркотиков опийной группы средством специфической патогенетической противорецидивной терапии является налтрексон гидрохлорид (налтрексон) - антагонист опийных рецепторов. **НАЛТРЕКСОНА ГИДРОХЛОРИД**

Фармакологический механизм действия налтрексона гидрохлорида заключается в полной блокаде опийных рецепторов, в результате чего опиаты, поступающие извне, не могут связываться с рецепторами и не

вызывают эффектов, свойственных опиойной интоксикации. Однако терапия налтрексоном возможна только после полного купирования абстинентного синдрома, так как в противном случае у больных могут появиться выраженные признаки синдрома отмены. После перорального приема налтрексон быстро и полностью абсорбируется, пик его нахождения в плазме крови наступает через 45 минут и длится до 4,5 часов. Препарат активен в течение суток с момента его приема. Необходимым условием лечения налтрексоном является то, что со времени последнего приема наркотиков опиойной группы должно пройти не менее 10 дней, то есть организм должен быть «свободным» от опиатов. Перед назначением налтрексона можно провести пробу с коротко действующим антагонистом опиатов - налоксоном, для полной уверенности в отсутствии в организме наркотиков. Оптимальная методика проведения подобной пробы следующая: налоксона гидрохлорид вводят в/м или подкожно в дозе 0,4-0,8 мг. Если через 10-15 минут после введения налоксона появляются рудиментарные признаки абстинентного синдрома: слабость, лабильность аффекта, повышение чувствительности к внешним раздражителям, гипергидроз, спазмы кишечника, зевота, невыраженное слезотечение, боли в суставах и мышцах, мидриаз, тремор и т.д. - назначают терапию, направленную на купирование этих расстройств. Затем инъекцию налоксона повторяют, и если она не вызывает ухудшения состояния, что свидетельствует о полном купировании абстинентного синдрома, больные переводятся на длительное лечение налтрексоном.

Недельная доза налтрексона должна составлять 350 мг. Поддерживающую терапию налтрексоном можно проводить по следующим схемам: 1 таблетка (50 мг) в сутки ежедневно; или первая неделя терапии - 1 таблетка (50 мг) в сутки, в дальнейшем - 2 раза в неделю по 2 таблетки (100 мг) один раз - 3 таблетки (150 мг).

Как правило, терапию налтрексоном начинают в стационаре после купирования абстинентного синдрома и редукции соматических и психических нарушений, примерно за 1 неделю до выписки. Это необходимо для того, чтобы выявить возможные побочные эффекты и при необходимости купировать их в условиях больницы.

Первая доза составляет 0,5 таблетки (25 мг в сутки). Если не отмечаются побочных эффектов, следующая суточная доза - 50 мг. Курс лечения налтрексоном составляет до 180 дней и более. Больные предупреждаются, что при приеме наркотиков опиойной группы на фоне действия налтрексона они не испытают их эйфорического действия, а при наращивании дозы наркотика с целью получить эйфорию может наступить передозировка.

В начале терапии могут отмечаться следующие побочные эффекты: покраснение кожи, озноб, слабость. Данные явления можно объяснить индивидуальной чувствительностью пациентов и недостаточно полно проведенной дезинтоксикацией. Обычно они исчезают при продолжении терапии. Следует отметить, что при передозировках спиртного на фоне терапии налтрексоном могут наблюдаться ортостатические коллапсы.

**1** Следует учесть, что у части больных на фоне лечения налтрексоном (могут наблюдаться различные психопатологические нарушения, характеризующие первичное патологическое влечение к наркотикам. Это требует добавления к терапии налтрексоном дополнительных психотропных средств: при появлении аффективных нарушений - антидепрессантов и солей лития; психопатоподобных - нейролептиков; астенических - ноотропов. После купирования данной симптоматики эти психотропные средства отменяются.

Таким образом, налтрексон может применяться для противорецидивного лечения больных опишной наркоманией в качестве блокатора опиных рецепторов. Побочные эффекты, выявляемые при применении налтрексона (озноб, слабость и т.д.), не являются препятствием для его широкого внедрения в клиническую практику.

#### **БРОМОКРИПТИН (ПАРЛОДЕЛ)**

Для больных, имеющих психическую и физическую зависимость от наркотиков, обладающих психостимулирующим эффектом (кокаин, амфетаминоподобные вещества, эфедрон, первитин и т.д.), также существуют средства специфической, патогенетически обоснованной противорецидивной терапии, направленной на купирование психической зависимости от наркотиков. Одним из таких средств является бромокриптин (парлодел) (К.Э.Воронин, 1993). Известно, что при одномоментной отмене наркотика отмечается появление таких симптомов, как анергия, депрессия, раздражительность, сонливость. После купирования абстинентных проявлений лечение бромокриптином продолжается в дозах 1,0-1,25 мг перорально в сутки в течение нескольких месяцев для профилактики возможной актуализации патологического влечения к наркотику.

Эффективность бромокриптина обусловлена восстановлением дофаминового истощения, являющегося биологическим базисом психической и физической зависимости. Патогенетически обоснованное длительное применение бромокриптина у больных наркоманией, вызванной приемом психостимуляторов, может считаться достаточно эффективным средством противорецидивной терапии.

#### **ДРУГИЕ ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА**

Кроме специфических лечебных программ, применяемых для терапии психической зависимости в процессе длительного противорецидивного лечения, широко используется весь спектр психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, соли лития и т.д.). При этом необходимо следовать основному принципу психофармакологии - выбор лекарственных средств зависит от клинико-психопатологической картины купируемого синдрома.

Так, если актуализация первичного патологического влечения к наркотикам характеризуется стойкой периодичностью с постепенным или внезапным появлением аффективных нарушений, средством выбора для терапии являются соли лития с добавлением при необходимости антидепрессантов. Используются лития карбонат по 0,6-0,9 г в сутки, лития

оксибутират - 1,0-1,5 г в сутки, микалит (микрокапсулированная соль карбоната лития) - 2-3 капсулы (0,8-1,2 г лития карбоната) в сутки, литонит - 300-400 мг. Курсы лечения этими дозами составляют от 3 до 12 месяцев и более, с перерывами от 2 недель до 1 месяца. У ряда больных терапия солями лития может сочетаться с приемом препаратов ноотропного ряда, главным образом, в тех случаях, когда преобладают астенические расстройства. Следует, однако, помнить, что в ряде случаев ноотропы, в частности, ноотропил, могут вызывать обострение влечения к наркотикам. В этих случаях необходима их отмена. Весьма успешным в период ремиссии может быть использование церебролизина по методике, описанной выше. Кроме того, как уже указывалось, в зависимости от наличия в структуре психической зависимости аффективных или психопатоподобных расстройств широко применяются антидепрессанты и нейролептики.

Если терапия мягкими нейролептиками в этот период оказывается малоэффективной, назначаются более сильные лекарственные средства, например, пипотиазина пальмитат (пипортил) или галоперидол. Предпочтительны невысокие дозы пролонгированных форм указанных препаратов. Например, терапию пролонгированной формой пипортила (пипортил L-4) начинают с внутримышечных инъекций 25 мг 1 раз в 2 недели, в дальнейшем, по необходимости, проводя коррекцию дозировок и ритма введения (в среднем 1 раз в 4 недели).

Если симптомокомплекс патологического влечения к психоактивным веществам представлен аффективной симптоматикой (сниженное настроение, тревога, беспокойство, тоска и т.д.), применяются различные группы антидепрессантов в зависимости от преобладающих аффективных нарушений. Применение антидепрессантов, особенно с преимущественным серотонинергическим компонентом действия, является не только симптоматическим, так как помимо купирования аффективных нарушений они нормализуют баланс нейротрансмиттерных систем у больных наркоманиями, что проявляется в купировании признаков патологического влечения к психоактивным веществам в ремиссии.

Очевидно, что в случае необходимости, при наличии в структуре психической зависимости от наркотиков таких симптомов, как тревога, страх, беспокойство, больным назначаются транквилизаторы бензодиазепинового ряда: лоразепам (ативан, мерлит), феназепам, диазепам (реланиум, седуксен), хлордiazепоксид (элениум), альпразолам (ксанакс) и др.

Кроме того, как показывают данные клинко-катамнестического наблюдения, в некоторых случаях острые «вспышки» актуализации патологического влечения к наркотикам в ремиссии могут быть расценены как рудименты пароксизмов судорожных состояний. Это обуславливает целесообразность применения для купирования признаков психической зависимости противосудорожных средств - таких, как карбамазепин (финлепсин, тегретол), дифенин, конвулекс и т.д.



## Глава 4. Неотложные состояния в наркологии

*Н.В.Стрелец*

Современное состояние проблемы неотложной наркологии включает в себя несколько актуальных аспектов. Во-первых, это тенденция к постоянному возрастанию удельного веса наркологических больных, нуждающихся в оказании интенсивной, а зачастую и реанимационной помощи. Во-вторых, это неуклонное расширение контингента такого рода больных - за счет как омоложения его, так и появления все новых и, как правило, более наркотенных и токсичных наркотиков и других психоактивных веществ (ПАВ), служащих объектом злоупотребления, вовлекающих в силу своей "новизны" и "модности" в наркотизацию лиц из кругов, традиционно считавшихся "благополучными". Наконец, в-третьих, это возросшая тяжесть критических состояний в наркологической клинике. Данному явлению можно дать несколько объяснений. Так, в последнее время вошли в обиход и получили широкое распространение наркотики, считавшиеся ранее чем-то экзотическим и встречавшиеся в нашей стране исключительно редко, - кокаин, разнообразные галлюциногены, фенилпропаноламин и другие ПАВ, обладающие свойством вызывать внезапно развивающиеся, бурно протекающие, а часто - необратимые патологические процессы, приводящие к крайне тяжелым последствиям и даже угрожающие жизни больного. Следует учитывать фактор употребления больными алкоголизмом некачественных и фальсифицированных спиртных напитков и их суррогатов, что приводит к патоморфозу основных клинических проявлений неотложных состояний психотического регистра, прежде всего, алкогольного делирия, в связи с чем в настоящее время крайне редко встречаются его abortивные и "классические" формы, а в практике отделений неотложной помощи часто наблюдаются самые тяжелые (мусситирующий делирий), осложненные и атипичные его варианты. Утяжеляет клиническую картину неотложных состояний и сопутствующая соматическая патология, такая, как, например, гепатиты, ВИЧ-инфекция и др., что, кроме всего прочего, ограничивает или даже делает невозможным проведение таким больным лечебных мероприятий в полном объеме. Все это, а также понимание сложности и многообразия патогенетических механизмов и наличия специфических особенностей клинической картины острых состояний у наркологических больных, необходимости выработки единых подходов к терапии данных состояний, привело к выделению неотложной наркологии в самостоятельный раздел медицинской науки и практики. Согласно приказу Минздрава России N 256 от 29.11.94 стали создаваться отделения неотложной наркологической помощи.

В последние годы достигнут существенный прогресс в разработке комплексных терапевтических программ, представляющих собой рациональное сочетание современной фармакотерапии и немедикаментозных методов, ускоряющих и повышающих качество и результативность

лечебного процесса. Наибольшее внимание в этой связи стали привлекать различные **эфферентные методы**.

Эфферентная терапия (от латинского «efferens» - очищение) известна очень давно; мало того, она была одним из немногих действительно эффективных и, что немаловажно, относительно безопасных методов лечения при различных острых состояниях. Эти методы существуют с давних времен - речь идет об использовании разнообразных мочегонных, рвотных, слабительных, желчегонных, потогонных средств. Довольно широко применялся и такой вид эфферентной терапии, как кровопускание, которое, помимо выведения избыточного объема циркулирующей крови (ОЦК), освобождало организм и от токсичных веществ. К кровопусканию прибегали и в наркологической практике еще в середине прошлого века для купирования опийной абстиненции.

Более безопасным методом эфферентной терапии является удаление не цельной крови, а ее жидкой части - плазмы, компоненты которой восстанавливаются в организме намного быстрее форменных элементов крови.

Современные эфферентные методы, такие, как гемо- и плазмасорбция, плазмаферез, диализ и ультрафильтрация, применяются в настоящее время очень широко, практически во всех областях медицины. Помимо этих, уже признанных методов, за последние годы появились несколько новых перспективных эфферентных техник, основанных не на прямом выведении токсических продуктов, а на стимуляции собственных защитных систем организма. К таким методам можно отнести внутривенное лазерное облучение крови (БЛОК), ультрафиолетовое облучение крови, методы окислительной детоксикации - малопоточная мембранная оксигенация и не прямое электрохимическое окисление крови.

Для нужд наркологии - с позиции наилучшего соотношения эффективности, безопасности и возможности для широкого применения - наиболее приемлемыми оказались различные виды плазмафереза и внутривенное лазерное облучение крови. Эти эфферентные методики в настоящее время широко используются в клинике, и их сочетание с медикаментозной терапией позволяет избежать многих осложнений, улучшить показатели микроциркуляции, иммунный и вегетативный статус, все виды обмена веществ, снизить дозы применяемых лекарственных препаратов. Однако до сих пор в наркологической практике эти методы применяются ограниченно, в частности, потому что лишь недавно разработаны патогенетически обоснованные показания к их применению, дифференцированные подходы к выбору оптимальной методики проведения того или иного метода, а также способы оптимального сочетания их с фармакотерапией.

По современным представлениям эффект применения плазмафереза заключается не только в непосредственном удалении части токсинов и иммунных комплексов, но и в общем неспецифическом стимулирующем действии на обмен веществ, прежде всего на метаболизм кислорода в тканях, что приводит к повышению чувствительности больного к

проводимой фармакотерапии, сокращению длительности и уменьшению тяжести острых состояний, снижению риска возникновения осложнений, существенному улучшению субъективного самочувствия больных и объективных клинических показателей. Кроме того, доказано, что плазмаферез оказывает выраженное иммунокорригирующее действие.

Низкоинтенсивное внутривенное лазерное облучение крови также обладает существенным общетонизирующим действием, нормализует функции нервной системы, улучшает мозговое кровообращение, способствует активации важнейших ферментов (каталазы, дегидрогеназы, АТФазы и др.), что приводит к усилению всех биоэнергетических, обменных, биосинтетических систем организма. Получены данные о стимуляции при помощи данного метода иммунной системы: усиление фагоцитоза, рост количества лимфоцитов, упорядочение антителообразования.

Необходимо подчеркнуть, что лазерная терапия более всего успешна при затяжном, хроническом характере заболевания, когда стандартные средства оказываются малоэффективными; ее применение ведет, как правило, к более благоприятному течению патологического процесса.

Определенный интерес представляет выявляемый у больных сдвиг вегетативного тонуса в сторону нормосимпатикотонии, что указывает на стимуляцию с помощью БЛОК неспецифической реактивности организма, мобилизацию его адаптационных резервов и энергетических ресурсов на преодоление болезненных явлений. В сочетании с клиническими данными это говорит об активирующем влиянии БЛОК на центральные регуляторные механизмы (в том числе лимбическую систему), хотя механизмы, реализующие подобные эффекты БЛОК, до настоящего времени остаются неизвестными.

Представленные эфферентные методики в основном должны использоваться в стационарных условиях - в специализированных отделениях, оснащенных необходимым оборудованием и укомплектованных специально подготовленным медперсоналом, владеющим техникой проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий. В этой связи необходимо подчеркнуть, что хотя термин "неотложная медицина" часто трактуется как скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе, оказываемая на дому, на улицах, на предприятиях и в учреждениях, в настоящем разделе рассматриваются лишь вопросы оказания помощи в наркологическом стационаре, в отделениях или палатах неотложных состояний.

#### **Определение понятия "неотложные состояния в наркологической клинике" и их классификация**

Хорошо известно, что все наркологические заболевания сопряжены с высоким риском внезапного развития острых состояний, что, в сочетании с отсутствием у больных критики к своей болезни, подчас негативным отношением к лечению, вытекающими из структуры самого патологического процесса, позволяет в расширительном смысле трактовать

вать всю медицинскую помощь, оказываемую таким больным, как неотложную. Однако заболевание у части контингента наркологических больных длительное время может протекать с низкой или средней прогрессивностью, в силу чего проведение интенсивной терапии бывает нецелесообразно. Поэтому необходимо подчеркнуть, что под неотложными в наркологии понимаются состояния'

а) внезапно, остро возникающие и непосредственно угрожающие жизни и здоровью больного, а иногда и представляющие опасность для окружающих;

б) требующие для своего купирования применения комплексных методов интенсивной терапии, включая, при необходимости, реанимационные мероприятия

Сюда относятся непосредственно угрожающие жизни патологические состояния или такие не угрожающие жизни патологические состояния, при которых такая угроза может стать реальной в любое время; а также те состояния, при наличии которых отсутствие своевременной лечебной помощи может повлечь за собой стойкие изменения в организме, и те, при которых в кратчайший срок необходимо облегчить страдания больного, и, наконец, состояния, связанные с необходимостью срочного медицинского вмешательства ввиду опасности больного для окружающих.

Необходимо помнить, что успешная терапия неотложных состояний в наркологии не только позволяет избежать развития у данного контингента больных тяжелых, угрожающих жизни осложнений, но и способна влиять на ход заболевания в целом.

В настоящее время выделяются следующие **клинические группы неотложных состояний**.

1 (выраженная экзогенная интоксикация различной этиологии (алкоголем, наркотическими средствами и другими психоактивными веществами);

2) интоксикационные психозы вследствие злоупотребления различными психоактивными веществами;

3) тяжелый абстинентный синдром;

4) острые алкогольные и другие психозы, осложняющие соответствующий абстинентный синдром;

5) наркологические заболевания, протекающие на фоне выраженной сопутствующей соматической патологии;

6) псевдоабстинентный синдром с выраженным патологическим влечением к психоактивному веществу;

7) острые состояния, возникающие у наркологических больных в ходе стационарного лечения как побочные явления и осложнения проводимой терапии (нейролептический синдром); сюда включаются также явления выраженной резистентности к проводимой терапии;

8) судорожные состояния у больных хроническим алкоголизмом, токсикоманиями и наркоманиями;

9) различные смешанные состояния.

Остановимся более подробно на каждом из перечисленных состояний.

Под **экзогенной интоксикацией** понимают патологическое состояние, возникающее в результате действия на организм токсических веществ экзогенного происхождения. Классификация экзогенных интоксикаций основана на природе вызывающих их ядов. По клиническому течению их делят на острые и хронические (С.Н.Голиков, 1978). В данную группу мы относим только больных с острой интоксикацией, ибо хроническая интоксикация может приводить к неотложным состояниям, требующим интенсивной терапии вследствие повреждения внутренних органов и отнесенным нами к 5-й группе (например, острый токсический гепатит вследствие злоупотребления барбитуратами или эфедрин-содержащими препаратами). Нередко встречаются и смешанные состояния, обусловленные сразу несколькими причинами и выделенные нами в 8-ую группу, - например, острая интоксикация гипно-седативными средствами на фоне тяжелого опийного абстинентного синдрома

Под **интоксикационными психозами** в наркологии понимают группу заболеваний, характеризующихся различными по глубине и тяжести психотическими расстройствами, вызванными психоактивными веществами. Наиболее часто в клинической практике встречаются интоксикационные психозы при эфедрон-"первитиновой" наркомании, токсикоманиях вследствие злоупотребления циклодолом, димедролом, летучими органическими веществами. В последнее время стали наблюдаться случаи интоксикационных психозов вследствие злоупотребления кокаином, амфетаминами, галлюциногенами [ЛСД, "экстази", РСР (фенциклидин) и др.] - ввиду их большей доступности.

Под **тяжелым абстинентным синдромом**, или синдромом "отмены" понимаются интенсивные психические, сомато-вегетативные и неврологические нарушения, возникающие при прекращении приема психоактивного вещества. Тяжесть абстинентного синдрома определяется конкретным видом психоактивного вещества, степенью его наркотичности и токсичности, давностью заболевания, дозировкой применяемого препарата, спектром возможных осложнений, а также общей реактивностью организма. Принято считать, что наиболее тяжело абстиненция протекает при барбитуровой наркомании - вследствие возможности развития судорожных припадков и делириозных расстройств - и при опийной наркомании - из-за выраженности алгического компонента и других сомато-вегетативных нарушений. В то же время адекватная терапия синдрома отмены гипно-седативных средств с литическим снижением дозы позволяет избежать этих осложнений. Существующие методы лечения опийной абстиненции также являются достаточно эффективными. Однако менее известно, что при отмене психостимуляторов тоже могут развиваться психотические расстройства. В последние годы стали наблюдаться случаи психотических расстройств, чаще делириозного круга, при опийной абстиненции. Вопрос о природе этих психозов остается открытым. Возможно, их возникновение объясняет-

ся кустарным приготовлением препаратов, или плохой очисткой "уличных" наркотиков с применением высокотоксичных веществ, и/или сочетанным приемом их с димедролом, или же изменением реактивности организма в процессе хронической интоксикации.

Известно, что как острая, так и хроническая интоксикация вызывают разнообразные нарушения деятельности внутренних органов и систем, поэтому любое наркологическое заболевание протекает на фоне тех или иных сомато-вегетативных нарушений. Наиболее часто встречается патология печени с нарушением ее дезинтоксикационной функции, что приводит к вынужденному ограничению или полной невозможности проведения таким больным психофармакотерапии и требует немедленного применения методов интенсивной терапии. Из других наиболее грозных осложнений следует назвать такие, как отек мозга в разной степени выраженности, сердечно-сосудистая недостаточность, гипоксия, токсико-аллергические реакции.

На всех этапах лечения наркологических больных, особенно при наркоманиях и токсикоманиях, могут наблюдаться состояния резкого обострения патологического влечения к психоактивному средству, достигающего степени компульсии с признаками сужения сознания и выраженными аффективными нарушениями, сопровождающиеся психомоторным возбуждением. Эти состояния также должны расцениваться как неотложные и требующие срочного купирования, ибо именно они зачастую приводят к прерыванию больными курса лечения и возобновлению приема алкоголя или наркотиков. Наиболее ярко такие состояния проявляются в период после минования острых абстинентных расстройств, почему и получили наименование псевдоабстинентного синдрома. Псевдоабстинентный синдром характеризуется наличием у больного трех обязательных компонентов:

1 (актуализации патологического влечения к психоактивному веществу;

2)особой депрессии или субдепрессии различной структуры с большой представленностью сенесто-ипохондрических расстройств;

3)вегетативных нарушений, вызванных дисфункцией вегетативной нервной системы, сочетающей возбуждение эрготропного отдела ВНС с истощением его резервов.

К числу наиболее часто встречающихся осложнений проводимой терапии можно отнести нейролептический синдром и делириозные расстройства, развивающиеся вследствие назначения различных холинолитических средств. Другой аспект этой же проблемы упирается в терапевтическую резистентность части больных. В этих случаях применение средств и методов интенсивной терапии также оказывается весьма эффективным.

#### **Рекомендуемое обследование**

Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (сахар, белок, белковые фракции, билирубин, амилаза, ЛДГ, КФК, АлАТ, АсАТ, КЩС крови, электролиты крови, остаточный азот, креатинин, мочевины

в сыворотке крови). ЭКГ. Наблюдение, мониторинг жизненно важных показателей (АД, Ps, SaO<sub>2</sub>) Контроль соотношения введенной жидкости и диуреза. Определение времени свертывания крови.

Консультации терапевта, невропатолога, хирурга. Дифференциальный диагноз с неотложными состояниями другой этиологии.

### **Методы интенсивной терапии**

Все методы интенсивной терапии, применяющиеся в современной наркологии, можно разделить на несколько групп.

#### **I. Дезинтоксикационная терапия**

##### *1. Интракорпоральная детоксикация*

А.Зондирование и промывание желудка. Проводится с целью дезинтоксикации и для профилактики регургитации и аспирации желудочного содержимого. Для промывания используется вода комнатной температуры, оно продолжается до полной прозрачности промывных вод. Целесообразно закончить промывание введением в полость желудка 50 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия. Необходимо также провести очищение полости рта, глотки.

Б.Энтеросорбенты. Активированный уголь 0,5, 20-30 г в виде взвеси в воде. Возможно применение готовых к применению энтеросорбентов (энтеродез, полифепан и др.).

В.Промывание кишечника. Для промывания используется вода комнатной температуры, оно продолжается до полной прозрачности промывных вод.

Г. Переливание растворов гемодеза или гемодеза-н. Рекомендуемая разовая доза этих препаратов - 400 мл; повторное введение через 12 часов. Противопоказания к их введению: бронхиальная астма, острый нефрит, инфаркт мозга.

##### *2. Экстракорпоральная детоксикация*

**А. Плазмаферез.** В основе метода лежит удаление части плазмы крови вместе со всеми находившимися в ней токсичными веществами. Удаляемый объем плазмы восполняется плазмозамещающими растворами, альбумином или донорской плазмой. В отличие от других методов детоксикации, как интра-, так и экстракорпоральной, плазмаферез является универсальным методом, когда удаляются токсические вещества независимо от величины молекул, их тропности и заряда.

Одним из необходимых условий для проведения плазмафереза является использование антикоагулянта цитрата натрия, который полностью блокирует тромбообразование в крови. В России этот антикоагулянт используется в виде раствора «Глюгидир», в состав которого входит 2% раствор цитрата натрия.

Поскольку перед началом проведения лечебного плазмафереза проводится системная гепаринизация в дозе 150 ед на кг массы тела, возможно проведение плазмафереза при соотношении 1:9 Глюгидира и крови.

Во время плазмафереза примерно половина цитрата натрия удаляется из циркуляции вместе с плазмой, поэтому при такой его дозе в организме не происходит накопления его избыточного количества, что практически снимает и опасность цитратной интоксикации, и необходимость добавления препаратов кальция.

Другим условием плазмафереза является обеспечение реологического режима. Иными словами, повышенная вязкость крови также служит препятствием для адекватного проведения операции. Единственно доступным и безопасным способом нормализации вязкости крови является её умеренное разведение. Оно достигается уже предварительным добавлением к потоку или объему крови раствора цитрата натрия, что является вполне достаточным при нормальных реологических характеристиках крови. К их числу принадлежит уровень гематокрита, не превышающий 45%, и концентрация белка не выше 80 г/л. При таких показателях вполне достаточным является разведение крови в соотношении 1:9.

При более высоком уровне гематокрита или белка крови требуется большее разведение крови. Такое дополнительное разведение достигается добавлением к потоку или объему крови обычного изотонического раствора натрия хлорида, доза которого подбирается в зависимости от конкретных условий - от 1:20 до 1:4. В этот раствор целесообразно добавить и гепарин (5000 ед на флакон 400 мл), который компенсирует потерю гепарина с удаляемой плазмой и его естественную инактивацию, что обеспечивает более равномерный уровень гепаринизации в течение всего периода плазмафереза.

Очевидно, что удаляемый объем плазмы должен возмещаться адекватным объемом жидкости. Учитывая необходимость использования антикоагулянтов, перед проведением плазмафереза необходимо определение времени свертывания крови. Противопоказаниями к проведению операции являются:

- все виды кровотечений;
- нарушения свертывающей системы крови;
- гиповолемия и гипопроteinемия;
- нарушения гемодинамики;
- гнойно-септические осложнения;
- сердечно-легочная недостаточность;
- тяжелые нарушения функции печени и почек.

Существует несколько модификаций плазмафереза, однако наиболее используемыми в наркологии являются **гравитационный и фильтрационный (мембранный)**.

Первый осуществляется с помощью постоянно-проточного или фракционного центрифугирования в специальных аппаратах - отечественных: ПФ-0,5, ФК-3,5 - или зарубежных фирм: Gambro, Fresenius, Cobe, Dideco, Terumo - или в пакетах (флаконах) в центрифугах типа РС-6, ОС-6, ЦЛ-3,5. Данный метод интересен возможностью фракционного удаления составных частей плазмы, например, только альбуминов, используя различные скорости вращения ротора центрифуги и разное время экспозиции.



Второй метод основан на фильтрации крови в специальных плазмофильтрах. Основой устройства для проведения фильтрационного плазмафереза является плоская пористая трековая («ядерная») лавсановая мембрана толщиной 10 мкм, с порами диаметром около 0,5 мкм, что позволяет свободно проходить через последние всем жидким компонентам крови и задерживать все форменные элементы.

Принцип работы плазмофильтра заключается в разделении протекающей через него крови на плазму и клеточную массу под действием трансмембранного давления, т.е. разницы давлений перед мембраной (в камере крови) и за ней (в камере сбора плазмы). Наилучшие результаты достигаются при работе плазмофильтра ПФМ с портативным аппаратом для плазмафереза Гемос-ПФ. Кроме того, аппарат Гемос-ПФ – единственный пока в России, который имеет полностью одноразовый экстракорпоральный контур.

При любом из методов после удаления плазмы клеточная масса крови разводится изотоническим раствором натрия хлорида или иным плазмозаменителем и возвращается пациенту. За один сеанс можно таким образом удалить от 1/3 до 1/2 объема циркулирующей плазмы (ОЦП).

**Б. Внутривенное лазерное облучение крови.** Наиболее распространенным аппаратом для лазерного облучения в нашей стране является аппарат гелий-неонового излучения АЛОК-1. Облучение может проводиться по световодам внутрисосудисто или экстракорпорально. При сочетании с плазмаферезом можно воспользоваться экстракорпоральным контуром перфузии. Противопоказания для проведения БЛОК:

- все виды порфирии и пеллагра;
- фотодерматозы, повышенная чувствительность к солнечным лучам;
- гипогликемия и склонность к ней;
- приобретенные гемолитические анемии;
- тяжелые септические состояния;
- выраженная артериальная гипотония;
- гипокоагуляционный синдром;
- застойная кардиомиопатия;
- острые нарушения мозгового кровообращения (в первые три месяца).

## II. Инфузионная терапия

Проводится с целью коррекции нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, улучшения реологических свойств крови, а также дезинтоксикации. Назначается в объеме 20-40 мл/кг под контролем центрального венозного давления, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.

Конкретный выбор препаратов и растворов для инфузионной терапии должен осуществляться с учетом имеющихся в конкретном случае нарушений. Так, как уже было сказано выше, практически всегда необходимо проводить:

а) восполнение водных потерь путем введения 5% раствора глюкозы и изотонического раствора натрия хлорида. В среднем назначают до 1 л раствора для инфузий, однако инфузионная программа должна меняться

в зависимости от параметров кровообращения, диуреза и общего состояния;

б) восполнение электролитных потерь путем переливания 1 % раствора хлорида калия; максимальное количество калия, вводимое за 24 часа, - не более 150 мл 1% раствора. При нарушении функции почек введение препаратов калия противопоказано. Также производится инфузия 10-20 мл 25% раствора сернокислой магнезии и 10% раствора хлорида кальция. Конкретные дозировки устанавливаются в зависимости от показателей водно-электролитного баланса;

в) коррекция КЩС. При метаболическом ацидозе назначается 50-100 мл (до 1000 мл в сутки) 4% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно под контролем КЩС. При метаболическом алкалозе вводится 1% раствор хлорида калия - не более 150 мл 1% раствора в сутки. При нарушении функции почек введение препаратов калия противопоказано;

г) улучшение реологических свойств крови, т.е. повышение ее суспензионных свойств, снижение вязкости, уменьшение агрегации форменных элементов, увеличение осмолярности жидкости в сосудистом русле. Для этого проводится инфузия высокомолекулярных растворов, таких, как реополиглюкин, реомакродекс, реоглюман. Эти растворы обладают также дезинтоксикационными свойствами. Однако к их применению имеются определенные противопоказания: тромбоцитопения, заболевания почек с олигурией (диурез меньше 60 мл/час), сердечная недостаточность и другие состояния, при которых не показано переливание больших количеств жидкости

### III. Симптоматическая терапия

Направлена на поддержание жизненно важных функций.

А. Дыхание. При депрессии дыхательного центра назначаются analeптики (2 мл 10% раствора сульфоксамфокаина п/к, в/м или в/в медленно; 1-2 мл 25% раствора кордиамина п/к, в/м или в/в медленно), 1 мл 20% раствора кофеина п/к; проводится вспомогательная вентиляция при помощи мешка Амбу. При неэффективности этих мер, отсутствии точных рефлексов - интубация трахеи и ИВЛ.

Б. Кровообращение. В наркологической практике часто приходится сталкиваться с больными, у которых наблюдаются признаки острой и хронической сердечной недостаточности, что требует назначения кардиотропных средств. При признаках сердечной недостаточности (падении артериального давления, тахикардии) назначают сердечные гликозиды - 0,06% раствор коргликона 1 мл в/в или 0,05% раствор строфантина 1 мл в/в. При снижении артериального давления (САД менее 80 мм рт. ст., ДАД менее 40 мм рт. ст.) назначается 1 мл 20% раствора кофеина п/к. При тенденции к повышению артериального давления (САД более 180 мм рт. ст., ДАД более 105 мм рт. ст.) вводится: 10-20 мл 25% раствора сернокислой магнезии в/в медленно; 2-4 мл 2% раствора папаверина в/в, в/м; 2-4 мл 2% раствора но-шпы в/в, в/м; эуфиллин 2,4% 5-10 мл в/в медленно, в/в капельно; трентал 0,1 - 0,2 г в/в капельно. Хорошо известно, что хроническая интоксикация алкоголем вызывает развитие

кардиомиопатии, опасной нарушениями ритма сердца. Терапия данных состояний определяется типом аритмии и/или степенью атриовентрикулярной блокады.

**В. Диурез.** При задержке мочи показана катетеризация мочевого пузыря. При необходимости диурез можно стимулировать как петлевыми диуретиками, например, лазиксом в дозе 20-40 мг/сут., так и осмотическими (маннитол в дозе 5-7 мл/кг 20% раствора), а также адекватным подбором объема инфузионной терапии и включением в нее растворов, улучшающих клубочковую фильтрацию (гемодез), препаратов комбинированного действия (реоглюман).

**Г.** К симптоматической терапии, направленной на поддержание жизнедеятельности, можно отнести применение ноотропных препаратов (пирацетам 20% 20-60 мл в/в медленно или капельно) и гепатопротекторов (эссенциале 10-20 мл в/в капельно).

**Д.** Для улучшения обменных процессов в миокарде, паренхиматозных органах показано применение рибоксина 2% 5-10 мл в/в капельно, АТФ 1% 1-2 мл в/м.

**Е.** Целесообразно также назначение препаратов аминокислот, активно участвующих в обменных процессах: глутаминовая кислота 0,5, курсом до 10 дней 3 г/сут.; метионин 0,25, курсом до 10 дней 4-6 г/сут.; глицин 0,1, курсом 6-7 дней 0,6-0,7 г/сут. сублингвально.

#### IV. Психофармакотерапия

Направлена на коррекцию психических и вегетативных расстройств. При назначении психотропных препаратов необходимо учитывать повышенную толерантность больных наркологическими заболеваниями к психоактивным веществам (ПАВ) (перекрестная толерантность). С другой стороны, взаимодействие лекарственных веществ (например, синергизм нейролептиков, транквилизаторов, снотворных средств) и нарушения функции выделительных систем у данных больных опасны развитием лекарственной интоксикации.

**А. Транквилизаторы.** Уменьшают чувство тревоги, страха, аффективной напряженности. Все препараты этой группы обладают также вегетостабилизирующим (см. Препараты с вегетостабилизирующим действием. Грандаксин.), снотворным (см. Снотворные средства. Рогипнол), противосудорожным и миорелаксирующим действием разной степени выраженности. Диазепам 0,5% 2-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, диазепам 0,0025, 0,005, суточная доза до 0,06 г; феназепам 0,1% 1-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, феназепам 0,0005, 0,001, суточная доза до 0,01 г; нозепам 0,01, суточная доза до 0,09 г; лоразепам 0,0025, суточная доза до 0,015 г.

**Б. Снотворные средства.** Назначаются в случаях, когда транквилизаторы неэффективны или недостаточны в плане коррекции инсомнических расстройств. Фенobarбитал 0,1, 0,1 - 0,2 г на ночь. Имован 0,0075, 0,0075 г на ночь. Рогипнол 0,2% 1-2 мл в/м, 0,001-0,002 на ночь.

**В. Противосудорожные препараты.** Назначаются для профилактики судорожных припадков (особенно при наличии их в анамнезе), а так-

же с целью дезактуализации патологического влечения к ПАВ. Карбамазепин 0,2, суточная доза до 1,2 г; клоназепам 0,001, суточная доза до 0,008 г; мидокалм 0,05, суточная доза 0,1-0,2 г.

**Г. Нейролептики.** В остром абстинентном периоде необходимо назначать с крайней осторожностью ввиду опасности развития лекарственной интоксикации, психотических расстройств. Показаны при наличии у больного выраженного влечения к ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения. В этих случаях назначается галоперидол 0,5% в дозе 5-10 мг (1-2 мл), аминазин 2,5% в дозе 50 мг (2 мл) или тизерцин 2,5% в дозе 50 мг (2 мл). Эти препараты вводятся внутривенно, медленно, вместе с аналептиком кордиамином (25% 2 мл), применяемым для коррекции побочных гемодинамических эффектов. В некоторых случаях можно рекомендовать назначение нейролептиков для терапии некупирующихся транквилизаторами вегетативных расстройств (например, терален), суицидального поведения (неулептил 0,01, 4%, суточная доза до 0,03 г), тревоги, страха (тиоридазин 0,025 суточная доза до 0,1 г; хлорпротиксен 0,015, суточная доза до 0,06 г). Не рекомендуется назначать одновременно несколько нейролептиков.

**Д. Антидепрессанты.** Применяются для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга. Обладают в той или иной степени анксиолитическим, транквилизирующим, снотворным (амитриптилин, людиомил, леривон, триттико) или, напротив, психостимулирующим (мелипрамин) действием. Данные эффекты необходимо учитывать при назначении конкретного препарата. Также эффективны для предупреждения актуализации патологического влечения. Больным хроническим алкоголизмом нежелательно назначать трициклические антидепрессанты в первые 3-4 дня после отмены алкоголя в силу опасности развития делирия (так как препараты этой группы обладают холинолитическим действием).

Наиболее эффективны гетероциклические антидепрессанты: людиомил (мапротилин) в дозе 75-125 мг в сутки и леривон (миансерин) в дозе 60-90 мг в сутки перорально. Действенны также антидепрессанты группы БОЗС: триттико в дозе 150-200 мг в сутки, прозак в дозе 20-40 мг в сутки перорально.

**Е. Препараты с вегетостабилизирующим действием.** Препараты этой группы назначаются при выраженных вегетативных расстройствах. Обычно вегетостабилизирующий эффект бензодиазепинов вполне достаточен. Пирроксан 0,015, разовая доза до 0,03 г, суточная доза до 0,09 г. Грандаксин 0,05, суточная доза до 0,3 г. Терален 0,005, суточная доза до 0,05 г.

#### **V. Витаминотерапия**

Назначаются витамины группы В и С, участвующие в образовании ферментов и коферментов, которые способствуют окислительно-восстановительным процессам в организме, влияют на тканевое дыхание, углеводный обмен, деятельность периферической нервной системы. Тиамин хлорид 5% 2-4 мл в/м, в/в капельно; пиридоксин гидрохлорид

5% 5-8 мл в/м, в/в капельно; никотиновая кислота 0,1% 1-2 мл в/м; аскорбиновая кислота 5% 5-10 мл в/м, в/в капельно. Парентерально витамины назначаются в первые несколько суток ААС, затем продолжается пероральный прием поливитаминных препаратов Аэровит, Компливит, Глутамевит, Центрум - по 1 драже в сутки, курсом 2-3 недели.

### **Клиника и терапия неотложных состояний в наркологии**

#### **1. Острая алкогольная интоксикация тяжелой степени**

Шифр международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.OX. Острая алкогольная интоксикация характеризуется начальным периодом возбуждения ЦНС, сменяющимся ее угнетением, которое может достигать степени сопора и комы. Период возбуждения при алкогольной интоксикации наиболее длителен по сравнению с действием других психотропных средств. По клиническим проявлениям различают три степени алкогольной интоксикации - легкая, средняя, тяжелая. Алкогольная интоксикация средней и легкой степени специальной терапии не требует (за исключением редких случаев атипичного простого опьянения, а также при так называемом патологическом опьянении). Симптомы алкогольной интоксикации тяжелой степени (больше 3% алкоголя в крови; у высокотолерантных больных алкоголизмом II стадии его содержание может достигать 6-7% и более): угнетение сознания (глубокая оглушенность, сомноленция, сопор или кома) и вегетативных функций (артериальная гипотензия, гипотермия, бледность и синюшность кожи и слизистых, холодный липкий пот), пассивное положение тела, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе. Брадикардия, частый и слабый пульс; суженные зрачки с вялой реакцией на свет. Возможны судороги, аспирация рвотных масс, ларингоспазм, остановка дыхания.

#### **Рекомендуемое лечение**

Основные задачи терапии - быстрое выведение алкоголя из организма (инфузионная терапия, при стабильной гемодинамике и отсутствии противопоказаний - плазмаферез), поддержание жизненно важных функций (прежде всего дыхания, кровообращения, диуреза), купирование возбуждения.

Дезинтоксикационная терапия:

1. Зондирование и промывание желудка.
2. Плазмаферез. Проводится только в случае необходимости быстрого вытрезвления больного, при стабильной гемодинамике и отсутствии других противопоказаний к данной операции. Наиболее оптимальным является использование фильтрационного плазмафереза, проводимого однократно. Объем удаляемой плазмы - 15-20%.
3. Инфузионная терапия. Проводится в объеме 20-30 мл/кг под контролем центрального венозного давления, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.
4. Симптоматическая терапия, направленная на поддержание жизненно важных функций.

5. Психотерапия. Назначается только при выраженном психомоторном возбуждении, наблюдающемся при атипичных формах алкогольной интоксикации легкой и средней степени, в процессе детоксикации. Рекомендуется 0,5% раствор диазепама 2-4 мл в/в медленно, в/м; 200-300 мг тиопентала натрия в/м, в/в медленно. Поскольку эти средства угнетают дыхательный центр, применять их следует крайне осторожно, подготовившись к проведению ИВЛ.

## **2. Опи́йная интоксикация тяжелой степени**

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 11.0.

Острая опи́йная интоксикация тяжелой степени характеризуется заторможенностью, угнетением сознания (глубокая оглушенность, сопор, в наиболее тяжелых случаях - кома) редким поверхностным дыханием с частотой 2-3 вдоха в минуту (вплоть до остановки), брадикардией, гипотермией, сужением зрачков (в состоянии комы зрачки напротив, резко расширены) с отсутствием реакции на свет, бледностью, сухостью кожных покровов, снижением артериального давления. Смерть наступает вследствие остановки дыхания.

### **Рекомендуемое лечение**

1. Основная задача лечения - быстрая детоксикация, достигаемая введением специфических антагонистов - блокаторов опи́йных рецепторов (налоксона 0,04%-2,0 в/в или в/м). Налоксон прекращает действие опиатов, включая угнетение дыхания, через 2 минуты после инъекции. Если желаемый уровень восстановления дыхательной деятельности не достигается, необходимо произвести повторную инъекцию в той же дозе. В случаях, когда после двух или трех таких инъекций не удается достигнуть значительного улучшения, следует предполагать, что тяжелое психофизическое состояние частично или полностью обусловлено другим патологическим процессом, например, интоксикацией седативными препаратами. Даже после достижения существенного улучшения больные нуждаются в тщательном наблюдении, так как они могут снова впасть в коматозное состояние.

2. Необходимо проведение комплекса методик интенсивной терапии, направленных на поддержание жизненно важных функций (прежде всего дыхания, кровообращения, диуреза).

3. Инфузионная терапия. Проводится с целью коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови в объеме 10-20 мл/кг под соответствующим контролем.

4. Симптоматическая терапия, направленная на поддержание жизненно важных функций.

5. Психотерапия. Назначается только при психомоторном возбуждении, наблюдающемся в процессе детоксикации. Вводится 0,5% раствор диазепама 2-4 мл в/в медленно, в/м; 200-300 мг тиопентала натрия в/м, в/в медленно, очень осторожно, подготовившись к проведению ИВЛ. В дальнейшем назначается терапия, традиционно применяющаяся при лечении опи́йного абстинентного синдрома.

### **3. Интоксикация седативными и снотворными веществами тяжелой степени**

Состояние напоминает алкогольное опьянение, но выражена грубая неврологическая симптоматика, не соответствующая даже тяжелому алкогольному опьянению: дизартрия, атаксия, нарушение согласованности движений, крупный латеральный нистагм, диплопия. Резко расширены зрачки с вялой реакцией на свет, гиперсаливация, гипергидроз, брадикардия, гипотермия, склонность к гневливости и агрессии. После периода возбуждения наступает глубокий, тяжелый сон. В более тяжелых случаях наблюдаются тошнота, рвота, профузный пот, икота, выраженная мышечная гипотония, спяточечение, нарушение сознания, которое может перейти в кому.

#### **Рекомендуемое лечение**

Основные задачи терапии - детоксикация, поддержание жизненно важных функций (прежде всего дыхания, кровообращения, диуреза).

1. Особое внимание при передозировке гипноседативных средств, в особенности барбитуровых производных при предшествующем длительном злоупотреблении ими, следует обратить на то, что дезинтоксикация должна быть ограниченной, постепенной, сочетающейся с противосудорожной терапией. Мощная дезинтоксикационная терапия, предпочтительнее - экстракорпоральная детоксикация (метод выбора - гравитационный плазмаферез, проводится однократно), показана лишь в случае однократной передозировки этих средств больными с другими формами зависимости - например, в случае викарного, заместительного приема больным опийной наркоманией препаратов этой группы при невозможности достать желаемый наркотик. В этих случаях объем удаляемой плазмы - 15-20% ОЦП; скорость вращения ротора центрифуги 3000 об/мин; время центрифугирования 9 мин; при интоксикации бензодиазепинами производится быстрое введение специфических антагонистов (анексат 0,3-0,6 мг в/в).

2. Инфузионная терапия проводится с целью дезинтоксикации и для коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови в объеме 20-40 мл/кг под контролем.

3. Симптоматическая терапия, направленная на поддержание жизненно важных функций.

### **4. Интоксикация каннабиноидами тяжелой степени.**

#### **Интоксикационный психоз**

При тяжелой интоксикации препаратами конопли наблюдается спутанность сознания, развиваются грубые психотические расстройства с разнообразными сценородными зрительными и слуховыми галлюцинациями, в том числе, угрожающего характера, резкой сменой полярных аффектов, от маниакального до дисфорического, и неадекватным поведением, которое может проявляться либо в виде выраженного психомоторного возбуждения со злобностью и агрессивностью, либо тяжелой оглушенности со слабой реакцией или даже с отсутствием таковой на сильные внешние раздражители, обездвиженностью.

**Рекомендуемое лечение**

Основной задачей становится изоляция и тщательное наблюдение за больным, чтобы он не смог нанести вред себе или окружающим.

1. Осуществляется купирование психомоторного возбуждения инъекциями транквилизаторов бензодиазепинового ряда; допустимо применение нейролептиков, дающих седативный эффект в умеренных дозировках.

2. Инфузионная терапия проводится для коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови в объеме 20-40 мл/кг под контролем.

3. Симптоматическая терапия - при необходимости.

**5. Интоксикация психостимуляторами и кокаином тяжелой степени. Интоксикационный психоз**

Помимо общих симптомов, характерных для интоксикации психостимуляторами и кокаином, - таких, как резко расширенные зрачки с отсутствием их реакции на свет, повышение артериального давления и температуры, тахикардия и тахиаритмия, гиперрефлексия, резкое психомоторное возбуждение вплоть до ажитации с резкими, размахистыми, плохо координированными, нецеленаправленными движениями, тремором, - при передозировке этими наркотиками могут также наблюдаться интенсивные головные боли, боли в области сердца, судорожные припадки, кома, сердечно-сосудистый коллапс, инфаркты, остановка сердца. В психической сфере - возбуждение, тревога, беспокойство, панические реакции, агрессивность. В более тяжелых случаях присоединяются психотические расстройства, протекающие по типу делириев с зрительными, тактильными, слуховыми галлюцинациями, иногда с сохранностью ориентировки; может наблюдаться острый паранойд с развитием персекуторного бреда.

**Рекомендуемое лечение**

1. Первоочередные мероприятия при купировании этих состояний заключаются в снятии психомоторного возбуждения транквилизаторами бензодиазепинового ряда, например, 0,5% раствор диазепама 2-4 мл в/в медленно, в/м; 0,1% раствор феназепама 2-4 мл в/в медленно; 200-300 мг тиопентала натрия в/м, в/в медленно, крайне осторожно.

Необходима также организация надлежащего контроля за поведением и состоянием больного. Так как больные психостимуляторной и кокаиновой наркоманией обычно бывают истощены, обезвожены, у них наблюдается гиперреактивность по отношению к нейролептикам - с повышенной склонностью к развитию побочных явлений и осложнений при незначительной терапевтической эффективности этих препаратов, в первые несколько суток назначение нейролептиков таким больным противопоказано.

2. Проводится инфузионная терапия для восполнения водно-электролитных потерь и коррекции метаболизма.



3. Симптоматическая терапия направлена, прежде всего, на поддержание сердечной деятельности. При необходимости вводят сердечные гликозиды: строфантин 0,05% 1-2 мл/сутки; дигоксин 0,025% 1-2 мл/сутки; коргликон 0,06% 1-2 мл/сутки; антиаритмические средства.

#### **6. Интоксикация галлюциногенами тяжелой степени.**

##### **Интоксикационный психоз**

Симптомы: расширение зрачков с сохранением реакции на свет, повышение артериального давления, тахикардия, гиперрефлексия, гипертермия, мышечная ригидность, нистагм, психомоторное возбуждение с паникой, агрессией и суицидами или коматозное состояние. Важный дифференциально-диагностический признак - отсутствие расстройств дыхания. Психопатологическая симптоматика разнообразна и изменчива, но обычно это глубокие расстройства восприятия, всех видов ориентировки, сценородные зрительные, слуховые, иногда вкусовые, тактильные, обонятельные галлюцинации. Поведение непредсказуемо и опасно, контакт с больным невозможен.

##### **Рекомендуемое лечение**

Основные терапевтические задачи заключаются в обеспечении больного безопасности, купировании психотических расстройств, проведении дезинтоксикации и предупреждении развития осложнений, прежде всего, связанных с длительной, стойкой артериальной гипертензией.

Больному обеспечивается так называемая сенсорная изоляция - он помещается в тихой палате с неярким светом на специальной кровати, исключающей возможность падения. Купирование психомоторного возбуждения производится транквилизаторами бензодиазепинового ряда, вводимыми инъекционно. Проводится полный курс дезинтоксикационных мероприятий, включая промывание желудка, так как наркотики этой группы особенно часто употребляются внутрь. Назначаются гипотензивные средства, включая пропранолол. Применение нейролептиков в остром периоде нецелесообразно и чревато высоким риском развития осложнений; они назначаются в более отдаленный период, если наблюдаются резидуальные психотические расстройства.

#### **7. Хронический алкоголизм, абстинентный синдром тяжелой степени**

Шифр МКБ-10 - F10.2.4.2.

Симптомы: резкая слабость, затрудненный контакт, бессонница, тревога, двигательное беспокойство, ночные страхи, идеи виновности и отчуждения, суицидальные мысли, головная боль, головокружение, гиперестезия по отношению к внешним раздражителям, особенно звуковым и световым, сильный тремор всего тела, профузный пот, тошнота, сердцебиение, нестабильность гемодинамики, сильное влечение к алкоголю.

Необходимо обеспечить круглосуточное наблюдение за больными, проводить мониторинг жизненно важных показателей (АД, Ps, SaO<sub>2</sub>), в процессе лечения осуществлять контроль соотношения введенной жид-

кости и диуреза, провести полное обследование. Рентгеноскопия грудной клетки по показаниям. Консультации терапевта, невропатолога.

**Рекомендуемое лечение**

Основные задачи терапии - выведение из организма токсинов экзо- и эндогенного происхождения, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций.

Психофармакотерапия направляется на коррекцию психических и вегетативных расстройств.

Специфическая терапия - метадоксил 600 мг в сутки, внутривенно, в течение трех дней; в дальнейшем - 1000 мг в сутки, в таблетках. Курс лечения 5-14 дней.

Показано проведение мембранного плазмафереза. Проводится один раз в сутки, в течение 2-3 дней. Объем удаляемой плазмы - 5-10% ОЦП

Как можно быстрее назначается инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений и расстройств КЩС, детоксикацию, в объеме 10-20 мл/кг на под контролем центрального венозного давления, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.

Параллельно проводится симптоматическая терапия и обязательно - витаминотерапия; особенно важно назначение адекватных дозировок витаминов группы В и С.

**8. Тяжелый абстинентный синдром при опиной наркомании**

Шифр МКБ10 - F11.24, F11.3.

Симптомы: резко выражены все проявления острого опиоидного абстинентного синдрома, как сомато-вегетативные (интенсивные мышечные и суставные боли, мышечная гипертензия и сведение мышц, гипергидроз, озноб или чувство жара, тошнота, рвота, лабильность артериального давления, частоты сердечных сокращений), так и психопатологические (пониженный фон настроения с дисфорическим оттенком, тревога, чувство страха, двигательное беспокойство, влечение к наркотику, инсомния). Общая слабость, разбитость, капризность, злобность с дисфороподобными вспышками, но с быстрой истощаемостью. Сильное влечение к наркотику с целью облегчить свое мучительное состояние.

**Рекомендуемое лечение**

Основные задачи терапии - как можно более быстрое облегчение страданий больных, выведение из организма токсинов, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций.

Психофармакотерапия направляется на коррекцию психических и вегетативных расстройств. Принципиальных различий с терапией обычного опиоидного абстинентного синдрома не имеет, но, как правило, требуется назначение более высоких дозировок лекарственных препаратов, а также увеличивается длительность их применения. Так, трамал обычно назначается по 400-800 мг в сутки в течение 6-10 дней в/м, внутрь; тиопридал - 300-600 мг в сутки в течение 6-10 дней в/м, внутрь; клофелин 0,3-0,45 мг в сутки в течение 6-10 дней.

Хороший эффект оказывает мембранный плазмаферез. Проводится один раз в сутки, начиная с появления первых признаков ОАС в течение 3-4 дней. Объем удаляемой плазмы - 10-20% ОЦП. Может проводиться однократный забор 20-40% ОЦП мембранным или гравитационным способом на фоне проводимой фармакотерапии на 3-7 сутки абстиненции.

Назначается инфузионная терапия с целью детоксикации и коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств КЩС в объеме 5-10 мл/кг под контролем. Проводится симптоматическая терапия.

#### 9. Острые алкогольные психозы

Алкогольные психозы - психотические состояния экзогенного или эндоформного происхождения с острым, затяжным или хроническим течением, возникающие на 2-й или 3-й стадиях алкоголизма. В литературе также существует термин "металкогольные психозы", чтобы подчеркнуть, что они развиваются вследствие длительной алкогольной интоксикации, поражающей внутренние органы и обменные процессы в целом. Разделение алкогольных психозов на отдельные формы осуществляется на основе клинической картины и течения. Выделяют алкогольные делирии, галлюцинозы, бредовые психозы; к ним также относятся алкогольные энцефалопатии, алкогольную депрессию, алкогольную эпилепсию и дипсоманию. Часто встречаются психозы, в структуре которых сосуществуют или последовательно сменяют друг друга разные синдромальные состояния. В таких случаях говорят либо о переходных синдромах, либо о последовательных этапах патологического процесса. (Клиника алкогольных психозов подробно освещена в отдельной главе).

Современными авторами (А.Г.Гофман, А.З.Шамота, 1994; А.А.Полыковский, В.В.Чирко, 1995; Н.В.Стрелец, С.И.Уткин, 1998) подчеркивается выраженный патоморфоз основных клинических проявлений острых алкогольных психозов. Тенденции в их трансформации идут в нескольких направлениях:

- во-первых, возросла их частота по отношению к общему числу больных хроническим алкоголизмом;
- во-вторых, увеличились показатели соотношения делириев и галлюцинозов в популяции, но у мужчин и женщин динамика этого соотношения носит противоположный характер;
- в-третьих, возросла летальность от алкогольных психозов;
- в-четвертых, более интенсивный темп роста числа алкогольных психозов отмечается у лиц молодого возраста и женщин;
- в-пятых, и это самое главное, уменьшилась доля абортивных и классических делириев. Это значит, что на сегодняшний день преобладают атипичные и смешанные делирии, отличающиеся углублением расстройств сознания с развитием аментивноподобных и коматозных состояний, большей выраженностью сомато-неврологических расстройств, злокачественностью течения и неблагоприятным прогнозом.

Факторами, способствующими развитию наиболее тяжелых, атипичных делириев являются:

1. Возраст больных старше 40 лет, длительный алкогольный анамнез, высокая толерантность.

2. Алкогольный абстинентный синдром, расцениваемый врачами как тяжелый или протекающий с большой представленностью неврологической патологии в его структуре.

3. Выявляющиеся в анамнезе черепно-мозговые травмы, особенно тяжелые; эпилептиформные припадки; указание на перенесенные ранее делириозные эпизоды.

Немаловажную роль в возникновении атипичных делириев играет также неправильная тактика лечения больных с алкогольным абстинентным синдромом, особенно тяжелым. Прежде всего, это неадекватное применение методов интенсивной терапии и назначение в остром абстинентном периоде различных нейролептиков и их сочетаний, в том числе препаратов широкого антипсихотического действия. Также недопустимо назначение в остром периоде тяжелого алкогольного абстинентного синдрома трициклических антидепрессантов и других препаратов, обладающих холинолитической активностью.

Развивающиеся вследствие этих факторов острые психотические состояния имеют следующие особенности:

1. Большая длительность по сравнению с так называемыми классическими формами.

2. Симптоматика таких делириев утрачивает свойственные так называемым классическим формам поистине драматическое разнообразие и стабильность проявления отдельных симптомов и синдромов. Так, не отмечается обычно характерной изменчивости настроения - преобладает стойкий угрюмый дисфороподобный фон настроения с эксплозивными вспышками. Не наблюдается также характерной тревожности и классической бессонницы, предшествующей развитию делирия, а также склонности к проявлению его в вечерние часы. Наоборот, зачастую больные просыпаются в утренние и дневные часы после медикаментозного сна в состоянии развернутого психоза. В дальнейшем характерная тенденция к обострению симптоматики в вечерние и ночные часы прослеживается.

Период иллюзорных и галлюцинаторных расстройств бывает очень кратковременным или не наблюдается вообще.

Выраженного психомоторного возбуждения практически не встречается. Двигательное возбуждение ограничено пределами палаты, часто даже постели. У части больных расстройство сознания квалифицируется как оглушение, достигающее степени сопора. В остальных случаях оно приближается к аментивноподобным состояниям. Психотический период полностью или частично амнезируется. На высоте психоза отмечается не обусловленный какими-либо соматическими причинами центральный фебрилитет, достигающий высоких цифр и прекращающийся по выходе из психоза. Таким образом, симптоматика подобных психозов приближается к мусситирующему делирию, относящемуся к одному из наиболее тяжелых вариантов алкогольного делирия.

3. Еще одной особенностью таких делириев является их полная резистентность к традиционной терапии. Дополнительное назначение нейролептиков всегда приводит к ухудшению состояния, оказываются практически неэффективными седативные и снотворные препараты, применяемые обычно для купирования алкогольных делириев. Только массивная инфузионная терапия, форсированный диурез и особенно - экстракорпоральные методы дезинтоксикации (плазмаферез) оказывают существенное положительное воздействие на динамику этих психозов. Из арсенала фармакотерапии эффективно применение ноотропов в высоких дозах в рамках комплексной инфузионной терапии. Психоз разрешается в длительное астеническое состояние с аффективной лабильностью, а в ряде случаев - с признаками токсической энцефалопатии. Еще раз подчеркнем, что при лечении алкогольных делириев назначение нейролептиков неоправдано и опасно.

**Острые алкогольные энцефалопатии** сочетают в себе психические нарушения с тяжелыми, системными соматическими и неврологическими расстройствами. Развиваются обычно во 2-3 стадии алкоголизма, когда абстинентный синдром резко выражен, в анамнезе - эпилептические припадки, делирии различной структуры.

#### **Рекомендуемое лечение**

При любом варианте и степени тяжести острого алкогольного психоза объем лечения и обследования должен быть максимальным. Применение психотропных средств, таких, как транквилизаторы, снотворные препараты, патогенетически обосновано, также они используются и для купирования психомоторного возбуждения. Назначение нейролептиков, как правило, приводит к усилению интоксикации и ухудшению состояния больного.

Основные задачи терапии больных с алкогольными делириями - быстрое выведение токсинов из организма, купирование психотических расстройств, предупреждение развития тяжелых последствий, поддержание жизненно важных функций (прежде всего дыхания, кровообращения, диуреза), купирование возбуждения.

Дезинтоксикационная терапия: проводится мембранный плазмаферез один-два раза в сутки, в течение 2-3 дней. Объем удаляемой плазмы - 10-15% ОЦП. В ряде случаев, особенно если делирий протекает выраженными соматическими расстройствами, показано назначение больному 70% раствора этилового спирта 30-40 мл внутрь (в разведении водой до 100 мл) или внутривенно в разведении 400 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы.

Инфузионная терапия проводится с целью дезинтоксикации и для коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови, в объеме 40-50 мл/кг под контролем.

Симптоматическая терапия направляется на поддержание жизненно важных функций.

Витаминотерапия - один из важнейших элементов лечения, особенно витамины группы В и С, предупреждающие развитие стойкой энцефалопатии и корсаковского синдрома.

При психомоторном возбуждении назначается: 0,5% раствор диазепама 2-4 мл в/в медленно, в/м; 300-500 мг тиопентала натрия в/м, в/в медленно; оксибутират натрия 20% 20-40 мл внутривенно капельно.

Очень важно своевременное назначение ноотропов: пирацетам 20% раствор 20 мл в/в с 40% раствором глюкозы - 10 мл; пиридитол 0,2-0,8 г/сут.; пантогам 1,5-3 г/сут.; фенибут 0,75-1 г/сут. Аминокислоты: аминалон 0,25 таб./сут.; глутаминовая кислота 0,25 таб./сут.; церебролизин 3-5 мл в/м 1 раз в сутки.

#### **10. Делирий вследствие отмены барбитуратов**

Наблюдаемые симптомы, задачи терапии, план обследования и рекомендуемое лечение - те же, что и при алкогольном делирии. Специфическая терапия: фенobarбитал натрия 0,2-0,4 г или тиопентал натрия 300-500 мг в/м в сутки.

#### **11. Наркологические заболевания, протекающие**

##### **на фоне выраженной сопутствующей соматической патологии**

Известно, что острая и хроническая интоксикации психоактивными веществами вызывают разнообразные нарушения деятельности внутренних органов и систем, поэтому любое наркологическое заболевание протекает на фоне тех или иных сомато-вегетативных нарушений. Наиболее часто встречается патология печени с нарушением ее дезинтоксикационной функции, что приводит к вынужденному ограничению или полной невозможности проведения таким больным психофармакотерапии и требует немедленного применения методов интенсивной терапии. Из других наиболее грозных соматических осложнений интоксикации следует назвать такие, как отек мозга в разной степени выраженности, сердечно-сосудистая недостаточность, гипоксия, токсико-аллергические реакции

##### **Рекомендуемое лечение**

Дезинтоксикационная терапия.

Симптоматическая терапия, направленная на поддержание жизненно важных функций и коррекцию соматических нарушений.

Мембранный плазмаферез в сочетании с БЛОК (с учетом соматических противопоказаний). Проводится один - два раза в сутки, в течение 2-3 дней. Объем удаляемой плазмы - 10-15% ОЦП, время экспозиции лазерного облучения - 10-15 минут.

Инфузионная терапия. Проводится с целью дезинтоксикации и для коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови, в объеме 10-20 мл/кг под контролем центрального венозного давления, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.

Витаминотерапия.

#### **12. Псевдоабстинентный синдром с выраженным**

##### **патологическим влечением к психоактивному веществу**

Встречается у больных, страдающих опийной, эфедрон-первитиновой наркоманиями, наркоманией к препаратам конопли, токсико-

манией вследствие употребления летучих органических соединений и алкоголизмом, а также сочетанными формами зависимости (опийно-эфедрановая, опийно-кокаиновая полинаркомания). Первые признаки ПАС обычно возникают в вечернее или ночное время. Характерны тахикардия, артериальная гипертензия, иногда гипертермия, блеск глаз. Психопатологические расстройства представлены тревогой, психомоторным возбуждением, инсомнией; часто отмечаются сны наркотического или угрожающего содержания. Фон настроения у больных отчетливо меняется на утро следующего дня: возникает особое депрессивное состояние, включающее сенесто-ипохондрические нарушения.

Во второй половине этого дня или вечером состояние еще более ухудшается, появляются жалобы, характерные для острого абстинентного периода различной степени выраженности, компульсивное влечение к наркотику или алкоголю, часто на неосознаваемом уровне. У больных с различными видами зависимости от ПАВ выделяется три клинических варианта ПАС в зависимости от преобладающего аффективного фона - тоскливо-апатический, тревожный, дисфороподобный.

#### **Рекомендуемое лечение**

Основные задачи терапии - купирование патологического влечения к ПАВ, вегетативных, неврологических и психопатологических нарушений, выведение из организма токсинов, нормализация эмоционального фона.

Психофармакотерапия направляется на коррекцию психических и вегетативных расстройств. После купирования компульсивного влечения комбинацией нейролептиков - галоперидола с аминазином или тизерцином - больным назначаются антидепрессанты. В случае преобладания тоскливо-апатического фона настроения наиболее эффективен мелипрамин; тревожности - людимила; дисфороподобных состояний - амитриптилин. Антидепрессанты назначаются в вечернее время, суточная доза вводится за один раз медленно, в разведении 400 мл физиологического раствора, в течение полутора-двух часов, курсом 7-10 дней. Начальная доза мелипрамина и амитриптилина - 100-150 мг в сутки. При необходимости суточная доза повышается до 250 мг. Людимила назначается в дозе 75-100 мг в сутки, с последующим повышением до 150 мг.

Мембранный плазмаферез в сочетании с БЛОК проводится один раз в сутки, начиная с появления первых признаков ПАС, в течение 3-4 дней. Объем удаляемой плазмы - 10-20% ОЦП, время экспозиции лазерного облучения - 10-15 минут. Затем следует курс ВЛОК общим количеством 8-10 процедур ежедневно один раз в день.

Инфузионная терапия применяется с целью детоксикации, нормализации гормонального и медиаторного обмена и коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств КЩС в объеме 5-10 мл/кг под контролем.

Симптоматическая терапия.

Витаминотерапия.

**13. Состояния, возникающие у наркологических больных в ходе стационарного лечения как побочные явления и осложнения при проводимой терапии (нейролептический синдром).**

**Резистентность к проводимой терапии**

К числу наиболее часто встречающихся побочных явлений в ходе терапии наркологических больных относятся: нейролептический синдром; делириозные расстройства, спровоцированные назначением различных холинолитических средств; выраженная интоксикация медикаментозными средствами; коллаптоидные состояния; выраженные соматические осложнения ввиду отрицательного влияния ряда психофармакологических средств на гемодинамику, желудочно-кишечный тракт и др. Другой аспект этой проблемы заключается в терапевтической резистентности части больных, так как зачастую именно резистентность больных к проводимой терапии, отсутствие положительной динамики заставляют прибегать к назначению все больших доз медикаментозных средств, что, в свою очередь, повышает риск возможных побочных явлений и осложнений.

Резистентность к проводимой терапии может быть также следствием индивидуальной реактивности организма, обуславливаясь большой длительностью заболевания, применением высоких доз психоактивных веществ и неадекватным назначением психотропных средств в ходе проводимого лечения. Медикаментозные методы преодоления резистентности к терапии служат объектом особого внимания в общепсихиатрической практике, некоторые из ее принципов могут быть использованы также и в наркологии: с этой целью назначаются иммуномодуляторы (например, декарис, левомизол, тималин и др.), инсулин, пирогенал и многие другие. Однако в наркологии одним из наиболее эффективных оказался метод экстракорпоральной дезинтоксикации (плазмаферез).

**Рекомендуемое лечение**

Основные задачи терапии - детоксикация, поддержание жизненно важных функций (прежде всего дыхания, кровообращения, диуреза), по возможности более полная нормализация нарушенного обмена веществ, прежде всего гормонального и медиаторного фона.

Дезинтоксикация, прежде всего экстракорпоральная (метод выбора - гравитационный плазмаферез; скорость вращения ротора центрифуги 3000 об/мин; время центрифугирования 9 мин, проводится дискретно, курсом в 3-4 сеанса в течение 2-3 дней, объем удаляемой плазмы - 10-20% ОЦП). Во время каждого сеанса проводится БЛОК, экспозиция 10-15 минут. Рекомендуется проведение 8-10 процедур ВЛОК ежедневно один раз в день.

Инфузионная терапия, направленная, прежде всего, на нормализацию гормонального и медиаторного обмена и коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств КЩС. Объем инфузии - 10-30 мл/кг в сутки под контролем.



Симптоматическая терапия, направленная на поддержание жизненно важных функций.

Терапия при резистентности к проводимой терапии в постабстинентном периоде: аутогемотерапия курсом в 5-10 инъекций, пирогенал 50-100 мкг в/м, курсом 10-30 инъекций; экстракт алоэ 1-2 мл п/к курсом 20-30 инъекций; гравитационный плазмаферез (скорость вращения ротора центрифуги 3000 об/мин; время центрифугирования 9 мин.; дискретно, курсом в 2-3 сеанса в течение 2-3 дней; объем удаляемой плазмы - 20-30% ОЦП). Во время каждого сеанса проводится БЛОК, экспозиция 10-15 минут.

#### **14. Судорожные состояния у больных хроническим алкоголизмом, токсикоманиями и наркоманиями**

Судорожные состояния в наркологической практике можно наблюдать при острых интоксикациях различными психоактивными веществами, в абстинентном периоде, постабстинентном состоянии и даже в ремиссии. Наиболее опасны в плане возникновения спонтанной судорожной активности интоксикации летучими органическими соединениями, особенно фосфоросодержащими (хлорофос, дихлофос и пр.), препаратами с выраженным центральным холинолитическим действием (циклодол, трициклические антидепрессанты), психостимуляторами (кокаин, эфедрой), реже - интоксикации алкоголем, опиатами, бензодиазепинами и нейролептиками - производными фенотиазина. Судорожные припадки могут наблюдаться в абстинентном периоде (чаще в его начале), что наиболее характерно для хронического алкоголизма, нарко- и токсикомании вследствие употребления снотворных и седативных веществ.

При острых интоксикациях психостимуляторами судорожная активность обусловлена возбуждением ЦНС и, возможно, снижением порога судорожной активности вследствие предшествующей хронической интоксикации. В этом случае судороги носят клонический характер и наиболее опасны возможностью развития аспирации и асфиксии, а также травмами, возникающими у больных при падении. При острой интоксикации другими психотропными средствами судороги развиваются обычно вследствие выраженной гипоксии головного мозга. Припадки при этом чаще бывают единичными, реже серийными, носят тонико-клонический характер.

В абстинентном периоде наблюдаются самые различные пароксизмальные расстройства: развернутые тонико-клонические припадки, бессудорожные пароксизмы измененного сознания, миоклонические подергивания без расстройств сознания и другие. Наиболее опасен в плане развития судорожной активности начальный период отмены снотворно-седативных препаратов. Судороги носят генерализованный тонико-клонический характер, велик риск развития эпилептического статуса. Различные пароксизмы часто развиваются у больных алкоголизмом также в период отмены алкоголя, особенно после предшествую-

щего длительного запоя с употреблением высоких доз спиртных напитков и суррогатов.

Поскольку возникновение судорожного припадка, а, тем более, эпилептического статуса у наркологических больных может привести к нарушению жизненно важных функций, лечение следует начинать с проведения интенсивной терапии, направленной на восстановление дыхания, сердечной деятельности (восстановление проходимости дыхательных путей, при необходимости - искусственное дыхание; непрямой массаж сердца). Затем следует перейти к лечению состояния, вызвавшего припадки.

При острых интоксикациях психостимуляторами больному назначается инфузионная (в объеме 20-30 мл на кг веса с обязательным контролем диуреза и ЦВД) и противосудорожная терапия (диазепам 10-20 мг в/в медленно; при неэффективности - 300-500 мг тиопентала натрия или гексенала в/м). При острых интоксикациях другими психоактивными веществами - оксигенотерапия, инфузионная терапия в минимальном объеме, профилактика и лечение отека мозга (сердечные гликозиды, фуросемид, глюкокортикоиды). Эффективна также экстракорпоральная детоксикация; там, где это возможно, применяются антидоты - налоксон при опийной; анексат при бензодиазепиновой интоксикациях.

При возникновении судорог в остром абстинентном периоде назначается противосудорожная терапия (см. судорожные припадки при острой интоксикации психостимуляторами), дегидратационная терапия (фуросемид 10-20 мг в/в; сернокислая магнезия 25% 7-10 мл на 40% глюкозе 5-10 мл в/в), проводится лечение абстинентных расстройств. В дальнейшем обязательно применяются антиконвульсанты длительным курсом, а также препараты, повышающие устойчивость мозга к гипоксии (ноотропы - фенибут, семакс), проводится сосудистая терапия (циннаризин, трентал, инстенон) для улучшения снабжения мозга кислородом.

## Глава 5. Механизмы развития, клинические формы и терапия соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации

*В.П.Нужный, П.П.Огурцов*

Хроническая **алкогольная интоксикация** (ХАИ) представляет собой патологическое состояние, развивающееся при систематическом (1 раз в неделю и чаще) употреблении алкоголя в дозах, превышающих уровень его "базального" метаболизма, на протяжении длительного периода времени (1 год и более). Понятие "базального", или "исходного" метаболизма характеризует то количество однократно принятого этанола, которое может быть утилизировано в организме таким образом, что весь образующийся при этом ацетальдегид успевает окислиться по месту его образования (печень, почки, легкие), не поступая в общий кровоток. Для здорового человека величина "базального" метаболизма составляет около 1 г/кг массы тела.

При ХАИ нередко развивается **алкогольная болезнь**, которая может приобрести вид практически любой как соматической, так и психической патологии с преимущественным поражением так называемых "органов-мишеней" и развитием угрожающих жизни состояний.

Эпизодический прием алкогольных напитков к рассматриваемой проблеме прямого отношения не имеет из-за практической тождественности трезвому образу жизни. Эпизодическим считается употребление алкоголя реже, чем 1 раз в неделю. Разумеется, отдельный эпизод приема алкоголя может иметь для малопьющего индивидуума тяжелые медицинские или социальные последствия. Однако это не будет по определению считаться следствием состояния ХАИ.

Главным и неизменным фактором на протяжении всей жизни человека, определяющим устойчивость к алкоголю, является генетически запрограммированная активность окисляющих алкоголь ферментов. При определенной наследственной предрасположенности потребление алкоголя даже в относительно небольших дозах сопровождается повышенным риском токсических осложнений.

Существует пять генетически обусловленных изоэнзимов АДГ (от АДГ1 до АДГ5) и восемь АлДГ (от АлДП до АлДГ8). Наибольшее влияние на метаболизм этанола способны оказывать АДГ2 и АлДГ2. Их аллельные изоформы АДГ2\*2 и АлДГ2\*2 обладают аномальной активностью, ведущей к накоплению в организме ацетальдегида при поступлении экзогенного алкоголя. В частности, гомо- и гетерозиготные формы АДГ2 (АДГ2\*2/\*2 и АДГ2\*1/\*2) обладают 20- и 10-кратной активностью по сравнению с обычной алкогольдегидрогеназой и способны вызывать гиперпродукцию ацетальдегида. Гомо- и гетерозиготные изоварианты АлДГ2\*2 (АлДГ2\*2/\*2 и АлДГ2\*1/\*2) с активностью, близкой к нулевой, задерживают дальнейшее окисление альдегида в ацетат, вызывая 20-кратное повышение уровня ацетальдегида в крови.

У людей с данными генотипами существенно повышен риск и снижен количественный порог отравлений алкоголем, лёгочных заболеваний, острого и хронического панкреатита, гепатита и цирроза печени, приступов стенокардии, рака ротовой полости, пищевода, желудка, толстого кишечника, лёгких. При этом у носителей генов ферментов с аномальной активностью уменьшается риск алкогольной зависимости в связи с субъективно неприятными ощущениями разной степени выраженности, возникающими у них при употреблении даже незначительных доз алкоголя, - чувством жара, сердцебиения, тошноты. Плохая переносимость алкоголя возникает независимо от того, какой фермент аномален - АДГ или АлДГ, либо оба фермента одновременно.

Частота аллелей АДГ2\*2 и АлДГ2\*2 весьма велика в монголоидных популяциях Северо-Восточной Азии (японцы, китайцы, корейцы, вьетнамцы, тайцы, филиппинцы, малайцы, буряты, алтайцы). Для АДГ2\*2 она составляет 85-20%, для АлДГ2\*2 - 30-0%. Япония, где потребление алкоголя в значительной мере ритуализировано и остаётся пока одним из самых низких на планете (6 л чистого алкоголя на человека в год), тем не менее, опережает ряд наиболее "пьющих и курящих" стран Европы и США по частоте циррозов печени, хронических заболеваний лёгких, злокачественных опухолей желудка, пищевода. У монголоидов выявлено снижение концентрационного порога острых алкогольных отравлений. В Западной и Центральной Европе распространённость этих аллелей достаточно мала: 5,4-0% и 0,9-0%.

Необходимо иметь в виду, что длительное, систематическое употребление алкоголя может выступать в качестве фактора, препятствующего развитию ряда патологических процессов. Протективное, защитное действие малых доз алкоголя, по имеющимся в настоящее время данным, ограничивается узким спектром соматической патологии - в основном, острыми сосудистыми катастрофами в пожилом возрасте.

Способность алкогольных напитков в определенном диапазоне доз оказывать положительное действие на организм остро ставит вопрос определения зон безопасного и рискованного употребления алкоголя. Границы безопасного употребления алкоголя, по мнению отдельных специалистов и экспертных групп, колеблются в среднепопуляционных пределах 20-60 г/сутки условного чистого 100%-го этанола для мужчин и 10-40 г/сутки для женщин. Систематическое потребление алкоголя, превышающее эти лимиты, значительно увеличивает риск развития токсических поражений (цирроза печени, кардиомиопатии и др.).

Таким образом, исчисление границ соматического риска основывается на способности определенных доз алкоголя индуцировать соматическую патологию, а не алкоголизм. Предполагается, что риск развития алкогольной зависимости (алкоголизма) в большинстве случаев подразумевает длительное систематическое потребление алкоголя в существенно больших токсических дозах. Этого требует "спутник" алкогольной зависимости - толерантность. Следовательно, минимальные дозы риска алкогольбусловленных расстройств здоровья - это, прежде все-

го, те минимальные дозы, систематическое употребление алкоголя в которых способно вызвать ту или иную сомато-неврологическую патологию.

Разумеется, в отдельных случаях неблагоприятные изменения в организме могут возникать и при меньших дозах и, наоборот, не проявлять себя при значительном их превышении. Поэтому категоричность в определении границ безопасного бытового потребления алкоголя не всегда оправдана в связи с различной индивидуальной чувствительностью к алкоголю, индивидуальными и популяционными особенностями пищевого рациона, а также другими обстоятельствами, сопутствующими употреблению алкогольных напитков.

**Сомато-неврологическая патология при хронической алкогольной интоксикации.** Значение ХАИ в развитии соматоневрологической патологии достаточно известно и нашло, в частности, свое отражение в Международной классификации болезней и причин смерти последнего 10-го пересмотра, где фигурируют поражения печени, сердца, желудка, поджелудочной железы, нервной системы, связанные с употреблением алкоголя (**табл. 1-2**).

Между тем, алкогольобусловленная соматическая патология далеко не исчерпывается перечнем заболеваний с "узаконенной" согласно МКБ алкогольной этиологией.

Например, хорошо известны случаи алкогольного поражения сердца, которое может протекать с кардиалгиями и изменениями реполяризации на ЭКГ (псевдоишемическая форма), нарушениями ритма (синдром "праздничного сердца") и/или тяжелой сердечной недостаточностью. Характерным симптомом алкогольной болезни является транзиторная артериальная гипертензия. Полагают, что у 25-35% мужчин среднего возраста причиной легкой или умеренной гипертензии является регулярное употребление алкоголя.

Масштабы потребления алкогольных напитков в стране, "северный тип" потребления алкоголя в субтоксических и токсических дозах, особенности алкогольного рынка (чрезвычайно низкий удельный вес натурального виноградного вина и пива в структуре потребления), широкий размах самогоноварения и большое количество фальсифицированной винно-водочной продукции отечественного и импортного производства позволяют с уверенностью предполагать, что алкоголь является одним из ведущих этиологических факторов развития и потенцирования разнообразных соматических заболеваний среди населения Российской Федерации.

Многочисленные исследования показали, что ХАИ повышает риск возникновения большого числа заболеваний, напрямую не связанных с алкоголем и не имеющих согласно МКБ-10 алкогольной природы. В отношении большинства таких патологических состояний алкоголь выступает в качестве кондиционального фактора (**табл. 3**).

Обращение по поводу перечисленной патологии, особенно в молодом трудоспособном возрасте должно быть поводом для "алкогольной" настороженности врача.

Таблица 1

**Заболевания и проблемы, связанные со здоровьем, алкогольной  
этиологии (согласно МКБ-10)**

| <b>НОЗОЛОГИЯ</b>   | <b>Шифр по МКБ-10</b> |
|--|-----------------------|
| Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя   | F10                   |
| Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем   | G31.2                 |
| Алкогольная полиневропатия   | G62.1                 |
| Алкогольная миопатия   | G72.1                 |
| Алкогольная кардиомиопатия   | I42.6                 |
| Алкогольная болезнь печени   | K70                   |
| Алкогольный гастрит  | K29.2                 |
| Хронический панкреатит алкогольной этиологии   | K86.0                 |
| Алкогольный синдром у плода (дизморфия)  | O86.0                 |
| Обнаружение алкоголя в крови   | R78.0                 |
| Токсическое действие алкоголя  | T51.0                 |
| Случайное отравление и воздействие алкоголем   | X45                   |
| Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем  | X65                   |
| Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями   | Y15                   |
| Доказательство влияния алкоголя, определенного по его содержанию в крови   | Y90                   |
| Доказательство влияния алкоголя, определенного по степени опьянения  | Y91                   |
| Тест на содержание в крови алкоголя и наркотических веществ  | Z04.0                 |
| Специальное скрининговое обследование с целью выявления психических расстройств и нарушений поведения (алкоголизм, депрессия, умственная отсталость) | Z13.3                 |
| Реабилитация лиц, страдающих алкоголизмом  | Z50.2                 |
| Консультирование и наблюдение по поводу алкоголизма  | Z71.4                 |
| Проблемы, связанные с образом жизни (употребление алкоголя)  | Z72.1                 |
| В семейном анамнезе - алкогольная зависимость  | Z81.1                 |

Чаще всего состояние ХАИ проявляется комплексом физических и лабораторных симптомов, встречающихся при систематическом массивном потреблении алкоголя и отражающих его органические последствия (**табл. 4**).

Патогномоничных признаков, специфичных для злоупотребления алкоголем, пока не выявлено. Так, наличие отдельных из перечисленных физических и лабораторных маркеров ХАИ у пожилых пациентов следу-

Таблица 2

**Алкогольная болезнь печени (K70 согласно МКБ-10)**

|   | <b>Шифр по МКБ-10</b> |
|---|-----------------------|
| Алкогольная жировая дистрофия печени    | K70.0                 |
| Алкогольный гепатит                     | K70.1                 |
| Алкогольный фиброз и склероз печени     | K70.2                 |
| Алкогольный цирроз печени               | K70.3                 |
| Алкогольная печеночная недостаточность  | K70.4                 |
| Алкогольная болезнь печени неуточненная | K70.9                 |

Таблица 3

**Патология с повышенным риском возникновения на фоне ХАИ, но не имеющая (согласно МКБ-10) алкогольной природы****Нервная система**

Менингит  
Геморрагический инсульт  
Синдром Марчиафава-Биньями (расплавление мозолистого тела с деградацией личности и быстрым летальным исходом)  
Бессонница  
Ночное апноэ  
Судорожный синдром

**Сердечно-сосудистая система**

Артериальная гипертония  
Синдром "праздничного сердца" - нарушение сердечного ритма  
Синдром сердечной недостаточности

**Дыхательная система**

Пневмония  
Нагноительные заболевания легких (абсцесс, эмпиема)  
Бронходеформирующие заболевания (деформ. бронхит, бронхоэктазы)  
Туберкулез легких

**Пищеварительная система**

Острый панкреатит  
Синдром Зиве (сочетание тяжелой гипохромной анемии, поражения печени, гиперлипидемии с последующим развитием психоорганического синдрома)  
Синдром Мэллори-Вейсса (линейные разрывы слизистой и подслизистого слоя на стыке пищевода и желудка с кровотечением)  
Синдром Берхава (разрыв всех слоев пищевода с развитием интрамуральной гематомы)  
Рефлюкс-эзофагит  
Рак ротоглотки, пищевода, печени  
Затяжное и осложненное течение язвенной болезни  
Синдром нарушенного всасывания  
Портальная гипертензия  
Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

Таблица 3 (окончание)

Патология с повышенным риском возникновения на фоне ХАИ,  
но не имеющая (согласно МКБ-10) алкогольной природы

|   |
|---|
| <b>Эндокринная система и метаболизм</b>   |
| Ожирение<br>Гипогонадизм - снижение либидо, тестикулярная атрофия, олигоспермия, снижение оволосения по мужскому типу<br>Феминизация - гинекомастия, оволосение и распределение жира по женскому типу<br>Нарушения менструального цикла<br>Гипогликемия<br>Кетоацидоз<br>Остеопороз<br>Подагра<br>Асептический некроз шейки бедра |
| <b>Почки и урогенитальная система</b>   |
| IgA - зависимый нефрит, гематурия<br>Рак молочной железы<br>Импотенция  |
| <b>Кожа и подкожная клетчатка</b>   |
| Псориаз<br>Абсцессы, флегмоны   |
| <b>Кровь</b>  |
| Тромбоцитопения   |
| <b>Взаимодействие лекарственных веществ и алкоголя</b>  |
| Склонность к непереносимости лекарств<br>Снижение эффективности лекарственной терапии   |
| <b>Травмы (в том числе общее переохлаждение), отравления, несчастные случаи</b>   |

ет оценивать крайне осторожно в связи с, как правило, неизбежным возрастным накоплением соматоневрологического неблагополучия, проявлением которого могут быть большинство из перечисленных признаков. Так, например, контрактура Дююитрена, полинейропатия, повышение или снижение массы тела, гепатомегалия, артериальная гипертензия встречаются при сахарном диабете, тремор - при паркинсонизме.

Инструментальное и гистологическое исследование могут выявить патологию, характерную для ХАИ (табл. 5).

#### **Алкогольная болезнь печени**

Изучение влияния хронической алкогольной интоксикации на внутренние органы исторически началось с изучения действия алкоголя на печень. Уже в XIX в Рене Лазнеком было описано клинически и морфологически неблагоприятное действие этанола на этот орган. Однако к настоящему времени полностью патогенез алкогольного поражения печени точно не установлен. Остаются труднообъяснимыми различия в



Таблица 4

**Наиболее характерные физические и лабораторные изменения  
при ХАИ**

|   |
|---|
| Ожирение  |
| Дефицит массы тела                                  |
| Транзиторная артериальная гипертензия               |
| Тремор  |
| Полинейропатия                                      |
| Мышечная атрофия                                    |
| Гипергидроз   |
| Гинекомастия  |
| Увеличение околоушных желез                         |
| Обложенный язык                                     |
| Наличие татуировки                                  |
| Контрактура Дюпюитрена                              |
| Венозное полнокровие конъюнктивы                    |
| Гиперемия лица с расширением сети кожных капилляров |
| Гепатомегалия                                       |
| Телеангиоэктазии                                    |
| Пальмарная эритема                                  |
| Следы травм, ожогов, костных переломов, отморожений |
| Увеличение активности ГГТ 85 ед./л                  |
| Увеличение СКОЭ >95-100 fl                          |

характере течения и исходах **хронических заболеваний печени (ХЗП)** у лиц, злоупотребляющих алкоголем. С одной стороны, развитие тяжёлых поражений печени у регулярных потребителей алкоголя в большинстве случаев связывают с алкогольным фактором, а с другой - по крайней мере, у трети злоупотребляющих алкоголем лиц не удаётся обнаружить морфологические изменения в печени, иногда даже и жировой дистрофии. Лишь 10-25% больных алкоголизмом заболевают циррозом печени в течение своей жизни. Вероятно, различия в течении ХЗП на фоне злоупотребления алкоголем могут быть опосредованы другими экзогенными и эндогенными ко-факторами. К ним относят неполноценное (малобелковое) питание, частое употребление в пищу свинины. Поражение печени достоверно ускоряется при сочетании алкоголя с лекарствами, обладающими собственной гепатотоксичностью, - изониазидом, тетрациклинами, анаболическими стероидами, пероральными контрацептивами, парацетамолом. Известны патогенная роль эстрогенов, женского фенотипа в целом в прогрессировании **алкогольной болезни печени (АБП)** и, наоборот, защитное действие гиперандройдного фенотипа у мужчин.

Таблица 5

**Инструментальные и гистологические проявления ХАИ**

|   |
|---|
| Атрофия коры головного мозга при расширении его желудочков в трудоспособном возрасте (КТ)   |
| Бледность соска зрительного нерва (офтальмоскопия)  |
| Эрозивный эзофагит абдоминального отдела пищевода (ЭГДС)  |
| Рубцовое сужение пищевода, полипоз и рак пищевода (ЭГДС, рентген)   |
| Атрофический гастрит, эрозии преимущественно малой кривизны желудка (ЭГДС)  |
| Линейные разрывы слизистой и подслизистого слоя на стыке пищевода и желудка (ЭГДС)  |
| Разрыв всех слоев пищевода, развитие интрамуральной гематомы (ЭГДС)   |
| Медиастинит нетравматического происхождения (рентген)   |
| Индурация поджелудочной железы с калькулезом или кистозной дегенерацией (УЗИ)   |
| Жировой гепатоз, жировая дистрофия гепатоцитов (биопсия)  |
| Фиброз печени, центролобулярный и околовенный фиброз гепатоцитов, алкогольный гиалин (тельца мэллори), капилляризация синусоидов (биопсия)                              |
| Мелкоузловой или смешанный (мелко-крупноузловой) цирроз печени (лапароскопия)   |
| Кисты (УЗИ), выраженная атрофия (уменьшение фолликулярного аппарата по УЗИ), фиброз яичников с увеличенным количеством атретичных (белых) тел (лапароскопия с биопсией) |
| Следы костных переломов (рентген)   |
| Хронический бронхит, деформация бронхов, бронхоэктазы (рентген, бронхоскопия)   |
| Абсцесс легких, абсцедирующая пневмония, эмпиема (рентген, бронхоскопия)  |
| Артериосклероз в сочетании со слабовыраженным атеросклерозом  |
| Умеренная гипертрофия миокарда в сочетании с выраженным мелкоочаговым кардиосклерозом, ожирение сердца, артериосклероз коронарных артерий                               |
| Жировая и белковая дистрофия кардиомиоцитов, лизис и фрагментация мышечных волокон  |

В последние годы в качестве дополнительных факторов риска ХЗП активно обсуждаются генетический полиморфизм метаболизирующих алкоголь ферментов и вирусы гепатита. Имеются данные, что наличие в генотипе аллелей АДГ2\*2 и АлДГ2\*2, кодирующих синтез алкоголь- и альдегиддегидрогеназы с аномальной активностью и ведущих к гиперпродукции ацетальдегида в печени, повышает риск АБП. Алкогольные эксцессы усиливают репликацию вирусов гепатита В и С и интеграцию их ДНК-содержащих геномов (вирус гепатита В) в геном гепатоцитов,

что ведёт к сочетанному, то есть ускоренному и более тяжёлому поражению печени. Благодаря расширившимся возможностям идентификации вирусных агентов (в первую очередь методом ПЦР) всё чаще при алкогольных поражениях печени находят маркёры инфицирования вирусами гепатита. Гистологические исследования ткани печени у больных алкоголизмом, инфицированных и неинфицированных вирусами гепатита, в том числе электронно-микроскопические, часто констатируют неопределённый или смешанный ("вирусно-алкогольный") характер поражения. Чем тяжелее поражение печени (гепатит, цирроз), тем труднее морфологически определить ведущую причину болезни.

Этанол оказывает комплексное действие на гепатоциты, интерстициальную ткань печени, эндотелий печеночных сосудов, значительно изменяет нормальные метаболические процессы в органе, вызывая как микроскопические, так и макроскопические повреждения. Необходимо отметить, что сначала эти изменения потенциально обратимы при прекращении алкоголизации, однако в дальнейшем приобретают необратимый характер. Часто регулярный прием алкоголя сочетается с вирусным поражением печеночной ткани, взаимно утяжеляя патологическое действие. Последнее подтверждается данными гистологического и иммунологического изучения биоптатов печеночной ткани.

В своем развитии алкогольная болезнь печени проходит ряд этапов:

- алкогольный стеатоз, или жировое перерождение печени;
- алкогольный гепатит, манифестирующий в виде острого гепатита или обострений хронического процесса;
- алкогольный цирроз печени - хроническое прогрессирующее состояние с однозначно плохим прогнозом.

Кроме того, алкоголь вызывает перивенулярный фиброз или веноокклюзионную болезнь.

**При алкогольном стеатозе (АС)** выявляется гепатомегалия, умеренное повышение активности АСТ, АЛТ, ГГТ. Полное воздержание от приема алкоголя способно вызвать регрессию как клинических, так и морфологических проявлений АС.

**Острый алкогольный гепатит (ОАГ)** развивается обычно при так называемой «кутежной» форме потребления алкоголя, то есть когда имеющаяся функциональная способность печени не может обеспечить метаболизм индивидуально токсической дозы этанола. Обычно ОАГ начинается одновременно с алкогольным абстинентным синдромом. В клинике ведущими расстройствами является желтуха, повышение температуры тела, вегетативные симптомы (тремор, потливость). У большей части больных развиваются те или иные нарушения сознания в виде возбуждения или, наоборот, сонливости, заторможенности. Наблюдаются тошнота, рвота, абдоминалгии. При физикальном обследовании выявляется увеличенная, слегка болезненная печень. Встречается фульминантная форма ОАГ с крайне неблагоприятным прогнозом, когда быстро прогрессируют признаки печеночной комы и без интенсивной терапии, часто - без протезирования функции печени (аппарат "искусственная печень"),

наступает летальный исход. В случае тяжелых форм ОАГ возникают отечно-асцитический (вследствие синусоидального типа портальной гипертензии) и геморрагический синдромы, иногда гепато-ренальный синдром. Лабораторными исследованиями выявляется гиперхолестеринемия, повышение активности АСТ, АЛТ, ГГТ (до 3-5 норм), причем отношение АСТ/АЛТ > 2; нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Интенсивная терапия ОАГ включает немедленную госпитализацию больного и производится параллельно с диагностическим поиском для определения иных, кроме алкоголизации, причин развития гепатита. Начинают инфузию 10%-ной глюкозы до 800 мл с добавлением 10 мл гептрала, который эффективно купирует также проявления абстинентного синдрома. В/в вводят аскорбиновую кислоту, витамины группы В. Проведенные исследования показали, что применение преднизолона при тяжелом течении ОАГ вызывает достоверное увеличение краткосрочной выживаемости, поэтому целесообразно его назначение в дозе до 300 мг/сут. в течение 3 дней - с дальнейшим переходом на пероральный прием в постепенно снижающихся суточных дозах. При неблагоприятном течении заболевания следует решить вопрос об экстракорпоральных методах лечения больного.

**Обострения хронического алкогольного гепатита (ХАГ)** наступают обычно при длительном потреблении алкоголя и вызваны тяжелыми морфологическими изменениями ткани печени. Как уже говорилось, ХАГ обычно протекает на фоне вирусного поражения печени, поэтому его клиника не отличается от обострения вирусного гепатита. Терапия данного состояния включает полное воздержание от алкоголя и принципиально не отличается от лечения ОАГ.

**Алкогольный цирроз печени (АЦП)** - конечная стадия АБП, наступает обычно при потреблении 100-120 г чистого алкоголя в сутки на протяжении 10-15 лет. Изменения печени вызывают нарушения состояния также других органов и систем, что помогает в постановке диагноза АЦП. На практике полезно определение так называемых «алкогольных стигм», представленных в таблице 4 (см. выше).

При наличии нескольких из вышеприведенных признаков можно с уверенностью предполагать АБП. В пользу такого предположения говорит также наличие других типичных «алкогольных» поражений: полиневриты, полинейропатия, миопатия, кардиомиопатия, характерные изменения психики, хронический панкреатит и др. При АЦП увеличен среднecорпускулярный объем эритроцитов, наблюдается выраженное повышение активности ГГТ. Получить точное подтверждение алкогольной этиологии заболевания можно получить только при морфологическом изучении биоптатов печени.

Неотложная помощь при АЦП связана, в основном, с наличием следующих симптомокомплексов: печеночная энцефалопатия и портальная гипертензия.

**Печеночная энцефалопатия (ПЭ)** - изменение нервно-психической сферы вследствие нарушений функции печени. Патогенез ПЭ сложен и

включает в себя печеночно-клеточную недостаточность, портосистемное шунтирование; обычно оно провоцируетсяотягчающими факторами: продолжающимся потреблением алкоголя, диетой с высоким содержанием белка, желудочно-кишечным кровотечением, сопутствующей патологией почек и инфекционными осложнениями, особенно септического характера.

Начальными проявлениями ПЭ обычно являются легкая эйфория и инверсия сна (сонливость днем при бодрствовании в ночное время), изменения почерка, нарушения сложных движений и пространственного мышления. В дальнейшем присоединяются изменения голоса (он становится более монотонным, невнятным), астериксис - «хлопающий тремор» кистей рук, невозможность удержать их в неподвижном состоянии, усиление сухожильных рефлексов. Прогрессируют нарушения сознания: спутанность, сопор, легкая кома, глубокая кома. ПЭ может быстро прогрессировать при наличии отягчающих факторов.

Неотложная помощь заключается в возможно быстром устранении причин прогрессирования ПЭ; уменьшают всасываемость азота в кишечнике путем повторной постановки клизм, назначения лактулозы (дюфалак, нормазе), антибиотиков, плохо всасывающихся из кишечной трубки (неомицин до 4,0/сут.), антисептика - метронидазола по 0,25 2 раза в день. Вводят L-орнитин по 20 мг 4 раза в сутки парентерально.

Имеются данные, что назначение флумазенила изменяет в благоприятную сторону нейрохимические процессы в головном мозге, приводящие к ПЭ. Проводят адекватную инфузию для поддержания водно-электролитного и энергетического баланса в организме, резко уменьшают количество вводимого белка. Осуществляют профилактику энцефалопатии Гайе-Вернике. Особое внимание при коматозных состояниях уделяют полноценному уходу за больными.

**Портальная гипертензия (ПГ)** при АБП является синусоидальной при ОАГ и АЦП. В случае возникновения так называемого центрального алкогольного гиалинового склероза можно говорить о **постсинусоидальной форме ПГ**. Основным клиническим проявлением ПГ служит наличие варикозно расширенных вен в области перехода пищевода в желудок и геморроидальных вен. Поэтому основными мероприятиями при ПГ являются профилактика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. Тяжесть и прогноз при ПГ тесно коррелируют с уровнем печеночно-клеточной функции по классификации Чайлд-Пью. При сочетании ПГ с печеночно-клеточной недостаточностью возникает асцит - накопление свободной жидкости в брюшной полости. Одним из патогенетических факторов его развития является снижение белково-синтетической функции печени. Для эффективного лечения асцита у больных с гипоальбуминемией показано переливание альбумина. Поскольку одним из принципов лечения этого состояния является назначение спиролактонов (верошпирон) и петлевых диуретиков (фуросемид), следует помнить, что избыточный диурез является одним из факторов риска обострения ПЭ. Практикующееся назначение альбумина после парацентезов с получением большого

количества асцитической жидкости также может спровоцировать ПЭ. Асцит может осложниться развитием спонтанного бактериального перитонита. В случае ПГ необходимо решить вопрос о шунтирующей операции, производство которой в ранние сроки значительно улучшает прогноз.

Всем больным с АБП показано стойкое воздержание от алкоголя как в моменты ее обострения, так и при клинической ремиссии.

Алкогольный синдром плода. Алкоголь и его метаболит ацетальдегид проникают через плаценту путем простой диффузии, обладают тератогенным действием. Их негативное воздействие на плод реализуется в результате прямого и опосредованного токсического действия. Последнее осуществляется благодаря токсическому действию на стенки сосудов плаценты, приводя к их спадению, запустеванию и нарушению питания плода.

При употреблении алкоголя женщинами во время беременности может возникать особый тип патологии - алкогольный синдром плода (АСП), включающий сочетание специфических лицевых и других внешних физических деформаций, органические аномалии (например, кардиомиопатия), структурные или функциональные нарушения со стороны головного мозга.

Не все дети от потребляющих алкоголь матерей рождаются с проявлениями АСП. Частота проявлений АСП варьирует от 0,1 до 40% и зависит от генетического полиморфизма окисляющих алкоголь ферментов матери и плода, других наследственных, пищевых, социальных и иных факторов (в том числе токсического действия алкоголя на сперматозоидные клетки отца).

Минимальными диагностическими признаками, характерными для АСП, считаются:

1. Пренатальная и/или постнатальная гипотрофия.
2. Вовлечение центральной нервной системы:
  - А. Симптомы поражения центральной нервной системы.
  - Б. Задержка психического развития.
  - В. Микроцефалия (окружность головы ниже 3 перцентилей).
3. Характерный лицевой дизморфизм:
  - А. Микрофтальмия и/или короткие глазные щели.
  - Б. Короткий фильтр, тонкая верхняя губа и/или недоразвитие верхней челюсти.

Следует помнить, что сочетание лицевого дизморфизма, задержки развития и неврологической симптоматики характерно не только для АСП. Схожими по симптоматике являются: фетальный гидантоиновый синдром у детей, матери которых принимали во время беременности противосудорожные препараты; симптомокомплекс у детей от матерей с фенилкетонурией; синдром Корнелия де Ланге; синдром Нунан. Без четких данных о злоупотреблении алкоголем матери отличить АСП от этих синдромов достаточно сложно. Считается, что приём матерью на любом этапе беременности от 15 мл алкоголя в день (в пересчете на традиционные алкогольные напитки - рюмка водки, полстакана сухого вина или бокал пива) делает высоковероятным токсическое действие алкоголя на плод.

Подобный симптомокомплекс может возникать при курении беременных (табачный синдром плода), употреблении ими наркотиков, генных мутациях и хромосомных aberrациях.

Новорожденные с ДСП часто нуждаются в неотложной помощи. Эти дети рождаются обычно в состоянии асфиксии. У них отмечается накопление в крови недоокисленных продуктов обмена веществ. У трети больных выявляется желтуха, требующая срочного заместительного переливания крови.

У детей с АСП в результате внезапного лишения их алкоголя сразу после рождения наблюдается развитие характерных симптомов абстиненции. В течение первых 24 часов жизни, а у большинства - в течение 6-12 часов после рождения появляются учащенное дыхание, повышенная реакция на раздражители (особенно звуковые), дрожание пальцев рук, судороги (у половины детей - с временной остановкой дыхания), иногда - вздутие живота, рвота. Это - **абстинентный синдром новорожденного**. Он является дополнительным стрессовым воздействием на центральную нервную систему ребенка и вызывает дальнейшее её повреждение.

Новорожденные в дальнейшем отказываются брать грудь, плохо набирают массу. В связи с тем, что у детей с АСП возникновение патологических изменений в значительной степени связано с повреждающим действием стрессовой реакции, характеризующейся катаболической направленностью обмена веществ, в ее комплексную терапию целесообразно включать препараты, усиливающие функции лимитирующих стресс механизмов. К числу таких препаратов относятся бета-блокаторы. Они ослабляют влияние симпатических импульсов и циркулирующих в крови катехоламинов на  $\alpha$ -рецепторы в сердце, сосудах и других органах, проникают через гематоэнцефалический барьер, уменьшая тем самым влияние симпатической нервной системы на органы и ткани организма не только за счёт периферических, но и центральных механизмов. В частности, имеется положительный клинический опыт применения обидана в рамках комплексной терапии фетопатий. Препарат применялся в средней терапевтической дозе 0,5 мг/кг массы тела в сутки в утренние часы, что удовлетворительным образом снижало тонус симпатической нервной системы. При необходимости доза повышалась до 0,75 мг/кг в сутки. После лечения у детей отмечалось снижение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, улучшалось физическое развитие, увеличивалась прибавка массы тела.

Алкогольный панкреатит (АП) - серьезное осложнение хронической интоксикации алкоголем, сопровождающееся высоким уровнем летальности и характеризующееся болями в животе, синдромом нарушенного всасывания, нарушением обмена глюкозы и часто требующее оказания неотложной хирургической помощи.

Наиболее распространенной клинической характеристикой панкреатита является его разделение на **«острый панкреатит» (ОП)** и **«хронический панкреатит» (ХП)**. При ОП в результате воспалительных изменений в ткани поджелудочной железы наблюдается резкое повышение

уровня панкреатических ферментов на фоне абдоминальной боли. Изменения в железе являются потенциально обратимыми, возможно полное восстановление ее функций при условии элиминации патологического агента (например, желчных камней). ХП характеризуется прогрессирующим снижением экзокринной и эндокринной функций железы вследствие необратимых анатомических изменений в тканях поджелудочной железы.

В последнее время наиболее распространенной версией развития АП является гипотеза «некроза-фиброза», заключающаяся в дебюте АП как потенциально полностью обратимого ОП, который при продолжении алкоголизации ведет к хроническому необратимому изменению железы и проявляется в виде обострения ХП. Эта гипотеза подтверждается как лабораторными исследованиями, так и данными патоморфологического изучения. Так, при аутопсии пациентов с АП отмечено, что более чем в 53% случаев отсутствуют хронические изменения в поджелудочной железе. Однако утверждения о АП как о форме ХП также имеют доказательства в виде обнаружения фиброза и кальцификации в железе при радионуклидном исследовании лиц, злоупотребляющих алкоголем без клинических проявлений АП.

Данные о факторах, предрасполагающих к развитию АП, противоречивы. Доказанным является лишь тот факт, что АП развивается при условии ежедневного потребления 100-120 г алкоголя в течение 8-12 лет. Описаны, однако, единичные случаи начала АП после однократного обильного возлияния без предшествующего длительного алкогольного анамнеза.

Патогенез АП включает в себя прямое действие алкоголя на сфинктер Одди (теории желчно-панкреатического рефлюкса, дуодено-панкреатического рефлюкса и стимуляции-обструкции), прямое действие на протоки железы, особенно небольших размеров, ведущее к ацинарной атрофии и фиброзу, возможное увеличение литостатина в панкреатическом секрете. Описаны непосредственное действие алкоголя на ацинарные клетки, повышение уровня лизосомальных и пищеварительных ферментов, роль окислительного стресса. Неблагоприятное действие оказывают также метаболиты алкоголя, такие, как ацетальдегид и этиловые эфиры жирных кислот.

ОП обычно манифестирует резкой болью в животе, большей частью опоясывающего характера. Боль начинается внезапно, не купируется даже повторными инъекциями наркотических анальгетиков, усиливается при резких движениях, кашле, рвоте. Возникают тошнота и рвота, не приносящая облегчения; температура повышается до субфебрильных цифр; возможна гипотензия. Вследствие отека железы и разбухания желудка возникают асцит, гидроторакс - обычно левосторонний (в экссудате определяется повышенная активность амилазы). При вовлечении в процесс головки железы возникает желтуха. При тяжелом течении развиваются шок, полиорганная недостаточность, респираторный дистресс синдром-взрослых (см.).



Разработана оценка тяжести АП по Рэнсону (приводится по Охлобыстину-Ивашкину):

**При поступлении:**

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Возраст           | >55 лет                  |
| Лейкоцитоз        | > 16 000/мм <sup>3</sup> |
| Глюкоза сыворотки | >200 мг%                 |
| ЛДГ сыворотки     | >700 ЕД                  |
| АСТ сыворотки     | >250 МЕ                  |

**В течение первых 48 ч:**

|   |                |
|---|----------------|
| Снижение гематокрита                          | >10%           |
| Повышение азота сыворотки                     | >5 мг%         |
| Уровень кальция                               | <8 мг%         |
| P <sub>O<sub>2</sub></sub> артериальной крови | <60 мм рт. ст. |
| Дефицит оснований                             | >4 мэкв/л      |
| Расчетная потеря (секвестрация) жидкости      | >6 л           |

Каждый из показателей оценивается в 1 балл. Общая сумма 0-2 балла соответствует легкому панкреатиту, 3-5 баллов - средней тяжести, 6-11 баллов - тяжелому.

Диагноз ставится на основании совокупности проявлений клиники болезни, данных УЗИ, лапароскопии, компьютерной томографии, характерных лабораторных изменений (повышение уровня амилазы, липазы, билирубина в крови, диастазы в моче, амилазы в жидкости из плевральной и брюшной полости, изменения в клиническом анализе крови).

При обострении ХП также отмечаются боль в животе, тошнота, рвота; желтуха встречается более часто. Наблюдаются признаки панкреатической недостаточности и синдрома мальабсорбции. Нередко развивается сахарный диабет, обычно не приводящий к декомпенсации.

В неотложной терапии АП обязательными ее компонентами являются полный голод, восполнение объема циркулирующей крови кристаллоидными (до 2000 мл 0,9%-ного р-ра натрия хлорида) и коллоидными (450 мл желатиноля или 400-800 мл полиглюкина/реополиглюкина) растворами. Нецелесообразно купирование боли морфином, так как он вызывает спазм сфинктера Одди; лучше использовать промедол в комбинации с ненаркотическими анальгетиками (индометацин, вольтарен). Иногда для купирования болевого синдрома приходится прибегать к перидуральной блокаде. Для декомпрессии желудка и постоянного отсасывания его содержимого необходимо введение зонда. Развитие **синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром)** требует инфузии свежемороженой плазмы и гепарина (обычно со скоростью 500 ед./час) под контролем коагулограммы. Известны данные об эффективности панкреатических ферментов, особенно при обострении ХП.

При тяжелых АП необходимо лечение в условиях отделения интенсивной терапии, где проводят мониторинг сердечно-сосудистой деятельности, функции внешнего дыхания. При умеренной гипоксемии используют ингаляцию кислорода, при ее усугублении осуществляют ИВЛ. Для антибиотикотерапии наиболее целесообразным является сочетание

цефалоспорины III поколения (лучше цефтриаксона до 2,0/сут.) и метронидазола (100 мгх4 р/сут.) в/в.

При геморрагических формах АП эффективен перитонеальный лаваж. В случае ухудшения состояния больного, несмотря на адекватную терапию, необходимо решить вопрос об оперативном вмешательстве.

**Болезнь Маркиава-Биньями.** Длительное злоупотребление алкоголем, особенно «кутежный тип» пьянства (потребление очень больших количеств алкоголя за один эксцесс) ассоциировано с развитием лейкоэнцефалита с преимущественным поражением мозолистого тела. Патоморфологически выявляются очаги размягчения в мозолистом теле, образование там полостей, внутренняя водянка головного мозга.

Клинически болезнь Маркиава-Биньями проявляется в виде прогрессирующего слабоумия. Очень часто подобное состояние манифестирует эпилептиформными припадками с последующей спутанностью сознания. Течение заболевания неуклонно прогрессирующее, смерть наступает в течение 2-4 лет после появления первых симптомов.

Неотложная терапия включает в/в введение 6,0 тиамина, пиридоксина, проведение дезинтоксикационной терапии и контроль за функцией внешнего дыхания. Во всех случаях обязательны консультация и динамическое наблюдение невролога.

**IgA-зависимый нефрит.** Изменение цвета мочи на розовый, буроватый или красный может быть обусловлено приемом лекарственных препаратов (нитроксилин, амидопирин), пищевыми продуктами (свекла, спаржа). Распад эритроцитов в кровеносном русле с выходом гемоглобина в плазму крови также вызывает изменение внешнего вида мочи. Последнее возникает и при отравлениях некоторыми ядами, синдроме длительного сдавления (см. миоренальный синдром) осложнениях гемотрансфузий. При анализе мочи в таких случаях не выявляется эритроцитурия.

При наличии эритроцитурии без изменения внешнего вида мочи говорят о микрогематурии, при изменении ее внешнего вида - о макрогематурии.

При обнаружении гематурии, прежде всего, следует исключить урологические заболевания. Однако в клинике алкогольной болезни встречается изолированная гематурия, обусловленная специфическим действием этанола на мезангий нефрона.

**Алкогольный гематурический нефрит (АГН)** в настоящее время выделяется в отдельный клинический вариант гематурических нефритов, что целесообразно с практической точки зрения. При АГН наблюдается корреляция между наличием гематурии и обнаружением IgA-содержащих комплексов, как циркулирующих, так и находящихся в базальной мембране мезангия. Часто выявляются интерстициальные изменения, фибропластическая дегенерация. Стойкая гематурия при АГН развивается, как правило, при наличии алкогольного цирроза печени. Это позволяет считать гематурию у лиц, злоупотребляющих алкоголем, признаком далеко зашедших изменений в печени. Клиническое течение АГН более злокачественно, чем у других гематурических нефритов, быстрее

развивается нарушение фильтрационной способности почек. Однако при полном воздержании от приема алкоголя выраженность мочевого синдрома может значительно уменьшаться уже в первые 3 недели абстиненции, что объясняется не столько регрессом АГН, сколько обратимым токсическим нефронекрозом, наблюдающимся вследствие прямого токсического действия этанола на почки. Таким образом, наиболее важными признаками АГН являются: безболевого характер гематурии, выраженная IgA-емия, нарастающее ухудшение фильтрационной способности. Следствие этих явлений - неблагоприятный прогноз.

Неотложная помощь при гематурии, как правило, не требуется; однако необходима экстренная консультация уролога, при необходимости назначается гемостатическая терапия.

**Артериальная гипертония.** Влияние алкоголя на артериальное давление не обусловлено прямым токсическим действием алкоголя на сосуды, а опосредовано его вторичными токсическими эффектами. Доказанным является тот факт, что систематическое потребление более 20 г чистого этанола в сутки ведет к стойкому повышению как систолического, так и диастолического артериального давления. В свою очередь, полное воздержание от алкоголя ведет не только к стабилизации АД под влиянием лечения, но и к его снижению до нормальных цифр. Напомним, что в настоящее время оптимальным считается систолическое АД <120 мм рт. ст., диастолическое - <80 мм рт. ст., нормальным соответственно <130 и <85 мм рт. ст. Убедительных данных о конкретных патогенетических механизмах формирования алкогольной гипертонии в современной научной литературе не представлено, рассматриваются гипотезы об активации в процессе ХАИ симпатической нервной системы и увеличении содержания катехоламинов в крови, повышении активности ренин-ангиотензиновой системы, нарушении транспорта ионов кальция в клетки сосудов, снижении синтеза оксида азота, являющегося природным вазодилататором, и другие. В практическом плане, очевидно, нет принципиальных различий в диагностических и терапевтических алгоритмах, разделяющих алкогольную гипертонию и другие варианты артериальной гипертензии.

Выраженные алкогольные эксцессы и, особенно, постинтоксикационный синдром сопровождаются в ряде случаев индивидуально значимым повышением АД, способным привести к поражению органов-мишеней (гипертоническая энцефалопатия, внутричерепное кровоизлияние, нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда, отек легких, распадающаяся аневризма аорты, эклампсия). Эти состояния являются безусловным поводом для экстренного снижения АД. Следует еще раз подчеркнуть, что цифры АД, при которых возможны данные поражения, индивидуально переменны и могут колебаться даже у одного человека. В связи с этим практиковавшаяся ранее практика постановки диагноза «гипертонический криз» по цифрам АД представляется не совсем корректной (хотя многие авторы считают, что диастолическое АД в таких случаях должно быть не менее 120 мм рт. ст.).

Неотложная помощь при гипертоническом кризе должна сводиться к быстрому снижению АД (не всегда до нормальных значений), в связи с чем наиболее предпочтительным является назначение препаратов в парентеральной форме.

Достаточно безопасным средством для плавного снижения АД является эналаприлат. Препарат вводится в/в болюсом в дозе 0,5-1,0 мл в течение 3-5 мин. под контролем АД. При развитии криза на фоне постинтоксикационного синдрома целесообразно в/в введение р-блокаторов (обзидан 1 мг в течение 1 мин до общей дозы 5 мг или беталок 10 мл под тщательным мониторингом гемодинамических показателей).

При осложнении криза приступом ИБС, острой левожелудочковой недостаточностью необходимо начинать в/в инфузию нитратов (нитроглицерин (перлинганит) 6,0-10,0 в 400 мл 0,9%-ного р-ра натрия хлорида; или изосорбида динитрат (изокет) 10,0 в/в струйно, затем 10,0-20,0 капельно на 400 мл 0,9%-ного р-ра натрия хлорида).

Явления сердечной астмы, отека легких требуют введения мочегонных - лучше всего петлевых из-за скорости наступления действия и большей клинической эффективности (фуросемид, лазикс 60-100 мг в/в или в/м).

В случае отсутствия парентеральных форм препаратов с успехом используется сублингвальный прием 10 мг нифедипина (коринфара, кордипина) или 25 мг каптогена (каптоприла). Прием клофелина не имеет преимуществ перед нифедипином, но связан с большим риском побочных эффектов.

Во всех случаях развития гипертонического криза следует сделать ЭКГ в 12 отведениях, целесообразна консультация невролога.

Развитие гипертонического криза служит сигналом необходимости пересмотра антигипертензивной терапии или ее начала при отсутствии медикаментозного лечения в прошлом.

**Синдром желудочно-кишечного кровотечения.** Из множества причин, ведущих к **кровотечениям из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)**, с хроническим злоупотреблением алкоголя наиболее ассоциированы синдром Мэллори-Вейсса, синдром Берхава и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

**Синдромом Мэллори-Вейсса (СМВ)** называют линейные надрывы слизистой пищевода желудочно-пищеводного перехода, **синдромом Берхава (СБ)** - разрывы всех слоев пищевода. Причиной подобных состояний является упорная рвота, являющаяся характерным симптомом ряда состояний, причинно связанных с ХАИ.

**Варикозное расширение вен пищевода и желудка** является одним из признаков портальной гипертензии, широко распространенной при алкогольной болезни печени. При цирротических процессах в печени происходят различные гемодинамические нарушения. В частности, с тяжестью цирроза печени по Чайлд-Пью ассоциированы **повышение печеночного венозного градиента давления (ПВГД)**, уменьшение скорости кровотока в непарной вене, изменения сердечного индекса и периферического сосудистого сопротивления.

**Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (КВРВ)** при СМВ и СБ может быть как явным, так и скрытым. В первом случае наиболее типично развитие кровавой рвоты, при «прорыве» небольшого количества крови она может поступать в кишечник и выделяться в виде мелены. Эпизоды рвоты при этих состояниях могут сопровождаться болью за грудиной, в эпигастрии, что может быть причиной ошибочной диагностики ИБС.

КВРВ может принимать профузный характер, оно обычно проявляется бурной кровавой рвотой, быстро прогрессирующими явлениями гемодинамического шока. При небольших кровотечениях кровь проходит через кишечник и выделяется в измененном виде; в этом случае прогрессирует развитие печеночной энцефалопатии, нарастают явления печеночной и почечной недостаточности.

Показано, что риск КВРВ повышен при ПВД (рассчитывается как разница между свободным печеночным давлением и давлением «заклинивания» печеночных вен)  $>12$  мм рт. ст.; при ПВД  $>16$  мм рт. ст. КВРВ имеет потенциально летальный характер.

К неспецифическим признакам ЖКК относятся слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, гипотония, особенно ортостатическая, жажда, тахикардия. На ЭКГ возможна депрессия сегмента ST.

Во всех случаях подозрения на ЖКК обязательно проведение эндоскопического исследования после промывания желудка - как для клинического подтверждения ЖКК, так и для установления его причины.

При массивном кровотечении незамедлительно определяют группу крови и резус-фактор, устанавливают надежный венозный доступ и начинают инфузию кристаллоидных (0,9%-ный р-р натрия хлорида до 1200 мл) и коллоидных р-ров (желатиноль 450-900 мл; полиглюкин 400-800 мл). В случае КВРВ целесообразна попытка применения зонда Блэкмора. Во всех случаях обязателен контроль за показателями красной крови, динамикой коагулограммы.

Затем в/в вводят вазопрессин: сначала 20 ЕД на 100 мл 5%-ной глюкозы в течение 15-20 мин, потом инфузия со скоростью 20 ЕД/час.

В случае резкого снижения гемоглобина проводят трансфузию эритроцитарной массы, переливание свежзамороженной плазмы.

При наличии явлений энцефалопатии показаны клизма, назначение антибиотиков, мало всасывающихся из кишечной трубки (неомицин до 4 г/сут.), метронидазол до 0,5 г/сутки, терапия лактулозой (нормазе), низкобелковая диета, L-орнитин.

Во всех случаях ЖКК необходимо решить вопрос о госпитализации больного в хирургическое отделение.

Профилактикой КВРВ может служить назначение умеренных доз Р-блокаторов (пропранолол 10-20 мг/сут. или атенолол 12,5 мг/сут.), глипрессина (терлипрессина).

Миоренальный синдром (МС) при ХАИ по патогенезу схож с синдромом длительного сдавления и вызывается позиционной травмой. При алкогольной интоксикации тяжелой степени, алкогольной коме, больные в

течение длительного времени находятся в одной и той же позе, часто противояснительной. Неровный характер поверхности, на которой лежит больной, гипоксия, неблагоприятные изменения микроциркуляции приводят к множественным нарушениям, обуславливающим развитие МС.

В патогенезе МС ведущими расстройствами являются уменьшение объема внутрисосудистой жидкости и эндотоксемия. Уменьшение объема циркулирующей крови происходит вследствие нарушения сосудистой проницаемости и увеличения объема внеклеточной жидкости. Нарушения в микроциркуляторном звене, снижение лимфотока способствуют набуханию клеток, прогрессирующему увеличению интерстициального давления на стенки капилляров и венул с дальнейшим уменьшением их просвета и, тем самым, усугублением ишемии, а также повышению содержания токсинов, протеолитических ферментов и вазоактивных веществ.

Эндотоксикоз при МС - мультифакторный процесс, связанный с задержкой в организме конечных продуктов метаболизма, накоплением промежуточных продуктов обмена веществ, всасыванием продуктов резорбции тканей, активацией микроорганизмов.

Вышеописанные процессы приводят к коагуляционному некрозу мышц и полиорганной недостаточности различной степени выраженности.

Местно наблюдается плотный, так наз. деревянистый отек тканей, постепенно нарастающий и имеющий циркулярный характер. Снижаются все виды чувствительности, развивается неврит подлежащих нервов. Больные предъявляют жалобы на боли, снижение подвижности пораженной конечности.

Рабдомиолиз сопровождается выделением грязно-бурой мочи вследствие присутствия в ней миоглобина, развитием острой почечной недостаточности. При отсутствии лечения присоединяются печеночная недостаточность, ДВС-синдром. В таких случаях прогноз сомнителен.

Терапия в первые часы направляется на улучшение микроциркуляции, восполнение объема циркулирующей жидкости (инфузия реополиглюкина или реоглюмана 400-800 мл), профилактику почечной недостаточности (форсированный диурез с подщелачиванием мочи). Пациент обязательно должен быть проконсультирован травматологом.

Госпитализация больных с МС осуществляется в стационары, имеющие возможность экстракорпоральной детоксикации.

Острая мозжечковая атаксия. Наиболее часто признаки острой мозжечковой атаксии (ОМА) наблюдаются у пациентов, перенесших алкогольную кому. В клинике ОМА ведущим является расстройство координации движений. Резко ухудшается походка, больной шатается, в тяжелых случаях вообще не может принять вертикального положения. Отмечаются головная боль, тошнота, рвота, головокружение. Атаксия сочетается с дизартрией, тремором головы и конечностей. Обычно данная симптоматика проходит в течение нескольких дней; однако дрожание головы и конечностей, языка, нечеткость речи могут наблюдаться довольно долгое время.

При появлении симптомов ОМА необходимо в/в ввести 4,0 тиамина и 4,0 пиридоксина. Показана консультация невролога для исключения иных причин острой мозжечковой патологии, в том числе ОНМК. При наличии ОМА и стабильной гемодинамике больной должен находиться в условиях неврологического отделения.

**Острая перемежающаяся порфирия.** Острая перемежающаяся порфирия (ОПП) - заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному типу. В его основе лежит нарушение активности фермента синтазы уропорфириногена I (порфобилиноген-дезаминазы) и повышение активности фермента синтазы 8-аминолевулиновой кислоты. Накопление последней в клетках приводит к нарушению транспорта различных ионов через клеточную мембрану, что сопровождается клинической симптоматикой.

Приступ ОПП провоцируется средствами, усиливающими активность синтазы 8-аминолевулиновой кислоты. По способности вызывать обострения ОПП все вещества делятся на 4 группы. К 1-й группе (вещества, способность которых провоцировать приступ ОПП точно установлена) относится алкоголь.

Клинически приступ ОПП характеризуется болью в животе, локализующейся в различных его участках, запорами. В дальнейшем развиваются неврологические расстройства. Возникают периферическая нейропатия, прогрессирующая иногда до степени тетраплегии и паралича дыхательных мышц, поражения черепных нервов, психотические реакции, эпилептиформные припадки, спутанность сознания вплоть до комы.

Диагноз устанавливается на основании обнаружения повышения содержания в моче порфобилиногена и 5-аминолевулиновой кислоты.

Для неотложной помощи при ОПП рекомендуется длительная в/в инфузия углеводов - глюкозы до 500г/сут., в/м введение фосфадена 250 мг/сут. Больной с приступом ОПП должен быть незамедлительно доставлен в неврологический стационар.

Даже при интенсивном лечении при тяжелых приступах ОПП возможен летальный исход.

**Острая почечная недостаточность.** Острая почечная недостаточность (ОПН) - редкое, но крайне неблагоприятное осложнение потребления психоактивных веществ, в частности, алкоголя.

Ведущей причиной ОПН у больных данной группы является развитие рабдомиолиза. В настоящее время окончательно не ясны патогенетические аспекты возникновения рабдомиолиза у лиц с ХАИ. Можно отметить, что, несмотря на широкое распространение у них миоренального синдрома, явления рабдомиолиза не всегда можно объяснить позиционной травмой или синдромом длительного сдавления. По всей видимости, прямое токсическое действие на эндотелий (особенно выраженное у метаболитов этанола или при отравлении суррогатами алкоголя) ведет к формированию венозных и капиллярных тромбов, резко нарушающих микроциркуляцию и обуславливающих ишемию и некроз мышечной ткани.

Пациенты с ХАИ обычно обращаются к врачу в далеко зашедших стадиях заболевания, что резко ухудшает прогноз.

При ОПН можно выделить следующие фазы:

- начальную (в клинической картине доминируют неспецифическая симптоматика);
- олигоанурическую (продолжительность до 3 недель). Здесь можно выявить симптомы уремии: вялость, сонливость, головная боль, тошнота, рвота, поносы; нарастает одутловатость лица, появляются периферические отеки, петехиальные высыпания, экхимозы. Может ощущаться запах мочевины, обнаруживаются очаговые поражения ЦНС. У больных с ХАИ в данной фазе часто развивается делириозное состояние, могут наблюдаться эпилептиформные судороги, развиваться кома, почечная эклампсия. При лабораторном исследовании выявляют креатининемию, гиперкалиемию, повышение уровня мочевины;
- фазу ранней полиурии (на фоне выделения больших количеств мочи отмечается снижение электролитов в крови);
- фазу восстановления функции почек.

При ОПН возможно развитие гипертонического криза, отека легких, психотических реакций, метаболического ацидоза, обезвоживания, присоединение инфекционных осложнений, усугубление имеющейся преморбидной симптоматики.

Неотложная помощь должна направляться на купирование угрожающих жизни осложнений. При гиперкалиемии в/в вводят 10 мл 10%-ного кальция хлорида или 20 мл кальция глюконата, 60-80 мл 40%-ной глюкозы с 6 ЕД инсулина.

При ацидозе требуется в/в введение 4%-ного р-ра натрия гидрокарбоната (вводится только при  $pH < 7,2!$ ). Судороги купируются реланиумом (диазепамом, седуксеном) - до 4,0 в/в медленно под контролем внешнего дыхания. При артериальной гипертензии - нифедипин сублингвально 20 мг или в/в до 1 мг. В случае возникновения отека легких при высоких цифрах АД - в/в натрия нитропруссид 10 мкг/кг/мин или пентамин 50 мг в/в медленно, большие дозы фуросемида (до 500 мг); при низком АД - также фуросемид, возможно кровопускание до 200-300 мл. При почечной эклампсии в/в вводят 20-30 мл 25%-ного р-ра сульфата магния и 40 мл 40%-ной глюкозы.

При ОПН больной необходимо как можно быстрее перевести в отделение с возможностью экстракорпоральной детоксикации.

**Острое нарушение мозгового кровообращения.** Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) имеет следующие основные клинические формы:

**ишемические инсульты (ИИ), или инфаркты мозга** - происходят вследствие тромбоза, эмболии, механического сдавления сосуда и при резком снижении кровообращения в головном мозге - нетромботические размягчения;

**геморрагические инсульты (ГИ)** - нетравматическое кровоизлияние в головной (спинной) мозг (внутри мозговые, субарахноидальные кровоизлияния). Развиваются по типу диапедеза или вследствие разрыва сосуда;



**смешанные инсульты** - наблюдаются как очаги размягчения, так и кровоизлияния;

**преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК)** - клинические случаи, при которых очаговая или общемозговая симптоматика определяется в течение менее 24 часов.

Многочисленные эпидемиологические исследования показали несомненную связь алкоголя и заболеваемости ОНМК. Во-первых, алкоголь модифицирует факторы риска данной патологии: так, длительное злоупотребление этанолом ведет к стойкому повышению артериального давления, являющегося основной причиной инсультов. Связь алкоголь-атеросклероз неоднозначна и схематично может быть представлена как U-образная. Это означает, что потребление алкоголя в умеренных дозах ведет к снижению атеросклеротического поражения сосудов, что находит клиническое и эпидемиологическое подтверждение в снижении заболеваемости острой коронарной и цереброваскулярной патологией. Однако длительное злоупотребление большими дозами этанола связано, наоборот, с повышением риска развития данных состояний. Это подтверждается увеличением заболеваемости атеросклерозом различной локализации - коронарных сосудов, сосудов головного мозга, нижних конечностей. Нарушения сердечного ритма, связанные с алкоголизацией, изменения как плазменного звена гемостаза, так и агрегационной способности тромбоцитов под влиянием алкоголя также способствуют формированию ОНМК при ХАИ.

Многофакторность действия этанола на организм обуславливает неоднозначное влияние на различные типы ОНМК. Так, заболеваемость геморрагическими инсультами находится в линейной зависимости от количества потребляемого алкоголя. В отношении ишемического инсульта более справедлива описанная выше U-образная зависимость или ее J-образный вариант. Общим является неоспоримый рост случаев ОНМК независимо от их формы при длительном злоупотреблении алкоголем или при однократном приеме больших доз алкоголя (так называемый «кутежный» тип алкоголизации).

Клиническая картина ОНМК складывается из очаговой и общемозговой симптоматики.

При ПНМК наиболее характерно наличие головной боли, головокружения, тошноты, рвоты, шума в ушах; возможны эпилептиформные судороги, те или иные нарушения сознания. В плане очаговой симптоматики характерно наличие парестезии, покалывания, ограниченных двигательных расстройств. Возможно возникновение нарушений речевой продукции, дизартрия, появление патологических стопных знаков. При ПНМК в вертебро-базиллярном бассейне отмечаются нарушения координации, появление пелены перед глазами, нистагм, диплопия, выраженные вестибулярные расстройства.

ГИ характеризуется преобладанием общемозговой симптоматики в виде резкого нарушения сознания вплоть до глубокой комы, обычно после интенсивных головных болей, тошноты, рвоты. ГИ обычно возникает

внезапно, на улице, в транспорте. При осмотре выявляется гиперемированное лицо, шумное дыхание. В случае субарахноидальных кровоизлияний определяются менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского). При прорыве крови в желудочки, нарастании отека мозга появляются анизокория, нарушения дыхания, брадикардия, судороги по типу горметонии.

Клиника ИИ зависит от области поражения мозга. Выявляются очаговые симптомы различной степени выраженности; общемозговые знаки не столь выражены, как при ГИ. Обычно ИИ возникают у лиц с отягощенностью преморбидного фона (нарушения сердечного ритма, атеросклероз, сахарный диабет) и более пожилого возраста.

Неотложная помощь в первую очередь предполагает купирование нарушений дыхательных функций. Больному запрокидывают голову, вставляют воздуховод, начинают ингаляцию кислорода; в тяжелых случаях производят интубацию трахеи с последующим проведением ИВЛ. Клиника отека мозга требует быстрого в/в введения 40-60 мл 40%-ного р-ра глюкозы, 60 мг преднизолона, 60 мг фуросемида (лазикса). Психомоторные нарушения купируются галоперидолом (1 мл 0,5%-ного р-ра в/м или в/в), судорожный синдром - в/в введением диазепама (реланиума) 2-4 мл или мидазолама (дормикума) до 15 мг под контролем функции дыхания.

Проведение КТ является наиболее желательной диагностической процедурой, поскольку позволяет провести дифференциальный диагноз между ГИ и ИИ. При ИИ необходимо начать терапию антикоагулянтами (гепарин до 20000 ЕД в/в), антиагрегантами, проводить в/в инфузию коллоидных р-ров (реополиглюкин 400 мл). С успехом применяется терапия тренталом - 5 мл 2%-ного р-ра в/в капельно на 200 мл 5%-ного р-ра глюкозы 2-3 р/сут., кавинтоном - 4 мл 0,5%-ного р-ра на 300 мл 0,9%-ного р-ра натрия хлорида. В случае ГИ необходимо введение антигипоксантов, одновременно понижающих судорожный порог (ГОМК 20-40 мл 20%-ного р-ра в/в), нерезкое снижение артериального давления (не более чем на 30% от исходного в течение первых 6 часов для профилактики вторичной ишемии мозга).

ОНМК является показанием для стационарного лечения в условиях неврологического отделения, в тяжелых случаях - в отделении интенсивной терапии.

**Острый коронарный синдром.** Острый коронарный синдром (ОКС), или **острый ишемический синдром** - термин, использующийся в настоящее время для обозначения сходных по патогенезу состояний **нестабильной стенокардии (НС)**, **острого инфаркта миокарда (ОИМ) без зубца Q** (ОИМ без Q), **острого инфаркта миокарда с зубцом Q** (ИМ с Q) и острых осложнений при чрескожной ангиопластике и других кардиоинтервенционных процедурах.

Накопленные данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о наличии так называемой U-образной зависимости между потреблением алкоголя и заболеваемостью ишемической болезнью сердца (ИБС), являющейся основной причиной ОКС. Причины уменьшения за-

болеваемости ИБС при умеренном потреблении алкоголя (около 12-15 г в сутки чистого алкоголя) связывают как с благоприятным воздействием таких количеств этанола на липидный профиль, проявляющимся увеличением соотношения антиатерогенных и атерогенных фракций холестерина, так и с изменением свертывающих свойств крови. Последнее может быть обусловлено снижением агрегационной способности тромбоцитов, а также изменением плазменного звена гемостаза под воздействием низких концентраций этанола. Однако следует отметить, что умеренное благоприятное действие алкоголя на смертность может серьезно обсуждаться лишь для лиц средней возрастной группы (50-60 лет), подверженных риску ИБС, и не распространяется на более молодых.

Кривая "размеры потребления алкоголя - заболеваемость ИБС" является U-образной вследствие того, что злоупотребление алкоголем, хроническая интоксикация этанолом приводит к быстрому прогрессированию коронарного атеросклероза и сдвигу клинических проявлений ИБС к более молодому возрасту. Отсюда следует, что, вопреки сложившемуся мнению, ОКС среди подобного контингента пациентов не исключение, а скорее правило. Риск коронарных катастроф возрастает также и у лиц, злоупотреблявших алкоголем ранее, а в настоящий момент являющихся трезвенниками (что объясняет большую заболеваемость в группе воздерживающихся от алкоголя).

Понятие НС включает впервые возникшую и прогрессирующую стенокардию. Впервые возникшей считается стенокардия в течение 4-6 недель с момента первого приступа. В случае прогрессирующей стенокардии наступает учащение и увеличение продолжительности приступов, снижается толерантность к физической нагрузке, уменьшается эффективность обычных доз нитратов. Иначе подобное состояние расценивается как «прединфарктное», что подчеркивает большой риск развития острого инфаркта миокарда (по разным данным такой риск составляет 10-20%).

Лечение НС должно осуществляться в специализированных отделениях, однако неотложная помощь должна быть оказана немедленно.

Болевой синдром, не купирующийся пероральными нитратами, является несомненным показателем к назначению наркотических анальгетиков. В зарубежной литературе рекомендуется в/в дробное введение 1-2 мл 1% р-ра морфина гидрохлорида. Учитывая правовые особенности в отношении учета и хранения наркотических и сильнодействующих средств в нашей стране, целесообразно в/в введение той же дозы болюсом (допустимо п/к введение препарата) - при обязательном мониторинге внешнего дыхания и отсутствии других противопоказаний.

С успехом применяются другие вещества - 1% и 2% -ные растворы омнопона и промедола. Поскольку выраженный болевой синдром сопровождается психоэмоциональным возбуждением, проведение нейролептоанальгезии является патогенетически показанным. В/в вводятся 1-2 мл 0,005% р-ра фентанила и 1-4 мл 0,25% р-ра дроперидола (данный вид обезболивания сопровождается вазодилатацией, поэтому необходимо тщательное слежение за АД; при цифрах систолического

АДОО - 100 мм рт. ст. он недопустим без тщательного мониторинга гемодинамических показателей, доступного, как правило, только в отделениях интенсивной терапии).

После купирования болевого синдрома необходимо снятие ЭКГ как минимум в 12 отведениях. Рекомендуется пероральный прием 0,125-0,25 мг аспирина (клинические испытания показали снижение риска развития ОИМ при приеме аспирина); при адекватных цифрах АД и отсутствии брадиаритмий и нарушений проводимости (систолическое АД не менее 90-100 мм рт. ст.) - пероральное, а при возможности - в/в введение р-адреноблокаторов (атенолол/метопролол 12,5-25 мг или обзидан 1 мг в/в).

При сохранении или рецидиве неприятных ощущений в грудной клетке показаны повторный прием анальгетиков, в/в капельное введение нитратов (инфузия нитроглицерина со скоростью 0,05 мкг/кг/мин) и в/в введение 10000 ЕД антикоагулянта гепарина.

При НС необходим строгий постельный режим; перевод больного в другое отделение или стационар осуществляется также в горизонтальном положении.

Разграничение ОИМ натрансмуральные, интрамуральные, мелкоочаговые и т.д. уступило в последнее время классификации, учитывающей наличие/отсутствие патологического зубца Q.

Обычное начало ОИМ на фоне обострения ИБС в случае ХАИ может быть не замечено самим больным, неправильно истолковано медицинскими работниками, оказаться завуалированным на фоне синдрома отмены. Как уже говорилось выше, при злоупотреблении алкоголем частота ОИМ выше, чем в популяции в целом. К тому же, по данным некоторых авторов, в первый месяц воздержания возникает «эффект рикошета» (rebound-effect), заключающийся в активации свертывающей системы крови (как ее клеточного, так и плазменного звена). Поэтому при нахождении в стационаре пациента с ХАИ, особенно в период постинтоксикационных реакций, контроль ЭКГ необходим не только с профилактической, но и с диагностической точек зрения.

Наиболее частые клинические формы ОИМ - ангинозная, гастралгическая, астматическая; выделяют также менее распространенные формы - церебральную, аритмическую и др. Около 15% ОИМ являются безболевыми и выявляются только при ЭКГ. Следует отметить, что иногда диагноз ОИМ, наоборот, ставится только по клинико-биохимическим параметрам, без выявления изменений на ЭКГ.

Таким образом, если имеются два из ниже представленных критериев, должен быть поставлен диагноз ОИМ:

1. Типичная клиника: боли за грудиной сжимающего, давящего характера, сопровождающиеся страхом смерти (при неэффективности нитратов) и продолжающиеся более 20 мин.; или внезапно возникшая одышка с быстро нарастающими явлениями острой левожелудочковой недостаточности; или нарушения ритма с угрожающим снижением гемодинамических параметров.

2. Изменения на ЭКГ, выражающиеся в острейшей фазе подъемом сегмента ST, в острой фазе - сохранением элевации ST с формированием патологического зубца **Q** и глубокого отрицательного зубца **T**. В случае ИМ без зубца Q на ЭКГ фиксируется депрессия сегмента ST и формирование отрицательного зубца T. Необходим тщательный анализ динамики изменений на ЭКГ, что еще раз подчеркивает важность контроля у пациентов с ХАИ.

3. Типичные изменения активности ферментов сыворотки крови. Наиболее ранняя динамика наблюдается у креатинфосфокиназы (КФК) и ее специфического кардиального энзима МВ-КФК (первые 6 часов), затем изменяется активность аспартатаминотрансферазы (АСТ) и, наконец, - лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и ее специфического изоэнзима ЛДГ-1.

Неотложная помощь при ОИМ принципиально не отличается от таковой при ИС. Стоит отметить, что необходимо в кратчайшие сроки доставить больного в специализированное отделение, где ему может быть проведено активное лечение, включая тромболитическую терапию и инвазивные процедуры.

Естественно, что транспортировка больных осуществляется в горизонтальном положении и, более того, больным с ОИМ не проводится первичная санитарная обработка.

Пневмония. В норме у человека имеются различные механизмы защиты дыхательных путей от инфекции. Нижние дыхательные пути защищаются надгортанником и гортанью; вещества, проходящие через них, стимулируют кашлевой рефлекс. Воздухоносные пути между гортанью и конечными отделами защищены слоем реснитчатого эпителия, покрытого слизью и называемого «мукоцилиарным транспортом». Последний нарушается с возрастом, а также под влиянием хронического потребления алкоголя, курения. В современных российских условиях эти два фактора почти всегда наблюдаются одновременно. Почти закономерно встречающиеся у лиц, злоупотребляющих алкоголем, **хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ)** ассоциированы с образованием более густой и вязкой слизи, что резко снижает эффективность механизма очищения дыхательных путей.

Содержание IgA в верхних дыхательных путях защищает легкие от вирусных инфекций. Меньшие их количества в секрете нижних дыхательных путей обеспечивают агглютинацию бактерий, нейтрализацию их токсинов и препятствуют проникновению микробных агентов в слизистую оболочку. IgG агглютинирует и опсонизирует бактерии, участвует в лизисе грамотрицательных бактерий. При злоупотреблении алкоголем нарушается синтез иммуноглобулинов, особенно IgA, уменьшается их функциональная активность. Кроме того, изменения стенок дыхательных путей при ХОБЛ снижают возможность миграции нейтрофилов и лимфоцитов из кровеносных сосудов.

Аспирация кислого желудочного содержимого, наблюдаемая при тяжелых формах алкогольной интоксикации, резко снижает возможность эффективной элиминации болезнетворных агентов из дыхательных путей.

Все эти неблагоприятные изменения протекают на фоне нарушенного питания, ситуаций с повышенной агрессивностью окружающей среды (нахождение на холоде, земле, переохлаждение и др.), крайне низкого уровня медицинской помощи, что резко увеличивает вероятность возникновения пневмонии, часто вызываемой грамотрицательной и условнопатогенной флорой улиц, злоупотребляющих алкоголем.

Клиника пневмонии на фоне ХАИ зависит от этиологического агента, однако, можно выделить следующие ее особенности. Неблагоприятный преморбидный фон, позднее обращение за медицинской помощью, агрессивная микрофлора создают условия для быстрой декомпенсации изначально измененных показателей внешнего дыхания. Справедливо отмеченные признаки постепенного начала наиболее частых у лиц ХАИ пневмоний, вызванных *S. pneumoniae*, *H. influenzae*: медленное нарастание температуры тела, проявлений дыхательной недостаточности, общей интоксикации - не служат для больных сигналом к обращению к врачу. Первичный осмотр проводится уже при присоединении внегочечных признаков (нарушение сознания, слабость) или при клинике тяжелой дыхательной недостаточности с полной истощенностью функциональных резервов организма.

Пневмония у таких больных обладает склонностью к распространению на другие участки легкого, формируя очагово-сливной характер поражения; она характеризуется большой вероятностью абсцедирования, формирования эмпиемы плевры.

У пациентов с ХАИ на фоне тяжелой пневмонии резко возрастает вероятность делирия, особенно при продолжающемся потреблении алкоголя.

Будучи частой причиной аспирации как этиологического фактора пневмонии, анатомические и функциональные изменения в легких способствуют развитию **респираторного дистресс-синдрома взрослых**, резко утяжеляющего клинику и крайне ухудшающего прогноз заболевания.

Выраженная интоксикация приводит к гиповолемии, метаболическому ацидозу, водно-электролитным нарушениям.

Неотложная помощь при пневмонии у алкоголиков определяется наличием выраженной дыхательной недостаточности, снижением объема циркулирующей крови, интоксикацией, развитием инфекционно-токсического шока.

**Инфекционно-токсический шок** обуславливается эндотоксинами, вызывающими дилатацию сосудов микроциркуляторного русла и повышение их проницаемости, что приводит к гипотонии, гиповолемии, нарушениям перфузии жизненно-важных органов.

Для купирования данного состояния необходима энергичная инфузионная терапия, включающая переливание коллоидных растворов (полиглюкин или реополиглюкин 400-800 мл; 0,9%-ный р-р натрия хлорида до 2000 мл). Осуществляется инфузия допамина со скоростью 3-5 мкг/кг/мин. Рекомендованное ранее введение глюкокортикоидных гормонов, поданным последних многоцентровых плацебо-кон-

тролированных исследований, не влияет на эффективность лечения. Эмпирически можно рекомендовать назначение цефтриаксона (роцефина; форцефа) до 4,0 в/в; при нормальных показателях креатинина и мочевины крови - с одновременным назначением гентамицина (240 мг в/в однократно) или ципрофлоксацина (400 мг 2 раза в сутки). Применение незащищенных пенициллинов и ципрофлоксацинов I поколения нецелесообразно из-за клинически незначительного действия на грамотрицательную флору. Как можно раньше необходимо начинать ингаляцию кислорода; при неблагоприятных изменениях кислотно-щелочного равновесия показаны интубация трахеи и ИВЛ.

При высокой температуре необходимо произвести посев крови; обязательен посев мокроты для выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

Лечение респираторного-дистресс синдрома взрослых - см. соответствующий раздел.

Острая дыхательная недостаточность купируется ингаляцией кислорода или ИВЛ. При выраженном бронхообструктивном компоненте показано введение бронхолитических препаратов - эуфиллин 2,4%-ный р-р 20,0-60,0 в/в капельно на 0,9%-ном р-ре хлористого натрия, преднизолон до 250 мг; муколитики - ацетилцистеин до 6,0 в сутки в/в.

Контроль коагулограммы при тяжелых пневмониях позволит своевременно диагностировать синдром внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром). При его признаках - либо клинических либо лабораторных - показаны введение свежемороженой плазмы до 450 мл/сут. в быстром темпе и инфузия гепарина со скоростью 500-1000 ЕД/час.

При ведении больного с пневмонией важны элементы дыхательной гимнастики, постуральный дренаж, вибрационный и перкуторный массаж грудной клетки.

В тяжелых случаях, при резком снижении кашлевого рефлекса, показано проведение санационной и диагностической бронхоскопии с биопсией ткани.

Осложненное течение пневмонии у больных с ХАИ служит показанием для госпитализации в отделение интенсивной терапии.

**Респираторный дистресс-синдром острый.** Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), или респираторный дистресс-синдром взрослых, некардиогенный отек легких, токсический отек легких, является грозным осложнением ряда состояний, возникающих при ХАИ.

Классический отек легких, клиническая картина которого подробно описана в различных руководствах и монографиях, по своему патогенезу является гемодинамическим и вызывается повышением давления в системе малого круга кровообращения. Это связано как с кардиальными причинами (пороки сердца, снижение сократительной способности миокарда различного генеза, артериальная гипертензия), так и другими факторами (почечная недостаточность, гиперволемия и др.). Увеличение гидростатического давления в микроциркуляторном русле малого круга приводит к переходу жидкости из кровеносных сосудов нача-

ла в интерстициальную ткань легкого, а затем и в альвеолы. Терапия вазодилататорами и диуретиками в большинстве случаев быстро приводит к клиническому улучшению.

В патогенезе ОРДС основной является изменение проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны под воздействием различных факторов. В случае алкогольного панкреатита и тяжелой пневмонии наблюдается эндотоксинемия. Поскольку легкие, кроме дыхательной функции, активно участвуют в метаболизме различных вазоактивных веществ (серотонина, гистамина и др.), стимуляция их выделения под действием эндотоксинов вызывает выраженные изменения в легких. Непосредственное воздействие протеаз на эндотелий капилляров усугубляет эти изменения. Аспирация больным содержимого желудка в случаях бессознательного состояния при тяжелой интоксикации алкоголем также ведет к развитию ОРДС.

В результате увеличивается проникновение плазмы и форменных элементов крови в легочный интерстиций, значительно утолщается альвеолярно-капиллярная мембрана, что обуславливает резкое ухудшение диффузии кислорода. Поэтому основным лабораторным изменением при ОРДС является выраженная гипоксемия. Параллельно происходят выраженные нарушения микроциркуляции, нарушается синтез сурфактанта и происходит спадение альвеол.

Клинически и рентгенологически в развитии ОРДС выделяют две стадии. В I стадии (интерстициальных изменений) наблюдается одышка, тахипноэ. Физикальное обследование обычно не выявляет выраженных изменений. На рентгенограммах обнаруживается диффузное усиление легочного рисунка. Стадия II (альвеолярная) характеризуется развитием тяжелой дыхательной недостаточности. Над легочными полями выслушивается жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов. На рентгенограммах можно увидеть так называемую «снежную бурю» (диффузное снижение воздушности легочной ткани).

Остановимся на принципиальных различиях ОРДС и гемодинамического отека легких, чрезвычайно важных для неотложной диагностики и терапии. В первом случае анатомические нарушения эндотелия вызывают пропотевание жидкости с большим содержанием белка, что способствует быстрому росту микрофлоры с усугублением имеющихся патологических изменений. Введение сердечных гликозидов, периферических вазодилататоров, мочегонных препаратов уменьшает гидростатическое давление в капиллярах, что еще больше ухудшает диффузию кислорода. ОРДС развивается у больных без тяжелых хронических заболеваний, не сопровождается выраженным увеличением центрального венозного давления. При физикальном обследовании не удается выявить органических изменений в сердце, выпота в плевральной полости, выраженной артериальной гипертензии.

Лечение ОРДС является чрезвычайно сложным процессом с почти обязательным искусственным протезированием легочной функции, т.е. ИВЛ. Больной с признаками ОРДС, независимо от диагноза, должен быть



немедленно переведен в отделение интенсивной терапии. Поскольку наиболее выраженным расстройством является гипоксемия, необходимо наладить ингаляцию кислорода, при возможности - под постоянно положительным давлением. Наиболее желательно проведение интубации трахеи и ИВЛ в режиме положительного давления в конце выдоха. О целесообразности назначения глюкокортикоидов при ОРДС имеются различные мнения, однако можно рекомендовать в/в введение 120-150 мг преднизолона. Инфузия 200 мл 10% альбумина повышает онкотическое давление крови и может уменьшить ток жидкости в интерстиций.

Прогноз при ОРДС напрямую зависит от своевременности постановки диагноза и начала адекватной ИВЛ. В зависимости от основной причины, приведшей к данному состоянию, применяют экстракорпоральные методы детоксикации, в частности гемофильтрацию.

**Спонтанный бактериальный перитонит.** Под спонтанным бактериальным перитонитом (СБП) или **асцит-перитонитом** понимают инфицирование асцитической жидкости различными бактериальными агентами. У больных с циррозом печени СБП встречается, по данным различных авторов, в от 10% до 30% случаев. Отмечают, что СБП значительно чаще наблюдается при циррозах печени алкогольного генеза.

Описано несколько вариантов СБП: **бактериальный перитонит** (из асцитической жидкости высевается монофлора), **вторичный бактериальный перитонит** (высеивается множественная флора) и, наконец, **стерильный нейтрофильный асцит** (в асцитической жидкости флора не высевается, но наблюдается выраженный гранулоцитоз; встречается в 30-40% случаях СБП).

Этиологические агенты СБП чаще всего включают грамотрицательные микроорганизмы (бактерии кишечной группы), реже - грамположительные кокки, анаэробную флору. В литературе не описаны случаи возникновения СБП, первично связанного с грибковой флорой.

Факторами риска возникновения СБП являются цирроз печени класса С по Чайлд-Пью, высокая степень нарушения питания, повышение активности аминотрансфераз, гипербилирубинемия, низкое (менее 10 г/л) содержание белка в асцитической жидкости, а также состояние после склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

СБП может протекать бессимптомно, однако иногда наблюдается развернутая клиническая картина перитонита.

Диагноз СБП устанавливается путем посева асцитической жидкости в совокупности с клинико-лабораторными данными.

При подозрении на СБП немедленно должна начинаться антибиотикотерапия. До определения возбудителя препаратами выбора являются цефалоспорины III поколения (цефотаксим по 2 г 2 р/сут. в/в или цефтриаксон 1 г 2 р/сут. в/в). Дальнейшее лечение должно быть скорректировано с учетом высеянной флоры и ее устойчивости к антибиотикам.

Наличие СБП значительно ухудшает прогноз у больных с циррозами печени. Показано, что однолетняя выживаемость таких пациентов не превышает 40%.

**Хроническая сердечная недостаточность.** Хроническая алкогольная интоксикация вызывает развитие так называемой **дилатационной кардиомиопатии (ДК)**, основным следствием которой является расширение камер сердца со снижением сократительной способности миокарда. Развернутая клиника данного состояния формируется обычно при злоупотреблении более 10 лет. Патогенетически в развитии ДК различают две основные составляющие, сочетающиеся между собой в той или иной степени:

1) **тиаминзависимый алкогольный полиневрит**, поражающий вегетативную нервную систему;

2) **тиаминнезависимое поражение миокарда**, морфологическим субстратом которого является инфильтрация миокардиоцитов жировой тканью, что вызывает патологическую пигментацию, дегенерацию миофибрилл, увеличение объема саркоплазматического ретикулума, патологическое изменение митохондрий.

Первыми признаками ДК являются одышка при физической нагрузке, кашель. В связи с низкой медицинской активностью, несоблюдением режима лечения, продолжением злоупотребления алкоголем такие пациенты довольно скоро становятся нетрудоспособными вследствие прогрессирования **хронической сердечной недостаточности (ХСН)**. По определению, представленному в Международном руководстве по сердечной недостаточности, «сердечная недостаточность - это мультисистемное заболевание, при котором первичное нарушение функции сердца вызывает целый ряд гемодинамических, нервных и гормональных адаптационных реакций, направленных на поддержание кровообращения в соответствии с потребностями организма. Это быстро прогрессирующее состояние с однозначно плохим прогнозом».

Клиника ДК складывается из симптомов ХСН по малому и большому кругам: одышки, быстрой утомляемости, слабости, тахикардии, застойных хрипов в легких, гепатомегалии, гипотензии, кахексии. При злоупотреблении алкоголем в течение длительного времени развиваются поражения других внутренних органов: цирроз печени, хронический панкреатит, быстро прогрессируют обструктивные поражения легких. Все это вызывает клинически негативный эффект и быстро приводит к полной инвалидности пациента.

Неотложная помощь при ХСН заключается в в/в введении мочегонных средств - фуросемид (лазикс) 60-120 мг, в/в инфузии допамина со скоростью 5-10 мкг/кг/мин длительностью до 72 часов, назначении сердечных гликозидов (дигоксин 1-2 мл 0,025% р-ра).

При быстром прогрессировании ХСН, независимо от основной ее причины, больной должен быть госпитализирован в отделение неотложной кардиологии. Следует отметить, что, несмотря на большое количество лекарственных средств, применяемых при ХСН, только кардиотрансплантация может радикально улучшить прогноз данного состояния.

**Центральный понтинный миелолиз.** Центральный понтинный миелолиз (ЦПМ) - состояние, связанное с острым симметричным уменьшением содержания миелина в периферической нервной ткани и

олигодендроцитах моста. Наиболее частой причиной подобного состояния является ХАИ; реже ЦПМ встречается при тяжелых нарушениях питания, анорексии, злокачественных новообразованиях, инфекционных заболеваниях, нарушениях водно-электролитного баланса.

Клиническим проявлением ЦПМ является развитие парапарезов или квадрипареза (вовлечение кортико-спинального тракта). Несмотря на выраженные парезы, сознание не изменяется, поэтому в литературе подобное состояние называется «синдромом внутреннего заключенного». Демиелинизация кортико-бульбарного тракта проявляется дизартрией и дисфагией. Наблюдаются гипо- или гиперрефлексия сухожильных рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

Развитие ЦПМ у больных с ХАИ наиболее часто вызывается ятрогенным воздействием. У части таких больных наблюдается выраженная гипонатриемия, чаще всего хроническая. Интенсивная, быстрая коррекция данного состояния вызывает развитие ЦПМ. Поэтому можно рекомендовать как динамическое наблюдение неврологом больных с ХАИ и гипонатриемией во время лечения, так и отказ от необоснованной спешки в проведении коррекции электролитных нарушений.

Появление симптоматики ЦПМ является показанием для госпитализации в неврологическое отделение стационара.

Энцефалопатия Гайе-Вернике (ЭГВ) - заболевание с острым началом, характеризующееся расстройствами психики, отеком дисков зрительных нервов, кровоизлияниями в сетчатку, глазодвигательными нарушениями и атаксией при ходьбе.

Причиной развития ЭГВ является дефицит тиамина (витамина В<sub>1</sub>). Наиболее частым условием возникновения данного состояния оказывается ХАИ. Действие алкоголя главным образом связано с замещением продуктов, содержащих тиамин, в диете, но также обусловлено увеличением потребности в витаминах группы В, которые необходимы для обмена углеводов, поставляемых самим алкоголем, а также нарушениями абсорбции витаминов в желудочно-кишечном тракте.

В клинике ЭГВ наиболее частыми симптомами являются глазодвигательные расстройства и изменения психики.

Выраженность глазодвигательных расстройств находится в прямой зависимости от степени дефицита тиамина в организме. Типичен двусторонний парез отводящего нерва, приводящий к двоению, косоглазию и нистагму. Отмечаются изолированные параличи взора вниз, по горизонтали или по вертикали. Появляются птоз и кровоизлияния в сетчатку. Полное отсутствие глазодвигательных симптомов ставит под сомнение диагноз ЭГВ и требует более углубленного обследования больного.

Расстройства психики заключаются в глобальной дезориентации, появляется и нарастает индифферентность. Часто развиваются те или иные изменения сознания, резко снижается речевая продукция. Уже при первом же осмотре выявляются нарушения долгосрочной памяти по типу корсаковского психоза, становящиеся основными по мере уменьшения выраженности апатии, вялости и расстройств сознания.

ЭГВ обычно сопровождается полинейропатией, инфекционными осложнениями (наиболее частыми являются пневмонии).

Поскольку дефицит тиамина вызывает изменения в сердечно-сосудистой системе, больным с ЭГВ свойственны тахикардия, постуральная гипотензия, одышка при физической нагрузке.

Основным методом лечения является в/в введение тиамина (болюсом 50-100 мг), затем - по 50 мг в/м в течение 2-3 суток. Одновременно назначают другие витамины группы В.

У злоупотребляющих алкоголем лиц в/в введение глюкозы способно спровоцировать развитие ЭГВ. Поэтому у всех больных с предполагаемым дефицитом тиамина перед в/в введением глюкозы обязательно вводят тиамин!

Развитие ЭГВ является показанием для госпитализации больного в специализированное отделение.

Эпилептиформные судороги. Судорогами называются непроизвольные мышечные сокращения, которые могут захватывать как все мышечные группы (генерализованные судороги), так и локализоваться только в одной мышечной группе и продолжаться несколько секунд. Наиболее частой причиной судорог является эпилептическая активность; однако они встречаются при целом ряде заболеваний и поэтому требуют тщательного дифференциального диагноза.

Эпилептиформные судороги при хронической интоксикации алкоголем чаще всего наблюдаются при ААС. У лиц, страдающих эпилепсией, в абстинентном состоянии риск судорог резко повышен, и таким больным требуется обязательное профилактическое назначение противосудорожных средств.

Судороги при ААС чаще всего имеют генерализованный тонико-клонический характер, по внешнему виду они не отличимы от судорог, вызванных так называемой первичной эпилепсией. Они всегда протекают с потерей сознания, обычно развиваются стереотипно, начинаясь с поворота головы и падения. После этого наступает тоническая стадия (15-30 с), включающая насильственное открывание и закрывание рта, крики, разгибание и приведение верхних и нижних конечностей. Затем, после кратковременной промежуточной стадии, наступает клоническая фаза припадка (30-90 секунд). В этой фазе ведущим является наличие многочисленных генерализованных сгибательных спазмов. Именно в этот период наблюдаются прикус языка, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. В послеприпадочном периоде сохраняются изменения сознания вплоть до комы.

В случае парциальных (частичных) припадков, протекающих на фоне неизмененного сознания и проявляющихся клоническими подергиваниями, вращением тела, головы или фонетическими нарушениями, развитием так называемого паралича Тодда (преходящий парез в конечности, вовлеченной в судорожный процесс), у больного с ХАИ необходимо исключить очаговое поражение мозга. Если послеприпадочное состояние сопровождается выраженным изменением сознания, требуются энергичные меры для исключения черепно-мозговой травмы.

Эпилептиформные судороги являются следствием выраженных метаболических нарушений, наблюдающихся при алкогольном абстинентном синдроме. Неосложненные абстинентные припадки обычно прекращаются самостоятельно, и специальная противосудорожная терапия не требуется. Целесообразны в/в введение 10 мл 25%-ного р-ра магния сульфата, коррекция водно-электролитных нарушений.

В том случае, если несколько припадков следуют один за одним или один из припадков продолжается более 25 мин., диагностируется **эпилептический статус**. Это состояние способно привести к летальному исходу и требует энергичной неотложной терапии. В первую очередь устраняются причины дыхательных расстройств (западение языка, аспирация и др.). Целесообразно начать ингаляцию кислорода, лучше через маску. При угнетении дыхания незамедлительно интубируют трахею и начинают ИВЛ. Препаратами выбора для купирования судорожных состояний являются бензодиазепины. Диазепам (реланиум) вводят в/в в дозе 2,0-4,0 с последующей инфузией при необходимости. Несколько меньшей эффективностью обладает мидазолам (дормикум) - вводится в/в в дозе до 5,0. Наиболее грозный побочный эффект бензодиазепинов - угнетение дыхания, поэтому необходим тщательный мониторинг функции внешнего дыхания и гемодинамических параметров. При отсутствии эффекта в/в вводятся 2,0-4,0 витамина В<sub>6</sub> и 40-60 мл 40%-ного р-ра глюкозы (тиамин необходимо вводить до глюкозы с целью предотвращения развития энцефалопатии Гайе-Вернике).

Введение диазепама можно повторять вновь до достижения клинического эффекта. Если применение бензодиазепинов не дает положительного результата, приступают к инфузии барбитуратов (гексенал 1,0 в/в на 100 мл 5%-ного р-ра глюкозы или натрия оксибутират (ГОМК) в дозе 250 мг/кг массы тела).

При возникновении эпилептического статуса дальнейшее ведение больного необходимо осуществлять в отделении интенсивной терапии, где и проводятся дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия.

**Ятрогенные осложнения, неотложная помощь при них.** В процессе лечения больного, злоупотребляющего алкоголем, могут возникнуть ситуации, требующие неотложной терапии. Чаще всего они обусловлены не ошибками медицинских работников, а связаны с особенностями реактивности и изменениями метаболизма, обусловленными длительным злоупотреблением алкоголем.

**Аллергические реакции, анафилактический шок.** Могут развиваться в ответ на введение любых лекарственных препаратов, особенно в ситуациях, затрудняющих сбор аллергологического анамнеза. **Терапия:** в легких случаях - кальция хлорид (лучше при наличии катетера в центральной вене) 10% 10-20 мл в/в или кальция глюконат 20-30 мл в/в; димедрол 1% 1-4 мл в/м или в/в; преднизолон 30-60 мг в/м или в/в. В случае возникновения шока - адреналина гидрохлорид 0,1% 1,0-2,0 п/к или в/в; преднизолон до 180 мг в/в или дексаметазон до 20 мг в/в; в/в инфузия

допамина или добутрекса со скоростью 5 мкг/кг/мин; в/в 400-800 мл 0,9% р-ра натрия хлорида.

**Аспирация желудочного содержимого.** Встречается при промывании желудка у больных, находящихся без сознания, без предшествующей интубации трахеи. **Терапия:** немедленное освобождение дыхательных путей от рвотных масс, ингаляция кислорода; при необходимости - интубация трахеи и ИВЛ. Обязательный рентгенологический контроль для профилактики развития инфекционных осложнений и ОРДС. Раннее назначение антибиотиков широкого спектра действия.

**Гипертермия.** Характерны озноб, психоэмоциональное возбуждение. **Терапия:** пузырь со льдом на область бедренных артерий, голову. В/в 400-800 мл охлажденного (до 12-15°C) 5%-ного р-ра глюкозы.

**Гипокалиемия.** Обычно присутствует у больных с ХАИ вследствие нарушений водно-электролитного обмена. Возникает при форсированном диурезе при использовании р-ров натрия хлорида, глюкозы без добавления препаратов калия. **Терапия:** в/в капельное введение калия хлорида до 1 г/сут. под контролем содержания калия в плазме.

**Гипонатриемия (быстрая коррекция).** Развивается центральный pontинный миелолиз.

**Гипотония (коллапс).** Часто встречается вследствие нарушений водно-электролитного баланса, возможно развитие при купировании психомоторного возбуждения фенотиазинами (чаще - аминазином). **Терапия:** восполнение ОЦК - полиглюкин до 800 мл в/в или реополиглюкин до 800 мл в/в; инфузия до 1,5 л 0,9% р-ра натрия хлорида с добавлением электролитов; мезатон в/в 1,0-2,0 в/в или адреналин 0,1% 0,5 в/в; контроль за функцией внешнего дыхания.

**Дигиталисная интоксикация.** Встречается при терапии сердечной недостаточности, нарушений ритма на фоне электролитных нарушений. **Терапия:** отмена дигоксина. В/в капельно до 1 г/сут. калия хлорида. Контроль электролитов плазмы, ЭКГ.

**Нарушения внешнего дыхания.** Могут быть обусловлены как механическими причинами, так и реакцией на введение седативных препаратов различного химического строения. **Терапия:** фиксация запавшего языка рукой, воздуховодом, ингаляция кислорода; в/в 4 мл кордиамина. При необходимости - интубация трахеи и ИВЛ.

**Совместимость алкоголя и лекарственных средств.** Неблагоприятное действие ХАИ на организм нередко усиливается приемом некоторых лекарств, что может приводить к опасным последствиям.

Так, дисульфирамоподобным действием обладают фуразолидон, метронидазол, хлорпропамид, левомецетин и ряд антибиотиков цефалоспоринового ряда. Одновременный с ними прием алкоголя способен вызывать дисульфирам-алкогольную реакцию (нарушения сосудистого тонуса, сердечной деятельности и дыхания, возникающие при употреблении незначительного количества алкоголя), что часто ошибочно принимается за побочный эффект лекарства или аллергическую реакцию, а в пожилом возрасте может вызвать летальный исход.

Поражение печени достоверно ускоряется при сочетании алкоголя с лекарствами, обладающими собственной гепатотоксичностью, - изониазидом, тетрациклинами, анаболическими стероидами, пероральными контрацептивами.

Прием одновременно с алкоголем резерпина, метилдофы, нитроглицерина может вызвать развитие опасных для жизни коллаптоидных состояний с ослаблением коронарного кровообращения.

Гипотиазид или фуросемид вместе с алкоголем способны инициировать ортостатическую гипотонию, обмороки.

Алкоголь усиливает гипотензивное действие клофелина.

Антидепрессанты усиливают угнетающее действие алкоголя, и антидепрессивный эффект в сочетании с ним не достигается.

Прием транквилизаторов с алкоголем вызывает избыточную седацию.

Барбитураты, бета-блокаторы и антигистаминные средства ослабляют психомоторные реакции в сочетании даже с небольшим количеством алкоголя.

Летальная концентрация этанола при одновременном приеме алкогольных напитков и лекарственных средств, обладающих психотропным и анальгетическим действием, снижается на 30-40%. Острая токсичность этанола резко возрастает на фоне приема гормональных препаратов гипофиза, щитовидной железы, коры надпочечников и половых желез.

Вероятность риска развития язвы желудка и желудочных кровотечений при приеме стероидных гормонов и нестероидных противовоспалительных средств одновременно с алкоголем увеличивается.

H<sub>2</sub>-блокаторы снижают уровень алкогольдегидрогеназы желудка. Прием алкоголя на фоне терапии тагаметом, зантаксом или другими H<sub>2</sub>-блокаторами может приводить к опасным его концентрациям в крови.

Наркотическое действие алкоголя используется для снятия ангинозных болей со времен Гебердена (1786 г.). Вместе с тем, доказано, что он не обладает коронаролитическим ("коронарорасширяющим") действием. У лиц, страдающих коронарной болезнью сердца, прием алкоголя на фоне физических нагрузок может приводить к безболевым инфарктам миокарда.

## Глава 6. Психотерапия наркологических больных

*И. В.Белокрылое, И.Д.Даренский, И.Н.Ровенских*

Сложившаяся на сегодняшний день ситуация в отечественной наркологии характеризуется несогласованностью и даже поляризацией мнений по поводу места психотерапии как метода познания и способа лечения болезней зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Если ориентироваться на традиционный психиатрический подход, то в его пределах она занимает второстепенное положение относительно психопатологии и биологии в качестве исследовательской методологии, а как прикладной дисциплине психотерапии отводится вспомогательная роль на фоне фармакологического лечения и социотерапевтических мероприятий. И напротив, активно разрабатывающиеся в последнее время психологические модели зависимостей, постулируя первенство личностных факторов в патогенезе алкоголизма и наркоманий, абсолютизируют психотерапевтический метод как единственно целесообразный.

Неоднозначность данной ситуации усугубляется тем обстоятельством, что психотерапия до настоящего времени не определилась в качестве самостоятельной научной дисциплины и поэтому "уступает" психиатрии в плане разработанности научно-методологических принципов организации лечебного процесса. Как следствие, среди значительной части "психиатрически ориентированных" специалистов-наркологов выявляется известный снобизм по отношению к психотерапевтам, как практикующим нетрадиционные, зачастую известные только им самим, "стихийно" разработанные и внешне почти "фокуснические" приемы терапии. Безусловно, существуют авторитетные психотерапевтические институты, такие, как психоанализ, гештальттерапия, психодрама, системная семейная терапия и ряд других; их исследовательско-диагностические и лечебные подходы базируются на соответствующих течениях психологической науки. Однако, в силу известных исторических моментов, данные модальности не получили пока должного уровня развития и не определяют психотерапевтическую ситуацию в отечественной наркологии. Удельный вес манипулятивных приемов, основанных на аверсивном эффекте суггестии и плацебо-лечения, остается преобладающим. При этом их "живучесть" объясняется далеко не только слабостью базы научной психотерапии, но, прежде всего, относительно высокой эффективностью этих полукустарных методов, вызывающих у адептов официальной медицины противоречивое отношение. В свою очередь, в психотерапевтическом сообществе часть специалистов, заявляя о приверженности научности и "чистоте" своих методов, игнорирует успехи манипулятивно-ориентированных психотерапевтов, упрекает их в спекулировании на предрассудках населения; другая часть выступает за интеграцию различных модальностей во имя идеи повышения эффективности психотерапии в целом и в наркологической практике в частности.

Именно интеграционные тенденции привели к необходимости решения вопроса о научности психотерапии как единой дисциплины, представ-



ляющей совокупность различных модальностей. На страницах печати, в аудиториях профессиональных конференций ведутся острые дебаты о том, какой именно наукой является психотерапия и является ли ею вообще. Из множества публикаций, освещающих вопросы научно-философского определения психотерапии, можно резюмировать, что данная дисциплина занимает особую зону, смежную с медициной, психологией и антропологией, которая обозначается как эпистемиология, объединяющая естественнонаучные методы познания с герменевтическим пониманием и толкованием душевной жизни человека (А.О.Фильц, 1996).

На исследовательских аспектах психотерапии следует остановиться отдельно. Основное внимание при работе с больными в рамках большинства ее методов уделяется субъективной стороне личностного опыта больных с зависимостью. При этом личность психотерапевта предстает как основной инструмент такого подхода, поскольку "наилучший путь отражения субъективности личности - посредством субъективности другого" (J.S.Strauss, 1994). Подчеркивая значение психологических параметров, проблем "Я", субъективного личностного опыта, мы неизбежно оказываемся перед вопросом об их соотношении с объективно-процессуальными, прежде всего, биологическими основами алкоголизма и наркоманий. Вместе с тем, на современном уровне знаний постулируется тесная связь психосоциальных и нейрофизиологических факторов в этиологии и патогенезе психических расстройств.

Исследования на приматах и людях показали, что психологическое влияние приводит к изменениям нейробиологической природы. Сходным образом, психологическое вмешательство в лечебном контексте имеет глубокое воздействие на нейрофизиологию. Клинические примеры показывают, что "биологически обусловленные" расстройства имеют богатый подсознательный смысл. Поэтому анализ и проработка личностного смысла отдельных симптомов зависимости, другие психотерапевтические приемы не просто служат инструментом в достижении согласия пациента с режимами фармакотерапии, с необходимостью мер по преодолению терапевтической резистентности, но непосредственно формируют биологически стойкий лечебный эффект.

Проблема соотношения психо- и фармакотерапии имеет для клиницистов-наркологов не меньшее значение, чем для клинических психиатров. Некоторые "ортодоксы" фармакотерапии считают, что психотерапия, реализуя личностные конфликты, увеличивает психофизиологическое возбуждение, что прямо противоположно позитивному эффекту лекарственного лечения, и фармакотерапия, будучи замещением биохимических функций организма, является достаточной в психиатрической клинике. В противовес этому мнению психотерапевты, возражающие по поводу лекарственного лечения, приводят следующие соображения. Фармакотерапия подрывает процесс трансференции и увеличивает зависимость пациента от врача; редукция тревоги и другой клинической симптоматики, достигаемая за счет фармакотерапии, приводит к избеганию больным роли активного психотерапевтического пациента.

Опасения тех и других не подтверждаются. Исследованиями показано отсутствие негативной интерференции между психо- и фармакотерапией. Психофармакотерапия облегчает общение с больным, способствует установлению психотерапевтического контакта и удержанию пациента в терапевтическом процессе в целом (Т. Karasu, 1982; D. Feinsiler, B. Yates, 1984). При этом биологическая терапия в системе реабилитации наркологических больных настойчиво требует психологического опосредования и объединения с различными психотерапевтическими техниками с целью более осознанного и неформального участия пациента в регулировании фармакологического лечения (Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Ю.В. Валентики др., 1991). Степень поляризации взглядов на приоритет фармако- либо психотерапии несколько преувеличена и имеет большее отношение к "философии", чем к практике. Большинство практических психиатров-наркологов свободно комбинируют психотерапию и фармакотерапию.

Что касается рецидивирования зависимости при вскрытии конфликтной психологической проблематики, то такой риск действительно имеется. Это обстоятельство указывает на необходимость правильного построения схемы психотерапевтического воздействия, предполагающей тщательный контроль за глубиной личностной регрессии, за качеством проработки интрапсихических процессов (В.М. Воловик, В.Д. Вид, 1989). Поэтому, наряду с вопросами выделения психотерапии в качестве самостоятельной научно-практической дисциплины, по-прежнему остается крайне актуальной проблема дифференцированного выбора методов психотерапии и их сочетаний, адекватных различным клиническим вариантам зависимости от ПАВ. До недавнего времени этот выбор упрощался ограниченностью доступных приемов; фактически применялась рациональная психотерапия наряду с гипно-суггестивными приемами аверсивного характера. Теперь представители все новых и стремительно развивающихся школ сообщают об успешном применении соответствующих психотерапевтических техник в отношении аддиктивных пациентов.

Очевидно, что процедура дифференцированного применения психотерапии отсылает нас к вопросам классификации существующих методов. На основании обзора данных литературы некоторые авторитетные авторы предлагают ранжировать известные в настоящее время методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ на манипулятивные, развивающие личность и синтетические (Ю.В. Валентик, 2000). Однако если придерживаться данной систематики, нам фактически придется отнести большинство легитимных психотерапевтических модальностей к "синтетическим", поскольку даже классический "развивающий" психоанализ не исключает элементов манипулирования (R. Greenson, 1970), а добросовестно приводимая манипулятивная поведенческая терапия в известной степени способствует личностному росту.

Наиболее популярная систематика психотерапевтических подходов состоит в ранжировании множества отдельных модальностей на несколько больших направлений; представляющие эти направления ис-

следовательские и прикладные методы объединяются по ряду принципиальных параметров. К таким параметрам относятся:

1) основные закономерности и уровни психической деятельности, которые, согласно главенствующим теоретическим воззрениям, наиболее актуальны в плане генеза психопатологических образований и, соответственно, определяют **цели и задачи** психотерапевтического воздействия;

2) основные **принципы организации** психотерапевтического процесса, к которым относятся, прежде всего, параметры психотерапевта, преобладающие стили его взаимодействия с пациентами, а также роли, которые он на себя берет по отношению к больным и их проблемам;

3) основные **стратегии** психотерапии.

Необходимо особо прокомментировать последний параметр, определяющий специфику того или иного "большого" направления в психотерапии. Понятие стратегии во многом согласуется с первыми двумя свойствами метода; однако, речь в данном случае идет о подразделении многочисленных психотерапевтических тактик по общемедицинскому принципу - на симптоматическое и этиопатогенетическое лечение. И хотя такое подразделение является достаточно условным, в совокупности с вышеперечисленными параметрами оно необходимо для более точного определения возможностей и назначения конкретной лечебной процедуры. В известном смысле данные два типа психотерапии соответствуют друг другу ее дихотомическим классификациям, в частности: краткосрочная-долгосрочная, фокальная (четко сфокусированная на определенную проблематику) и инсайт-ориентированная (нацеленная на постепенные структурно-динамические изменения личности); тем не менее, мы решили остановиться на более традиционной для клинической медицины систематике.

Большинство современных исследователей в области психологической реадaptации наркологических больных говорят о преимуществах сочетанного либо последовательного проведения психотерапевтических циклов, дифференцируемых на три группы модальностей: когнитивно-поведенческой, личностно-ориентированной и гуманистической, включающей социотерапевтические и так называемые духовно-ориентированные формы (J.G.Jacobson, 1993; М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, 2000). Несмотря на то, что имеющиеся по данному вопросу научные сведения базируются на малорепрезентативном материале, а сведения об эффективности указанных методов нуждаются в объективизированной оценке, можно утверждать, что именно они определяют перспективу в направлении оптимизации психотерапевтических методов лечения в наркологии.

Описание отдельных форм и методов психотерапии в клинике зависимостей от ПАВ целесообразно предварить кратким историческим очерком. В этой истории красной нитью выстраиваются факты и свидетельства значительных расхождений в определениях и затруднений в освоении проблемы лечения зависимостей, долгое время находившейся "в аутсайдерах" психотерапевтической проблематики. Такое положение наметилось уже со времени деятельности основателя научной психоте-

рации З.Фрейда. В его работах тема зависимости от ПАВ практически не разрабатывается; к тому же известно, что в собственной жизни ученый периодически употреблял кокаин и не мог отказаться от табакокурения даже под угрозой смерти. Сам этот факт свидетельствует о том, что даже высокоорганизованная личность в отношении осознания и признания феномена зависимости обнаруживает серьезный недостаток критики, своеобразную "скотому реальности", не говоря уже о трудностях достижения позитивных изменений.

Кроме того, "ранний" психоанализ постулировал достаточно узкий перечень показаний к применению этого метода, фактически ограниченный областью неврозов. Ситуация изменилась с перенесением E.Bleuler (1911) фрейдовской теории неврозов на шизофрению, а вслед за тем другими авторами - на другие психические расстройства, выходящие за пределы невротического круга. Данное обстоятельство не могло не отразиться на психотерапевтических подходах в наркологии. При этом концепция психоаналитической психотерапии зависимых больных, согласно теоретическим воззрениям того периода, строилась на основе обеспечения максимального отреагирования вонне бессознательных либи\*инозных и агрессивных тенденций. В 1927 г. появляется сообщение Э.Зиммеля об организации специализированного санатория для наркотически зависимых, в терапевтических методах которого главенствовал психоаналитический. На первых этапах лечения пациенты получали постепенно сокращающиеся дозы наркотика; при этом им разрешалась, и даже поощрялась, любая деструктивная деятельность: они убивали, пожирали и кастрировали изображения и фигурки персонала санатория, могли ломать ветки деревьев на территории и т.п. После полной отмены психоактивного вещества пациентам разрешалось сколько угодно времени проводить в постели под присмотром сестры-сиделки - с целью удовлетворения глубинного желания быть ребенком и всегда иметь рядом заботливую маму. Лишь после этого больным предлагались регулярные психоаналитические сеансы.

Однако даже такие внушительные в организационно-техническом плане формы не обеспечили эффективности психоаналитической курации зависимых больных. Было резюмировано, что аддикты в силу ряда присущих им свойств практически не доступны реконструктивной, развивающей психотерапии, ориентированной на позитивное изменение личности. Вместе с тем был дан импульс к развитию других, неаналитических форм и методов психотерапии в наркологии.

В США в 30-е годы складывается традиция так наз. "тэвистокских", а вслед за ними - "оксфордских" психотерапевтических групп, у истоков которых стоял К.Г.Юнг. Эти группы были структурированы без четко обозначенного группового лидера (ведущего), а стиль их проведения базировался на свободном обмене мнениями между их членами. В дальнейшем они послужили прототипом для создания групп общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов с разработанной в их практике и актуальной поныне "12-шаговой программой" реабилитации наркологических больных. Со стремительным ростом популярности этой про-

граммы в западной наркологии надолго возобладали ориентации на не-директивность, добровольность и открытость при проведении психотерапевтических мероприятий. Важной ее тактической особенностью является тот момент, что безоговорочный отказ от наркотика (алкоголя) условиями реабилитации не предусматривается, в чем явно просматриваются признаки заимствования активных в тот период на Западе антипсихиатрических тенденций. Цели психокоррекционных мероприятий, взамен воздействия на патогенез либо симптоматику зависимости, смещаются к идее постепенной ресоциализации больных посредством "духовного очищения". В научной психотерапии эти тенденции и принципы получили теоретическое обоснование и методическое оформление в концепции клиент-центрированной терапии К.Роджерса. Вместе с рядом других направлений, также характеризующихся демократизмом с неизбежными элементами попустительствующего стиля работы терапевта по отношению к проблемам своих подопечных, они объединяются в так наз. гуманистическую психотерапию. Психоаналитические и гуманистические модели психотерапии создали основу для развития современных интегративных и групповых подходов в психиатрии и наркологии.

Другими наиболее интенсивно развивающимися неаналитическими методами психотерапии зависимостей в послевоенное время стали поведенческий (бихевиористский) и когнитивный, зачастую объединяемые в одно концептуальное направление. Когнитивно-поведенческие терапевты применяют кропотливое разъяснение механизмов развития болезни и стимулируют освоение больными новых здоровых, адаптивных жизненных навыков. В соответствии с теориями обучения и информации, положенными в основу этих методов, ставится задача заполнения информационных пробелов, образовавшихся в когнитивной сфере пациента в силу тех или иных искажений ее развития. Эти методы хорошо "прижились" на отечественной "почве" наркологической практики с ее хорошо развитыми традициями рациональной психотерапии. В качестве наглядного и успешного примера такой работы можно привести "континуальную" терапию наркологических больных (Ю. В. Валентик, 1993), включающую когнитивные методы профилактики рецидивов патологического влечения к ПАВ и поведенческий тренинг социальных навыков в условиях специально выработанного психотерапевтического режима.

В настоящее время, когда когнитивно-поведенческая терапия претендует на главенствующее положение в стационарной наркологии, а общества АА и АН фактически покрыли своим влиянием всю внеклиническую наркологическую реабилитацию на Западе и активно внедряются в наши лечебно-профилактические учреждения, новое развитие получили личностно-ориентированные реконструктивные методы психотерапии и, прежде всего, - психоаналитические. Современные техники психодинамической психотерапии позволяют преодолевать целый ряд недостатков и слабостей "ортодоксального" подхода применительно к контингенту аддиктивных пациентов. Описанию новых методов психодинамической терапии зависимостей посвящен отдельный раздел настоящей главы.

Наконец, следует отметить еще одно направление, представляющее большую важность для психотерапевтической коррекции личностных проблем, связанных с наркологическими расстройствами. Речь идет о семейной терапии, популярность которой растет во всем мире, ее целесообразность и эффективность подчеркивается во многих публикациях. Наркологами различных концептуальных ориентации хорошо известны феномен созависимости в семьях больных алкоголизмом и наркоманиями, активно фигурирующий в процессах манифестации болезни и рецидивообразования. В семейной терапии проблемы созависимости и другие вопросы внутрисемейного взаимодействия являются объектом особенно пристального исследования и последующего корректирующего воздействия. Данный метод, с полным основанием относимый к патогенетической терапии наркологических заболеваний, также освещается в настоящей главе руководства.

Первый ее раздел посвящен наиболее традиционным и активно используемым в практической наркологии психотерапевтическим техникам симптоматического, главным образом аверсивного характера. Относимые по ряду формальных критериев к когнитивно-поведенческой терапии, эти методы фактически занимают промежуточное положение между психо- и фармакотерапией, будучи непосредственно направленными на нейро-биологическое звено патогенеза аддикции.

При составлении настоящего материала авторский коллектив ставил своей задачей максимально полное освещение тех методов и приемов лечения, в отношении которых в отделении психотерапии НИИН МЗ РФ накоплен опыт реальной работы. Ряд широко известных методов психотерапии, такие, как, например, гештальттерапия, транзакционный анализ и многие другие, не получили здесь своего отражения, поскольку судить об их применении в наркологии мы можем лишь на основании данных литературы.

### **1. Аверсивная психотерапия зависимостей**

Аверсивное лечение в наркологии направлено на формирование бес-сознательного чувства (эго-синтонного комплекса) отвращения к органолептическим свойствам психоактивного вещества и состоянию опьянения, вызванного им. Психотерапевтическое воздействие аверсивного характера является, по сути, симптом-ориентированным и адресованным к психофизиологическим закономерностям развития заболевания, которые также лежат в основе построения стратегии психофармакотерапии. По набору используемых средств это лечение объединяет приемы условно-рефлекторной и суггестивной терапии, преследующие цель выработки негативной реакции к алкоголю и наркотикам. Нельзя признать удачным отнесение условно-рефлекторной терапии, основанной на теории И.П.Павлова о рефлекторной природе психических процессов, к поведенческой терапии (behavior therapy). Поведение человека является в большей степени сложным психосоциальным актом и не сводимо к ряду рефлексов. Поведенческая терапия в большей степени соотносится и объединяется с когнитивной и рассматривается в соответствующем разделе.

Техника формирования отвращения к психоактивным веществам имеет длительную историю и базируется на принципах классического обусловливания (В.М.Бехтерев); в основе терапии лежит выработка рвотного условного рефлекса. Основной прием условно-рефлекторной терапии алкоголизма состоит в синхронном приеме алкоголя и нанесении объективно неприятного, даже болезненного раздражения, например, введении рвотного вещества. В качестве рвотных средств используются вещества с неприятными органолептическими свойствами или с центральным рвотным действием, например, апоморфин.

Последние годы в сочетании с употреблением ПАВ применяются иные, более "брутальные" процедуры. В частности, используются тягостные переживания, возникающие в эректильную фазу наркоза при введении так называемой аффективной контр-атрибуции (АКАТ) у больных алкоголизмом (Е.М.Крупицкий, А.Я.Гриненко, 1996). В лечении больных наркоманией используется самовоздействие электрошоком при появлении тяги к наркотикам (J.Wolpe, 1965), а ритуал приготовления наркотика сочетается с затруднением дыхания при введении миорелаксантов (N.H.Rathod, T.Tompson, 1968; P.H.Beachey, 1971; G.W.Miller, 1974) и созданием состояния тяжелой абстиненции введением налтрексона (O.Brienetal., 1980; A.R.Childress et al., 1986). При этом некоторые авторы использовали поэтапную иерархию стимулов, связанных с наркотиками. После каждой процедуры "гашения" следовал сеанс релаксации для снятия дискомфорта или уменьшения тяги к наркотику.

Сходный механизм угашения рефлексов имеет процедура "**десенситизации**" (J.Wolpe, 1965). Нежелательные переживания ослабляются и подавляются при сочетании, одновременном предъявлении иницирующих их стимулов и методик снижения эмоционального компонента переживаний. При этом составляется список реальных ситуаций с градацией иницирующих и провоцирующих стимулов по степени их влияния на индивида (от одного до 100 пунктов). Их предъявление начинается с минимальных, отдаленно связанных с тягостными переживаниями. Согласно принципу реципрокного торможения, нежелательные переживания могут быть подавлены, если одновременно объединить стимулы, которые их вызывают, и стимулы противоположного характера. В случае наркологического заболевания речь идет о влечении к ПАВ и состоянию опьянения, а также о навязчивых опасениях рецидива заболевания. Далее следует предложить пациенту занять удобную позу сидя или лежа, провести релаксацию, например, по методике Джекобсона, и начать собственно десенситизацию.

В расслабленном состоянии пациент посредством аутосуггестии вызывает образ, провоцирующий эти неприятные переживания. Их появление является сигналом к углублению расслабления и седации и уменьшению провоцирующих представлений вплоть до полного исчезновения тягостных ощущений. В последующем, по мере угашения реакций на воображаемые стимулы, выбираются иные, более тесно связанные с неприятными эмоциями образы. Например, больной с алкогольной зависимостью сна-

чала представляет в своем воображении ситуацию выходного дня, обычно ассоциирующуюся у него с распитием спиртных напитков. По мере угашения обострения влечения к алкоголю на этот стимул больной переходит к представлению прямых органолептических свойств алкоголя и т. д.

Важно в процессе терапии совершенствовать навыки релаксации пациентов. Каждый образ фиксируется на 10 сек., затем следует 30-секундная релаксация. Образ представляется несколько раз. При появлении напряжения или нежелательного переживания пациент сигнализирует об этом врачу определенным образом, чаще - поднятием пальца. Если таковые переживания не обнаруживаются, то переходят к следующему образу по списку. За одно занятие осваивают несколько образов.

Наряду с процедурой десенсилизации применяется техника **"наказания"**, при которой неприятный стимул определяется имитацией наказующего поведения. Негативный (аверсивный) стимул используется сразу же за ответной реакцией, которую стремятся угасить.

Разработаны также техники **"угашения"**, основанные на прямом предъявлении объекта тревоги и страха без предварительной релаксации. Предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. Угашение проходит те же этапы, что и процедуры с положительным либо отрицательным подкреплением. Здесь крайне важно исследовать параметры окружения больного, подкрепляющие нежелательное поведение. Угашение предполагает лишение больного всех положительных подкреплений только данного нежелательного стереотипа поведения. Скорость угашения зависит от того, каким образом в реальной жизни раньше подкреплялся этот стереотип. Методика угашения требует значительного времени, так как прежде чем нежелательное поведение начинает угасать, оно проходит период первоначального возрастания по частоте и силе.

Очевидные технические сложности проведения условно-рефлекторной терапии послужили толчком к развитию **суггестивных методов** психотерапии, при которых лечебное воздействие, осуществляемое через внушение в состоянии бодрствования либо при измененном сознании (гипнотический транс, наркопсихотерапия), как бы "обходит" нейрофизиологические механизмы формирования аверсии и "напрямую" формирует требуемый эффект отвращения.

Непосредственная (прямая) суггестия проводится без объяснения механизмов возникновения позитивных изменений и без привлечения дополнительных технических средств. Производится внушение желательных изменений в самочувствии, общем состоянии, течении болезни, используются прямые директивы в плане создания социально позитивных форм поведения.

Важным условием прямой суггестии является высокий лечебный авторитет врача, что далеко не всегда имеет место на практике. При этом возникает потребность привлечения дополнительных приемов достижения большей эффективности суггестии, когда врач опирается на иные "авторитетные" в глазах пациента объекты.



Предметно-опосредованная суггестивная психотерапия проводится с усилением реальных свойств назначенных больному манипуляций и процедур. Подобного рода суггестии применимы, если используемая процедура оказывает реальное, но недостаточное или обнаруживаемое не у всех больных лечебное действие.

Примером такой терапии являются манипуляции, сопровождающие **сенсibiliзирующие к алкоголю фармакотерапевтические процедуры**. В отношении ряда больных имплантация препарата эспераль не оказывает желаемого противорецидивного действия, приписываемого такой процедуре. Поэтому существует потребность психотерапевтического усиления его действия на больного. Слова и действия врача направлены на формирование у больного уверенности в действенности процедуры и внушение непреходящего опасения перед приемом алкоголя.

Для усиления суггестивного эффекта процедура тщательно оформляется организационно. Вопрос о показаниях и целесообразности ее проведения решает комиссия врачей. Предварительно проводится тщательное соматологическое и экспериментально-психологическое обследования больного (Т.М.Князева, 2000). Описываются действие препарата и изменения состояния пациента в случае нарушения трезвости. Подробно обговаривается с больным реакция несовместимости в виде сердечно-сосудистых и дыхательных нарушений, опасных для жизни, при употреблении даже небольшого количества алкоголя. Значение психотерапевтической работы состоит как в усилении свойств фармакологической процедуры, так и в предупреждении ее возможных драматических психологических последствий для больного.

К симптоматической суггестивно-авersive психотерапии наркологических больных следует также относить **плацебо-терапию**, при которой манипуляциям индифферентного содержания приписываются качества, свойственные реальным препаратам или процедурам. В частности, это относится к плацебо-имплантации препарата эспераль. Возможны случаи, когда при наличии противопоказаний к введению этого средства больной настаивает на этом лечении, верит в эффективность процедуры. В таком случае плацебо-лечение состоит во введении нейтрального лекарства и в заверении больного, что ему введен натуральный сенсibiliзирующий препарат. Больного убеждают в неизбежности тяжелых последствий нарушения трезвости, таких же, как и при проведении достоверной процедуры. Подобные манипуляции имеют массу модификаций. Зачастую используются препараты, обладающие отчетливым вегетотропным действием, причем возникающим «на кончике иглы». Последнее обстоятельство используется в психотерапевтических целях. Больному поясняют, что соматовегетативные сенсации являются свидетельством высокой действенности препарата, а похожие, но только во много раз более сильные ощущения возникнут при нарушении трезвости. Внешне процедура оформлена как полностью идентичная реальному введению сенсibiliзирующего препарата (процедура провокации, памятка и т. п.).

Иногда той или иной психотерапевтической манипуляции присваиваются свойства иных методов психотерапии либо реально не существующие свойства препаратов и процедур. При этом декларируемый эффект также достигается механизмами внушения.

В отечественной практике традиционно для лечения алкоголизма и других видов зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) применяются методы **гипно-суггестивной психотерапии** (В.М.Бехтерев, 1911, И.М.Виш, 1958; Н.В.Иванов, 1959; С.И.Консторум, 1962; А.И.Слободяник, 1966; Л.С.Лившиц, 1970; К.М.Варшавский, 1973; П.И.Буль, 1974; В.Е.Рожнов, 1979, 1983, и др.). Классическую гипнотерапию практикуют и за рубежом, но в меньших объемах. Более чем вековая практика использования гипноза опровергает периодически появляющиеся прогнозы о том, что он исчерпал себя. Основные задачи, которые решаются с помощью гипнотерапии, - формирование трезвеннических установок, повышение самооценки и уверенности в собственных волевых возможностях, разрушение нежелательных стереотипов поведения. В настоящее время высказываются мнения о том, что гипнотерапия недостаточно эффективна в качестве основного или единственного метода психотерапии и должна применяться в комплексе с другими методами (Ю.В.Валентик, 2000).

Классической формой такого метода можно считать **эмоционально-стрессовую психотерапию** по В.Е.Рожнову (1985). В начале сеанса традиционным способом воздействия вызывают гипнотический транс. Производящий внушение предлагает больным расслабиться, сосредоточиться на каком-либо приятном образе, после чего применяются гипнотические формулы.

Переходя к собственно терапевтическому воздействию, внушается, что пьянство разрушает здоровье, преждевременно старит человека, делает его уязвимым к различным инфекционным и иного рода заболеваниям, ослабляет половую функцию, вредно сказывается на потомстве, отрицательно влияет на семейные отношения и воспитание детей. Особо настойчиво декларируется несоответствие злоупотребления спиртными напитками с моральными устоями общества. Значительной действенностью обладают внушения, которые обращены к воспоминаниям того времени, когда пациент был хорошим работником, пользовался всеобщим уважением у коллег и знакомых, был нужным человеком в семье. Психотерапевт поддерживает у больного прочную уверенность в возможности покончить с пьянством, восстановить утраченное здоровье, работоспособность и доброе имя.

После таких "общих" внушений переходят к выработке тошнотно-рвотного рефлекса на вкус и запах алкоголя. Для этого весьма желательно, чтобы в группе было несколько человек, у которых уже ранее был выработан такой рефлекс. Их бурные реакции в виде тошноты и рвоты в ответ на первые же формулы внушения индуцируют начинающих лечение больных, ускоряют наступление терапевтического эффекта.

Во время рационально построенных бесед перед началом сеанса слово "водка" произноситься не должно. В процессе сеанса при переходе к вы-

работке тошнотно-рвотного рефлекса следует употреблять только слово "водка" и связывать его с вырабатываемым ощущением тошноты, тяжести, удушья, отвращения и рвоты как кульминации. Особое внимание следует обращать на произнесение слова "водка", подчеркивающее негативное психологическое и брезгливое физическое восприятие этого объекта.

После многократного произнесения слова "Водка!" и заявления о том, что она вызывает чувство отвращения, удушья, тошноты, производят подкрепление, но не водкой, которая редко у какого-либо алкоголика вызывает внушаемые ощущения, а чистым 96° спиртом-ректификатом. Им увлажняют губы и ноздри больного с помощью ваты или, что лучше, путем обрызгивания из пульверизатора. Подкрепление спиртом по предлагаемой методике почти у всех пациентов вызывает резкую вегетативную реакцию: покраснение лица, слюноотделение, кашель, чувство удушья, резкое отвращение, неприятное жжение в области слизистых рта и носовой полости. В момент подкрепления следует настойчиво продолжать в прежнем императивном тоне многократно внушать отвращение к водке.

Полный курс лечения в условиях стационара или амбулаторной практики не превышает 10-12, иногда 15 сеансов эмоционально-стрессовой гипнотерапии. Подкрепление следует производить не чаще 1-2 раз в месяц в течение года.

Сущность другого варианта гипноза для терапии наркологических больных состоит в замене внушения ощущений, соответствующих отвращению к алкоголю, императивными формулами, направленных на закрепление у пациента стойких опасений за здоровье в случае нарушения воздержания. Введение в гипнотический транс по данной методике предлагается применять вместе с другими вариантами опосредованной психотерапии (Г.М.Энтин, 1998).

Современная симптоматическая психотерапия алкоголизма и наркоманий все более отчетливо обнаруживает тенденцию к синтезу условно-рефлекторных и суггестивных методик в выработке своих стратегий. Так, в практике отечественной наркологии получили распространение различного рода модификации предложенной А.Р.Довженко (1987) методики "кодирования" как в условиях индивидуального сеанса, так и в больших группах. Объединяемые данным термином методики, как правило, включают известные приемы гипно-суггестии в сочетании с использованием различных химических и физических средств условно-рефлекторного подкрепления для более стойкой фиксации лечебного эффекта внушения (И.И.Лукомский, 1960; Г.В.Зеневич, С.С.Либих, 1965; М.С.Лебединский, 1971; И.В.Стрельчук, 1973 и др.).

Вначале понятие "кодирования" отождествлялось с традиционными техниками гипнотического транса (С.И.Консторов, 1962). Постепенно оно стало ассоциироваться с применением "кодированной" информации, обозначаемой неким символом или словом, ассоциированным с желаемым терапевтическим эффектом. Слово или другой знак (различные раздражения, цифра, образ и т.д.) выступают как код или "якорь" лечебной фиксации (Я.П.Гасуль, 1985). Характер таких сенсорных яко-

рей определяет специфику предлагаемых методик. В наиболее традиционном виде кодированием называют метод антиалкогольного лечения, при котором суггестия наяву сопровождается болевым надавливанием на надбровные дуги в месте выхода верхней ветви тройничного нерва и впрыскиванием хлорэтила в ротовую полость (А.Р.Довженко, 1984, 1988, 1989, 1991, 1992; Г.М.Энтин, 1991).

Для создания сенсорных якорей используются порой весьма изощренные, сложные и многоэтапные приемы. Например, рекомендуется предварительно ополаскивать полость рта больного 1 % раствором хлористо-водородного апоморфина в течение 3-5 секунд; затем, на фоне выработанного отрицательного рефлекса на алкоголь, воздействуют на биологически активные точки наружного уха (точки Балле) постоянным током 50 мкА с частотой 10 гц в течение 1 -2 сек. с одновременным вдыханием паров хлорэтила в течение 3 секунд (В.А.Яворский, Н.П.Гарницкий, 1993). Вместо хлорэтила применяются лидокаин или холодная вода. С теми же целями используется побочное действие нейролептиков, в период развития которого проводят сеанс аверсивного внушения с последующей "провокацией" субъективно тягостной реакции на алкоголь (В.А.Черлянцев, 1995).

При соответствующем выполнении и вербальном оформлении психотерапевтического значения кодирования (якорения) может иметь имплантация инородного предмета, когда, например, под кожу головы подшивается металлический шарик (В.П.Гиндин, 2000). При этом следует учитывать предпочтительную модальность восприятия пациента, функционально наиболее активную часть его сенсорного аппарата. Так, "аудилист" нуждается в создании словесных и звуковых якорей, "визуалист" - зрительных, "кинестетик" - телесно ориентированного подкрепления суггестии. Высказывается мнение, что методики имплантации наиболее эффективны у больных-кинестетиков. Во всяком случае, стойкость "якоря" зависит не от интенсивности воздействия, а от его соответствия особенностям характера индивида, степени субъективного опосредования используемого воздействия.

На аналогичных принципах базируется методика **нейролингвистического программирования**, обеспечивающая фиксацию узкого спектра субъективного опыта пациента и оказывающая противоалкогольный терапевтический эффект за счет внутриличностной конфронтации пациента с ответственной за зависимое поведение частью его личности.

В качестве инструмента фиксации суггестивного воздействия может выступать **физиотерапевтическая процедура**, например, электротранквилизация с помощью аппарата "Лэнар" (И.Д.Даренский, 1997). Суггестия проводится в три этапа: сначала больному описывают содержание процедуры; затем выполняется предварительная подготовка по повышению внушаемости и восприимчивости к физиотерапии; наконец, осуществляется собственно антиалкогольная суггестия.

Отдельно следует указать на условия эффективной суггестии. До сих пор остается открытым вопрос о механизмах индукции суггестии и при-

роде внушаемости. Безусловно, с внушаемостью сопряжены определенные качества личности, индивидуальные свойства пациента. С практической точки зрения этот вопрос имеет отношение к отбору пациентов для суггестивной терапии. К критериям оценки внушаемости и напрямую связанной с ней гипнабельностью относятся: характер самооценки и самоотчета больных и их родственников, результаты гипнопробы, эффективность предшествовавшей аутогенной тренировки, реакция на плацебо (А.Я.Гриненко, 1991, 1993),

С высокой внушаемостью сопряжены такие признаки, как низкий интеллект, "полезависимость", подчиняемость, конформность, педагогическая запущенность с отсутствием элементарных медицинских знаний, низкий культурный уровень с верой в потусторонние силы, экстрасенсорику и т.п. В наркологической практике отмечается результативность прошлого суггестивного лечения с использованием плацебо-эффекта, гипноза (В.Легчаев, 1992).

М.Е.Бурно (1996) отмечает, что пациенты рассудочного склада (психастеники, ананкасты, а также многие больные шизофренией) слабо предрасположены, а подчас и активно сопротивляются в отношении прямого внушения. Люди аутистического склада более внушаемы, особенно если содержание внушения соответствует их индивидуальной системе ценностей и мироощущению; инородную, «чужую» по содержанию и структуре суггестии такой пациент обычно отвергает. Довольно высокой внушаемостью отличаются истерики, неустойчивые психопаты, многие циклоиды, эпилептоиды, неврастеники, фобические невротики, алкоголики. Более внушаемы в большинстве случаев подростки, женщины, инфантильные и примитивные натуры. Косвенным признаком внушаемости является высокая чувствительность к седативным психотропным средствам и электротранквилизации (И.Д.Даренский, 1997).

С феноменом внушаемости также связаны внешние условия. Сама ситуация психотерапевтического воздействия, когда больной с волнением ожидает терапевтического "вторжения", служит предиктором эффекта суггестии. При этом широко применяются некоторые технические приемы повышения внушаемости: повтор суггестивных формул, зашумленность фона, сокрытие внушаемых формулировок за обилием слов (подобно тому, как это используется в эффекте 25-го кадра). В аутогенной тренировке используется принцип соответствия целей вызываемых ощущений их физиологическому эквиваленту (ощущение тяжести эквивалентно расслаблению и ощущение тепла - приливу крови к участку тела). Действенность суггестии возрастает благодаря сопряжению внушения с чем-то бесспорным в глазах пациента: например, при плацебо-терапии упоминают неоспоримо действующий препарат.

Внушаемость значительно повышается также при дополнительном изменении сознания пациента, для чего существует определенный круг средств. Так, проводится надпороговое воздействие на сенсорные системы, что достигается звуковым "сверхсенсорным" воздействием путем подбора асинхронных тонов (музыки) из четырех-пяти источников,

образующих пульсирующий звук. Кроме того, используется наложение нескольких записей речи на разных языках, другие звуковые эффекты (В.Самохвалов, 1998).

Неспецифическая перегрузка сенсорного аппарата достигается использованием неравномерных частотных стимулов. Механизм состоит в информационно-частотном "вымывании" нейромедиаторов в корковом отделе сенсорного анализатора с последующим истощением и торможением нервной системы. Прослеживается определенное влияние неосознанных ритмических стимулов на когнитивную деятельность (А.Б.Салтыков и др., 1993). Для воздействия на зрение используют блестящий шарик, пластину, мелькание света. Для слухового анализатора предназначены звуки слышимой части спектра. Наиболее информативна для органа слуха частота звуков человеческой речи, особенно гласных звуков: 1-2тысячи герц (Е.Д.Хомская, 1987). В этом диапазоне находятся звуки с наибольшим биологическим и информационным воздействием на человека. Существуют методики определения наиболее значимого для человека ритма, в частности, можно указать на специальные компьютерные программы тестирования индивидуального ритмического спектра (И.Д.Даренский, 1997).

Человеческая речь обладает сильным воздействием на человека. Существует магия длительной и монотонной речи, гипнотизирующей слушателя. На гипнотическом эффекте длительной, на первый взгляд, сумбурной и монотонной речи основаны успешные терапевтические внушения. Так, все большую популярность завоевывает предложенный М.Эриксоном подход (1992), при котором введение в транс осуществляется с помощью терапевтических метафор и специальных фонетических приемов, обеспечивающих скорейшее гипнотическое «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.

Сверхсенсорное воздействие достигается также созданием затруднения дыханию посредством введения больному миорелаксантов короткого действия (И.Д.Даренский, М.А.Ястребов, 2001) или использования дыхательного мешка (Т.Н.Дудко и др., 1999). Нейрохирургическая операция с криодеструкцией зон головного мозга, используемая при лечении больных наркоманией (А.А.Луцик, 1999), также содержит компонент сверхсенсорного воздействия.

Измененное сознание достигается за счет использования фармакологических средств. Применение наркотиков и барбитуратов, рекомендованных ранее для наркопсихотерапии (М.Э.Телешевская, 1985) или, например, ребесинге (С.Гроф, 1993), запрещено в современной психотерапевтической практике. Однако эта идея остается актуальной. Примером ее воплощения может служить процедура АКАТ или "аффективная контратрибуция". Внутривенно вводится кетамин (калипсол). В эректильной фазе наркоза наблюдается хаотическое двигательное возбуждение, сопряженное с появлением устрашающих зрительных галлюцинаций и тягостных аффектов тревоги, витального страха. Терапевт использует данный период для проведения антиалкогольных внушений,

имеющих целью связать в сознании пациента испытываемые негативные переживания с процессом употребления алкоголя, создает в памяти пациента негативное чувственное оформление алкогольных атрибутов (Е.М.Крупицкий, А.Я.Гриненко, 1995, 1996).

Современные синтетические аверсивные методики в наркологии комбинируют гетеро- и аутосуггестию (аутогенную тренировку), медитативные техники и эриксоновский гипноз, а также другие формы внушения друг другом. Совершенствовать гипноз предлагается опосредованным воздействием на дыхательные циклы или ритмы (А.А.Кириченко, Б.Б.Падик и др., 1980; Б.Б.Ладик и др., 1983). Разработана психотерапевтическая формула гипнотического сна, в построении которой, кроме семантического, учитывались фонематический, интонационно-тембровый и стилистический компоненты речи (Б.Б.Ладик и др., 1986).

Внушаемость пациентов повышает актуализация сексуального инстинкта. Известна большая симпатия и расположение к специалистам противоположного пола - для женщин более желательны врачи-мужчины. Существует мнение об обязательном присутствии лиц противоположного пола в однородной психотерапевтической группе в качестве "катализатора терапевтического процесса" (S.Kratochvil, 1978).

Сочетанное использование перечисленных средств воздействия на органы чувств человека рекомендуется для более успешного достижения состояния измененного сознания. Электротранквилизация в сочетании с фармакологическими седативными средствами, воздействием на инстинкты, использованием музыкальных шумов, аутогенной тренировки, переходящей в гипноз по Эриксону, позволяют достигать нужного изменения сознания и усиливают конечный лечебный результат.

Симптоматическая суггестивная психотерапия ограничена в эффективности, так как оставляет незадействованными многие важные процессуальные механизмы развития зависимости. Она активизирует сопротивление больного патологическому влечению, но не затрагивает глубинные личностные факторы развития болезни. В литературе описан случай длительных занятий аверсивной терапией с выработкой рвотной реакции на алкоголь у больных алкоголизмом. Занятия были успешными - одна только мысль о водке вызывала рвоту. Но перспектива подобной жизни вызвала у собравшихся вместе алкоголиков такой негативизм, что они пошли в бар и там начали выпивать, преодолевая отвращение и рвоту взаимной поддержкой (P.J.Hilts, 1973). Известно, что больной алкоголизмом либо наркоманией испытывает и более тягостные переживания в связи с потреблением ПАВ во многих сферах жизни, что в ряде случаев обеспечивает "спонтанную аверсию" (В.Л.Минутко, 1993). В состоянии запоя он подвергается моральному унижению, многочисленным наказаниям со стороны окружающих, а в похмелье получает подкрепленную тягостными телесными ощущениями массивную аверсивную гетеро- и аутосуггестию, направляющую его на трезвость. Бесспорно, стойкость лечебного результата тщательно спланированной, эффективно проведенной профессиональной запретительной

терапии выше, чем при спонтанной аверсии; однако в любом случае симптоматическое психотерапевтическое воздействие при изолированном применении не является достаточным.

## **2. Когнитивно-поведенческая психотерапия**

Поведенческая психотерапия больных с зависимостью от ПАВ представляет собой процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения (M.Tarrier, C.Barrowcloughetal., 1988; Ю.А.Концевой, 1981;Т.В.Гончарская, Н.Р.Мальков, 1984). Некоторые элементы бихевиористического характера, безусловно, включают в себя вышеописанные методики суггестивно-аверсивной терапии, однако классический метод опирается на более системный подход к воздействию на психопатологическую симптоматику. В отличие от аверсивных процедур, использующих стимуляцию субъективно тягостных, негативных ощущений, связанных с патологическим поведением, в поведенческой терапии в большинстве случаев применяется положительное подкрепление каждого шага больного в нужном направлении, что приводит к возрастанию реалистичности его поведения. Установление больными четких причинно-следственных связей между собственным поведением и поведением окружающих способствует снижению внутренней конфликтности и возрастанию активности. Тем не менее, условно можно выделить два подвида такой психотерапии, первый из которых преимущественно выступает как симптоматический, второй - рассматривает психопатологические феномены в широком контексте понятия зависимого поведения, включая социальные аспекты.

К первому следует отнести известный метод "политики жетонов", изначально разработанный как средство реабилитации больных шизофренией с неблагоприятным течением процесса в условиях длительного стационарирования (R.Cohen, 1982). Желаемое поведение награждается талонами (жетонами), которые повышают статус больного. Жетоны обеспечивают пациенту, например, определенные послабления режима стационарирования, при этом их можно обменивать на другие привилегии. Составляется перечень желательных вариантов поведения и устанавливается преискурент, согласно которому пациент получает определенное количество талонов (жетонов) после тех или иных положительных действий. Нежелательное поведение рекомендуется игнорировать либо применять политику мягкого наказания (А.Б.Холмогорова, 1993).

Описано применение жетонной системы при стационарном лечении героиновых наркоманов (M.Glicksman etal., 1977). Пациенты "зарабатывали" баллы как условное подкрепление за желательное поведение. Согласно правилам, для выписки необходимо было набрать определенное количество баллов. Учитывались все виды активности пациентов и стимулировались те формы поведения, которые способствовали выздоровлению. Результаты исследования показали, что участники исследования проявляли большую активность и обнаруживали меньше разрушительного поведения, чем больные контрольной группы, не участвовавшие в жетонной программе.



Весьма важным представляется момент договора между пациентом и терапевтом, регламентирующий все аспекты взаимных отношений при любых возможных ситуациях (например, при употреблении наркотика). Чаще всего используются повседневные социально-экономические стимулы, которые обычно придают ценность желательному поведению. В тех ситуациях, когда терапевт, семья, начальник на работе способны оперировать значимыми для пациента стимулами, могут быть созданы обстоятельства, способствующие эффективному контролю за поведением, в значительной степени понижающие вероятность приема наркотиков, облегчающие лечение больного и его возвращение в общество (Ю. В. Валентик, 2000).

Методы поощрения должны базироваться на значимом подкреплении и могут включать прямые финансовые выплаты. В других случаях это может быть возможность легального приема наркотика (в ситуации участия в метадоновой программе) и др. Очевидно, что хотя данные меры и приводят к изменениям в поведении пациентов, их эффект нестойкий и ограничивается периодом актуальности положительных и отрицательных стимулов. Если используются многосторонние стимулы, которые можно контролировать, изменять и использовать относительно долго, то результаты могут оказаться более стойкими.

Другой распространенной формой поведенческой психотерапии больных зависимостью является **тренинг социальных навыков**, представляющий собой структурированную обучающую программу, формирующую навыки социального поведения, которые необходимы для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса как следствия интерперсональных конфликтов и неудач. "Мишенями" воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение (Lieberman et al., 1976, 1986).

Дефицит социальных навыков может predisполагать к приему наркотиков или затруднять реадaptацию к среде без наркотиков. При этом отмечается, что социальный тренинг является не только эффективным средством оптимизации социального поведения, но и приводит к редукции клинических симптомов и уменьшает вероятность рецидивирования заболевания (Wallace, 1984; Tarrier, 1989; Lieberman, Eckstut, 1989; G.E. Hogarty et al., 1986). Пациенты, к которым применялся тренинг умений, обнаружили значительные достижения в каждой из областей обучения, тогда как у пациентов, входивших в контрольную психотерапевтическую группу, этого не отмечалось. Знания и умения, полученные во время обучения, сохранялись без существенного ущерба в течение последующего года (W.C. Wirshing et al., 1992). Образовательные программы являются более эффективными и дешевыми и дают более выраженный результат у пациентов с низким преморбидным психосоциальным функционированием (B.R. Rung et al., 1994).

Существуют также бихевиористические модели семейной психотерапии зависимостей, ориентированные главным образом на ЕЕ-концепцию (модель эмоциональной экспрессивности), согласно которой по-

вышенный уровень экспрессивности у родственников (чрезмерное количество замечаний, громкость голоса, проявления открытой враждебности) отрицательно сказывается на течении заболевания (Brown et al., 1962, 1972; Vaughn, Left, 1976).

Наиболее актуальным и интенсивно развивающимся направлением поведенческой терапии зависимостей является когнитивная психотерапия, целью которой является **когнитивное реструктурирование психики пациента** (Meichenbaum, Cameron, 1973; W. McCourt, M. Glantz, 1980; Kramer et al., 1987).

Теоретической основой применения данного метода являются те модели заболевания, в которых предрасположенность к зависимости рассматривается как уязвимость к внешним воздействиям, а причиной такой уязвимости является нарушение процессов переработки информации.

Общие принципы когнитивной психотерапии заключаются в том, чтобы, учитывая особенности познавательной деятельности больного, облегчать усвоение им информации. Следует стремиться к отсутствию отвлекающих факторов, к интенсивной, отчетливой подаче небольшой по объему информации, упрощать, конкретизировать, структурировать высказывания, повышать их наглядность, по возможности повторять и уточнять их, избегая абстрактных формулировок (P. Hartwich, 1980, 1983).

Позиция терапевта - охватывая хаотичную когнитивную структуру больного, объясняя ее, снабжать больного образцами адекватного когнитивного функционирования, которыми тот может в дальнейшем пользоваться самостоятельно (Вид В.Д., 1993).

A. Ellis (1962, 1974) предложил выявлять патологические "непригодные мысли" или "автоматические представления", которые актуализируются в болезненном состоянии. Автором была разработана методика заполнения "информационных лакун". Согласно его концепции, в когнитивной сфере выделяются: А - воздействующее на человека событие; В - представления или мысли о ситуации; С - эмоциональное следствие размышления или убеждения. Оценка человеком собственных проблем может нанести ему больший вред, чем сами проблемы. Как правило, наркологический больной опускает звено В, и в его сознании автоматизирующаяся связь А с С приобретает силу объективного закона. В процессе терапии выявляются скрытые когнитивные процессы и образования, а в них - иррациональные, необоснованные и несоразмерные элементы. Вместе с терапевтом пациент обсуждает их.

Лечебная программа, предназначенная для того, чтобы помочь больному идентифицировать его автоматические представления, и состоит в обучении умению наблюдать последовательность внешних событий и реакций на них. Некоторые пациенты, приобретшие умение идентифицировать свои автоматические представления, признают одновременно их неустойчивую и непригодную сущность. Они начинают относиться к ним объективно, и этот процесс называется "отдалением" ("удалением"). Отдаление включает способность проводить различия между "я считаю-думаю" и "я знаю", что является важным для модификации тех

секторов реакций пациента, которые выступают в качестве субъекта болезни.

H.D.Brenner et al. (1987) отмечают, что нарушение когнитивных функций представляет собой важный психопатологический феномен и может рассматриваться как вероятный предрасполагающий фактор уже в самые ранние годы. Они считают, что когнитивные процессы не только взаимосвязаны с нарушениями микро- и макросоциальных способностей, но и имеют внутреннюю связь с психофизиологическими и биохимическими отклонениями от нормы, которые свойственны алкоголизму и наркоманиям.

Модель, которую разрабатывают эти авторы с конца 70-х годов, получила в последние годы дальнейшее развитие. Утверждается, что когнитивные нарушения, расстройства внимания и перцепции оказывают глубокое влияние на уровень внешнего поведения больных. Соответственно, поведенческий дефицит так же влияет на когнитивные функции. Психосоциальная реабилитация должна, следовательно, воздействовать на расстройства внимания и перцепции и процессов концептуализации в их интегративном влиянии на поведение, также как на поведенческую дисфункцию, влияющую на когнитивность. Предложенная авторами **Интегративная Психологическая Лечебная Программа** (1992) обеспечивает такое взаимодействие. Обозначение «интегративная» указывает на то, что лечение направлено как на когнитивные расстройства, так и на поведенчески-социальный дефицит с использованием высоко структурированного вмешательства и "реалистически ориентированного" материала. Программа включает пять субпрограмм: Когнитивной дифференциации, Социальной перцепции, Вербальной коммуникации, Социальных навыков и Решения межличностных проблем. Пациенты сначала работают над улучшением расстроенных основных когнитивных функций в субпрограмме когнитивной дифференциации. Упражнения направлены на нарушения внимания/перцепции и процессов концептуализации. Успех в этой субпрограмме ведет к субпрограмме Социальной перцепции, которая нацелена на нарушения процессов различения стимулов, интерпретации ощущений и оценки социального взаимодействия. Субпрограмма Вербальной коммуникации следует за успешным завершением предыдущих и тренирует ассоциативно-семантические процессы, а также базовые навыки, необходимые для общения. В субпрограмме Социальных навыков обучают межличностному поведению и самоконтролю.

Многими исследованиями показана эффективность когнитивной терапии. Больные, прошедшие эту терапию, в сравнении с пациентами контрольных групп, получавшими лишь психотропные препараты, демонстрируют лучший когнитивный статус, более высокий уровень социальной адаптации, более низкий уровень последующего рецидивирования (H.Brenner et al., 1980) и способность к генерализации полученных навыков переработки информации за пределами ситуаций обучения (K.Peter, O.Hajek, 1989).

Рассматриваются возможности когнитивных и бихевиоральных методов в обучении и сохранении комплекса информации и навыков, относящихся к способности саморегуляции проявлений заболевания (T.A.Eckman et al., 1992). Указывается на целесообразность сочетания когнитивной терапии с другими видами психотерапии и фармакотерапией (I.R.Fallon, 1992).

Когнитивно-поведенческая психотерапия к настоящему времени рекомендовала себя в качестве одного из основных методов, имеющих противорецидивную направленность, поскольку способствует овладению пациентами навыками, расширяющими их адаптационные возможности. Особое значение имеет обучение пациентов навыкам борьбы с актуализацией патологического влечения к алкоголю и наркотикам, умению благополучно справляться с ситуациями и состояниями, прежде приводившими к рецидиву. Когнитивно-поведенческий подход ставит целью заложить в наркологического больного "новую программу" на основе развития существующих функциональных возможностей. Для этого необходимо многократное повторение и закрепление необходимых реакций. Исследования показывают, что больные, прошедшие через антирецидивные психотерапевтические методы, демонстрировали более высокую эффективность лечения по сравнению с теми, кто в таких программах не участвовал.

Как известно, подавляющий процент наркоманов и значительная доля страдающих алкоголизмом отличаются алекситимией, т.е. неспособностью распознавать, идентифицировать и вербализировать свои чувства. Этим свойством с психологической точки зрения во многом объясняется неукротимый и произвольный характер наступления рецидива патологического влечения, факт низкой обращаемости этих пациентов за превентивным лечением. Непосредственное желание употребить наркотик, как правило, не является очевидным, отсутствует субъективная тягостная, болезненная, как при неврозах, борьба мотивов. Когнитивный терапевт вместе с пациентом ведет поэтапную работу по выявлению, актуализации и систематизации косвенных признаков патологического влечения - телесных, локомоторных и идеаторных. Болезненный срыв предстает перед самим пациентом не как фатальное событие, но как кульминация некоего процесса, который приводит к надлому в сфере влечений и чувств не прямым, но обходным, сложным путем. Такие занятия, как правило, сопровождаются бихевиористскими приемами поощрения - наказания, стимулирующими процесс обучения.

В отделении психотерапии НИИ наркологии МЗ РФ была разработана **динамическая система поэтапного психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом в условиях наркологического стационара, ведущим компонентом которой является особый лечебный режим содержания, основанный на принципах бихевиоральной терапии** (Ю.В.Валентик, И.Д.Даренский, 1990). Лечебный процесс осуществляется при условии погружения в особую психотерапевтическую среду (milieu-therapy), подразумевающую оптимальный психологический климат наркологического отделения.

Психотерапевтическая среда призвана создать такие условия существования для больного, которые позволили бы изменить его повседневный образ жизни в стационаре и за его пределами. Конструируется стиль деятельности, подразумевающий исключение алкогольного поведения и противостоящий ему. Этот стиль выстраивается за счет реализации комплекса мероприятий, включающих своевременный переход от стационарного режима к полустационарному и амбулаторному, а также определенную систему "ритуалов", сопровождающих продвижение больного по этапам реабилитации.

В отделении создается система партнерства персонала и пациентов; при этом директивный характер управления лечебным процессом сочетается с элементами демократического стиля принятия решений (система самоуправления больных). Формируется атмосфера единства лечебного коллектива и пациентов стационара, приближающая наркологический стационар к модели "терапевтического сообщества".

Вначале статус больного определяется понятием "новичок". В течение первых дней пребывания в стационаре он проходит своеобразный "ритуал посвящения" и становится полноправным членом отделения. В этот период лечащим врачом по показаниям осуществляются купирование запоя, абстинентного синдрома, дезинтоксикация и симптоматическая терапия в широком смысле, а также лекарственное снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю. "Новичок" с помощью более опытных больных, завершающих лечение, осваивает основные требования режима, повышает уровень знаний о своем заболевании и проводит в целом подготовку для перехода к следующему этапу лечения.

Второй этап лечения начинается с заключения психотерапевтического контракта между пациентом и врачом-психотерапевтом. В нем оговариваются права и обязанности сторон при осуществлении лечебных программ, а также ее конкретное содержание. Пациент теперь имеет статус "ученика". Базовой является групповая дискуссионная (рациональная) психотерапия в малых группах. Решаются задачи выработки установки на получение помощи и лечения, создается адекватное представление об алкоголизме и его проявлениях. Практикуются лекции, семинары для больных, которые проводятся медсестрами и молодыми врачами.

С окончанием курса групповой рациональной психотерапии больные сдают "переходный" зачет, который принимает комиссия, состоящая из врачей, медперсонала и старост палат. Пациент рассказывает о себе и своем заболевании. К этому времени он должен быть способным описать признаки своей болезни, ориентироваться в собственном диагнозе, в планах на будущее и отвечать на проверочные вопросы присутствующих. Сдача зачета позволяет перейти больному к третьему, завершающему периоду лечения, когда он переводится на режим частичной госпитализации и приобретает статус "выпускника".

Медперсонал отделения в своей работе опирается на организацию самоуправления больных, возглавляемую старостатом, который выбирает голосованием. Выполнение требований программы лечения по-

стоянно контролируется и оценивается персоналом и старостами палаты. Оценка проводится в баллах по заранее установленным критериям.

Практикуется альтруистически-ориентированная краткосрочная трудотерапия, например, мероприятия по безвозмездному оказанию помощи больным детям.

В дополнении к описанному комплексу поведенческого воздействия была разработана оригинальная методика когнитивной психотерапии зависимостей, направленная на коррекцию аддитивных представлений больного (И.Д.Даренский, 1996). Исследовательская задача психотерапевта состоит в определении субъективной системы семантических координат пациента посредством анализа различных состояний психического самочувствия. Особое внимание уделяется изучению алкогольных (наркоманических) и трезвеннических представлений больных посредством выяснения субъективного значения состояний трезвости и опьянения в сопоставлении с другими состояниями самочувствия.

Изучение субъективной системы координат проводится по методике личностных конструктов (Ф.Франселла, Д.Баннистер, 1987). Данная методика имеет, к тому же, самостоятельное психотерапевтическое значение, позволяя вскрыть и прояснить субъективные переживания пациентов. Определяются ситуации, при которых испытуемый описывает свою жизнедеятельность как наиболее осознанную и которые для него являются характерными, четко дифференцируемыми.

Анализ и сопоставление семантически близких элементов проводится методом факторного и кластерного анализа по совместной конфигурации элементов и конструктов с определением осевых направлений в переживаниях пациентов. Каждый фактор получает условное название по внутреннему смыслу, который объединяет элементы и конструкты с высокой степенью корреляции между собой и составляющими некую семантическую совокупность.

Главной целью является определение пропорции в отношении понятий опьянения и трезвости в структуре семантического пространства у больных. Проясняется, что для больного значит «опьянение», в каких терминах и понятиях он описывает его и, наконец, какое психическое состояние и самочувствие больной хочет получить, приводя себя в состояние опьянения. Обычно больной почти весь спектр своих субъективных переживаний, выделенных им же самим при оценке состояний жизнедеятельности, связывает с состоянием опьянения. Вместе с тем, данное состояние для больного имеет отдельные общие черты с другими состояниями самочувствия.

Трезвость, наоборот, имеет много тождественных ситуаций, в которых больной испытывает сходные переживания, но, при всей широте спектра таких ситуаций, между ними мало общего с точки зрения субъективного самочувствия. Анализ закономерностей динамики элементов и конструктов показывает, что после лечения происходит изменение ведущих факторов, т. е. меняется направленность осевых переживаний пациента. При этом происходит рассеивание в семантическом простран-

стве больных патологических конструктов, определяющих внутренние переживания. Они теряют привязанность к ситуациям, изначально служившим маркерами патологического влечения к ПАВ и рецидивирования заболевания.

Терапия проводится до тех пор, пока не будут сформированы нужные трезвеннические детерминанты, а именно - концентрация образа трезвеннического поведения.

Во многих исследованиях подчеркивается необходимость сочетания поведенческого тренинга и когнитивной терапии с другими видами психотерапии и с фармакотерапией (G.E.Hogarty et al., 1986; I.R.Fallon, 1992; N.A.Breslin, 1992; W.H.Bradshaw, 1993). Это создает предпосылки для преодоления недостатков данного подхода, выраженных наиболее ярко, пожалуй, в тренинге социальных навыков. Речь идет о неоправданности патерналистической позиции при работе с больными с зависимостью от ПАВ, о скептической оценке изолированного применения поведенческих методов, как манипулятивных и поверхностных (A.Lazarus, A.Fay, 1984), о невозможности найти общие социальные способы решения индивидуальных проблем (Matussek, 1976).

Указанные соображения особо следует учитывать при проведении групповой психотерапии с больными алкоголизмом и наркоманиями. Применение методов поведенческой психотерапии требует гибкости от терапевта, так как грозит опасностью блокировать процессы групповой динамики и превратить динамическую группу в дидактическую (D.Cartwright, A.Zander, 1968).

Существуют и другие ограничения применения когнитивных психотерапевтических моделей (как и поведенческих в целом). Главная причина этого - недостаточные их возможности в отношении мотивирования больных к лечению и коррекции личностных структур, блокирующих эту мотивацию (В.Д.Вид, 1993).

### **3. Психодинамическая психотерапия**

Относительно применения психодинамических методов в наркологии давно ведется дискуссия. С одной стороны, подчеркивается актуальность личностно ориентированных методов в лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями. С другой, - говорится о низкой эффективности и даже нецелесообразности использования прикладных форм психоанализа, в то время как они наиболее последовательно апеллируют к личностным аспектам патогенеза зависимостей.

Развитие подходов к коррекции аддиктивного поведения четко отражает эволюцию психоаналитической теории. В современной психодинамической психотерапии представлены три основные направления психоанализа: эго-психология, берущая свое начало из классических работ Фрейда и его "прямых" последователей; теория объектных отношений, возникшая из исследований представителей Британской школы (Кляйн, Фэйрбэйрн, Винникот, Балинт и др.); наконец, Я-психология, принципы которой сформулировал и развил Х.Кохут, изучая нарциссические расстройства личности.

**Эго-психология** представляет интрапсихический мир как мир конфликтов, и особое внимание уделяет вопросам их развития. В исследованиях аддиктивного поведения используются ранние фрейдовские концепции либидинальных зон и фаз с акцентом на оральной стадии. В соответствии с положениями эго-психологии, влечения - либидинальные и агрессивные - первичны, объектные отношения возникают как вторичные. Иными словами, основной задачей, которой подчинен младенец, является разрядка напряжения, возникающего под давлением влечений. Патологическое влечение к психоактивному веществу, возникающее у взрослого индивида, является прямым выражением, эквивалентом стремления к удовлетворению первичных влечений, хотя и в "суррогатной" форме, и снятию индуцируемого ими напряжения.

**Теория объектных отношений**, напротив, утверждает, что влечения появляются в контексте отношений внутри диады "ребенок-мать" и, таким образом, не могут быть отделены от этих отношений. Представители этой школы полагают, что развитию малыша вредит неудача либо неспособность матери удовлетворять его базисные потребности (теория дефицита). Различные формы аддиктивного поведения рассматриваются как вторичные, патологически-компенсаторные, суть которых состоит в "восполнении" недостающих интеракций и аффектов.

**В-Я-психологии** пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания целостности Я и самоуважения. Изучая пациентов с нарциссическим расстройством, Х.Кохут отметил объединяющие их жалобы на трудно поддающееся вербализации чувство пустоты и неудовлетворенности взаимоотношениями с окружающими, сопровождающееся депрессивным настроением. Автор также регистрировал в личностном развитии этих больных отсутствие нормального для детского возраста явления идеализации родительских фигур, которое служит необходимой предпосылкой для формирования чувства целостности и самоуважения во взрослом возрасте. Упор на родительские неудачи в попытке поддержать самоуважение ребенка также характерен для большинства современных психоаналитических работ по аддиктивному поведению.

Выведенное ранними исследователями-психоаналитиками предположение о том, что случаи злоупотребления психоактивными веществами представляют собой регрессию на оральную стадию психосексуального развития, уступило место иной концепции, согласно которой большая часть зависимостей имеют защитную и адаптивную функции. Использование психотропных веществ может **временно модулировать** течение регрессивных состояний, усиливая защиты Эго, не справляющиеся с натиском таких мощных аффектов, как гнев, стыд и тоска.

Современные психоаналитики считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, но дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите. По этой же причине алкоголики и наркоманы страдают от поражения других функций: у них снижена способ-



ность рефлексировать, нарушены саморегуляция аффективной сферы и контроль над импульсами, они не способны формировать адекватную самооценку, а также поддерживать близкие межличностные отношения и модулировать аффекты, связанные с близостью. Зависимость от ПАВ, аддиктивное поведение представляют собой отчаянную попытку "вылечить" себя небезопасным, но сильным "лекарством" (Э.Сэбшин, 1995).

Понятие "аддиктивное поведение" в психоаналитической традиции, как правило, не ограничивается алкоголизмом и наркотической зависимостью и подразумевает также пристрастие к азартным играм, обильной еде, курению и гиперсексуальность (эротоманию). Все эти формы поведения питаются мощной силой бессознательного, что придает им такие качества, как непреодолимость влечения, требовательность, ненасытность удовлетворения и импульсивная безусловность выполнения. Известно, что такое поведение широко варьирует по степени выраженности - от граничащего с нормальным до тяжелых случаев с явными признаками задействия биологических структур, процессуального развития. В отношении последних, включая клинические случаи наркологических заболеваний, среди психоаналитического сообщества долгое время преобладал терапевтический пессимизм: казалось, что патология такой глубины выходит за пределы возможностей психотерапии вообще.

Действительно, заболеваниям наркологического профиля свойственен ряд признаков, формально относящихся к предикторам низкой эффективности психоаналитической терапии. Это - анозо- и гипнозогнозия, экстрапунитивность в сфере самоконтроля мотивационно-побудительной деятельности, низкий уровень рефлексивного мышления, алекситимия, неадекватность самооценки реальному уровню индивидуального и социального функционирования личности и некоторые другие. Более того, алкоголик или наркоман переносит свои интрапсихические конфликты не на одушевленный объект, а в сферу отношений с психоактивным веществом. При классически организованной психоаналитической терапии пациенты непроизвольно опосредствуют эти отношения в терапевтической ситуации: переносят на аналитика полярные чувства надежды и неверия, сверхзначимости и ненужности, склонны либо идеализировать, либо обесценивать его. В свою очередь, в отношении себя они поочередно актуализируют стремления то к самостоятельности, то к зависимости, охвачены ощущениями то собственной значительности, то ничтожности. Аддиктивная личность отчаянно сопротивляется установлению партнерского, ответственного отношения, невольно стремится либо пассивно подчиняться, провоцируя терапевта на патерналистско-директивное поведение, либо эксплуатировать его, требуя предоставления "готовых формул" помощи. Данное обстоятельство делает весьма затруднительным создание главного условия психоаналитической процедуры - "терапевтического альянса".

Так, R.Knight (1953), одним из первых исследовавший данную область, утверждал, что для пограничных и зависимых пациентов оптимальной формой коррекции является психотерапия, организованная по принци-

лам поддерживающей. Такая терапия является, по сути, вспомогательным средством в рамках послегоспитальной амбулаторной реабилитации. Она проводится не чаще одного раза в неделю и активно использует в своих технических приемах неаналитические элементы: внушение, отреагирование, катарсис, манипуляцию. Основные психоаналитические техники (нейтральность терапевта, интерпретации, проработка переносов и сопротивления) применяются крайне выборочно, несистематично и "в последнюю очередь".

Вместе с тем, благодаря усилиям ряда специалистов, прежде всего представителей школы объектных отношений, было показано, что параметры пограничного<sup>1</sup> и, в частности, зависимого пациента не служат абсолютным противопоказанием к применению инсайт-ориентированных методов. Посредством определенных изменений собственно аналитической техники были созданы особые формы психодинамической психотерапии, направленные на разрешение наиболее ранних конфликтов "покинутости", сопровождающих нарциссическую оральную фиксацию таких пациентов. D.Winnicott (1965) подчеркивал, что оптимальная функция терапевта в условиях работы с пограничными пациентами - быть кем-то вроде матери, осуществлять "холдинг", согласно его терминологии. Автор полагал, что интуитивное, эмпатически-понимающее присутствие аналитика важнее, чем воспринимаемая как враждебное вмешательство вербальная интерпретация. Такой подход имеет много общего с идеей W.R.Bion (1967) о том, что интуиция матери является "контейнером", который организует рассеянные и фрагментированные примитивные переживания ребенка в момент фрустрации, интегрирует их. Подобным образом, разбросанные, искаженные, патологические элементы переживаний регрессирующего пациента проецируются на аналитика, так что пациент использует терапевта как контейнер для организации тех переживаний, которые он сам по себе не может вынести. Обеспечивая функции защиты и поддержки, аналитик облегчает переход личности от стадии сепарации-индивидуации к автономии.

Обобщив данные литературы и собственный богатый опыт, O.F.Kernberg (1972, 1981, 1994) пришел к выводу о предпочтительности использования экспрессивной формы психоаналитической психотерапии в отношении расстройств пограничного круга. Автор подчеркивает необходимость соблюдения основных технических принципов проведения аналитической терапии, которые, однако, требуют определенной коррекции. Традиционная пассивность, раскрывающие техники, "белый экран" и строгая интерпретация - все эти атрибуты классического подхода не годятся для понимания и трансформации проблем пограничного больного. Рекомендуются как можно меньше структурировать собственно психоаналитическую программу, "перекладывая" данную функцию на медицинские, социальные службы, а также на другие психотерапевтические методы. При

<sup>1</sup> Психоаналитическое трактование понятия "пограничное расстройство" коротко освещено в главе "Личностные и средовые факторы развития зависимостей от ПАВ".

этом было выдвинуто положение, которое представляется особо актуальным для наркологической практики: экспрессивная психоаналитическая психотерапия может, а в ряде случаев и должна начинаться в стационаре, при определенной директивной™ ее инициации.

Кернберг провел также сравнительный анализ эффективности экспрессивной психотерапии в зависимости от диагностических параметров пациентов, что составляет основу для определения показаний и противопоказаний к ее применению. Выяснилось, что результативность психотерапевтических сессий выше среди пациентов с истерическим, депрессивно-мазохистическим<sup>2</sup> и ананкастными типами характера. Что касается пограничного, шизоидного и нарциссического расстройств личности в преморбиде, то терапевтический прогноз лучше в случаях отсутствия выраженных диссоциальных и гипертимических черт, а также явных аутодеструктивных тенденций. Наихудший эффект наблюдается у больных с паранойальным радикалом и у лиц, склонных к псевдологии. Противопоказанием к экспрессивной психотерапии являются суицидальное поведение в анамнезе, а также интеллектуальная недостаточность, исключающая участие в наполненном символами и достаточно отвлеченном вербальном общении в рамках данной процедуры.

Указанные психоаналитические разработки были применены в систематической индивидуальной и групповой терапии с людьми, страдающими химической зависимостью. Индивидуальные психотерапевтические отношения благодаря развивающим переносам помогают пациенту понять глубинный личностный смысл алкогольной либо наркотической зависимости, позволяют сфокусировать его внимание на "ядерных темах конфликтных отношений" (Luborsky, G.E.Woody, A.Hole, A.Velleco, 1977).

Еще более перспективным и адекватным запросам и условиям отечественной наркологии представляется групповой психодинамический подход (S.H.Foulkes, 1957), особенности реализации которого применительно к лечению кокаиновой зависимости были установлены в Кембриджском госпитале (E.J.Khantjian, K.S.Halliday, W.E.McAuliffe, 1990).

Групповой опыт предоставляет широкие возможности для понимания того, каким образом личностная уязвимость и соответствующие ей психологические защиты предрасполагают индивида к зависимости, ее рецидивам. К преимуществам группового анализа перед индивидуальной экспрессивной терапией относится более мягкая травматизация в начале терапии за счет воссоздания в группе прототипов семейных отношений, наличия атмосферы защищенности. Предлагается возможность не только поэтапного, но и параллельного рассмотрения многообразия объектных отношений за счет возникновения в рамках группового процесса сети трансферных связей, а, следовательно, и возможность более детального анализа социальных связей индивида. В результате осуществляется более "наглядное" моделирование зависимостей - межличностных, а вслед за ними - наркотических, благодаря реактивации и

<sup>2</sup> Автор определяет данным понятием тип личностного расстройства, близкий по описанию к тревожно-мнительному и конституционально-депрессивному

осознаванию онтогенетически ранних стереотипов отношений, приводящих впоследствии к заболеванию.

Пытаясь скрыть или компенсировать свою уязвимость, аддиктивные пациенты в то же время постоянно "выдают" себя характерными защитами и манерой поведения. Эти реакции отыгрываются с ведущим (ведущими) группы и другими ее членами. При этом появляется возможность распознать у себя и других повторяющиеся патологические паттерны, а затем прервать их нескончаемую череду либо преобразовать в более зрелые, менее стереотипные реакции, не требующие использования наркотика и соответствующего стиля поведения (Е.Ж.Хантзиан, 1995).

С учетом настойчивой потребности в глубинной личностно ориентированной психотерапии для больных алкоголизмом и наркоманиями в отделе психотерапии НИИ наркологии МЗ РФ разработан **модифицированный метод краткосрочной групповой психодинамической психотерапии больных алкоголизмом и героиновой наркоманией в условиях наркологического стационара** (И. В. Белокрылое, 2001). Данная процедура является частью функционирующей комплексной лечебно-реабилитационной программы, объединяющей активную биологическую терапию зависимостей с полимодальными психотерапевтическими мероприятиями (см. раздел "Интегративные методы психотерапии").

Выбор краткосрочной формы групповой психодинамической терапии определяется следующими обстоятельствами. В течение ограниченного срока стационарного лечения она позволяет, во-первых, интенсивно мотивировать больных на длительную, сопряженную с возможностью серьезных разочарований работу, намного более сложную, чем они предполагают, только что, избавившись от острых абстинентных расстройств. Во-вторых, техника краткосрочной терапии позволяет максимально редуцировать симптоматику зависимости даже у тех пациентов, кто не способен адекватно тестировать реальность своего положения и не мотивирован на последующую реабилитацию.

Перед началом групповой психотерапии каждый пациент проходит индивидуальное психопатологическое и психоаналитическое обследование (интервью). При этом значительное внимание уделяется семейному анамнезу, личностным характеристикам ближайших родственников, развитию внутрисемейных отношений. Устанавливается динамика формирования синдрома зависимости, становления ее циклов. Для анализа важнейшее значение имеет преморбидный статус, особенно в ракурсе собственного видения пациентом его проблем, затруднений, лишений, достижений и т.д. Определяется характер внутреннего опосредования актуальных жизненных событий, их личностный смысл.

При включении в группу учитывается, прежде всего, ориентация пациента на излечение, его желание идти по пути изменений. Однако, по нашему мнению, в условиях клиники допустима некоторая директивность при составлении групп, активное вовлечение пациентов в психотерапевтический процесс. Исключаются больные с острыми проявлениями опийного (алкогольного) абстинентного синдрома, с выраженной

деструктивностью в поведении, явным негативизмом в отношении лечения.

Количество участников группы может варьировать от 5 до 12 человек, оптимальный состав - 7-9 пациентов. Ведущий группы должен иметь соответствующее психоаналитическое образование. Весьма желательно присутствие котерапевта, причем рекомендуется, чтобы ведущие были разнополыми.

Обстоятельства применения краткосрочной (фокальной) психодинамической психотерапии у больных алкоголизмом и наркоманиями диктуют целесообразность некоторых технических приемов.

Во-первых, это деликатное игнорирование проблем, находящихся вне фокуса психотерапии, особенно в отношении вопросов собственно наркотической (алкогольной) зависимости. Необходимы ранние и достаточно активные интерпретации в зоне главного конфликта, констатация и проработка возникающих аффектаций.

Во-вторых, анализ трансферных отношений следует ограничивать одной значимой личностью (как правило, это мать или отец).

В-третьих, широкое использование неаналитических техник, не выходя за пределы психоаналитической ситуации (setting), - катарсических, манипулятивных, а также элементов внушения.

Важным условием успешного проведения психодинамической терапии наркологических больных является недопущение полемического характера взаимодействий в группе, превращения ее в диспут. В то же время поощряются тенденции к соперничеству с ведущими, развивающему чувство самоуважения, стремление к самостоятельности.

Лечебное воздействие адресовано как группе в целом, так и отдельным ее участникам, направлено на решение индивидуальных проблем больного. В каждом конкретном случае оно может иметь преимущественное назначение, например - воссоздание нормального амбивалентного отношения к значимому объекту в противовес существующей альтернативе его идеализации либо обесценивания. Для другого пациента важно показать, что он особым образом воспринимает чужие и выражает свои эмоции. В третьем случае помочь в понимании проблем совести, порождающих унизительное чувство стыда, или прояснить нарциссический характер реактивности, проявляющийся сочетанием аффектов беспомощности и ярости. Только в комплексе эти мероприятия способны привести к разрыву патологических циклов зависимости и структурированию более зрелой системы ценностей и мотиваций.

В значительной степени лечебный эффект группаналитической терапии зависит от качества проведения завершающей фазы терапии. На протяжении последних 2-3-х сессий (общее число которых должно быть не менее 10) основное внимание уделяется анализу средств реинтеграции больного в здоровое общество. Группе предлагается вновь рассмотреть наиболее интенсивные болезненные чувства, возникавшие по мере реконструкции истории заболевания и преморбидного периода, демонстрируется доступность этих переживаний самоанализу и само-

контролю. Вместе с попыткой рассеять иллюзии относительно легкой преодолемости зависимости, терапевт возбуждает интерес пациентов к дальнейшей личностно-ориентированной психотерапии, способствует выработке неформальных, критических установок на трезвость.

Огромное значение имеет сотрудничество аналитика с лечащим врачом больного, осуществляющим детоксикационную и психофармакологическую терапию, а также - с психотерапевтами других модальностей, участвующими в реабилитации. Такое взаимодействие обеспечивает основу терапевтической среды, необходимость формирования которой в наркологических лечебных учреждениях подчеркивается во многих публикациях. Больные с зависимостью от психоактивных веществ, как правило, нетерпеливы, плохо переносят неизбежные в психоанализе фрустрации, разочарования, склонны к избегающим формам поведения. В свою очередь, аналитик не может быть директивен, авторитарен, и поэтому в данной ситуации оправданна и полезна более организующая, стимулирующая позиция врача-нарколога. Посредством приемов рациональной и поведенческой психотерапии, просто добрым участием, врач укрепляет решимость пациента в отношении прохождения нелегкой психоаналитической процедуры, признания и отказа от подсознательной выгоды употребления наркотика, на построения новой системы связей в условиях трезвости.

При переходе к внебольничному этапу психотерапевтической реабилитации рамки лечебного процесса постепенно становятся все более "жесткими", структурированными, приближенными к классическим. Часть больных образует амбулаторные психодинамические группы, часть - может продолжать терапию в пределах индивидуального сеттинга, в зависимости от соответствующих показаний. Непременным условием дальнейшего прохождения психоаналитической психотерапии является способность пациента воздерживаться от алкоголя и наркотиков, других форм саморазрушительного поведения.

Формирование «нормального» невроза переноса с активацией зрелых механизмов психологической защиты относится, скорее, к области виртуальной реальности, к сверхзадачам психодинамической терапии наркологических больных. Тем не менее, метод реально стимулирует поиск прогрессивной замены патологического расщепления, работающего на сохранение «статус-кво» наркотической зависимости и поддерживающий его циклическую динамику. Он проясняет существующие искажения и несоответствия в интрапсихической сфере, предлагает моделирование более зрелых отношений с ближайшим окружением при четком осознании конкуренции желаемого и допустимого внутри себя. А главное, использование психодинамически ориентированных методов в наркологии эффективно в плане создания для больных важных жизненных перспектив, поиска путей к освоению нового опыта.

#### **4. Семейная психотерапия**

Роль семьи в становлении клинических проявлений аддиктивных расстройств и в реабилитации зависимых от ПАВ больных признается в настоящее время большинством специалистов. Поэтому интерес к семей-

ной психотерапии в наркологии в последние годы растет. «Индивидуальная терапия - вещь хрупкая, ее достижения легко уничтожить после окончания, на нее сильно влияют процессы жизни. Изменение семейной системы - это изменение инфраструктуры, поэтому оно гораздо более устойчиво; процесс изменения продолжается в инфраструктуре, находясь глубже уровня его осознания семьей или терапевтом» (К.Витакер, 1998).

В настоящее время в семейной психотерапии выделяют несколько основных направлений.

**Стратегическая семейная психотерапия** (М.Еrikson, J.Haley, С.Madanes, P.Papp, M.Palazzoli-Selvini). Отличительной особенностью этого направления считается фокусирование внимания психотерапевта на симптоме и выработка стратегии его устранения. При этом психотерапевт стремится понять, каким образом симптоматическое поведение поддерживает гомеостатический баланс в семейной системе, после чего осуществляются психотерапевтические интервенции, позволяющие изменить последовательность коммуникативных актов, направленных на поддержание симптома. Для этого используются разработанные психотерапевтом прямые задания (директивы), а также ряд других приемов поведенческой коррекции.

**Структурная семейная психотерапия** (S.Minuchin). Психотерапевты этого направления исходят из положения, согласно которому симптом есть отражение дисфункции всей семейной системы. При этом они не сосредотачивают свое внимание на симптоме, а стремятся к достижению структурных изменений в семейной системе, по мере достижения которых необходимость в гомеостабилизирующей роли симптома исчезает, и исчезает сам симптом.

**Коммуникативная семейная психотерапия** (V.Satir). Психотерапевты данного направления фокусируют свое внимание на процессах коммуникации в семье или супружеской паре; соответственно, психотерапевтические интервенции направлены на изменение этих процессов. Выдвигаются следующие тезисы (P.Watzlawick):

- Любые отношения могут рассматриваться как способ коммуникации. Если кто-то утверждает, что не общается с кем-то, - это также коммуникация. Например, пациент во время запоя, прекращая выполнять традиционные для него домашние обязанности, на невербальном уровне сообщает, что ему надоело существующее положение вещей, и он нуждается в других формах коммуникации.

- Каждая коммуникация содержит содержательный аспект и аспект отношений, т.е. она не только передает информацию, но в то же время и детерминирует отношения, причем, последнее далеко не всегда осознается. Для психотерапевта важнее не то, что говорят пациент или члены семьи, а как они это делают, как организована их коммуникация.

- Коммуникативный процесс представляется как непрерываемая последовательность взаимообменов, т.е. мы не можем сказать, когда коммуникация начинается, а когда заканчивается. Невозможно с точностью определить, что в цепи взаимодействия является стимулом, а что -

реакцией. Например, муж говорит, что он пьет, потому что жена жалуется и ругается, а жена объясняет свое поведение тем, что муж пьет.

• Все коммуникационные обмены являются либо симметрическими, либо комплементарными, в зависимости от того, основываются они на равенстве либо на различиях. Примером комплементарных коммуникаций в наркологии являются созависимые отношения. Дисфункциональный характер комплементарные взаимодействия приобретают тогда, когда партнеры по коммуникации наделяют друг друга полярными характеристиками: "сильный" - "слабый", "добрый" - "злой", "необходимый" - "вредный" и т.п. Созависимость формируется там, где взаимодополняющие типы поведения подкрепляют друг друга; при этом ни один из партнеров не устанавливает комплементарные отношения с другим, а дополняет их своим соответствием, считая свое поведение следствием и реакцией на поведение другого. Другими словами можно сказать, что личность вовлекается в коммуникацию и становится её частью, но не формирует ее самостоятельно.

**Семейная психотерапия, основанная на опыте** (C.A.Whitaker). Стронники данного направления исходят из того, что семья в своем развитии должна видоизменяться, способствуя личностному росту каждого члена семьи, и, в свою очередь, каждый, способствует развитию семьи в целом, как единому организму, частью которого он является. Личностный рост осуществляется через опыт, приобретаемый в семье; важным условием для развития каждого члена семьи является открытая коммуникация, когда ее правила всем понятны, могут легко изменяться в зависимости от ситуации, жизненного цикла семьи. Дисфункциональными считаются семьи, у которых правила взаимодействия жестко регламентированы, что препятствует принятию новых ролей, и такие условия становятся благоприятными для манифестации симптомов. Так, например, созависимая мать не может принять роль взрослого сына, способствовать его уходу из семьи; он же, в свою очередь, продолжая исполнять роль "ребенка", подкрепляет поведение матери. Возникающее аддиктивное расстройство в этой ситуации выполняет функцию сохранения "жесткости" отношений и социально оправдывает поведение каждого партнера по коммуникации. Главной целью психотерапии считается не редукция симптома, а достижение личностного роста членов семьи. Во время сессий поощряется коммуникация, способствующая открытому самовыражению каждого, "расшатываются" жесткие границы и правила. Возникающие при этом изменения в семье способствуют устранению потребности в симптоме.

**Трансгенерационная семейная психотерапия** (M.Bowen) теоретически базируется на психодинамических концепциях объектных отношений, теории систем и триангуляции ("треугольников отношений"). Постулируется, что *прошлое активно присутствует в настоящем*, и люди используют текущее взаимодействие для разрешения прошлых конфликтов, сложившихся в родительской семье. Выбор партнера в зрелом возрасте и обращение с детьми имеют в своей основе проективный характер, поскольку супруг и дети замещают отсутствующие фигуры из прошлых объектных отношений.



Перечисленным общетеоретическим положениям семейной терапии соответствуют подходы к изучению семейной ситуации: концепция лояльности и работа с генограммой. Подлояльностью понимается передача из поколения в поколение определенных установок и схем поведения, присущих данной семье, в том числе конфликтных и дисфункциональных; поэтому проблемы рассматриваются как результат межпоколенного взаимодействия. Семейные психотерапевты данной ориентации не фокусируют внимание на симптоме, как в "стратегическом направлении", а способствуют формированию рационального и объективного отношения к проблемам, уменьшая тем самым эмоциональную реактивность членов семьи. При этом используются техники интерпретации, анализа переноса, психологического просвещения и работа с родительской семьей.

Так называемые **постмодернистские модели семейной психотерапии** получили свое развитие в 80-90-е годы, опираясь на теорию конструктивизма Джорджа Келли (G.A.Kelly). Автор акцентирует внимание на шаблонах, которые создаются человеком как способ истолкования мира (конструкты) и определяют, в конечном счете, его поведение. Конструктивисты мыслят критериями практичности и эффективности, но не истины, которая сама по себе объявляется "конструктом". Особое значение уделяется контексту и смыслу, с учетом того, что сказанное или сделанное имеют смысл только в определенном контексте. Поведение рассматривается как способ невербальной коммуникации, симптомы же - как выраженные в поведении способы коммуникации. Основной формой конструктивистской психотерапии является особая форма разговора. Целью психотерапии является изменение конструктов - "рассказанной жизни", т.е. описаний, объяснений, оценок больного по поводу пережитых им событий ("пережитая жизнь"). Фокус внимания направляется на поиск решений и ресурсов, а не на причины возникновения проблем. Среди конструктивистских моделей психотерапии наиболее известны *терапия, сфокусированная на поиске решения*, и *нарративная* (повествовательная) терапия.

Выделяя вышеуказанные направления семейной психотерапии, следует признать условность такой классификации, которая отражает скорее историю развития ее теоретических концепций и методов. В результате интеграции наиболее эффективных подходов сформировалась **системно-семейная психотерапия**, занявшая ведущее место среди прочих модальностей, практикующих работу с семьями. В отечественной семейной психотерапии в течение последнего десятилетия также возобладали принципы системности (Н.В.Александрова, А.Я.Варга, А.И.Захаров, А.С.Спиваковская, А.В.Черников, Э.Г.Эйдемиллер и др.).

Отличительной особенностью системно-семейной психотерапии является базирование на теории систем; соответственно, терапевт опирается на системное мышление. Подсистемой понимается соединение множества элементов, находящихся в тесной взаимосвязи друг с другом. Система - это самокорректирующаяся, гомеостатическая структура, которая активизируется в случае возникновения ошибки и само-

регулируется посредством отрицательных и положительных цепей обратной связи в целях сохранения своего равновесия. Центральными идеями системного мышления являются следующие:

1. Целое всегда больше, чем сумма входящих в него частей. Система обладает свойствами, которые невозможно обнаружить в ее элементах. Невозможно предсказать свойства системы в целом, разбирая и анализируя ее по частям.

2. Любое изменение в какой-то отдельной части скажется на всех остальных частях.

3. Целое саморегулируется последовательностью обратных связей, поэтому отношения между элементами (индивидуумами) в системе имеют циркулярный, но не линейный характер. Структурные изменения в системе (семейной) приводят к поведенческим изменениям и наоборот.

Системно-семейным психотерапевтом события изучаются в пределах того контекста, в котором они разворачиваются; внимание концентрируется в большей степени на связях и взаимоотношениях, а не на отдельных элементах и их характеристиках. Психотерапевтическая интервенция направлена на создание таких форм взаимодействия внутри системы, которые обеспечили бы ей эффективное функционирование.

События и поступки формируют последовательные, периодически повторяющиеся стереотипы, сохраняющие динамическое равновесие в семье. Все поведение в целом, включая патологические (в частности, аддитивные) формы, устанавливает и поддерживает эти стереотипы, приобретая, таким образом, свой коммуникативный и функциональный смысл в данной семье. Симптом и система связаны между собой и "служат друг другу"; при ликвидации симптома вся система оказывается временно нерегулируемой, находится в состоянии "кризиса". Поэтому через некоторое время после фрагментарного изменения система может вернуться к прежним и привычным формам стабилизации, т.е. к прежнему симптому, либо сформирует новый симптом, носителем которого чаще становится тот же больной член семьи. Реже симптом появляется у другого члена семьи, либо в семье может нарастать напряжение, возникнуть конфликт, способный привести ее к распаду. В системно-семейной терапии этот феномен называется смещением симптома. Если же система (семья) обладает достаточной гибкостью и необходимыми внутренними ресурсами, то, пройдя стадию структурных изменений, она сможет прийти к новым, более эффективным формам своего функционирования.

Основным методом семейной психотерапии является вербальная коммуникация, имеющая тщательно продуманную стратегию и тактику. К "чисто" системным методам относятся также работа с генограммой, "реконструкция системы", экстернализация симптома, работа с рефлексирующей командой и некоторые другие. В системной психотерапии используются метафоры, трансовые техники, рефреминг, лингвистические модели НЛП. Следует учитывать, что каждый терапевт формирует собственный арсенал психотерапевтических приемов в зависи-

мости от полученной подготовки, личных предпочтений, а также от особенностей пациента, семьи, культуральных традиций.

**Работа с генограммой.** Построение генограммы осуществляется семейным психотерапевтом уже при первичном интервью. Информация для ее построения собирается при опросе, как самого пациента, так и других членов семьи. Дополнения и изменения вносятся по мере получения терапевтом новой информации. При опросе большего количества родственников информация об истории семьи становится все более полной и точной. Если интервью проводится одновременно с несколькими членами семьи, каждый может сравнить и дополнить свои знания об истории семьи, а терапевт - наблюдать взаимодействия между ее членами. Изображая в генограмме историю развития семьи и, соответственно, пациента, врач получает информативную и наглядную схему, позволяющую ему выстраивать рабочие гипотезы возникновения клинических проблем во временном, семейном и социальном контексте. Составляя генограмму, терапевт отражает состав семьи, историю развития проблемы, актуальные события в истории и текущем моменте. Он фиксирует информацию о реакциях членов семьи на важные события семейной истории, о других значимых для семьи людях, о семейных ролях, о трудных для семьи темах.

Особое внимание следует обращать при составлении генограммы на:

- 1) симптомы и образцы отношений, повторяющиеся в семье;
- 2) реакции членов семьи, изменения функциональных связей в семейной системе в ответ на изменения жизненного цикла семьи, в особенности, совпадающие с кризисными событиями.

Недостаток информации о важных событиях в семье или наличие противоречий в представляемой членами семьи информации указывают на особую эмоциональную насыщенность темы. Важно при этом отметить, какие параллели проводят сами члены семьи между этими событиями и каких тем они избегают.

**Циркулярное (системное) интервью.** Это специфический метод ведения беседы с пациентом или семьей, позволяющий получить сведения о проблеме и одновременно заключающий в себе элементы психотерапевтической интервенции, стимулирующей изменения. "Циркулярные" вопросы способствуют прояснению взаимосвязей в семье, открывают иную точку зрения на отношения, поведение, болезни, роли каждого члена семьи, тем самым способствуя "размягчению" прежних конструктов и формированию новых, что, в свою очередь, запускает процесс изменений. Вопросы построены таким образом, что члены семьи или пациент, отвечая, описывают проблемы и симптомы в широком семейном контексте, "открывают" картину коллективной ответственности членов семьи в отношении причин актуальных проблем. Таким образом, психотерапевту удается направлять семью в русло основного принципа системного консультирования: отвечать на вопрос КАК, а не ПОЧЕМУ, говорить, как организована система.

Ниже даны примеры вопросов, задаваемых терапевтом при циркулярном интервью:

- Кто принимал наибольшее участие в том, что Вы решили пройти лечение?

- Вы говорите, что решили лечиться больше по инициативе матери. Как Вы думаете, почему она решила, что Вам необходимо лечение? Что особенного произошло в этот раз, в отличие от прежних случаев, что именно сейчас она пришла к мнению о необходимости лечения? Есть кто-то еще среди Ваших знакомых или близких, кто считает так же? Есть кто-то, кто считает, что Вы можете продолжать пить? В каком случае Вы бы сами смогли прийти к решению, что необходимо бросить пить?

- Что, по-Вашему, означает для жены, детей, что Вы каждый день возвращаетесь "навеселе"? Что означает это для Вас? Как Вы объясняете различное понимание у Вас с женой этой проблемы?

Метод экстернализации проблемы - способ рассмотрения информации вне связи с конкретным пациентом или семьей. В основе экстернализирующего мировоззрения лежит убеждение, что проблема - это нечто, что влияет на жизнь человека, даже может пронизывать ее, но это нечто есть отдельное и отличающееся от человека образование. При приобретении экстернализирующей установки пациент отделяет себя от симптома, диссоциируется от него, т.е. приобретает способность воспринимать симптом с позиции "наблюдателя". Психотерапевту это позволяет открывать пациенту доступ к его ресурсам, новым перспективам. Экстернализируя симптом, мы его делаем видимым, включаем в семейную скульптуру (расстановку), что дает семье или пациенту новую точку зрения на проблему и возможность подключиться к ее решению.

Примеры психотерапевтических интервенций, экстернализирующих симптом:

1. Врач пациенту рассказывает метафору о том, как его знакомый прекратил пить, произносит ключевую фразу "...Водка - это "друг", который через некоторое время показывает истинное лицо - лицо врага...", наблюдает за реакцией пациента и через некоторое время спрашивает его: "Что бы Вы сделали с таким "другом"?"

2. Супружеской паре (живут втроем с ребенком): "Вы живете не втроем, с вами живет еще "подружка" мужа, если так можно сказать, - водка, ...разве не так?... Ведь она влияет на всех вас, на поведение каждого, настроение и ребенка тоже..."

Экстернализация симптома во время психотерапевтической сессии может осуществляться посредством расстановки больного и родственников в определенном порядке, замещая отсутствующих членов семьи предметами. Каждому участнику и символу определяется свое место в этой расстановке. Меняя местоположения и расстояние, психотерапевт моделирует возможные изменения в системе. Врач открывает для семьи новые пути видения проблемы и, соответственно, ее решения. Причем современный семейный психотерапевт скорее будет применять интегративный подход, не столько действуя "в угоду методу", сколько с целью использовать различные методы в соответствии с конкретными задачами психотерапевтического процесса.

Следует подчеркнуть, что в случаях с семьями наркоманов и больных алкоголизмом выполнение задач семейной терапии сопряжено со специфическими трудностями, поскольку члены семьи чаще всего не осознают своей роли в формировании и поддержании зависимого поведения. Участие в лечении пациента они ограничивают тем, что настаивают на госпитализации либо другом виде лечения. Предложение о прохождении семейной психотерапии и принятии ее требований становится первой и важной психотерапевтической интервенцией. Кроме того, семейному психотерапевту приходится сталкиваться с тем, что семья охотно принимает позитивные изменения до тех пор, пока они не угрожают привычному для них взаимодействию, "гомеостазу". "К терапии они (члены семьи) относятся благосклонно лишь до возникновения определенных изменений и пока он (идентифицированный пациент) не начинает нарушать семейные правила" (В.Сатир). Поэтому семьи будут охотней обращаться за помощью к тем лечебным программам, которые не будут требовать изменений в структуре семейной системы; особенно это касается семей наркоманов. Так, М.Fehlinger (1998) отметила, что семейные системы, включающие больных с зависимостями, характеризуются поддержкой образцов зависимого поведения как со стороны идентифицированного пациента, так и со стороны других членов семьи, а также внешней ориентацией в объяснении причин заболевания и выборе методов лечения ("выздоровление зависит от врача, лечебного учреждения, социальной ситуации и т.д., в лучшем случае, от самого пациента).

В терапевтическом процессе необходимо добиться, чтобы зависимому поведению было придано значение составной части общесемейной цели. Следует выработать понимание, что "самопроизвольные" обострения заболевания у аддикта связаны также с поведением других членов семьи.

Для преодоления сопротивления вовлечению в терапию членов семьи со стороны пациента-наркомана M.D.Stanton, T.C.Todd (1979,1981) рекомендуют, чтобы семейный психотерапевт включался в лечебный процесс с момента обращения пациента (семьи) за помощью. Желательно, чтобы пациента курировал один специалист, без "перебрасывания" его от одного врача к другому, во избежание манипуляций со стороны наркомана. Врач должен проявлять активность при вовлечении членов семьи в терапевтическую программу. При этом важно не допустить конфронтации с членами семьи, немедленно требуя следовать принципам системного подхода, при котором они должны принять идею о коллективной ответственности в происхождении заболевания. Подчеркивается также необходимость в административной поддержке семейных психотерапевтических программ со стороны руководства лечебного учреждения.

При проведении психотерапии в системной модели с зависимыми пациентами предпочтение мы отдаем **терапии, сфокусированной на решении**, направленной на совместный (пациента и членов его семьи) поиск выхода из сложившейся ситуации. Особое значение уделяется формированию модели выработки установки на трезвость у пациента, конструкторов трезвого поведения. Наиболее эффективными методами, откры-

вающие перспективы для решения, являются работа со скульптурами и экстернализация симптомов. Оправдывает себя техника предписаний для членов семьи "вести себя так, как будто идентифицированный пациент продолжает употреблять ПАВ" (метод парадоксальных предписаний). На завершающем этапе терапии проводится реконструкция семейной системы (истории). Несколько сессий необходимо выделить для противорецидивной работы, посвященной проработке форм поведения членов семьи, способствующих возврату пациента к употреблению ПАВ. Курс психотерапии в стационаре может состоять из 10-20 сессий.

#### **5. Гуманистические и духовно ориентированные методы психотерапии в наркологии.**

##### **Групповая психотерапия**

Наиболее характерной тенденцией развития психотерапии больных с зависимостью на современном этапе является общая гуманизация подходов к больному как к способному к борьбе с болезнью и к сотрудничеству человеку, а не как к пассивному объекту психотерапевтического воздействия и наркологической реабилитации в целом (G.Benedetti, 1980, 1983). В нашей стране с этой тенденцией прямым либо косвенным образом связаны стратегические и организационные изменения в системе наркологической реабилитации, лишившейся института принудительной "трудотерапии" (ЛТП).

Основания гуманистического подхода имеют определенные традиции. К.Ясперс (1922) утверждал, что патологическое есть, прежде всего "способ переживания, постижимый в психологофеноменологическом плане, целый мир своеобразного психического существования (Dasein)" J.Wyrsh (1967) в обзоре взглядов на существо психопатологических расстройств указывает, что все они касаются таких понятий, как переживание, интенция, отношение к духу и к телу, "Я", сознание. Все это, по его мнению, "направлено в сторону личности, не психических способностей или деяний, а именно личности, которая приводит в действие эти способности и осуществляет эти деяния"; и характеризуются эти расстройства, в первую очередь, "утратой душевной свободы". Таким образом, когда речь идет о зависимом поведении, в фокусе психотерапии оказываются "Я" больного, его личность и свобода. Этим и обусловлено особое значение гуманистических и экзистенциальных подходов в психотерапии (М.М.Мучник, 1998).

Jasobson (1954) и Mahler (1972) трактуют эффект психотерапии как результат процессов идентификации и интернализации, объектом которых становится психотерапевт. В результате предполагаемый образ больного, интегрированный в психотерапевтическом зеркале, служит средством интеграции его «Я».

При исследовании различий между врачами, успешно работавшими с психически больными, и теми, чьи пациенты излечивались в наименьшей степени, было установлено, что врачи, достигавшие успеха, обладали рядом специфических характеристик. Они скорее пытались понять больно-

го, проникая в смысл его поведения, чем работать на основе истории болезни или диагноза. Они скорее пытались достигнуть целей, связанных с личностными проблемами больных, нежели добивались "смягчения" симптомов болезни или излечения. Эти врачи в повседневном взаимодействии использовали, главным образом, активное личное участие и избегали директивных указаний и настойчивых рекомендаций. Они часто прибегали к таким методам, как интерпретация, инструкция или совет, и не придавали излишнего значения медицинским манипуляциям. Главным отличием от группы неуспешных врачей была их готовность культивировать отношение, в котором пациент мог доверять врачу и чувствовать доверие врача к себе (J.C.Whitehorn, B.J.Betz, 1954; B.J.Betz, J.C.Whitehorn, 1956).

В наибольшей степени эти гуманистические принципы были реализованы в модели **клиент-центрированной терапии** К.Роджерса (1954), в основе которой лежит гуманистическая концепция личности, "постоянно себя создающей, осознающей свое назначение в жизни, регулирующей границы своей субъективной свободы" (C.R.Rogers, 1964).

Принципиальным в этой концепции является понятие конгруэнтности Самости и Опыта. "Опыт, несовместимый с представлением индивида о себе, имеет тенденцию не допускаться к осознанию, каков бы ни был его социальный статус. Когда существует несогласованность, но индивид не осознает этого, он потенциально уязвим тревожностью, угрозой и дезорганизацией" (C.R.Rogers, 1959).

На эту угрозу организм отвечает защитным поведением, цель которого - сохранить прежнюю структуру и целостность Самости, несмотря на наличие неассимилируемого Опыта (C.R.Rogers, 1954). Главным условием, позволяющим найти конструктивный выход из этой ситуации, является создание обстановки абсолютной безопасности для Самости. В этом случае "Опыты, с ней не согласующиеся, могут восприниматься и проверяться, а структура Самости изменяется, чтобы усвоить и включить подобные Опыты" (C.R.Rogers, 1951).

Соответственно, в гуманистической модели способность терапевта создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией психотерапевта. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения психотерапевта. Психотерапевт в этом случае считает, что если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики.

Понятие эмпатии признано также в психоаналитической и в поведенческой психотерапии, где отмечается важность эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента (В.А.Ташлыков, 1992). Важнейшие принципы современной, так называемой позитивной психотерапии также находятся в рамках гуманистического подхода, провозглашающего уникальность человеческой личности и направленность психотерапии

на помощь пациенту в становлении себя как самоактуализирующейся личности, в "актуализации потенциального", т. е. в раскрытии ресурсов и потенциала человека (Г.Л.Исурина, 1993).

Необходимо обратить также внимание на возможности, которые дает в работе с наркологическими больными базисный для клиент-центрированных методов психотерапии принцип "здесь и теперь", лишающий пациентов возможности уходить от проработки актуальной ситуации и эксплуатировать присущий им патологический защитный механизм отрицания.

Ряд авторов указывают на то, что специфической техники гуманистической психотерапии нет, существующие способы не поддаются точному описанию и не соответствуют общепринятому мнению о необходимых составляющих компонентах психотерапии; метаанализ проведенных исследований не дает ясного ответа на вопрос, какая из форм такой психотерапии показана при определенном типе пациента и/или определенном типе заболевания (W.Schneider, 1992). При этом выделяются общие, неспецифические характеристики психотерапевтических подходов, обеспечивающие их эффективность. По сути дела, эти общие факторы представляют собой элементы гуманистического подхода. Отмечают, что само лечение состоит, в основном, в создании теплой эмоциональной связи между врачом и больным (F.Krull, 1987). Делают акцент на существенной роли при любых методах психотерапии взаимоотношений психотерапевт - пациент (В.А.Ташлыков, 1992) и на особой роли толерантности и терпимости в психотерапии пограничных расстройств и психозов (M.Laxenaire, 1992). Не внушая больным ложных надежд, врач может дать психически больным гораздо более ценное - ощущение защищенности (K.Minkoff, R.Stern, 1985).

Эмпатические принципы гуманистической психотерапии отчетливо прослеживаются в **реабилитационной программе "12 шагов" общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов**. Воздержание от употребления психоактивных веществ достигается благодаря заботливому и понимающему отношению к больному со стороны "собратьев" по несчастью. Чем больше алкоголики и наркоманы теряют контроль над своей зависимостью, тем чаще они "встают в позу", убеждая окружающих в обратном. "Анонимные Алкоголики" противопоставляют этой тенденции свои духовно-религиозные традиции, определяя ими основы повседневной жизни, а затем помогая признать тот факт, что алкоголик (наркоман) страдает от своей болезни, что он потерял власть над своим пагубным пристрастием к алкоголю (наркотику) и уже не способен самостоятельно управлять своей жизнью.

В строгом смысле, 12-шаговая программа выходит за рамки научной психотерапии, поскольку в ее основе, наряду с гуманистическим подходом, лежит идея "духовного обращения", что обеспечивает ее "антипсихологический" характер. Аддикту предлагается апеллировать не только к интрапсихическим, поведенческим и физиологическим ресурсам, но и к "Высшей силе". Личностно-ориентированной психотерапии эта программа формально противостоит в силу жесткой приверженности мо-



дели: "алкоголизм (наркомания) - это болезнь" - болезнь в том понимании, что больной не несет ответственности за это состояние. В то же время подчеркивается, что больной полностью ответственен за свои действия, за заботу о себе самом, в том числе, и в отношении болезненных явлений. Тем самым, "духовно", надличностно ориентированная 12-шаговая программа, в конечном счете, соответствует реальным психологическим потребностям аддиктивных пациентов и способствует их личностным изменениям.

Программа, призывая больных признаться в собственной слабости и принять мысль о смирении и альтруизме, формирует альтернативу эгоизму и эгоцентризму, развивающимся в процессе течения болезни. Ее поддерживающие, активизирующие и управляющие элементы обеспечивают компенсацию слабости функций саморегуляции. Афоризмы, лозунги, девизы, применяемые в работе общества, являются источником успокоения и комфорта, в которых больные крайне нуждаются. Пошаговый подход, поведенческие рекомендации и прямые указания восстанавливают структуру и последовательность личностного развития, внутренняя картина которого у аддиктов крайне фрагментирована, а то и разрушена.

Движение "Анонимные Алкоголики" компенсирует характерную для больных ослабленную или неразвитую способность управлять собой и способствует их разубеждению в том, что человек способен управлять своей жизнью в одиночку. Восполняется недостаток самоуважения, приближаются к решению связанные с этим проблемы в межличностных отношениях. Программа также работает с эмоциональной сферой больных, побуждая их делиться историями о том, как они стали жертвами своей пагубной страсти.

Научный анализ деятельности общества свидетельствует, что успех его реабилитационной программы во многом определяется задействованием процессов групповой динамики, не зависящих от религиозной идеологии, положенной в основу 12-шаговой программы. Практика групп самопомощи, существующих в различных психологических модальностях (не только лечебных, но, например, учебных), показала, что их эффективность невозможно оценить как простую сумму результатов отдельных интеракций, она во многом определяется феноменом развивающейся групповой психологии, групповыми механизмами.

А. Б.Холмогорова (1993) отмечает, что исторически развитие форм психотерапии душевнобольных можно представить как движение от индивидуальной к семейной и, наконец, к групповой терапии. Последняя признается одним из лучших средств помощи больным алкоголизмом и наркоманией. Именно в группе происходит формирование адекватного самосознания, разрушаются примитивные психологические защиты, создается новый образ «Я» и укрепляется мотивация на трезвость.

При лечении зависимостей групповые формы психотерапии дают особые возможности. Предпочтение на современном этапе групповым методам психотерапии связано с их экономичностью и возрастающим интересом к межличностным отношениям как основе социальной адап-

тации, несмотря на некоторый риск, обусловленный опасностью эмоциональных перегрузок, расшатывания защитных механизмов, возможностью эксацербации психопатологической симптоматики.

Применяются различные техники и форматы групп; в то же время, по мнению M.Lakin (1972), все они объединяются по ряду принципиальных характеристик лечебного процесса: 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим.

Динамика поведения больного в группе является наглядным индикатором повышения адаптивности социального поведения (P.Slachtet, 1985). По мнению G.Ehle (1987), групповая психотерапия имеет ряд преимуществ перед индивидуальной и позволяет достичь следующих целей: помочь больному понять симптомы болезни и преодолеть их социальные последствия; модулировать аффективные переживания и социальное восприятие путем постоянного сопоставления вербальной и невербальной самооценки с оценкой, даваемой больному членами группы и терапевтами; изменить привычные для личности способы общения; добиться осознания больным связи между поведением и психическим состоянием; коррегировать вторичные реакции в процессе реорганизации нарушенных болезнью жизненных планов.

Традиция рассказывать истории о себе, существующая в гуманистической и духовно ориентированной групповой психотерапии, на сознательном и бессознательном уровнях оказывает огромную помощь аддиктивным больным. Эти истории дают возможность слушателям и самому рассказчику увидеть и систематизировать факты, мысли и чувства, сопряженные с развитием их болезненных проблем. Рассказывая свои истории, алкоголики и наркоманы становятся более восприимчивыми к различного рода психотерапевтическим интервенциям, открывают слабости своей сферы саморегуляции и обнаруживают патологические защиты, порождающие основную часть возникающих трудностей в избавлении от пагубных пристрастий. Групповая ситуация наглядно демонстрирует аддиктам их нетерпеливость, неспособность откладывать удовлетворение желаний до подходящего момента, наличие алекситимии. На фактах собственной биографии, а также на чужом примере зависимые приходят к признанию в том, что они плохо заботятся о себе, отрицают опасность, выказывают браваду и агрессию.

Повышение эмпатического потенциала, стремление быть принятым другими людьми, снижение уровня страха быть отвергнутым партнерами по общению свидетельствуют о формировании у пациентов в процессе групповой психотерапии новых конструктивных когнитивно-эмоционально-поведенческих стереотипов, направленных на преодоление полярных чувств покинутости и всемогущества, неадекватных форм поведения, связанных с отрицанием субъективно сложных ситуаций. Это способствует восстановлению способности к гармоничным и полноцен-

ным формам межличностного функционирования и генерализации их за пределы терапевтической среды.

Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Информация часто противоречит или не согласуется с существующим образом «Я», и задача психотерапии заключается в расширении его путем интеграции полученной информации. Расширение образа «Я» за счет интеграции содержания обратных связей является процессом, присущим не только психотерапии, но и формированию человеческой личности. Групповая психотерапия использует этот механизм для коррекции неадекватного представления о себе и самопонимания в целом (Г.Л.Исурина, 1992).

Многие авторы указывают, что лучше всего групповая психотерапия осуществляется в группах, включающих в себя больных одной нозологии, что позволяет исключать дестабилизирующую роль пациентов с иными видами зависимости. Страдающие алкоголизмом и наркоманиями в целом охотно и легко вовлекаются в групповую терапию, в связи с чем основная задача терапевта состоит в поддержании целостности группы, являющейся главным условием интенсивной групповой динамики.

Указывается, что исход групповой психотерапии наилучшим образом предсказывает информация не психопатологического, а психодинамического и психосоциального диагностических измерений (В.Д.Вид, 1994). Больные с хорошим исходом характеризуются не просто количественным изменением психологических показателей, а ростом саморегуляции, появлением и усилением связей между самооценкой, интегральностью и мотивацией достижения (А.М.Ялов, 1992).

Yalom выделил **10 лечебных факторов, обеспечивающих эффективность групповой психотерапии** независимо от ее модальности:

1. Сплоченность - характеристика прочности, единства межличностных взаимодействий в группе, общность устремлений к трезвому образу жизни.
2. Внушение надежды - вера в возможности группы преодолеть трудности на пути движения к трезвой жизни.
3. Обобщение. Придя в группу, пациент начинает понимать, что он не уникален и не одинок, что его проблемы схожи с проблемами других людей в группе, и это облегчает принятие помощи от других.
4. Альтруизм. Ощущение взаимной необходимости. Повышает значимость и чувство самоуважения у любого члена группы.
5. Предоставление информации. Члены группы делятся своим опытом в процессе преодоления тех или иных трудностей. Опыт другого человека, имеющего схожие проблемы, оказывает неоценимую помощь новичкам, да и, в принципе, любому члену группы.
6. Множественный перенос. В группе человек начинает проявлять те же паттерны поведения, что и в жизни. Он начинает обнаруживать, что групповые отношения моделируются в соответствии со структурой актуальных межличностных связей в его микросоциуме. Со временем эти тенденции подвергаются проработке.

7. Межличностное обучение. Члены группы апробируют новые способы поведения внутри группы с дальнейшим переносом их на внегрупповую ситуацию, т.е. достигается адаптация зависимых от ПАВ к реальной жизни в социуме.

8. Развитие межличностных умений. Совершенствование своего умения общаться, например, даже просто говорить более ясно и понятно.

9. Имитирующее поведение. Члены групп, не имеющие навыков трезвого поведения, поначалу копируют поведение более "продвинутых" участников с постепенной аккумуляцией их опыта. В дальнейшем они оказываются в состоянии быть более самостоятельными.

10. Катарсис. Обсуждение собственных проблем в группе приводит к вскрытию подавленных потребностей и чувств, что ведет к очищающей, облегчающей эмоциональной разрядке и освобождению.

Опыт показывает, что буквальное применение принципов гуманистической психотерапии по С.Р.Рogers, а также духовно ориентированных методов в их традиционном для Запада виде приводит больных с зависимостью от ПАВ к ряду проблем. Наиболее спорной является возможность недирективного подхода в работе с этими пациентами. Многие авторы указывают на то, что психотерапевт в группах с больными алкоголизмом и наркоманиями должен быть более активен и директивен, с четким модулированием своих эмоций и рефлексий (С.В.Днепровская, 1973; М.Кostecka, G.Malatynska, 1974; Н.Weise, 1979; И.Д.Даренский, 1998). Подчеркивается, что полностью недирективное поведение ведущего в группе наркологических больных немыслимо.

Таким образом, наличие мощного терапевтического потенциала гуманистического подхода в отношении больных зависимостью от ПАВ сочетается с трудностями его последовательной реализации, обусловленными клиническими особенностями этих больных. Разрешение данного противоречия возможно в рамках другой основной тенденции современного развития психотерапии зависимостей, а именно - тенденции к интеграции различных школ, подходов и направлений. Только при использовании интегративной модели становится возможным применение гуманистических принципов психотерапии, создающих для больных зависимостями значительные реабилитационные перспективы, но непригодных для реализации в "чистом", изолированном виде.

#### **6. Интегративный подход. Вопросы организации психотерапевтической помощи в наркологии**

Как свидетельствуют материалы предыдущих разделов главы, каждое психотерапевтическое направление отличает определенный спектр лечебных возможностей, но также и отдельный ряд ограничений и даже опасностей применения в наркологической практике. Разрешение данного противоречия возможно в рамках другой основной тенденции (наряду с гуманистической) современного развития психотерапии зависимостей, а именно, - тенденции к интеграции различных школ, подходов и направлений (EHeim, 1981, 1992; T.Gattoni, 1992; R.Mori, A.Delahunpy, 1993; Y.OAlanen, 1994; Б.Д.Карвасарский, 1992). Исследования показывают, что специфич-

ческая психодинамика синдрома патологического влечения требует объединения различных психотерапевтических техник и делает интегративный подход в наркологии оптимальным (L.G. Jacobson, 1993).

Подчеркивается необходимость создания "интегративной трансмодальной" психотерапии, которая могла бы обеспечить каждого больного эффективным комплексом лечебных средств из арсенала различных психотерапевтических моделей с учетом его индивидуальной, психодинамической и нозологической специфики (В.Д.Вид, 1988, 1993). Дифференцированное использование элементов психотерапевтического спектра определяется не принципиальным предпочтением той или иной методики, а тем, в какой ситуации и на каком этапе патологического процесса применение одной из них окажется более выигрышным.

Отечественной наркологической психотерапии уже давно свойственны черты интегративности и мультимодальности - в силу исторически обусловленной неравномерности развития отдельных психотерапевтических институтов и школ с явным преобладанием гипносуггестивного и поведенческого направлений. Вполне естественно, что ограничения в искусстве владения одним профессиональным инструментом мы восполняем за счет использования многих инструментов, прибегая даже к "непрофессиональным" приемам для достижения результативности. Большинство отечественных публикаций по психотерапии зависимости от ПАВ содержат описания и рекомендации сочетанного либо последовательного применения самых разных лечебных техник работы с больными. При этом целесообразность мультимодального подхода имеет здесь и другое обоснование, это - варьирование психотерапевтических техник в зависимости от индивидуально-психологических особенностей больных.

Как было показано в работах Н.Н.Иванца соавт. (1987), конституциональный склад характера имеет значение дифференцирующего патогенетического фактора; при этом выделяются три группы характерологических типов, коррелирующих с различными клиническими формами наркологических заболеваний: взрывные и истероформные, неустойчивые и синтонные, астеники и психастеники. Подобно тому, как конституциональные характерологические свойства больных во многом определяют клинические особенности формирующихся у них алкоголизма и наркоманий, они имеют значение при выработке стиля психотерапевтической работы (В.Н.Николаенко, 1989; И.Д.Даренский, 2000).

В рамках данного подхода постулируется, что психотерапевтическое воздействие опосредуется через психо-биологические механизмы развития заболевания, конкретно - через конституциональный характер пациента. Характерологические особенности больных имеют значение в формировании индивидуальных мотивов алкоголизации (наркотизации) и поэтому должны учитываться при выработке стратегий психологической коррекции (И.Д.Даренский, 1997). Кроме того, состояния декомпенсации психопатических состояний, на почве которых формируется заболевание, имеют самостоятельное патогенетическое значение. Поэтому психотерапевтические усилия контрмотивационной направленности должны быть

дополнены воздействием, стимулирующим процессы компенсации характерологических aberrаций (психопатий и акцентуаций).

Для больных со стеническими, эксплозивными чертами, чаще отличающихся импульсивным характером употребления ПАВ, в качестве компенсаторных рекомендуется использование катарсических гипно-суггестивных техник, а также гештальттерапии, преимущественно в индивидуальной форме. Пациентам с неустойчивыми и аффективно-лабильными свойствами рекомендуется в основном когнитивно-поведенческая терапия в малых психотерапевтических группах, а также в условиях "терапевтического сообщества". Астенические и тревожно-сензитивные индивидуумы нуждаются в сочетании групповых "тренингов сензитивности" с активной поддерживающей индивидуальной психотерапией, проводимой в мягком патерналистском стиле (Т.В. Агибалова, 2000).

Б.М. Гузиков и А.А. Мейроян (1988) предлагают следующие **дифференцированные варианты психотерапии алкоголизма в зависимости от характера, поведения пациента.**

К первой категории относятся больные, которых с позиций современной систематики личностных расстройств (МКБ-10) мы квалифицировали бы как пассивно-зависимых или астенических. Эти лица обычно не имеют определенного мнения, сформировавшейся позиции в отношении своей болезни и четких запросов к медицинским инстанциям по поводу коррекции зависимости: целесообразности госпитализации, сенситивизирующей терапии, последующей реабилитации. Им часто свойственны неуверенность в себе, признаки созависимости, склонность ориентироваться на внешние обстоятельства больше, чем на собственные возможности, как правило, они обращаются за помощью под давлением близких и знакомых ("присланные" пациенты по H. Argelander, 1978). Терапевта они обычно воспринимают как лидера, а себя - ведомыми, надеются, что воля врача может организовать их поведение в нужном направлении. Авторы рекомендуют с такими пациентами применять тактику "штурма" - это прямое внушение, императивное, эмоционально насыщенное, аргументированное воздействие, которое в относительно короткое время приводит к безоговорочному принятию предлагаемой точки зрения. Попытки вовлечь таких больных в дискуссии о планировании будущего или в обсуждение более простых проблем вызывают чувство дискомфорта и снижают в их глазах авторитет терапевта. В процессе терапии больные обучаются более уверенному и ответственному поведению с целью повышения в дальнейшем уровня социально-психологической адаптации.

В отношении более высоко организованных личностей, знакомых с литературой по вопросам зависимости (хотя и зачастую неверно трактующих их), способных обобщать свой жизненный опыт, относительно независимых в суждениях и поведении ("просвещенные пациенты"), используется тактика "позиционного давления" - косвенное внушение, преимущественно дидактическая работа. Общение с ними происходит, как правило, в форме диалога, дискуссии. Их взгляды должны восприниматься как достойные серьезного внимания, критиковаться с апелляцией к науч-

ным данным. Можно рекомендовать им чтение не только научно-популярной, но и специальной литературы. Эффективным способом переориентации является предложение поменяться ролями с терапевтом в игровой ситуации: самим больным назначать себе или другим пациентам курс лечения, давать рекомендации на будущее, прогнозировать возможность достижения и сохранения трезвости. Осознанное принятие решения в таких случаях становится основой поведения больных.

Тактика "конфронтации" используется в отношении больных с чертами претенциозности, завышенной самооценкой, нескритичностью как в отношении характера проблемы, так и возможностей их лечебной коррекции, капризны и требовательны. Неосознанно противодействуя лечению, такие больные обычно искажают смысл объективной информации, имеющейся в их распоряжении, проявляют демагогичность, резонерство, а порой - и элементы агрессии ("претенциозный" тип пациента по Аргеландеру). Авторы считают, что если призывы к сотрудничеству, использованию их знаний и способностей в принятии оптимальных решений оказываются безрезультатными, терапевт вынужден спровоцировать конфликт, не доводя его, однако, до разрыва отношений. При таких конфликтах происходит вскрытие, обнажение защитных механизмов, ответственных за данный тип компенсации патохарактерологических радикалов; при этом психотерапевту необходимо контролировать проявления своей эмоциональности и при первых признаках капитуляции больного принять ее, не нанося травмы, начать конструктивный диалог по обсуждаемым вопросам.

В отношении импульсивных, взрывчатых и гипертимных больных, коммуникативные позиции которых заряжены стойкой эффективностью, агрессивностью, может быть результативной тактика "паузы" - отсроченного воздействия. Этот прием применяется тем чаще, чем большими представляются сопротивление пациента, его оппозиционность, неодобрение терапевта. Поэтому врач вынужденно занимает нейтральную позицию при первых контактах с этими больными. На требование выразить мнение по обсуждаемым проблемам он отвечает уклончиво, может соглашаться с бесспорными или не имеющими отношения к существу вопроса утверждениями: "Возможно, Вы правы; хотелось бы с Вами поговорить об этом еще"; "Судя по Вашей эмоциональной реакции, это не простой вопрос" - и т.д. Прямые вопросы могут быть переадресованы больным: "Так сразу не ответишь; а что Вы думаете об этом?". Сочувствие и эмоциональное сопереживание способствуют установлению контактов с пациентами, дают основание начать коррекцию их установок, позиций, отношений после угасания аффективных вспышек.

Интегративные принципы полимодальности заложены в основы реабилитационной программы Ю.В.Валентика (1993), определяемой автором понятием "континуальная психотерапия". Постулируется принцип непрерывности и этапности психотерапевтических воздействий, соотносящихся с этапами лечебного процесса в целом. Патологические процессы, задействованные в патогенезе зависимости от ПАВ, континуальная психотерапия стремится преобразовать на психобиологическом, психологическом

ком и социально-психологическом уровнях. В качестве мишени лечебного воздействия выступает алкогольная (наркоманическая) "субличность" (алкогольное Я - согласно терминологии автора), которая доминирует над "нормативным Я" в контексте процессуальной динамики. Задачей терапевта является подавление патологической субличности наряду с укреплением и развитием нормативной личности, способной противодействовать алкогольному Я и доминировать над ним. Для решения этих задач предлагается комплекс манипулятивных и развивающих процедур, дополняющих друг друга. По мнению автора, манипулятивные техники адресованы к психопатологическим проявлениям зависимости, в то время как развивающие направлены на "здоровую часть" личности, активизацию ее ресурсов, мобилизацию компенсаторно-адаптационных процессов. Основной идеей континуальной терапии является постепенное формирование цельной личностной организации, зрелостных параметров индивида. Для достижения поставленных целей предлагается свободным, "естественным" образом ассимилировать психотерапевтические техники и менять структуру их соотношения по ходу лечебного процесса. Так, разработанная на основе "континуального подхода" методика групповой психотерапии больных алкоголизмом включает: структурированные групповые дискуссии, моделирование и трансформацию патологических и компенсаторных процессов, саморегуляцию и самоорганизацию.

Описаны модели психотерапии в наркологии, основанные на синтезе психодрамы, социального тренинга и глубинной психотерапии (Bender, 1982, 1985). Подтверждена эффективность соединения индивидуальной, семейной, коммуникативно-корректирующей и групповой психотерапии в сочетании с терапией средой (Finzen, 1987; Matussek, 1976; J.Doaneetal., 1985; A.Strachan, 1986; K.Hahlweg, 1989). Указывается на необходимость интеграции семейной и поддерживающей психотерапии (B.Kuchenhoff, D.Hell, 1993), обучающих методов, тренинга умений, управления семейно-обусловленными стрессами и специфических когнитивно-поведенческих стратегий (M.J.Goldstein, 1992; I.R.Falloon, 1992). Обоснована целесообразность интеграции методов личностно-ориентированной психотерапии с поведенческими техниками (А.П.Федоров, 1992) и гештальт-терапией (А.А.Александров, 1992).

По мнению R.Tolle (1992), в интеграции психотерапевтических подходов всегда узнаваема одна из двух генеральных линий - психодинамическая или поведенческая.

Обобщая материал, представленный в настоящей главе, можно заключить, что наиболее актуальным и продуктивным в наркологической психотерапии является сочетание когнитивно-поведенческого, гуманистического и психодинамического подходов.

Когнитивно-поведенческая терапия направляет свои усилия на слом патологических паттернов аддиктивного поведения, удержание трезвого образа жизни и профилактику срывов. Она в большей мере соответствует медицинской модели зависимости, стремится обеспечить когнитив-



ий самоконтроль над болезненными импульсами, выработку адекватной тактики избегающе-преодолевающего поведения, с психодинамический метод расширяет диапазон доступных для осознания и анализа внутренних конфликтов, задействованных при формировании аддикции. Внимание больного смещается от периферийных проблем, концентрирующихся в циклах зависимости, и фокусируется на глубинных переживаниях. Терапевтическая тактика согласуется с особенностями психического развития индивида.

Гуманистическая и духовно-ориентированная терапия не менее значима. Несмотря на то, что зависимость от ПАВ здесь оценивается вне собственно медицинского, терапевтического подходов, их методы вполне соответствуют реальным психологическим запросам больных и способствуют позитивным личностным изменениям. Воздержание достигается в контексте заботливого и внимательного отношения к больному в группах взаимопомощи со стороны "друзей по несчастью".

Весьма актуальным представляется введение в психотерапевтическую программу курса психодинамической психотерапии. При этом значение психоаналитического подхода значительно шире его сугубо утилитарного назначения. Без применения ряда психоаналитических принципов и понятий невозможно полноценное исследование и корректное описание психотерапевтического процесса в целом. Так, в настоящее время далеко не только психоаналитики используют представления о переносе, сопротивлении, психологических защитах и т.д. Многие психоаналитические положения прочно вошли в современную постмодернистскую культуру психотерапии.

Следует отдельно отметить, что в практическом плане психоаналитический подход существенно расширяет возможности традиционных гуманистических форм групповой психотерапии. В рамках интегративного подхода "гуманистическое" понятие недирективности не отрицается, а напротив, уточняется и углубляется. По мнению А.М. Ялова (1992), недирективность не следует смешивать с понятием неактивности. Неверным является представление, что недирективный психотерапевт - это тот, кто мало говорит на занятии, не вмешивается в дискуссию. В действительности же, недирективность - позиция психотерапевта, оставляющая за членами группы свободу выбора того или иного поведения в данный момент, даже если это поведение не способствует реализации терапевтических задач. Эта позиция созвучна положению об ориентации на перспективу С. Rogers (1975) - то, что не хочет или не может сделать вследствие защищенности пациент сейчас, он сделает в последующем. Однако, в отличие от модели групповой психотерапии, предлагаемой С. Rogers, подобная позиция беспрепятственно сочетается с высокой интерпретационной и конфронтационной активностью.

По мнению Г.Л. Исуриной (1992), следствием представления о том, что процесс групповой психотерапии должен ограничиваться ситуацией "здесь и теперь", может быть лишь уменьшение эффективности психотерапевтического воздействия. В.А. Ташлыков (1992) обосновывает целесообразность объединения прежде теоретически мало совместимых принципов

"там и тогда" (психодинамическая модель) и "здесь и теперь" (гуманистическая модель) - при этом переработка прошлого материала жизненной истории больного происходит в условиях контролируемого актуального его переживания. Психотерапевт занимает более активную позицию, он берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Психотерапевтический процесс строится более структурированно.

Интенсификация психотерапевтического процесса, диктуемая условиями непродолжительной госпитализации наркологических больных, в еще большей степени определяет необходимость пластичности психотерапевтической тактики по осям "авторитарность - партнерство", "директивность - недирективность", "конфронтация - поддержка". Обстоятельства краткосрочной терапии требуют большей личностной включенности, повторных "челночных" переходов от спонтанных выражений эмоций по поводу поведения пациента к позиции "отчуждения" и осознания своих переживаний, их совместного с пациентом психодинамического анализа в качестве "модели" реакций пациента и его окружения (Б.А. Бараш, 1992).

Актуальность сочетания гуманистического и психоаналитического подходов обусловлена еще и тем, что реальный конфликт в концепции Роджерса, а тем более - в 12-шаговой программе объясняется достаточно формально, в них нет средств для анализа конфликтов и связанных с ними различных форм защитного, в частности, аддитивного поведения. В то же время объяснительная конструкция в психоанализе предоставляет широкие возможности для описания конфликтов, так как она проецирует внешний конфликт на внутреннее строение психики (В.И. Журбин, 1990).

Таким образом, методы когнитивно-поведенческой, психодинамической и гуманистической (клиент-центрированной и духовно-ориентированной) психотерапии в рамках предлагаемой интегративной модели взаимно дополняют друг друга, делая эту модель психотерапии больных алкоголизмом и наркоманиями перспективной по многим параметрам.

Важным дополнением к описанной триаде служит системная семейная терапия. Хотя теоретический и технический базис данной модальности во многом сложился в результате интеграции выше перечисленных подходов, она относится к самостоятельной форме психотерапии и является наиболее эффективным методом выявления и коррекции созависимости. Наркологическое заболевание рассматривается в контексте межличностных отношений в семье как в единой системе.

Естественно, не утрачивают своего практического значения гипносуггестивные и условно-рефлекторные методы аверсивной направленности. Арсенал их "остроумных" технических приемов будет неуклонно пополняться. Однако психотерапия в собственном смысле слова присутствует в них лишь в той мере, в какой они формируют хотя бы временные позитивные изменения на когнитивно-поведенческом уровне.

Актуальной проблемой психотерапии зависимостей является выбор форм организации вышеуказанных полимодальных психотерапевтических мероприятий. Каждый из перечисленных методов имеет свои процедурные рамки, свой оптимальный режим проведения психотерапевтичес-

ких сессий. Чем выше интенсивность воздействия на патологические личностные и когнитивно-поведенческие комплексы, тем дольше должна быть рефрактерная пауза между сеансами. Так, психодинамические групповые сессии следует проводить 2-3 раза в неделю, не чаще. Напротив, психотерапевтические мероприятия когнитивно-поведенческого формата должны проводиться как можно более интенсивно, практически непрерывно. Время, когда больной остается предоставленным самому себе, является серьезным фактором, нивелирующим эффекты поведенческой психотерапии, служит благодатной почвой, на которой легко активизируется патологическое влечение и одновременно нарастает сопротивление психотерапии. Поэтому одним из важнейших условий, обеспечивающих эффективность реабилитационных мероприятий, благоприятную терапевтическую среду, является четкое структурирование лечебного времени. Такое структурирование в наркологическом стационаре предлагается осуществлять за счет установления "психотерапевтического режима" (см. раздел "Когнитивно-поведенческая психотерапия"), а также проведения вспомогательных психотерапевтических и непсихотерапевтических мероприятий. Речь идет о релаксационных сеансах, аутотренинге, методах, стимулирующих творческие способности (арттерапия, музыкотерапия), познавательных развивающих занятиях типа семинаров, лекций, диспутов, спортивных играх и др. В этом качестве также может успешно использоваться психологическое тестирование, вызывающее у большинства больных заинтересованность и крайне необходимое ощущение вовлеченности в реабилитационный процесс.

Во многих публикациях указывается, что осуществление комплексной психотерапевтической программы наиболее успешно может состояться в специализированном реабилитационном центре, в организации деятельности которого присутствуют элементы "терапевтического сообщества".

В отношении организации эффективной психотерапевтической помощи наркологических больных, с нашей точки зрения, важно отметить следующее. Подчеркивая настойчивую необходимость дополнения симптом-ориентированных манипулятивных и когнитивно-поведенческих стратегий психодинамическими инсайт-ориентированными методами в комплексе психотерапии зависимостей, отечественные наркологи до недавнего времени были фактически лишены возможности их осуществления. Поэтому крайне важным на настоящем этапе развития проблемы является формирование специфической психотерапевтической системы профессионального образования, допуска к профессии, этических принципов взаимодействия специалистов с пациентом, критериев оценки и оплаты труда и, наконец, особого, по ряду моментов не совпадающего с медицинским, психотерапевтического менталитета. Только при выполнении данных условий станет возможным перевести психотерапию в наркологии из преимущественно симптоматической в действительно системную, патогенетически ориентированную и эффективную технологию лечебной работы.

## **Глава 7. Психокоррекционная работа с семьями больных с зависимостью от психоактивных веществ**

*В.Д.Москаленко*

### **Частота и спектр психопатологических нарушений у детей больных алкоголизмом родителей**

Точное число детей, живущих в семьях с одним или двумя больными алкоголизмом родителями, неизвестно; однако есть основания полагать, что оно велико. Сообщалось, что в США 6,6 млн. детей 18 лет и моложе живут в семьях с больными алкоголизмом родителями, т.е. каждый 8-й ребенок (M.Russel, C.Henderson, S.B.Blume, 1985). По другим данным, каждый 5-й или 6-й школьник идентифицирует себя как ребенок больных алкоголизмом родителей (В.Д.Москаленко, 1991). При изучении большого контингента взрослых американцев 18 лет и старше (42862 человека) по самоотчетам установлено, что более 50% из них имели позитивный в отношении алкоголизма семейный анамнез, т.е. сообщили о его наличии у родственников: правда, учитывалось наличие алкоголизма не только у родителей, но и у родственников 2-й степени родства (D.A.Dawson, B.E.Grant, 1998). В России не меньше, чем в США, детей, чьи родители больны алкоголизмом.

Частота различных проблем, медицинских и психологических, у детей больных алкоголизмом родителей повышена по сравнению с частотой их у детей, чьи родители в этом отношении здоровы.

ТМ.Рожнова (1996) выявила широкий спектр психопатологии у детей в возрасте от младенческого до 28 лет, чьи отцы болели алкоголизмом. Если у детей в возрасте до 15 лет отмечались сравнительно легкие нарушения - синдром гиперактивности, невротические расстройства, то у детей 16-28 лет регистрируются уже более тяжелые нарушения, в том числе алкоголизм. Частота его среди сыновей 21-28 лет больных алкоголизмом отцов достигла 66,67%, а среди дочерей этого возраста составила 15,38%. Установлены ранняя манифестация, высокая частота и быстрая прогрессивность алкоголизма у потомков мужского пола. Эти данные позволяют рекомендовать включить контингент детей, отцы которых страдают алкоголизмом, в группу высокого риска для профилактического наблюдения и лечения с учетом пола, возраста и семейной отягощенности ребенка.

Клинико-генеалогическое эпидемиологическое изучение семей больных алкоголизмом, проведенное А.А.Гулько (1992), показало, что взрослое потомство (25 лет и старше) больных алкоголизмом представляет собой группу высокого риска развития наркологических заболеваний - алкоголизма, наркоманий, токсикомании, а также пограничной психопатологии в форме психопатии, депрессии. Частота алкоголизма - 69,3% у взрослых сыновей и 14,9% у взрослых дочерей; наркомании - 5,5% и 2,4%; токсикомании - 17,0% и 4,8%; психопатии - 31,6% и 30,3%; неврозов -

7,0% и 8,3%, соответственно. Если сыновья больных алкоголизмом подвержены в первую очередь наркологическим заболеваниям, то дочери - депрессиям, частота которых составила 24,4%. И только 19,9% взрослых детей, чьи родители больны алкоголизмом, не обнаруживали каких-либо психопатологических нарушений на момент исследования семьи.

Эти данные не противоречат данным мировой литературы. При сравнении детей больных алкоголизмом родителей с детьми, чьи родители расценивались как «неблагополучные», было обнаружено: у первых отмечалось в 7 раз больше суицидальных попыток, в 3 раза больше была вероятность помещения в детский дом или сходное государственное учреждение, в 2 раза больше - вероятность раннего - до 16 лет - и делинквентного поведения (N. Van Den Berg, K.Hennigan, D.Hennigan, 1989).

Очевидно, что часть детских проблем может объясняться нарушенной внутрисемейной средой. Имеются данные о том, что последлительной работы с семьями в них улучшаются взаимоотношения и проблемы редуцируются. Об этом свидетельствует и собственный опыт автора. Чтобы лучше понимать проблемы детей больных алкоголизмом, необходимо учитывать особенности их внутрисемейной среды.

**Основные характеристики семей, в которых у кого-либо имеется зависимость от психоактивных веществ**

Семьи с наличием больного с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) являются дисфункциональными. Лишь временами такая семья может жить нормально.

Основные признаки дисфункциональной семьи заключаются в следующем. Члены семьи не уделяют достаточного внимания друг другу, в особенности родители детям. Важнейшие потребности детей, а это потребность во внимании, прикосновении, руководстве, принятии и одобрении, поддержке, в преданности и доверии, в заботе и любви - не находят у родителей понимания и эмпатии. Родители плохо относятся к детям.

Жизнь семьи характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, а отношения между ее членами - деспотичностью. Члены семьи озабочены отрицанием реальности, им приходится тщательно скрывать один или больше "секретов семьи". В правилах семьи значительное место занимает запрет свободно выражать свои потребности и чувства, используются эмоциональные репрессии, взаимоотношения ригидны.

Речь идет об отрицательных правилах и соответствующих заявлениях, типа: «Не выражай своих чувств, не злись, не будь таким грустным, не реви», «Не думай, не возражай, а выполняй мои приказы, не задавай вопросов», «Не выноси сор из избы, не предавай семью, не выбалтывай секретов», «Никаких разговоров за спиной!», «Не пьянство причина наших несчастий». В подобных семьях правила либо слишком свободны, либо чрезмерно строгие.

Приведем 5 основных характеристик алкогольных семей:

1. Размытость, нечеткость границ различных сфер жизни, личностей. Поскольку вся жизнь такой семьи неупорядочена, непредсказуема, то дети часто не знают, какие их чувства нормальны, а какие - нет, и теряют «твер-

дость психологической почвы под ногами». Амбивалентность касается многих сторон жизни семьи. Это приводит к нечеткости границ личности.

2. Отрицание. В жизни дисфункциональной семьи так много построено на лжи, что ребенку трудно распознавать правду. Отрицание происходящего в доме носит почти навязчивый характер. Как больной отрицает наличие у него проблем, связанных с потреблением ПАВ, так вся семья отрицает тягостные события. Ребенку становится трудно понимать, что же вокруг него происходит.

3. Непостоянство. Поскольку потребности ребенка удовлетворяются непостоянно, то он испытывает голод на внимание к себе, страстное желание, чтобы им занимались, и привлекает внимание к себе любыми доступными ему способами, включая делинквентное поведение.

4. Низкая самооценка. Вся система воспитания в такой семье заставляет ребенка поверить, что он в какой-то степени виноват в том, что происходит. Он был недостаточно хорошим, он совершал много ошибок, он вообще весь состоял из ошибок. В конце концов, у него складывается убеждение, что он заслуживает всего того плохого, что с ним случается.

5. Недостаток информации. Как сами родители, так и их дети имеют слабое представление о том, как должна функционировать нормальная семья. Ситуация в алкогольной либо наркоманической семье всегда нездоровая и нестабильная, поскольку зависимость забирает слишком много энергии, которая в норме направляется на поддержание стабильности и создание здоровой окружающей среды для духовного роста.

Главная характеристика здоровой функциональной семьи - создание условий для духовного роста. Здоровые отношения являются открытыми, гибкими, теплыми. Несмотря на душевную близость и интенсивность взаимоотношений, здоровые семьи позволяют каждому члену семьи иметь свои границы, уважаемые всеми другими членами семьи.

#### ***Психологические особенности детей школьного возраста из семей с наличием зависимости от ПАВ***

В школьном возрасте у ребенка одного или обоих больных алкоголизмом либо наркоманией родителей могут отмечаться следующие особенности (В.Д.Москаленко, 1991).

*«ЭТОТ ужасный секрет семьи».* Подобно тому, как гостя не пустят на кухню, где гора мусора и немытой посуды, а проводят сразу в хорошо прибранную гостиную, так и от детей родители пытаются спрятать все то плохое, что связано с алкоголизмом либо другой формой зависимости. Но в действительности беспорядок, вносимый в жизнь зависимостью, никогда нельзя полностью скрыть.

Вся семья, включая детей, пытается играть в такую игру: «Давайте притворяться, что все хорошо, давайте все плохое спрячем и тем самым защитимся». Сокрытие становится образом жизни, дети - жертвами двойного стандарта. Они боятся открыто говорить о своих проблемах, могут вырасти замкнутыми. Чем больше они молчат, тем больше их могут мучить ночные кошмары. Хотя секреты семьи всегда раскрываются, дети привыкают жить как бы зашторенными, они уже не видят правды.

*‘Жизнь в укрытии’.* Ложь не только пронизывает внутрисемейные взаимоотношения, но и проникает дальше - достигает соседей, общины. Дети знают, что люди осуждают пьянство либо смеются над пьянчужками, винят их в том, что те - плохие родители. Поэтому дети стремятся всеми силами скрыть позор своей семьи. Они не могут откровенно говорить о семье ни с друзьями, ни с учителями. Привычка к сокрытию обуславливает необходимость игнорировать реальность. Секретность, увертки, обман становятся обычными компонентами жизни, такими же, как и реальность, а иногда и более предпочтительными. В результате в семье каждый становится подозрительным и злобным.

Уроки, выученные в детстве, подкрепляются тем, что члены семьи не обсуждают честно, что же в ней происходит. Открытые коммуникации перестают существовать. В семьях такого рода не практикуются эмоционально теплые объятия, там не знают истинной цены разделенного горя и разделенной радости, нет взаимной поддержки и любви, а вместо этого - вечные трения, недоверие и скептицизм.

Секреты неизменно дают толчок зависти, ревности. Чем больше секретности, тем больше запутанности, вины, борьбы, драк, разъединения членов семьи и изоляции, одиночества. Ребенок не может объяснить все это и продолжает чувствовать себя небезопасно в своем доме, где он должен был бы чувствовать себя наиболее защищенным.

*«Что же реально?»* Часто ребенку приходится наблюдать несоответствие между тем, что происходит в доме, и тем, что ему говорят. Дети начинают не доверять тому, что видят, слышат и чувствуют. Недостаток доверия к самому себе происходит из попытки навести порядок, сделать так, чтобы, наконец, все стало на свои места, и затем чувствовать себя надежно, в безопасности. Но затем все снова перемешивается, навести порядок не удается, и наступает фрустрация.

*«Послания с двойным смыслом».* За свою жизнь ребенок в алкогольной (наркоманической) семье слышит много такого, что содержит в себе противоречивый смысл. Эти обращения к детям называют смешанными посланиями, информацией с двойным смыслом. Например, мама говорит ребенку: «Я тебя люблю, иди гуляй, не мешайся тут под ногами». Если бы она сказала только: «Я тебя люблю», то ребенку было бы ясно, какие чувства означают эти слова. Но услышав все это вместе, ребенок начинает думать, что у матери на него нет времени, что ее заботы вообще не о нем - и как при этом она может любить его? Одна часть материнского послания притягивает, другая - отталкивает. Все чувства ребенка перемешались. Он не знает, в какую часть послания верить.

Таким же парадоксом являются и противоречивые требования родителей: «Всегда говори правду» и «Я ничего не хочу знать». С одной стороны, ребенок усваивает, что быть честным - большое достоинство; с другой стороны, вся жизнь в доме приучает к сокрытию правды.

Отец, больной алкоголизмом, бывает то любящим и заботливым, когда трезв, то невнимательным и даже агрессивным, когда пьян. Ребенок в замешательстве, какому отцу верить. Поверить в «плохого папу» выше

его сил. И ребенок начинает привыкать отрицать правду. Если верить одновременно в обе части двойного "послания", то возникает чувство, что сходишь с ума. Невозможность доверять своим чувствам и своему восприятию ставит ребенка в очень непрочное и опасное положение. Постоянная необходимость уходить от действительности с тягостными ощущениями и надеяться, что никто этого не замечает, истощает, изматывает ребенка.

*«Борьба, ссоры, драки».* В алкогольных (наркоманических) семьях очень часты драки. Подобно тому, как необходимо скрывать пьянство, надо и ссоры держать в секрете или чем-то их объяснять. Неважно, из-за чего произошла ссора, - ребенок, особенно маленький, может подумать, что это по его вине. Дети обычно ищут решения проблемы внутри себя. Ссоры, как на вербальном уровне, так и сопровождаемые физической агрессией, оказывают не только психотравмирующее действие на ребенка. Постоянные наблюдения над тем, как родители провоцируют друг друга, спорят, шумят или слегка перебраниваются, пререкаются, жалуются друг на друга, приводят к тому, что дети усваивают подобный стиль взаимоотношений между людьми вообще. Ссоры и драки становятся второй натурой ребенка, особенно если это мальчик. В некоторых же семьях подобные ситуации сближают детей, если их несколько «Моя сестра - моя лучшая подруга. Когда наш папочка приходил не в настроении, мы прятались на чердаке, прижимаясь друг к другу. Мы до сих пор тесно привязаны между собой».

*«Страх, дурные предчувствия».* Почти все дети больных алкоголизмом описывают свои неприятные ощущения при возвращении домой из школы или от друзей, страх перед открыванием двери в свой дом. Что там? Отец уже вернулся или нет? Трезвый он или пьяный?

Дети из-за страха склонны подолгу задерживаться вне дома. Так начинается и никогда не проходящий страх за будущее. С годами он может углубляться. Даже при отсутствии больших жизненных кризисов страх может не покидать ребенка. Тревога, дурные предчувствия окрашивают всю жизнь.

*«Разочарования».* В алкогольных семьях, как больной, так и трезво живущий родитель часто не выполняют своих обещаний. «Самым популярным словом в нашей семье было «завтра», - рассказывает жена больного алкоголизмом. - Муж давал сыну обещание сделать что-то завтра и никогда этого не делал».

Одно разочарование, другое. Все это угнетает ребенка. И верные семейным традициям держать все в секрете, дети никогда не рассказывают родителям о своих тяжелых чувствах. Они перестают ожидать обещанного. Но они чувствуют, что родители совершили предательство перед ними.

Будучи взрослыми, они продолжают предчувствовать разочарования, не доверяют как в случайных, так и в близких взаимоотношениях. Страстное желание иметь постоянную заботу о себе со стороны родителей остается надолго с детьми из таких семей. Они могут оставаться инфантильными, незрелыми в отношениях со сверстниками.



«Слишком быстрое взросление». В то же время дети в таких семьях вынуждены быстро становиться взрослыми. Маленькому мальчику может нравиться поступать так, как поступают взрослые мужчины, особенно если его действия подкрепляются похвалой. Однако, когда ему приходится действительно брать на себя часть обязанностей главы семейства, например, в случае, если отец умирает от алкоголизма, 9-летний мальчик не чувствует себя комфортно в роли взрослого. Он испытывает гнев и раздражение от того, что приходится заботиться о матери. Став взрослым, он может сказать: «Меня ужасно бесит, что у меня не было детства».

Естественный процесс взросления подталкивается, ускоряется, находится под прессом семейных обстоятельств. Это затрудняет способность ребенка делиться переживаниями с окружающими. Вместо этого ребенок привыкает убаживать окружающих, доставлять им удовольствие и страстно ожидать одобрения от них. Если же одобрение не приходит, он становится раздавленным, возможно, злым. Источник же гнева следует искать еще в том времени, когда этому мальчику приходилось брать на себя несвойственную его возрасту заботу о семье.

Дети в семьях алкоголиков чувствуют себя ответственными за младших братьев и сестер. Пьющие родители также нуждаются в их физической и эмоциональной поддержке. Детям приходится выслушивать, одобрять родителей, делать их жизнь более или менее удобной, комфортной. Воистину дети становятся родителями своих родителей, прикрывают собой дезорганизацию семейной жизни.

Позднее у этих детей появляется смутное чувство того, что они упустили что-то такое, что им причиталось, что они заслужили, и они продолжают бороться за то, чтобы вернуть причитавшуюся им долю внимания, детских радостей. Будучи 30-летними и даже 40-летними, они ощущают себя псевдовзрослыми. У них не было возможности быть детьми. Они не понимают легкомыслия, фриivolности. Становиться взрослым раньше времени - просто несправедливо. Появляется чувство, что тебя обокрали. Такие люди не умеют наслаждаться жизнью.

«Сексуальное оскорбление». Если девочка вынуждена все чаще заменять свою больную алкоголизмом мать в выполнении хозяйственных дел, в заботе о младших детях, то однажды может так случиться, что она заменит своему отцу мать в его сексуальных домогательствах. Часто мужа больных алкоголизмом женщин также больны алкоголизмом. То же самое наблюдается и в супружеских парах больных наркоманией. В том случае, если отец не болен алкоголизмом, его мысли и чувства обращаются к «женской половине дома», к дочерям. Мать больна алкоголизмом, она отсутствует физически или эмоционально. Теперь отец ищет дружбы и признания у дочерей. Может спросить дочь: «Ну, как я повязал галстук?» и т.п. Тесные взаимоотношения с дочерьми могут незаметно соскользнуть в область сексуальных отношений.

Под сексуальным оскорблением понимают не только явное изнасилование, но и скрытое посягательство на свободное сексуальное развитие. Явная и скрытая сексуальная агрессия к детям - довольно час-

тое явление в семьях с наличием больного алкоголизмом. Даже при отсутствии физического контакта действия взрослого, которые нарушают нормальное развитие сексуальности ребенка и мешают приобретению собственного опыта во взаимоотношениях полов, могут расцениваться как скрытое сексуальное оскорбление. Примеры: «Мы с мамой спали в одной постели до тех пор, пока я не стала жить отдельно уже после 30-летнего возраста»; «Меня обвиняли в том, что я хотела соблазнить своего отца, когда мне было 5 лет»; «Меня обвиняли в аморальном поведении, когда я поздно возвращалась домой»; «Когда отец пришел домой пьяным, он накричал и изнасиловал маму. Я притворялась спящей. Это было ужасно. Если бы он меня нашел, я была бы следующей жертвой».

Считается, что последствия как явной, так и скрытой сексуальной агрессии всегда тяжелы и долговременны: «После ожога третьей степени рубец остается на всю жизнь». Характер последствий сравнивают с тем, что оставляет сам алкоголизм: чувство своей никчемности, утраты контроля над своей жизнью и все подавляющая зависимость от этого самого большого секрета семьи. Вина, стыд, ненависть к себе, отчаяние, депрессия, роль жертвы во многих жизненных ситуациях, пассивность, беспомощность, промискуитет - вот далеко не полный перечень того, что может быть связано с актом кровосмешения либо со скрытым сексуальным оскорблением, имевшим место в детстве.

*«Другие оскорбления».* Дети больных алкоголизмом подвергаются и другим формам оскорблений, в том числе таким, какие угрожают жизни ребенка. Избиваемые дети - не всегда, но часто - это дети больных алкоголизмом. Пьяный родитель может не соизмерять свою силу и невольно сильно ранить ребенка. Детей избивают за то, что они появились не в нужном месте и в ненужное время, за то, что они пытались защитить мать или младших братьев и сестер. Избиение детей, естественно, замалчивается.

Этот секрет семьи тоже хорошо вписывается в царящие здесь правила игры, в притворство, будто все дела в семье обстоят прекрасно. Лишь спустя годы психотерапевт или социальный работник может узнать, что его клиент подвергался унижениям в детстве такого рода: был заперт в уборной, лишался пищи, был высечен или обожжен своими родителями. Многие дети в подобных случаях скорее предпочитают страдать, чем признать себя выброшенными на мель в жизни с этим парализующим чувством вины. Они продолжают влачить жалкое существование жертвы, но не могут активно бороться и бросить вызов родителю-обидчику.

*«Заброшенный ребенок».* Отсутствие заботы и внимания к ребенку также может быть стилем воспитания в семьях больных с зависимостью. Пьяный отец может валяться на полу, дети переступают через него как бы не замечая. Мать при этом ничего не говорит, тоже будто не замечает отца. Мать может сама страдать алкоголизмом либо быть поглощенной алкогольными проблемами своего мужа, тратить всю энергию на них, а в это время дети живут без ее внимания. Дети не моются, не чистят зубы. Недостаток заботы о теле, о физической гигиене - лишь начало общей заброшенности ребенка. Врачи часто находят у детей за-

пущенные болезни, не замеченные либо игнорируемые родителями. Не менее важно, что «царапины души могут оставаться невидимыми, но внутреннее разрушение может быть опустошительным».

Одна девушка рассказывала: «Моя мама не была подзаборной пьяницей. Но она не могла выслушивать мои исповеди. Я же в то время была в том подростковом возрасте, когда отчаянно нуждалась в ком-нибудь, кто бы меня выслушал. Бывало, я изолю ей душу ночью, а на следующее утро она ничего, ну, ни слова из того, что я ей рассказала, не помнит».

Эмоциональным потребностям детей в алкогольных семьях не уделяют должного внимания. И дети не научаются, как можно входить в состояние другого человека. Они не усваивают даже элементарных родительских обязанностей, что затрудняет их адаптацию в будущей своей собственной семье.

*«Низкая самооценка, недостаток самоуважения».* Отсутствие внимания со стороны родителей формирует пониженную самооценку. Дети, с которыми обращались так, как будто они ничто, и воспринимают себя как ничто - некомпетентными во многих областях жизни. Жизнь в неуютной квартире с ободранными стенами, вечно неподходящая одежда - это тоже невнимание к нуждам ребенка. Дети поэтому мало ценят себя, часто не считают себя стоящими людьми.

Ребенок определяет, кто он, по тому, что вкладывают в это понятие окружающие значимые для него люди. Он оценивает себя так, как они его оценивают. Лишь повзрослев, он может делать подобные умозаключения самостоятельно. «Послания» с двойным смыслом, постоянные оскорбления (вербальные, физические, сексуальные), укоренившееся в сознании чувство вины, стыд за семью, недостаток доброжелательной заинтересованности в делах ребенка, постоянное неудовлетворение его физических и эмоциональных потребностей - все это вместе взятое формирует у ребенка пониженную самооценку, недостаточное сознание чувства собственного достоинства.

*«Жизнь в мире фантазий».* Уход в мир фантазий, магическое мышление помогают ребенку выжить в трудных семейных условиях. Главная тема фантазирования: «Что, если бы мой отец (моя мама) был(а) всегда трезвый(ая)». Когда фантазии являются прибежищем настрадавшейся души ребенка, то содержание их обычно наполнено солнечным светом, фантазия имеет счастливый конец, хотя в ней может фигурировать желание смерти родителя. Сновидения служат той же цели на подсознательном уровне - быть прибежищем от действительности либо объяснять непонятное.

Весьма показательно следующее сновидение. Мальчик был очень зол на отца, больного алкоголизмом. Он не мог обнаруживать свои чувства, он боялся отца. Мать заняла позицию свехопеки ребенка и тщательно избегала разговоров на тему пьянства отца. Мальчику приснился сон: "Муравьи-людоеды напали на их дом. Мальчик, конечно же, в силу своей исключительной храбрости, успел бабушку и маму отвести в безопасное место. По какой-то причине отец остался дома. Когда все вернулись, то увидели, что от отца остался только небольшой кусочек кишок". Сон свидетельствует о том, что мальчик в беде.

Фантазии и сновидения, объясняющие непонятное в жизни ребенка, могут быть следующими: «У меня не было бы всех этих проблем, если бы я родился в другое время»; «Если бы у нас было больше денег, мы были бы счастливы».

*«Мифы, помогающие выжить».* У детей складываются ложные верования. Самые распространенные - следующие:

1) «Я явился причиной алкоголизма. Я должен что-то с этим сделать». Это спасительная для ребенка мысль, ибо поверить в то, что он непричастен к алкоголизму, означало бы, что он и не в состоянии изменить что-либо в своей семье. Основанием для этого мифа может служить чувство вины.

«Если бы я лучше учился, они бы меньше ругались и было бы меньше пьянства в нашем доме». Ребенок пытается тем самым все еще играть роль спасителя, воображая, что существует магическое, чудесное решение проблемы, и когда это решение отыщется, родители, наконец, оценят его. Иногда желание быть спасителем тесно связано с желанием быть замеченным, быть уважаемым.

2) «Я не такой, как все остальные». Дети, растущие с больными алкоголизмом родителями, смутно чувствуют, что отличаются от других детей, хотя и не знают, как именно. Это чувство вносит дискомфорт в их существование. Они как будто принадлежат к другому миру.

3) «Мне следует постоянно контролировать себя и все мои обстоятельства. В противном случае мир рухнет». Одна из целей фантазирования ребенка - достижение чувства, что ты, наконец, владеешь ситуацией, что ты - хозяин положения. Для детей больных алкоголизмом родителей это чувство не только приятно, но и дает ощущение безопасности. Когда же подобный миф порожден чувством вины, неопределенностью, страхами, то он может подкреплять переживание бессилия и безнадежности. И тогда этот миф не помогает разрешать дилемму, а сам становится бременем.

Попытка ребенка сдержать пьянство родителей всегда заканчивается неудачей. Фрустрация неизбежна, контроль над обстоятельствами не удался, и ребенок еще сильнее винит себя за неспособность изменить что-либо в своей жизни.

4) «Вот придет кто-то или случится что-то, и все это изменится». Этот миф вырастает из чувства собственного бессилия, он снимает вину с ребенка и возлагает ее на какую-то внешнюю силу. Миф предлагает надежду. В действительности никакая внешняя сила не может изменить ситуацию в семье к лучшему, во всяком случае, до тех пор, пока родители не попросят помощи у специалистов. Если же ждать магической помощи со стороны, то надо признать, что семья сама ничего не может. Она дрейфует по волнам, полагаясь на приливы и отливы. Ожидание, отказ действовать, стагнация могут привести к депрессии. Взрослеть - значит расставаться с фантазиями, заблуждениями, ложными верованиями.

В целом нет ничего необычного или патологического в том, что ребенок фантазирует, создает свои мифы. Это свойственно детям. Плохо, когда фантазии, выдумки занимают место реальности, используются вмес-

то действительности. Мифы могут иммобилизовать ребенка вместо того, чтобы сделать его свободнее, а это опасно для его развития: способность быть хозяином своей судьбы уменьшается, а не возрастает.

Указанные особенности психического склада детей из семей с большими алкоголизмом или наркоманией родителями следует учитывать всем, кто работает с этими детьми.

Дополнить психологический портрет ребенка из алкогольной или наркоманической семьи можно следующим образом.

Как дети в этих дисфункциональных семьях себя чувствуют?

- виноватыми и ответственными за пьянство родителей;
- нелюбимыми и незамечаемыми, как будто они невидимки, поскольку вся жизнь в доме вертится вокруг больного родителя;
- неуверенными и незащищенными из-за вечного непостоянства поведения родителей, их отношения к детям и царящих в доме правил;
- они испытывают страх, что родитель-алкоголик (наркоман) заболеет, попадет в катастрофу, умрет;
- стесняются поведения больного родителя в общественном месте;
- стыдятся «пятна» на своей семье и необходимости постоянно скрывать «секрет» семьи;
- напуганными внутрисемейной агрессией и жестоким обращением.

Как дети в этих дисфункциональных семьях реагируют на болезнь родителей?

- могут плохо учиться в школе;
- имеют мало друзей;
- часто совершают правонарушения;
- могут употреблять алкоголь и другие одурманивающие вещества.

Особо следует подчеркнуть, что некоторые дети больных с зависимостью от ПАВ становятся "сверхзвездами" - достигают больших успехов в избранной области деятельности, чаще всего это бывшие «герои семьи»; но позднее у них могут развиваться серьезные проблемы, например депрессия на третьем десятилетии жизни либо та же зависимость от ПАВ.

#### **Типология ролей, принимаемых детьми в дисфункциональных семьях**

Как взрослые, так и дети в алкогольных и других дисфункциональных семьях принимают на себя определенные роли. Это реакция на хронический стресс, каким является алкоголизм родителей. Роль складывается неосознанно и очень рано, даже в 2-летнем возрасте. Поскольку роли помогают детям выжить, то они получили название: «роли выживания». Описаны четыре основные роли:

7. *Гэрой семьи.* Это ответственный ребенок с высокими достижениями в учебе либо в спорте, но уделяющий мало внимания своим любимым интересам. На первое место он ставит интересы других. Может быть лидером в классе или компании, активен в ситуациях, требующих действия. Часто это старший или единственный ребенок в семье.

2. *Проблемный ребенок, «козел отпущения», бунтовщик.* Использует негативные формы поведения для привлечения к себе внимания. Чувству-

ет себя эмоционально отвергнутым, своим поведением бросает вызов семье. Как он сам, так и его друзья постоянно попадают в трудные ситуации. Окружающие считают его возмутителем спокойствия. Легко вовлекается в группы сверстников, употребляющих алкоголь и наркотики.

**3. Потерянный ребенок.** Кроткий ребенок, который держится изолированно от всей семьи, живет в мире фантазий. Проводит время в одиночестве, за тихими занятиями, сильно страдает от одиночества. Родители считают, что он не нуждается во внимании, так как сам может позаботиться о себе. Дисциплину не нарушает. Любит помогать оказавшимся в беде, свои трудности считает менее важными, чем трудности других, уступает во всем другим. По мере взросления может приобщиться к употреблению наркотиков с целью достижения психологического комфорта.

**4. Талисман семьи.** Часто это младший ребенок в семье, всеми любимый; его поведение всерьез не принимают из-за возраста. Гиперактивен, использует шутки, дурачества, чтобы привлечь к себе внимание и смягчить тяжелую психологическую атмосферу семьи. С этой же целью играет роль клоуна.

Общими особенностями детей - "исполнителей" всех четырех ролей являются их внутренние чувства, среди которых доминируют душевная боль, страх, стыд, вина.

Один и тот же ребенок может в разное время выступать в разных ролях. Роли могут меняться. Например, с уходом из дома "героя семьи", допустим, на учебу или в армию, младший его брат, слышавший бунтовщиком, может стать серьезнее, ответственнее и как бы занять место "героя".

Если не помогать этим детям, не заниматься психокоррекцией, то будущее детей может осложниться новыми проблемами. Так, "герой семьи", вынужденный очень быстро взрослеть, в зрелом возрасте не может справиться с поражениями, своими ошибками, считает себя ответственным за все происходящее вокруг очень много работает и становится трудоголиком.

Проблемный ребенок может стать делинквентным подростком. Закрепившееся в его реакциях чувство гнева, желание бросать вызов окружающим затрудняет его адаптацию в семье и обществе.

"Потерянный ребенок" из-за своей интроверсии склонен к дальнейшей изоляции и депрессии. А талисман семьи не в состоянии справиться с различными стрессами, его компульсивная потребность во внимании затрудняет межличностные взаимоотношения; у него легко возникает зависимость от алкоголя и наркотиков.

Таким образом, воспитание в семье с наличием больного родителя сопряжено с возникновением у ребенка психологических особенностей, требующих психокоррекции.

### **Психокоррекционная работа с детьми школьного возраста**

В этом разделе речь идет о работе с детьми из семей больных родителей - одного или обоих. В то же время есть основания полагать, что внуки больных алкоголизмом отличаются теми же психологическими особенностями и нуждаются в такой же помощи, как и дети больных родителей.

Разумеется, чтобы помочь детям, необходимо, прежде всего, позаботиться о лечении от алкоголизма или наркомании их родителей. Безусловно, лечение родителей очень важно. Однако выздоровление родителей само по себе не избавляет детей от вышеописанных проблем, вызванных болезнью отца или матери. Все же имеются данные о том, что в периоды длительных ремиссий у родителей функционирование детей и их адаптация существенно улучшаются.

Помощь детям может быть оказана как в целевых группах, так и в процессе семейной терапии. Цели индивидуальной и групповой психотерапии детей школьного возраста могут быть следующие:

- устранение чувства вины и стыда;
- повышение самоуважения, самооценки;
- смягчение депрессивно-невротических реакций;
- лечение синдрома детской гиперактивности.

Специалисты - школьные психологи, социальные работники, психотерапевты и др. - могут обсуждать с детьми вопросы влияния алкоголизма (наркомании) на семью. В пре- и пубертатном возрасте значительное место среди детских проблем занимают различные нарушения поведения; следовательно, задачами психотерапии могут быть такие: немедленная коррекция антисоциального поведения; улучшение способности родителей эффективно дисциплинировать своих детей; как можно больше отсрочить знакомство детей с алкоголем и предупредить употребление других одурманивающих веществ.

Деликатной проблемой является проблема идентификации, т.е. выявления тех детей, чьи родители больны наркологическими заболеваниями. Дело в том, что в общественном сознании с алкоголизмом сочетается отрицательная стигматизация, т.е. тень позора, греха. Преодоление негативных последствий такой стигматизации возможно путем разъяснения сущности болезни, создания у детей навыков сохранения чувства собственного достоинства при любом поведении родителей и т.д. Взрослые, работающие с детьми, могут способствовать вовлечению их в группы самопомощи типа Алатин.

Работа с родителями, помимо преодоления их созависимости (см. следующую главу) предполагает направление их усилий на удовлетворение тех потребностей детей, которые длительное время не реализовывались из-за болезни родителя. Они состоят в следующем: защита от физической и психологической агрессии родителей; любовь, поддержка, комфорт и воспитание; удовлетворяющие ребенка эмоциональные взаимоотношения со взрослыми мужчинами и женщинами; уважение в своей семье и обществе; снятие стресса; внимание к переживаемым ребенком проблемам, его праву на поиск помощи; устранение проблем, возникших в результате неудовлетворения потребностей.

#### ***Психокоррекционная работа в группах высокого риска***

Взрослые сыновья и дочери больных алкоголизмом либо страдающих другими формами зависимости от ПАВ составляют группу высокого риска развития аналогичных заболеваний. Кроме того, в этой группе с

повышенной частотой по сравнению с детьми лиц, не больных алкоголизмом, обнаруживали аффективные и психосоматические нарушения, а также различного рода психологические особенности, не составляющие нозологически определенное расстройство. Считают, что взрослые дети наркологических больных страдают созависимостью, на фоне которой могут развиваться вышеперечисленные патологические состояния. Все это затрудняет их адаптацию в браке, на работе и опосредованно может способствовать развитию зависимости от ПАВ. Психокоррекционная работа может проводиться как в специальных группах, так и в рамках более широких семейных программ.

Лица из групп высокого риска развития зависимостей нуждаются в психотерапии, которая может принимать следующие формы:

1. Групповая терапия, имеющая целью обсуждение чувств и развитие доверия.
2. Индивидуальная терапия, направленная на редуцирование тревоги и повышение внутренней устойчивости, снятие механизмов ригидной психологической защиты.
3. Семейная терапия, позволяющая реконструировать ролевые функции, изменить нарушенные границы духовной территории и поведение каждого члена семьи, а также улучшить стиль коммуникации между ними.
4. В программу психопрофилактики необходимо включать раскрытие сущности зависимостей от ПАВ путем целенаправленного информирования-демонстрации фильмов, чтения лекций, групповых дискуссий.
5. Вовлечение в группы самопомощи с 12-шаговой программой, типа «Алатин».
6. Обеспечение лечения по медицинским показаниям (алкоголизм, наркомания, депрессия, психосоматические болезни, декомпенсация психопатии).

В России накоплен лишь небольшой опыт работы с лицами высокого риска развития зависимостей, но в некоторых странах подобная работа и подготовка специалистов для нее проводятся уже десятилетиями. В психотерапевтических группах активно создается благоприятная атмосфера. Когда новичок приходит в группу, он понимает, что это то место, где он впервые может разделить с другими свои страхи, свои подавляемые и вытесняемые чувства, раскрыть то, что всю жизнь скрывал. Он впервые нарушает обет молчания по поводу своих семейных дел. И это будет его первым шагом к здоровой жизни.

Члены группы могут идентифицировать свои чувства и поделиться друг с другом жизненным опытом. Этот процесс приведет к повышению уровня самосознания, уменьшению ощущения изоляции, обеспечению чувства собственной ценности, формированию навыков взаимной поддержки и поощрения. Члены группы учатся ставить цели, принимать позитивные решения, в них растет уверенность в себе.

Можно рекомендовать в работе с взрослыми детьми больных алкоголизмом перечень проблем для дискуссии в группе. Один из членов груп-



пы зачитывает название проблемы, а остальные, исходя из своего опыта, говорят, как именно эта проблема влияет на их жизнь. Приведем этот реестр (J.G.Woitz, 1986):

1. Мы стали бояться людей и особенно лиц, наделенных властью; мы склонны к изоляции.
2. Мы стали жадно искать одобрения и потеряли свою идентичность.
3. Нас пугают рассерженные люди, мы боимся, когда нас критикуют.
4. Мы или сами становимся алкоголиками, или женимся на алкоголичках, или с нами происходит и то, и другое.
5. Мы смотрим на жизнь с точки зрения жертв, и эта слабость притягательна для нас в любви, дружбе и на работе.
6. У нас слишком развито нездоровое чувство сверхответственности. О других нам беспокоиться легче, чем о себе.
7. Когда мы пытаемся постоять за себя, у нас легко возникает чувство вины.
8. У нас выработалось особое пристрастие к волнениям, переживаниям.
9. Мы путаем любовь и жалость, мы имеем склонность «любить» тех, кого мы можем пожалеть или спасти.
10. Мы подавили воспоминания о нашем болезненном детстве и потеряли способность чувствовать или выражать свои чувства, поскольку они больно ранят нас. Этот процесс подавления захватил и наши хорошие чувства - радость, счастье. Не касаться вообще никаких чувств - наш основной путь психологической защиты. Нам легче отречься от чувств, чем страдать от душевной боли.
11. Мы резко судим себя и имеем низкий уровень самоуважения.
12. Мы - эмоционально зависимые личности, терзаемые чувством своей ненужности, отвержения; мы будем стараться любыми путями поддерживать взаимоотношения с близкими, чтобы еще раз не быть брошенными. Все это - результат жизни с родителями, которые были эмоционально недоступны для нас.

Психотерапевт направляет дискуссию к поиску конструктивного решения проблем. Участники дискуссии могут усвоить основные идеи и положения, которые помогают преодолевать трудности.

Приведем перечень предлагаемых подходов к решению проблем, по материалам различных методических рекомендаций, проанализированных в обзоре (В.Д.Москаленко, 1991):

1. Зависимость от психоактивных веществ - это психическое, соматическое и духовное заболевание. Наши родители были жертвами болезни, которая закончилась либо безумием, либо смертью, либо выздоровлением. С изучением и пониманием этой болезни нам открылся дар прощения.
2. Мы усвоили три «не» - не мы явились причиной этой болезни, не нам ее сдерживать и не нам дано избавиться от нее своих близких.
3. Мы научились концентрировать внимание на себе и быть добрыми не только к другим, но и к себе.

4. Мы научились психологически дистанцироваться от предмета своей любви, мы умеем теперь не быть навязчивыми, приставучими.

5. Мы используем девизы: «Живи сам и давай жить другим», «Действуй медленно, но верно», «Смотри на все просто», «Живи сегодняшним днем». С этими правилами нам легче по-новому организовывать нашу жизнь день за днем.

6. Мы научились высоко ценить свои чувства, воспринимать и выражать их и строить здание самоуважения.

7. Прорабатывая "12 шагов" программы Анонимных Алкоголиков, мы научились признавать болезнь, поняли, что наша жизнь была бесконтрольной и что мы бессильны перед алкоголизмом (наркоманией) своих близких. Делясь своим опытом, общаясь друг с другом, приветствуя вновь пришедших и помогая им, мы увеличиваем свое самоуважение.

8. Мы научились любить себя. Мы теперь в состоянии любить и других

9. Мы звоним по телефону друг другу не только тогда, когда возникают проблемы. Мы находим эту «телефонную» терапию очень полезной

10. Используя молитву о душевном покое в своей ежедневной жизни. мы заметили, что нездоровое отношение ко всему, укоренившееся в нас с детства, стало меняться.

Молитва о душевном покое звучит так: «Господи, даруй мне ясность духа примириться с тем самым важным, чего я не могу изменить. Даруй мне мужество изменить то самое главное, что я могу изменить. И даруй мне мудрость научиться различать первое и второе».

11. Мы регулярно посещаем группы самопомощи Анонимных Алкоголиков либо Ал-Анон.

В группе обсуждают такие темы, как «Доверие», «Жалость к себе и тревога», «Импульсивность», «Преданность», «Зависть», «Тщеславие» и др. Члены группы учатся освобождаться от болезненных чувств, тренируются в достижении этого. Основное правило при этом - позитивное мышление. Членам группы предлагают обсуждать только то, что они намерены делать для избавления от нежелательных чувств и для достижения лучшего самочувствия. Запрещается обсуждать то, чего они делать не будут. Негативные действия способствуют негативному мышлению, а негативное мышление препятствует духовному росту. Например, чтобы справиться с гневом, человек не должен говорить: «Я не потеряю хладнокровия». Лучше сказать: «Я смогу сохранить самообладание».

На групповых занятиях можно обсуждать как, *каким образом*: организовать свое время; найти друзей; научиться радоваться жизни; развлекаться; испытывать хорошие чувства в связи со своим успехом; достичь уверенности в себе; сказать «нет»; попросить помощи; хорошо относиться к себе; закончить начатое дело; стать более терпеливым. Как видно из изложенного, подобные занятия имеют большую гуманистическую направленность. Предупреждение возникновения зависимости от ПАВ не упоминается, но эта цель постоянно присутствует и достигается.

## Глава 8. Созависимость в семьях наркологических больных

*В.Д. Москаленко*

Больной, страдающий зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), редко живет в изоляции, один. Обычно он проживает в семье, либо в родительской, либо в им созданной - с детьми, супругой(м). Болезненная зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. Члены семей обнаруживают расстройство, обозначаемые термином "созависимость" (со - приставка, указывающая на совместность, сочетанность действий, состояний).

Созависимость является мучительным состоянием для страдающего ею (подчас даже более чем сама зависимость от ПАВ). Созависимые члены семьи используют такие правила и формы взаимоотношений, которые поддерживают ее в дисфункциональном состоянии. Созависимость - это фактор риска рецидива зависимости у больного. Созависимость - это фактор риска возникновения различных нарушений у потомства, в первую очередь той же зависимости. Созависимость - это почва для психосоматических заболеваний и депрессии.

Когда говорят о слабой эффективности лечения больного с зависимостью, то сетуют на средовой фактор, снижающий ее, - "больной вернулся в ту же среду". Действительно, среда, в которой употребляют ПАВ, может способствовать рецидиву. Но не менее важно (возможно, что даже более важно) то обстоятельство, что больной вернулся после лечения в ту же внутрисемейную среду.

Зависимость от ПАВ - семейное заболевание. Некоторые исследователи рассматривают ее как симптом дисфункции семьи. Из этого следует, что система наркологической помощи должна предусматривать не только лечение зависимости от алкоголя и наркотиков, но и лечение созависимости. Помощь необходима как больному, так и его супруге, родителям больного, равно как и другим родственникам, совместно с ним проживающим. Почва, питающая созависимость, - это жизнь в дисфункциональной семье.

### **Сравнение функциональных и дисфункциональных семей**

#### **Дисфункциональные семьи**

Негибкость ролей, функции ригидны.

Правила негуманны, им невозможно следовать.

Границы личности либо отсутствуют, либо ригидны.

Коммуникации не прямые и скрытые.

Чувства не ценятся.

Запрет на выражение некоторых чувств.

Поощряется либо бунтарство, либо зависимость и покорность.

Индивиды не способны разрешать конфликты.

Воспитание в дисфункциональной семье формирует те психологические особенности, которые составляют "почву" созависимости.

**Функциональные семьи**

Гибкость ролей, взаимозаменяемость функций.

Правила гуманны и способствуют гармонии в отношениях, поощряется честность.

Границы личности признаются и уважаются.

Коммуникации прямые.

Чувства открытые.

Свобода высказывать свое мнение.

Поощряются рост и независимость.

Индивиды способны видеть и разрешать конфликты.

**Основные характеристики созависимости**

*1. Низкая самооценка.* Это основная, фундаментальная характеристика созависимых лиц, на которой базируются все остальные. Отсюда вытекает такая их особенность, как направленность вовне. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, хотя они слабо себе представляют, как именно другие должны к ним относиться.

Из-за низкой самооценки созависимые могут постоянно себя критиковать, но они не переносят, когда другие их критикуют. Тогда они самоуверенно настаивают на своей правоте, негодуют, сердятся.

Созависимые не умеют принимать комплименты и похвалу должным образом. Комплименты могут даже усиливать у них чувства вины или своей неадекватности. В то же время у них нередко портится настроение в результате отсутствия такой мощной подпитки чувства своей самоценности, как "словесные поглаживания" другими, по Э. Берну. В глубине души созависимые не считают себя достаточно хорошими людьми, они испытывают чувство вины, когда тратят на себя деньги или позволяют развлечения.

Созависимые говорят себе, что они ничего не могут сделать как следует, и очень боятся делать ошибки. В их сознании и лексиконе доминируют многочисленные долженствования: "я должна", "ты должен". "Как я должна вести себя с мужем?", "Что мне делать с дочерью-наркоманкой, пока что я заперла ее в комнате и отключила телефон", - вот обязательные вопросы, которые задают психотерапевту созависимые.

Созависимые стыдятся пьянства мужа либо наркомании сына или дочери. Эти проблемы они скрывают как большой секрет семьи. Созависимые родители наркоманов держат в секрете свои проблемы не только от друзей и знакомых, т. е. от внешнего мира, но они пытаются скрыть проблемы и внутри семьи: "Разве я могу сказать своей матери, что мой сын, ее единственный внук - наркоман? Это убьет маму". А в это время бабушка наркомана уже давно узнала сама о болезни внука и страдает от того, что не может открыто говорить с дочерью на эту тему.

Низкая самооценка движет созависимыми, когда они стремятся помогать другим. Поскольку они не верят, что могут быть любимыми и ценными сами по себе, то пытаются заработать любовь и внимание других. Так,

они в семье становятся незаменимыми, вернее думают, что они незаменимы. "Весь смысл моей жизни - это мои мужчины", - говорит 40-летняя жена алкоголика, находящегося в состоянии длительной ремиссии, и мать 20-летнего сына-наркомана. - "Я встаю утром раньше всех, все у меня готово к тому времени, когда они встанут. Я даже им зубную пасту на щетки выдавливаю. Они встают, умываются, а я в это время постельки заправляю, и мне хорошо. Мне они только один раз в жизни тоже выдавили на щетку зубную пасту, и мне этого достаточно". - А между тем в этой семье есть еще один ребенок - 3-летняя девочка. Почему-то она в рассказе матери она не занимала значимого эмоционального положения. Вся жизнь созависимой женщины сконцентрировалась на "моих мужчинах".

2. *Компульсивное желание контролировать жизнь других.* Созависимые жены, матери, сестры, отцы, мужья, братья больных с зависимостью - это контролирующие близкие. Они верят, что в состоянии контролировать все на свете. Чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий по ее контролю. Они думают, что могут сдерживать пьянство своего близкого либо "запретить" ему употребление наркотиков. Созависимые думают, что могут контролировать восприятие других через производимое на них впечатление. Им кажется, что окружающие видят их семью такой, какой они ее изображают.

Созависимые уверены, что лучше всех в семье знают, как события должны происходить, как другие члены семьи должны себя вести. Даже на консультации у психотерапевта в присутствии других членов семьи мать в императивной форме делает замечание 21-летнему сыну: "Когда прощаются, то смотрят при этом в глаза". Созависимые боятся позволить близким быть самими собой, такими, какие есть по своей природе и позволить событиям протекать естественным путем, дать жизни состояться.

Для контроля над другими созависимые пользуются различными средствами - угрозами, уговорами, принуждением, советами, подчеркиванием беспомощности других: "Муж без меня пропадет", "Сын не может понимать необходимость лечения, поэтому я должна его упрятать в больницу".

В качестве средства контроля над другими часто используются манипулирование и навязывание чувства вины. Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события приводит созависимых к депрессии. Невозможность достичь цели в вопросах контроля они рассматривают как собственное поражение, как утрату смысла жизни. Повторяющееся поражение усугубляет депрессию.

Другими исходами контролирующего поведения созависимых являются фрустрация, раздражение, гнев. Боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают в зависимость от событий или своих близких, больных с зависимостью. Например, мать наркомана увольняется с работы, чтобы контролировать поведение сына. Но наркомания продолжается, и она практически контролирует жизнь матери, распоряжается ее временем, ее профессией, ее самочувствием, ее психическими ресурсами.

3. *Желание заботиться о других, спасать других.* Тот, кто работает в области наркологии, часто слышит от родственников: "Хочу спасти своего мужа (сына)". Спасать других - призвание созависимых. Они любят заботиться о других, часто они выбирают так называемые помогающие профессии - врача, медсестры, учительницы, психолога, воспитательницы. Все это было бы хорошо, если бы отношение к значимым близким действительно помогало им спасать больных с зависимостью от ПАВ. Забота о других перехлестывает разумные, нормальные размеры, может принимать карикатурный характер.

Поведение созависимых вытекает из убежденности в том, что именно они ответственны за чувства, мысли, действия других, за их выбор, за их желания и нужды, за их благополучие, за недостаток благополучия и даже за саму судьбу. Созависимые берут на себя ответственность за других, при этом совершенно безответственно относятся к собственному благополучию. Они плохо питаются, плохо спят, не посещают врачей, не знают своих собственных потребностей.

Спасая больного, созависимые лишь способствуют тому, что он будет продолжать употреблять алкоголь или наркотики. В этих случаях они злятся на больного. Попытка спасти почти никогда не удается - это всего лишь деструктивная форма поведения, деструктивная и для зависимого, и для созависимого человека.

Однако желание спасать так велико, что созависимые могут делать то, что они, в сущности, не хотели делать. Созависимые говорят "да", когда им хочется сказать "нет". Они делают для близких то, что те сами могут сделать для себя. В действительности они делают больше за кого-то, чем для кого-то. Они удовлетворяют нужды своих близких и тогда, когда те не просят их об этом и даже не согласны, чтобы это для них делали.

Созависимые постоянно отдают больше, чем сами получают от своих близких. Они говорят за другого, думают за него, верят, что могут управлять его чувствами, и не спрашивают, чего он хочет. Они решают проблемы другого, хотя подобное решение чужих проблем редко бывает эффективным. В совместной деятельности, например, в ведении домашнего хозяйства они делают больше, чем им следовало бы делать при справедливом разделении обязанностей.

Такая "забота" о других предполагает некомпетентность, беспомощность другого, неспособность его делать то, что делает за него созависимый близкий. Все это дает возможность созависимым чувствовать себя постоянно необходимыми, незаменимыми. "Спасатель" нуждается в том, чтобы в нем нуждались.

Созависимые пытаются спасать других, потому что для них это легче, чем переносить дискомфорт и неловкость, а часто и душевную боль, сталкиваясь с неразрешенными проблемами своих близких. Они не научились говорить: "Это очень печально, что у тебя такая проблема. В какой помощи от меня ты нуждаешься?" Созависимые говорят так: "Я здесь. Я сделаю это за тебя".

Если созависимый человек не научится распознавать моменты, когда он оказывается спасателем, то он будет постоянно позволять другим виктимизировать его, т.е. ставить в положение жертвы. Фактически сами созависимые участвуют в процессе собственной виктимизации.

4. *Чувства.* Многие поступки созависимых мотивированы страхом - основой развития любой зависимости. Содержание страхов может касаться чего угодно. Часто это страх столкновения с реальностью, быть брошенной, страх, что случится самое худшее, страх потери контроля над жизнью и т.д.

Когда люди живут в постоянном страхе, у них возникает прогрессирующая тенденция к ригидности мыслей, переживаний, тела, духа, души. Страх сковывает свободу выбора.

Мир, в котором живут созависимые, давит на них, он неясен им, полон тревожных предчувствий, ожидания плохих известий. В этих обстоятельствах созависимые становятся все более упорными, упрямыми, ригидными и усиливают свой контроль над окружающим. Они отчаянно пытаются удержать иллюзии построенного ими мира.

В эмоциональной палитре созависимых, наряду со страхом, живут другие так называемые негативные эмоции: тревога, стыд, вина, затаенное отчаяние, паника, гнев, ненависть, негодование и даже ярость.

Наблюдается у них одна неожиданная особенность эмоциональной сферы - обнуление чувств. Это затуманивание чувств, неясность восприятия либо полный отказ от чувств. Иногда можно услышать от созависимой женщины: "Я стала деревянной, мертвой".

По мере длительности стрессовой ситуации в семье у созависимых растет переносимость эмоциональной боли, нарастает толерантность в отношении негативных эмоций. Помогает росту толерантности такой механизм эмоционального обезболивания, как отказ чувствовать, поэтому что чувствовать слишком больно.

Порой жизнь созависимых протекает так, как будто она и не воспринимается всеми их чувствами. У них как будто утрачены навыки распознавания и понимания своих чувств. Они могут не заметить реально надвигающуюся опасность. Они слишком поглощены тем, чтобы удовлетворять желания других людей, может быть, поэтому утратили ощущение самих себя. Созависимый человек оказывается как бы не в фокусе своего сознания. В центре его сознания - больной. Созависимость - это отказ от себя. Созависимые даже иногда думают, что не имеют права на собственные чувства, они готовы отречься от своего чувственного опыта: "Как я могу наслаждаться здоровьем, когда мужу так плохо?".

Созависимые привыкают к искажению своих чувств. Они усвоили еще в родительском доме, что можно испытывать лишь социально приемлемые, "разрешенные" чувства. Созависимая жена хочет видеть себя доброй, любящей, но на самом деле у нее доминируют гнев либо даже негодование в связи с пьянством мужа. В результате ее гнев трансформируется в чувство своей правоты, самонадеянность, самоуверенность. Трансформация чувств происходит подсознательно.

Гнев занимает большое место в жизни созависимых. Они чувствуют себя уязвленными, обиженными, рассерженными и обычно склонны жить с людьми, которые чувствуют себя точно так же.

Созависимые боятся своего гнева и гнева других людей. Гнев часто используется для того, чтобы держать на расстоянии от себя того человека, с которым им трудно строить взаимоотношения: "Я сержусь - знай, он уйдет".

Созависимые подвергают свой гнев вытеснению, подавлению, что, однако, не приводит к облегчению, а лишь усугубляет состояние. Из-за подавленного гнева созависимые могут много плакать, становиться подавленными, переедать, длительно болеть, совершать отвратительные поступки для сведения счетов, проявлять враждебность, у них наблюдаются вспышки насилия. Созависимые считают, что их "заводят", вынуждают злиться, и они наказывают за это других людей.

Вина, стыд часто присутствуют в психическом состоянии созависимых. Они стыдятся как собственного поведения, так и поведения своих близких, страдающих зависимостью. У созависимых нет четких границ своей личности. Стыд может их приводить к социальной изоляции. Чтобы скрыть "позор семьи", созависимые перестают ходить в гости и приглашать друзей к себе.

Негативные чувства этих лиц в силу своей интенсивности могут генерализоваться, и распространяться на других людей, в том числе и на врача. Легко возникает у них ненависть к себе, которую они проецируют на других вследствие действия механизмов психологической защиты. Скрытие стыда, ненависти может внешне выглядеть как надменность и демонстрация превосходства над другими. Это еще один вариант трансформации чувств.

*в.Отрицание.* Созависимые используют все формы психологической защиты - рационализацию, минимизацию, вытеснение, - но более всего отрицание. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит ("просто вчера он пришел пьяный")

Они как будто уговаривают себя, что завтра все будет лучше. Порою они упорно занимаются чем-то, чтобы не думать о главной проблеме.

Созависимые легко обманывают себя, верят в ложь, верят всему, что им сказали, если сказанное соответствует желаемому. Самым ярким примером легковерия, в основе которого лежат созависимость и отрицание проблемы, является ситуация, когда жена больного алкоголизмом продолжает десятилетиями верить, что он бросит пить и все само собой изменится к лучшему. Созависимые хотят верить, а если они хотят, чтобы так было, то так и должно быть - по их логике. Они видят только то, что хотят видеть, и слышат только то, что хотят слышать.

Отрицание помогает созависимым жить в мире иллюзий, поскольку правда настолько болезненна, что они не могут ее вынести. Отрицание - это тот механизм, который дает им возможность обманывать себя.

Однако нечестность даже с самим собой - это уже утрата моральных принципов. Ложь антиэтична. Обманывать себя - это деструктивный



процесс как в отношении себя, так и других. Обман - форма духовной деградации.

Созависимые отрицают у себя наличие признаков созависимости. Именно отрицание мешает мотивировать их на преодоление своих собственных проблем, мешает им попросить помощи, затягивает и усугубляет зависимость от ПАВ у больного, позволяет созависимости прогрессировать и держит всю семью в дисфункциональном состоянии.

*б.Болезни, вызванные стрессом.* Телесные недуги сопровождают жизнь созависимых. У них наблюдаются психосоматические нарушения: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колиты, гипертония, головные боли, нейроциркуляторная (вегетососудистая) дистония, астма, тахикардия, аритмии и другие. Они легче, чем другие, становятся зависимыми от алкоголя, наркотиков и лекарств (транквилизаторов).

Созависимые болеют потому, что пытаются контролировать то, что в принципе контролю не поддается, - чью-то жизнь. Они стремятся все делать идеально, безупречно и близки к перфекционизму. Они тратят так много сил на то, чтобы выжить, что у них развивается связанная со стрессом функциональная недостаточность. Появление психосоматических заболеваний свидетельствует о прогрессировании созависимости. Оставленная без внимания, созависимость может привести к смерти из-за психосоматического заболевания, из-за суицида, из-за невнимания к собственным проблемам.

*7. Поражение духовной сферы.* Духовность в рамках концепции созависимости определяется как качество взаимоотношений с субъектом (человеком) или объектом, наиболее значимым, важным в нашей жизни. Духовность связана с системой отношений и ценностей человека.

К наиболее значимым и ценным взаимоотношениям относятся взаимоотношения с самим собой, с семьей, с обществом и с Богом. Если у больного по мере развития заболевания эти взаимоотношения и связанные с ними ценности вытесняются отношениями с ПАВ, то у созависимых они вытесняются патологически измененными взаимоотношениями с больным членом семьи.

По нашим наблюдениям, среди созависимых много людей, верующих в Бога. Нередко к вере они пришли во время болезни своего близкого и теперь видят опору в Боге, молитва дает им поддержку и облегчение. Но даже взаимоотношения с Богом у них иногда омрачаются вспышками гнева и негодования. Возникает гневный вопрос: "За что мне такие мучения?"

Таким образом, проявления созависимости весьма многообразны. Они касаются всех сторон психической жизни, мировоззрения, поведения человека, системы верований и ценностей, а также физического здоровья.

### **Параллелизм проявлений зависимости и созависимости**

Созависимость выглядит как зеркальное отражение зависимости. Основными психологическими проявлениями любой зависимости является триада:

- 1) обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости - об алкоголе, наркотиках;  
 2) отрицание как форма психологической защиты;  
 3) утрата контроля.

Пристрастие к алкоголю, наркотикам и созависимость в равной степени отбирают у больного и его близких, совместно с ним проживающих, энергию, здоровье, подчиняют себе их мысли, эмоции. В то время как больной навязчиво думает о потреблении ПАВ, его жена (мать) столь же навязчиво думает о возможных способах контроля над его поведением. Представим параллелизм проявлений обоих болезненных состояний в таблице.

| <b>Признак</b>  | <b>Зависимость</b>   | <b>Созависимость</b>   |
|---|--|--|
| Охваченность сознания предметом пристрастия   | Мысль об алкоголе, наркотике доминирует в сознании                                 | Мысль о больном доминирует в сознании  |
| Утрата контроля   | Над количеством алкоголя или наркотика, над ситуацией, над своей жизнью            | Над поведением больного и над собственными чувствами, над жизнью                             |
| Отрицание, минимизация, проекция, рационализация и др. формы психологической защиты | "Я не алкоголик",<br>"Я не очень много пью",<br>"От наркотика мне ничего не будет" | "У меня нет проблем, проблемы у моего мужа (сына)"   |
| Агрессия  | Словесная, физическая  | Словесная, физическая  |
| Преобладающие чувства   | Душевная боль, вина, стыд  | Душевная боль, вина, стыд, ненависть, негодование  |
| Рост толерантности  | Увеличивается переносимость все больших доз вещества                               | Растет выносливость к эмоциональной боли   |
| Синдром похмелья  | Для облегчения синдрома требуется новая доза вещества                              | После развода с зависимым человеком вступают в новые деструктивные взаимоотношения           |
| Опьянение   | Часто повторяющееся состояние в результате употребления ПАВ                        | Невозможность спокойно, рассудительно, т.е. трезво мыслить как часто повторяющееся состояние |
| Самооценка  | Низкая, допускающая саморазрушающее поведение                                      | Низкая, допускающая саморазрушающее поведение  |
| Физическое здоровье   | Болезни печени, сердца, желудка, нервной системы                                   | Гипертензия, головные боли, "невроз" сердца, аритмии, язвенная болезнь                       |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Сопутствующие психические нарушения        | Депрессия  | Депрессия  |
| Перекрестная зависимость от других веществ | Зависимость от алкоголя, наркотиков, транквилизаторов может сочетаться у одного индивида | Помимо зависимости от больного, возможна зависимость от транквилизаторов |
| Отношение к лечению                        | Отказ от лечения   | Отказ от лечения   |
| Условия выздоровления                      | Воздержание от ПАВ, знание концепции болезни. Долгосрочная реабилитация                  | Отстранение, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация   |
| Эффективные программы выздоровления        | Психотерапия, Программа 12 шагов, группы самопомощи типа АА                              | Психотерапия, Программа 12 шагов, группы самопомощи                      |
| Течение                                    | Рецидивирующее   | Рецидивирующее   |

Перечень сходных признаков, представленных в таблице, не является исчерпывающим. Анализ их параллелизма можно продолжать и дальше.

Как зависимость, так и созависимость представляют собой длительное, хроническое страдание, приводящее к деформации духовной сферы. У созависимых эта деформация выражается в том, что они вместо любви питают к близким ненависть, теряют веру во всех, кроме себя, хотя своим здоровым импульсам тоже не доверяют, испытывая жгучее чувство ревности, зависти и безнадежности. Жизнь у зависимых больных и их созависимых родственников проходит часто (особенно в период обострения болезни) в социальной изоляции, общение с собутыльниками не является полноценным общением.

Химическую зависимость часто называют болезнью безответственности. Больной не отвечает ни за последствия употребления психоактивного вещества, ни за разрушение своего здоровья, ни за благополучие в семье, не выполняет родительские обязанности. Созависимые лишь внешне производят впечатление сверхответственных людей, однако, они в равной степени безответственны по отношению к состоянию своего здоровья, к своим потребностям, и тоже не могут хорошо исполнять свои родительские обязанности.

#### **Течение созависимости (фазы)**

Созависимость может с течением времени усугубляться. Некоторые авторы считают, что, оставленная без внимания, созависимость может приводить человека к смерти. Смерть наступает от болезней, вызванных стрессом. Созависимость может протекать волнообразно, то усугубляясь, то ослабевая, например, в периоды ремиссий у больного члена семьи. Условно выделяют 4 фазы в развитии созависимости.

**Фаза озабоченности**

1 Тревога за близкого - больного с зависимостью от ПАВ. Периодическое появление "токсических" эмоций (ТЭ). **"Токсические" эмоции (ТЭ) - это чувства вины, стыда, обиды, жалости к себе, беспокойства и гнева. Эти эмоции становятся механизмом защиты для человека, страдающего созависимостью.** ТЭ для созависимого то же самое, что алкоголь для алкоголика.

2. Отрицание проблемы. Частое использование ТЭ.

3. Повышенная переносимость отрицательного поведения больного и ТЭ (рост толерантности).

4. Трудности концентрации внимания.

**Фаза самозащиты**

5. Трансформация различных эмоций в негативные и в то же время отрицание ТЭ.

6. Все внимание поглощено больным членом семьи.

7. Защита больного.

8. Высокая терпимость к неподобающему поведению больного.

9. Чувство ответственности за все семейные проблемы.

10. Часто повторяющиеся трудности при концентрации внимания.

11. Утрата контроля над своей жизнью и над жизнью больного.

**Фаза адаптации**

12. Чувство вины и стыда.

13. "Идеальное" поведение.

14. Выраженный гнев.

15. Увеличение потребления спиртного (наркотика) больным.

16. Угрызения совести и стресс.

17. Приспосабливание к житейским неудобствам.

18. Все действия сконцентрированы на больном близком человеке.

19. Стремление изолировать больного и/или чрезмерно его опекать.

20. Выраженная жалость к себе или чувство стыда.

21. Все для других, ничего для себя.

22. Непереносимое чувство обиды.

23. Постоянная рассеянность.

24. Распад семьи.

25. Обращение за медицинской или психологической помощью.

26. Чувство собственного поражения.

27. Критически низкая самооценка.

28. Бесконтрольное прибегание к ТЭ.

**Фаза истощения**

29. Обоснование использования ТЭ.

30. Полная утрата чувства собственного достоинства.

31. Потеря терпимости к больному.

32. Духовная деградация.

33. Страхи.

- 34. Выраженная тревога, депрессия.
  - 35. Все "оправдания" целесообразности своего поведения оказываются несостоятельными.
  - 36. **Преодоление созависимости.**
  - или
  - 37. **Глубокий кризис.**
- Преодоление созависимости может начаться в любой ее фазе.

### **Психотерапия созависимости**

Программа преодоления созависимости включает в себя информирование по вопросам зависимости от ПАВ, созависимости, дает представление о семье как системе, предусматривает тренинг и освоение навыков здоровых взаимоотношений в семье на основе уважения друг к другу, учит способам реагирования чувств, выражения любви к детям и другим членам семьи. В процессе преодоления созависимости рекомендуется сочетать специальную программу групповой психотерапии с сеансами индивидуальной психотерапии, супружеской и семейной психотерапии, а также посещение групп Ал-Анон, Нар-Анон, чтение литературы по затрагиваемым вопросам.

Психотерапевт может использовать такие формы работы: лекции, индивидуальное консультирование, семейное консультирование с составлением родословной (генеграммы), индивидуальная и групповая психотерапия; редко, по показаниям, медикаментозная терапия. Практикуется ведение дневника, выполнение домашних заданий. Групповая психотерапия - главный метод преодоления созависимости.

Само собой разумеется, что психотерапевт лишь предлагает лечение, а созависимые лица выбирают его или не выбирают. Работа основана на добровольности. Отсев из первоначального состава группы неизбежен, что не должно смущать психотерапевта. Сопротивление любому вмешательству - типичная характеристика созависимых. Девизом их могли бы быть слова: "Умру, но не изменюсь".

Формирование психотерапевтической группы происходит после индивидуальных консультаций, в ходе которых изучаются внутрисемейная ситуация, характер взаимоотношений между членами семьи, "горячие точки" семьи, а также психическое состояние обратившегося за помощью, степень выраженности созависимости. Желательна консультация либо даже участие в групповой работе самого больного. В нашем опыте первыми за помощью обращались жены больных алкоголизмом либо матери больных наркоманией. Больные в это время либо уже находились на лечении у другого врача данного лечебного учреждения, либо приходили на лечение в то время, когда родственники уже работали по программе преодоления созависимости. Иногда лечение проходили одновременно больной в стационаре и родственник в амбулаторных условиях. Около половины из тех больных, которые ранее отказывались от лечения, приходили с просьбой о помощи по завершении их родственником работы в группе.

Проведение всего курса психотерапии обеспечивается творческим подходом. Несмотря на разработанный сценарий каждого занятия, ра-

бота строится с учетом настроения в группе; иногда приходится "сдвигать" сценарий в сторону вопроса, более актуального для группы именно сейчас. В качестве обратной связи с группой мы используем практику обязательного подведения итогов каждого занятия. Это делает один из участников по собственному желанию. Кто-то другой берет на себя функцию выразить благодарность созависимым за участие в группе - с перечислением и подчеркиванием того, что именно сегодня делали участники группы. Мы практикуем сбор записок, в которых просим указать те 3 положения, которые участник вынес сегодня из группового занятия. Это дисциплинирует мышление участников, помогает закреплению материала и весьма полезно для психотерапевта. Содержание записок не разглашается без позволения их авторов, но может использоваться в дальнейших занятиях. Начинается каждое занятие с самопредставления, нескольких слов каждого о себе, о своем актуальном самочувствии; при этом лучше говорить о том, что мы чувствуем, чем отмечать, как мы себя чувствуем. Этот прием дает навык идентификации чувств.

Заканчивается занятие молитвой о спокойствии духа либо «молитвой» из формул гештальт-терапии.

Приводим тезисное изложение тем, которые можно обсуждать в группах преодоления созависимости.

#### **Тема: "Работа с чувствами"**

Цель - научиться определять свои чувства, попрактиковаться в их выражении словами либо языком тела и пр., увидеть сходство своих чувств с чувствами других людей, почувствовать, что есть "резерв" неиспользуемых чувств, понять, что все наши чувства хороши. На примере одного из чувств (например, страха, гнева) понять, как эти чувства могут быть выражены неразрушительным, здоровым образом.

**Что Вы чувствуете?** (Но не: **Как** Вы себя чувствуете?)

Можно предложить группе обсудить следующие вопросы:

1. Какие чувства считались нормальными в Вашей семье?

Проявления каких чувств были под запретом?

2. Были ли в Вашей жизни события, которые заставили вас отгородиться от определенных чувств?

Развод родителей.

Наркомания или алкоголизм одного из членов семьи.

Оскорбление - физическое, эмоциональное, сексуальное.

Насмешки окружающих, болезненные прозвища.

Иные.

3. Какие события помогли Вам вновь испытывать всю гамму чувств?

Ответами могут быть следующие примеры:

Родители всегда выслушивали меня и позволяли обсуждать с ними все мои переживания.

Учитель, тренер, воспитатель проявляли ко мне живой интерес.

Группа психологической поддержки.

Священник помог мне уже в зрелом возрасте избавиться от комплексов.

Иные.

Если для группы актуальны какие-то определенные чувства, то можно поработать над ними. Возьмем для примера **страх**. Страх испытывают часто как зависимые, так и созависимые люди. Страх - это выученная эмоция. Следовательно, путем обучения можно обуздать его.

1. Перечислите 1-2 из своих страхов, которые Вы испытывали сегодня.
2. Как эти страхи ограничивали Вашу жизнь сегодня?
3. Что Вы можете сделать, чтобы уменьшить эти страхи?

При обсуждении ответов на вопросы упражнения можно подвести участников группы к более глубокому осмыслению страха через другие чувства. Страх - это чувство беспомощности, тревоги, беспокойства, ужаса, вызванное ожиданием опасности, боли, несчастья.

**Что мы можем делать со своими страхами?**

Здесь суммируется опыт участников дискуссии. В резюме можно включить следующее:

1. Мы можем выбросить из своего лексикона негативные слова и фразы типа "Я ничего не могу поделать с собой..."
  2. Мы можем заниматься по настоящей программе либо по Программе 12 шагов.
  3. Мы можем сбалансировать свою жизнь.
  4. Мы можем расширить зону комфорта, идя на риск.
  5. Мы можем упражняться в технике расслабления.
- Список можно продолжить.

Аналогичным образом можно работать с гневом, стыдом, либо с такой реакцией на чувства, как слезливость.

**Тема: "Контролирующее поведение"**

Цель - показать неэффективность контролирующего поведения, мотивировать участников к отказу от него, а также к тому, чтобы не только перестать контролировать других, но и начать заботиться о себе. Можно обсудить следующий вопрос: как Вы пытались или сейчас пытаетесь сдерживать пьянство (или употребление наркотиков) своего зависимого члена семьи?

Теперь будем отмечать те действия, которые приводили к желаемому результату, и те, которые оказались напрасными.

Почти все действия, по опыту участников группы, будут напрасными. Удастся лишь отсрочить употребление психоактивного вещества и то редко. Становится очевидной неэффективность контролирующего поведения.

Путем экскурса в детство одного из участников группы можно показать истоки контролирующего поведения. Истоки лежат в родительской семье.

Истоки следующие. Семья ценила слабость, послушание, безынициативность, отбирала право на риск. Семья нарушала права ребенка, право быть самим собой. Появившееся чувство бессилия привело к необходимости контролировать других. Нас контролировали, и мы контролируем.

Ребенка учили: то, что ты хочешь делать, не совпадает с тем, что ты можешь делать. Сделаешь то, что хочешь, - и у тебя будут неприятности. Ребенок научился избегать неприятностей и делать то, что хотят другие. Отсюда - полная концентрация внимания на жизни других и вера в возможность управлять жизнью зависимого больного.

Можно обсудить некоторые из нижеприводимых вопросов:

1. Сколько времени Вам потребовалось, чтобы осознать неэффективность контролирующего поведения. Сближает ли Вас с членами семьи контролирующее поведение?
2. Вы не устали чувствовать себя ответственной за все и за всех?
3. Осознаете ли Вы, что Ваша энергия не безгранична?
4. Как реагируют другие на Ваш контроль?
5. Не усматриваете ли Вы связи между контролирующим поведением и своим хроническим чувством неудовлетворенности жизнью?
6. Как бы Вы могли конструктивно использовать свои способности и силу?
7. Ощущаете ли Вы себя в глубине души сильной? Ваша беспомощность лежит лишь на поверхности?

Источник потребности контролировать других заключается в том, что нам всем необходимы любовь, безопасность и ощущение своей силы. Мы любили - нас отвергли. Результат - усиление контроля. Мы пытаемся управлять другими и получать от них то, что нам нужно.

Контролирующее поведение сопровождается таким чувством, будто ситуация вот-вот выйдет из-под контроля. Это опасно. Мы боимся потерять контроль и над другими, и над собой. И для обретения безопасности навязчиво контролируем всех и вся.

У нас есть осознанное или неосознанное желание чувствовать себя более сильными, чем мы есть на самом деле. Это тоже источник желания контролировать других. Власть над другими дает ощущение силы.

Мы обманываем себя, когда думаем, что другие нуждаются в нашем контроле. Это мы нуждаемся в таком поведении, чтобы чувствовать, что взаимоотношения с другими надежны.

В процессе обсуждения вышеприведенных положений можно подвести участников к выводу о негативных последствиях контролирующего поведения.

Негативные последствия контролирующего поведения заключаются в том, что оно:

- Мешает нам чувствовать,
- Мешает видеть реальность,
- Приводит к напряжению во взаимоотношениях
- Блокирует доверие.
- Блокирует отдачу и получение любви.

Особенно наглядны негативные последствия контролирующего поведения, если посмотреть на долгосрочные взаимоотношения. Между членами семьи нарастает отчуждение, как, например, между строгими родителями и взрослыми детьми, происходит отчуждение и в супружеских отношениях.

Чтобы не усиливать чувство вины у членов группы, необходимо подчеркнуть, что контролирующее поведение - это не плохое и не постыдное поведение, а знак стресса, знак того, что что-то идет не так. Это знак того, что нам, контролирующим людям, плохо.



Если мы контролируем других, то значит, мы не можем получить от них то, что нам нужно, иным путем. Либо мы боимся потерять то, что имеем.

Под контролем могут оставаться погребенными такие чувства, как страх, доверие, любовь, честность, обида, гордость, страстное желание чего-нибудь, гнев. Эти чувства должны быть выражены здоровым образом.

Как распознать развитие потребности контролировать других? Таким опознавательными знаками могут служить:

- *Напряжение*. Например, если я решила что-то сделать для других и чувствую напряжение, предвидя их сопротивление. Если другие пытаются контролировать меня, я испытываю чувство сопротивления.
- *Обвинения* ("Аты вечно...". "Аты никогда...").
- *Немедленность, безотлагательность действий* (чтобы что-то случилось или чтобы что-то не случилось ни за что на свете).
- *Отказ чувствовать*. Уменьшение, отрицание, игнорирование как своих чувств, так и чувств другого.

Когда мы ставим человека в положение без выбора, мы его контролируем. Необходимо предоставить возможность событиям протекать естественным путем. Необходимо позволить своим близким стать ответственными за себя.

Неизбежно возникают вопросы: а как быть, когда наркоман чуть ли не на глазах родителей готов сделать себе инъекцию героина, как быть с передозировкой и т.п. Контроль не нужен в хронической стадии болезни, но в острой стадии - при интоксикации, при обострении влечения к наркотику - необходимо вмешательство близких и врача. Поместить больного в нужный момент в безопасное место - не значит практиковать контролирующее поведение. Но держать его месяцами запертым в комнате с отключенным телефоном - значит, контролировать его самым грубым образом.

Контролирующее поведение имеет следующие характеристики:

1. Это автоматическая реакция, в основе которой лежит чувство бессилия.

2. Из-за сомнения в своих глубоко спрятанных чувствах контролирующий человек не делает того, что он хочет. Хотел попросить помощи, но не попросил. Хотел сказать "нет", а сказал "да". В основе такого поведения лежит заблуждение, что удовлетворять свои желания, нужды - нехорошо.

1. Контролирующее поведение - это привычка. В голову не приходит, что возможен выбор и других форм поведения.

2. Практика контролирующего поведения приводит созависимых к умозаключениям, от которых они чувствуют себя еще хуже. Например: "Я никому не нужна".

Созависимые получают то, чего добиваются, - внимания. Только это негативное внимание. Либо близкие игнорируют созависимых, что усиливает низкую самооценку.

Чтобы прекратить контролирующее поведение, необходимо наблюдать за этой своей привычкой, решиться доверять своим чувствам и восприятиям. Сказать себе: то, что мы чувствуем, нормально. То, что мы наблюдаем, так и есть. Каждый раз необходимо отмечать возможные

альтернативы и последствия каждого выбора. Необходимо пересмотреть свои предположения в отношении других и попытаться представить себе, что они чувствуют, что они думают.

Может быть, самое главное - необходимо начать удовлетворять свои нужды, хотя бы искать удовлетворения.

Контролирующее поведение обслуживает нашу потребность в безопасности. Однако через контроль безопасность не достигается. Следовательно, необходимо сменить тактику-решиться на доверие, крепить веру в свои силы. Подведите группу к выводу: рискнем доверять тем, кого мы любим.

Контролирующее поведение обслуживает наше бессилие во взаимоотношениях. Если мы почувствуем себя сильными, то отпадет потребность контролировать других. Необходимо стимулировать членов группы на то, чтобы они сфокусировали свою энергию на собственном поведении, на своем выборе, на своих целях, и спросить их: "Как Вы себя сейчас чувствуете? Чем Вы довольны в себе, чем не довольны?" Задерживать внимание на том, чем именно довольны.

Выгоды от прекращения контролирующего поведения:

- Высвобождение энергии.
- Приятное ощущение, что жить стало легче, свободнее.

Оставить контроль - найти ключ к более простой и радостной жизни.

#### **Тема: "Отстранение"**

Цель занятия - понять необходимость отстраниться с любовью от близкого, страдающего зависимостью от ПАВ, и обсудить, как это можно сделать. Задача отстраниться пугает созависимых. Они путают здоровую заботу о своих близких, любовь к ним с чрезмерной вовлеченностью в проблему химической зависимости.

Необходимо подчеркнуть, чем отстранение не является. Отстранение - это не холодная враждебная замкнутость. Это не лишение значимого близкого любви и заботы. Отстраниться означает выпутать себя психологически, эмоционально, а иногда и физически из сетей нездоровых, мучительных взаимоотношений с другим человеком. Отстраниться означает отступить на некоторую дистанцию от проблем, которые мы не можем разрешить.

Отстранение базируется на том положении, что каждый взрослый человек ответственен за себя. Мы не можем разрешить чужие проблемы, наша тревога за другого ему не помогает. Когда мы отстраняемся, мы убираем руки с пульты ответственности за других людей и стремимся лишь к ответственности за себя.

На примере фактов, сообщенных членами группы, необходимо подчеркнуть, что присутствующие здесь уже много сделали для того, чтобы разрешить проблемы больного. Если проблемы все же не удалось решить, то теперь следует учиться жить, несмотря на эту проблему, или жить вместе с проблемой. Переключайте внимание на то, что есть хорошего в жизни в настоящее время.

Для усиления чувства благодарности можно попросить присутствующих перечислить все, за что они могут быть благодарны судьбе в насто-

ящее время. Не забудьте о простых вещах - о чистом воздухе, солнце и т.п. Этот прием позволяет не думать о проблеме, в какую они вовлечены чрезмерно.

Отстранение означает приобретение навыка жить "здесь и сейчас". Жить в настоящем времени без любимого выражения "Ах, если бы...". Искореняются сожаления о прошлом и страхи в связи с будущим. Говорим прошлому "Спасибо", а будущему - "Здравствуй". Отстранение включает в себя принятие реальности, фактов. Отстранение требует веры - в себя, в других людей, в естественный ход событий, в судьбу; помогает вера в Бога. Отстранение - это здоровый нейтралитет.

Награда за достижение отстранения велика:

- Это ясность восприятия действительности.
- Это чувство глубокого успокоения.
- Это способность давать и получать любовь.
- Это прилив энергии.
- Это повышение самооценки.
- Это свобода находить реальное решение проблемы.

"Когда я не умела отстраняться от проблем своего мужа и моей дочери, - говорит Ирина, - я чувствовала себя ... недочеловеком. Это было какое-то состояние... Я была как будто придатком другого человека. Сейчас я впервые стала появляться в центре собственного сознания".

Как достигается отстранение?

Для этого необходимы 3 условия:

- Четкое осознание своих проблем.
- Желание изменить привычный ход своих реакций.
- Немного практики.

Впрочем, эти условия необходимы для выздоровления от созависимости в целом. В созависимости, как и во всей психической сфере человека, все взаимосвязано. Если созависимый научился открывать и выражать свои чувства, если он отказывается от контролирующего поведения, если он умеет или хочет понимать свои нужды, то тогда ему легче достичь отстранения.

Если невозможно отстраниться с любовью, то можно временно практиковать отстранение в гневе. Необходимо лишь стремиться к отстранению.

Помогают достичь отстранения релаксация, концентрация внимания на своем дыхании, на своих потребностях. Побездельничать - это тоже может иногда быть удовлетворением своей потребности. Главное - перенести фокус на себя.

#### **Тема: "Акция - реакция"**

Цель - показать на примерах из жизни присутствующих, что многие их чувства, мысли и действия возникали лишь как реакция на больного с зависимостью, в ответ на что-то. Необходимо стремиться от реакции к акции, т.е. к действиям, идущим от себя.

За годы жизни с больным с зависимостью от ПАВ его близкие (созависимые) привыкли в большей степени жить реактивно, реакциями на его состояние и поведение, чем активно, т.е. жить от своего собствен-

ного имени, в соответствии со своими собственными интересами и, в конце концов, в своих же собственных интересах.

Примеры реакций: "Когда мой муж страдает от похмелья, у меня тоже голова болит. Его тошнит, и меня тошнит".

"Особенно сильно я реагировала на кризисы и думала, что почти все было кризисом. Некоторое время я скрывала панику, но тем временем паника, граничащая с истерикой, во мне нарастала, и взрыв совершенно неуправляемых чувств был неизбежен. Вся моя жизнь была реакцией на жизнь других людей, их желания, их проблемы, на их недостатки, их успехи, на их личности. Я была как кукла с ниточками. Ниточки были выведены наружу, и я как будто приглашала любого человека, любое событие подергать меня за ниточки".

"Я прочитала в статье, что 60 процентов дочерей алкоголиков выходят замуж за алкоголиков. Я была одной из таких женщин. Но тут я дала реакцию. Во мне поднялось возмущение, гнев на автора, как будто меня лично оскорбили. Это была автоматическая реакция, без участия логики".

Большинство созависимых являются людьми реакции. Они реагируют чувствами гнева, вины, стыда, ненависти, тревоги, боли, контролирующими жестами, актами излишней заботы, депрессией, отчаянием, паникой, яростью, неистовством. Но более всего они реагируют страхом и тревогой.

Реагирование - часть нормальной жизни. Все дело в том, что созависимые реагируют так сильно, что сила реакции переходит нормальные границы. Любые события - маленькие, большие - обладают властью над ними. Когда созависимые реагируют, то они теряют свое личное право думать, чувствовать и вести себя в своих лучших интересах.

Реагирование обычно не помогает. Кризисные реакции вошли в привычку. Созависимые реагируют так, потому что думают: то, что случилось, не должно было случиться. Не должно быть такого положения вещей, какое есть.

Созависимые так реагируют, потому что чувствуют себя плохо, потому что ничего хорошего они о себе не думают. Они уверены, что не должны так сильно реагировать, что им навязали эти чувства. Им необходимо показать, что они не должны так сильно всего бояться, не должны терять свое право на спокойствие, не обязаны так серьезно и так близко к сердцу принимать все на свете.

Обращаем внимание на пусковой механизм реакции. Если созависимый человек почувствовал страх, возмущение, оскорбление, если ему кажется, что его отвергают, не любят, и ему очень сильно жаль себя, либо стыдно, и человек испытывает тревогу, то это может быть началом цепных реакций, от которых мы пытаемся избавиться. Можно предложить такой вопрос: Как долго Вы хотите чувствовать себя именно таким образом? Что Вы хотите делать со всем этим?

Противоядие чрезмерным и необоснованным реакциям - стремление привести себя в комфортное состояние. Для этого необходимо говорить и делать как можно меньше, пока состояние реакции не пройдет и не восстановится привычный уровень спокойствия и умиротворенно-

сти. Необходимо сделать что-нибудь безопасное - несколько глубоких вдохов, пойти прогуляться, пойти к друзьям, вымыть кухню, почитать книгу, повязать себе в удовольствие. Можно заняться медитацией, помолиться, сходить на заседание Ал-Анон, Нар-Анон.

Несколько успокоившись, созависимый человек может проанализировать, что же произошло - большое событие, малое событие, привычное событие, которое и раньше случалось много раз. Если трудно разобраться в одиночку, то необходимо поискать помощь вне себя.

- Вам необходимо извиниться?
- Хотите ли Вы пустить все на самотек?
- Требуется ли Вам поговорить с кем-то по душам?
- Необходимо ли Вам принять еще какое-то решение?

Предлагаем рассмотреть язык созависимых и здоровых людей (приводится в виде таблицы).

| <b>Язык реактивных людей,<br/>т. е. созависимых</b>  | <b>Язык проективных людей, т.е. людей<br/>со здоровой взаимозависимостью</b>  |
|--|---|
| Я ничего не могу поделать с этим.<br>Я так устроена, так запрограммирована и не могу быть иной.<br>Он довел меня.<br>Я не могу. Я должна.<br>Ах, если бы | Давайте рассмотрим альтернативы.<br>Я могу избрать иной подход.<br>Я контролирую мои чувства.<br>Я буду выбирать уместную реакцию.<br>Я выбираю.<br>Я предпочитаю.<br>Я буду... |

Жизнь управляется у созависимых чувствами, у преодолевающих созависимость - ценностями.

Главное в жизни созависимых иметь, у проактивных - быть.

Круг озабоченности у созависимых широк. Это порождает негативную энергию, что, в свою очередь, ведет к виктимизации.

Круг собственного влияния у проактивных более узок. Энергия у них позитивная, что порождает хороший эффект для себя и для других.

Последствия у реактивных людей неожиданны, у проактивных последствия - предвидятся.

Реактивные люди не дают себе права на ошибку.

Проективные люди признают свои ошибки, исправляют их. Ошибки - источник мудрости.

Ключ к проективности: с начала цепной реакции приведи себя в комфортное состояние. Включи личное право думать, чувствовать, вести себя в своих лучших интересах. Не забудь о праве выбора.

Спроси себя, что случилось, большое дело или малое? Необходимо ли принять еще какое-то решение? Поговорить с кем-либо по душам?

Развивай проективность. Работай только в круге собственного влияния. Работай над "быть". Относись к слабостям других людей с сочувствием, но не с осуждением. Будь моделью, а не критиком. Следи за своим языком. Пользуйся языком проактивных.

**Тема: "Границы личности"**

Цель - научиться различать наряду с внешними и внутренними границами. Упражняться в навыках отстаивания собственных границ и соблюдения границ другого человека. Внешние границы человека предполагают, что:

1. Никто не имеет права дотронуться до меня без моего позволения.
2. Если я разрешаю до себя дотрагиваться, то только так, как мне это нравится.
3. Это мое право контролировать - как, когда, где, кто будет касаться меня.

Внутренние границы менее очевидны, однако они означают примерно то же самое в отношении нашего внутреннего мира, наших чувств, мыслей, верований, ценностей. Когда созависимые жалуются, что другие заставляют их думать, делать, чувствовать так, а не иначе, что "другие нажимают на мои кнопки", это значит, что они не умеют защитить свои внутренние границы.

У созависимых границы с другими либо смешаны, аморфны, слишком близки, вплоть до полного исчезновения индивидуальности, либо ригидно-дистанционны. Нормальные границы полупроницаемы: мы делимся с другими своим внутренним миром, другие тоже делятся с нами. И тогда мы чувствуем себя комфортно.

Созависимые либо обвиняют других за свои мысли, чувства и действия, либо обвиняют себя за чьи-то мысли, чувства и действия. Это происходит из-за нарушения границ.

Если взаимоотношения с кем-то идут плохо, если все до смерти надоело, полезно пересмотреть и заново установить границы.

Если мы чувствуем, что с нами жестоко обращаются, что нас используют, а потом не считаются с нами, если мы сами действуем не в наших лучших интересах, значит, необходимо устанавливать границы. Надо дать знать другим, что у нас есть границы. Это поможет и нам, и им. Пусть кому-то не понравится, что мы теперь действуем иначе, чем до этого, но зато нас больше не будут использовать. Люди будут внушать нам чувство вины, чтобы мы убрали границы. Не надо вины. Не надо отступать, надо укреплять границы и удерживать их постоянно.

Однажды скажите другим, где проходит Ваша граница, скажите тихо, спокойно. Установление границы требует времени и обдумывания. Охрана границы требует энергии и настойчивости. В конце концов, границы обеспечат нас и большим временем, и большей энергией.

Устанавливать границы - это значит: я знаю предел, до которого могу пойти. Я знаю, что я могу сделать для тебя и что не могу. Я знаю, что я могу и чего не могу стерпеть от тебя.

Границы могут меняться, могут быть гибкими, но не восковыми. Границы не должны быть железобетонными (например, стена из молчания). Границы, как и многие другие психические явления своей жизни, необходимо осознать.

Выздоровливающие созависимые осознают свои границы примерно так:

- Я не позволю кому бы то ни было оскорблять себя словами или физически.
- Я не позволю обманывать себя и не буду поддерживать ложь.
- Я не буду вызволять кого-то из последствий алкогольного, наркоманического или другого безответственного поведения.
- Я не буду финансировать алкоголизм (наркоманию) или непотребное поведение. Я не буду врать, защищая твой алкоголизм (наркоманию).
- Ты можешь испортить свой день, свой отпуск, свою жизнь - это твое дело. Но я не позволю испортить мой день, мою неделю, мой отпуск, мою жизнь.

Вот то, что я буду делать для тебя, а вот этого я для тебя (правильнее, за тебя) делать не буду. Вот это то, что я стерплю. А вот этого я не стерплю и не буду переносить.

Осторожно: не делайте заявлений, которые вы не выполните. Кто же будет после этого вас серьезно воспринимать? Не грозите разводом, если вы не собираетесь разводиться.

#### **Тема: "Родительская семья"**

Цель - поработать над незавершенными делами своего детства, над родительскими наставлениями, над болезненными чувствами, идущими из детства, посмотреть на родительскую семью с точки зрения взрослого зрелого человека и подойти к необходимости простить родителей.

Мы все - дочери и сыновья. Мы обсуждаем наши взаимоотношения с родителями. Не имеет значения, живы они сейчас или их уже нет в живых. Мы можем не осознавать, что до сих пор выполняем родительские предписания, носим в себе послания из детства.

Обсуждаем следующие вопросы: просты ли Ваши взаимоотношения с мамой, с отцом? Есть ли желание изменить отношения? Есть ли кто-то в семье, кто держит эмоциональную дистанцию?

Подчеркнем, что, как правило, у присутствующих простых взаимоотношений с родителями не бывает. У большинства людей эти взаимоотношения сложные, часто болезненные. Проблема не в этом. Проблема в том, что мы застряли на этих взаимоотношениях.

48-летняя женщина, жена алкоголика, рассказывает: "На кладбище в Подмоскowie похоронены 8 моих родственников, в том числе отец. Отец умер 20 лет назад. С отцом у меня были конфликтные взаимоотношения, он был алкоголик, бил маму. Все эти 20 лет после смерти отца я регулярно хожу на кладбище, привожу в порядок могилки моих родственников. Но могилу отца я прибираю в самую последнюю очередь. Мне не хочется даже приблизиться к его могиле. Я до сих пор не могу его простить. Когда я иду к его могиле, у меня горло сжимается, но не от жалости к нему, а от злости на него".

Если взрослый человек испытывает гнев на родителей, обвиняет их, значит, он еще не может принять себя, он к себе относится с агрессией. Если взрослый держит эмоциональную дистанцию, значит, еще саднят его душевные раны, не перегорело топливо реакции на родителей. В результате взрослый не может сформировать себя и принести себя как нечто

целостное в новые взаимоотношения. Все, что не разрешилось в родительской семье, будет положено в фундамент новых взаимоотношений.

Эмоциональная или географическая дистанция, если и помогают, то только на короткое время.

Необходимо сделать первый и важнейший шаг - нарушить молчание, прекратить борьбу и заявить о своих верованиях, своей позиции по важным вопросам. В ходе групповой дискуссии происходит частичная репетиция этого навыка, созависимые имеют возможность в безопасной для себя обстановке выговориться, артикулировать то, что они могут затем сказать в семье. Конструктивным приемом в семье могло бы стать заявление: "Я предпочла бы, чтобы мы ..."

Изменить родителей невозможно, и следует с самого начала отказаться от этой ложной цели. Необходимо признать различия взглядов на одну и ту же проблему, согласиться, что в любом вопросе есть больше, чем одна правда. Если мы не признаем различия между собой и родителями, то это будет блокировать установление интимных взаимоотношений между нами, к чему мы стремимся.

Из всего этого следует, что созависимым следует прекратить:

- менять родителей,
- критиковать родителей,
- убеждать родителей.

Необходимо начать:

- делиться с родителями своим внутренним миром,
- уважать право родителя думать так, как он думает,
- уважать право родителя реагировать иначе, чем реагирует дочь (сын),
- уважать право родителя чувствовать иначе, чем чувствует дочь, сын.

Конструктивными формами общения с родителями могут быть примерно такие:

- "Я уважаю твои чувства, но я вижу эту ситуацию иначе",
- "Прости, если я обидела тебя, но моим намерением было не обидеть тебя, а высказать свое отношение",
- "Я знаю, как много это значит для тебя, но это не мой путь".

Хотя это звучит просто, однако требуется огромная отвага, чтобы сделать одно из вышеприведенных заявлений. Может появиться тревога. Со стороны матери или отца может усиливаться критицизм, другие формы психологического давления на дочь или на сына. Когда мы стремимся к отделению себя от тех, от кого мы зависим, когда мы стремимся к собственной зрелости, наши близкие делают все, чтобы послать нам сигнал: "Изменись обратно". Родители часто сами не настолько эмоционально зрелые люди, чтобы психологически отпустить детей. Родители нуждаются в такой близости детей. Необходимо это учитывать и стойко держаться курса на позитивные изменения. Худшее время для того, чтобы пытаться обсуждать отношения как с родителями, так и с другими людьми, - это время, когда мы напряжены, обижены, полны гнева. Лучше выбрать для трудного разговора момент душевного спокойствия.



В каждой семье есть свои "горячие точки". Их необходимо иметь в виду, чтобы в подходящее время коснуться и дать возможность пациентам высказаться. Что такое "горячая точка"? Если семья постоянно возвращается к одному и тому же вопросу, обсуждая его с напряжением, то этот вопрос и есть "горячая точка". Если семья не может говорить о каком-то серьезном вопросе - это может быть алкоголизм в семье, суицид, родственник в тюрьме, нежелательная беременность, - это тоже "горячая точка".

Как пробиться к "горячим точкам"? Вначале необходимо расширить "точку", обсудить, как на такую проблему смотрели другие, как смотрело предыдущее поколение, какие вообще существуют точки зрения, почему эта проблема вызывает чувство стыда в семье, чья это проблема, есть ли доля вины в ней всех членов семьи и т.д. Обсуждение с родителями "горячих точек" помогает увидеть родителей как других людей, со своим особым прошлым.

Для улучшения взаимоотношений с родителями очень полезно собрать больше информации о них. Это важная часть собственного "Я" созависимых, в данном случае - взрослых детей.

Если мы, созависимые, начинаем перестройку взаимоотношений, то мы и отвечаем за поддержку эмоциональной близости. Иначе мама или отец будет чувствовать себя отвергнутыми, обиженными, а дочь - тревожной и виноватой. И тогда обе стороны подсознательно захотят вернуться к старым взаимоотношениям.

Как избежать эмоциональной дистанции? Необходимо:

- задавать вопросы об интересах и текущей деятельности родителя,
- расспрашивать о прошлом.

Возможно, ранее созависимая дочь строила взаимоотношения с отцом не прямо, а в союзе с матерью. Мать всегда кажется ближе, отец - дальше. А между матерью и отцом мог быть длительный конфликт. Теперь дочь может выйти из конфликта и строить свои взаимоотношения с отцом один на один. Дочь может почувствовать себя независимой. Отец мог, например, концентрироваться на своей работе и держать дистанцию. Это типичная реакция на тревогу мужчин. Для улучшения контакта с отцом от созависимых требуются настойчивость, спокойствие. Можно поделиться с отцом чем-то своим и сделать это прямым, обвиняющим образом, поддерживая эмоциональный контакт. Если отец давно ушел из семьи, можно написать ему открытку, чтобы оставить линию коммуникаций открытой.

Групповую дискуссию необходимо подвести к главному выводу: если мы простим родителей, мы исцелимся сами от значительной части груза, препятствовавшего нам жить в мире с самим собой. Но простить не так просто. Это не однократное действие, а целый процесс.

#### **Тема: "Самооценка"**

Цель - выработка навыков адекватной самооценки. Здоровая самооценка - это внутренний опыт нашей собственной ценности, осознание изнутри того факта, что мы имеем обладаем достоинством. Наше человеческое достоинство - это нечто отдельное от того, что мы делаем, как

мы выглядим и что другие люди говорят о нас и делают для нас. Формула здоровой самооценки может выглядеть так. Я не хуже других, но я и не лучше других, и я больше не сравниваю себя с другими.

У созависимых самооценка резко понижена, однако часто они выглядят самонадеянными, надменными. Фасад псевдовеличия им необходим для сокрытия истинного и горького чувства, вызванного ощущением своей низкой самооценки.

Зачем нам позитивная самооценка?

При позитивной самооценке мы:

- Хорошо себя чувствуем.
- Хорошо выглядим.
- Мы - эффективны и продуктивны.
- Мы хорошо относимся к другим.
- Мы можем расти духовно.
- Мы любимы и способны любить.
- Отпадает необходимость опекать и контролировать других.
- Отпадает необходимость подпитывать самооценку за счет труда, голизма, убажания чьих-то интересов и самоотвержения.

Самооценка детей зависит от отношения к ним значимых близких, т. е. родителей. Самооценка взрослых зависит от судьбы (качества детства), от положительных и отрицательных событий жизни, а также от нашего отношения ко всему перечисленному. Вот это последнее, то есть собственное отношение, мы можем изменить.

Положительная самооценка - это мое решение ценить себя.

Не за что-то, а просто - ценить. Человек ценен по факту рождения. Он родился - значит ценный.

Помогает укреплению позитивной самооценки следующее упражнение.

В левой части листа напишите негативное утверждение о самом себе, продиктованное чувством стыда. Затем закройте левую часть и в правой части листа запишите утверждение, прямо противоположное по смыслу, т.е. позитивное. Продолжайте писать и далее таким же образом. Не смущайтесь, если вы не верите в положительные утверждения о себе; делайте в этом случае упражнение механически, как будто вы составляете грамматический список антонимов. Затем закройте левую часть листа и прочитайте только правую колонку. Читайте правую колонку позитивных утверждений не менее 2 раз в день. Особенно полезно читать это перед сном. В период подготовки ко сну ваш мозг воспринимает эти утверждения без противления, без критики. Через месяц вы почувствуете себя лучше. Ваш список утверждений о себе может выглядеть примерно следующим образом:

| <b>Негативные</b> | <b>Позитивные</b>                       |
|-------------------|---|
| Я - глупая        | Я - умная                               |
| Я - некрасивая    | У меня вполне приличная внешность       |
| Я - несовершенная | Я - нормальная, в мире нет совершенства |

Чем длиннее список негативных утверждений, тем глубже в нас сидит стыд с детства. Необходимо этот список продолжать до тех пор, пока сознание уже не сможет подсказывать новые нелестные определения о себе самом.

Можно в группе обсудить ситуации, когда из-за чувства собственной малой ценности мы отказывались действовать в своих лучших интересах. Например, участники дискуссии могут вспомнить похожие ситуации:

"Я поняла, что не могу достать себе красивое платье, и отказалась пойти в театр. Тем самым я лишила себя интересного вечера".

"Когда я почувствовала себя довольно уставшей, я хотела полежать. Тут я подумала, что свекровь заклеит меня позором, и мне пришла в голову мысль, что я ленива и вообще я - хуже других. Я пересилила себя и сделала то, что нужно было в данный момент, - я поехала в ателье. А в моих лучших интересах было бы поехать в ателье в другой день".

Задайте участникам дискуссии следующие вопросы:

- Живете ли Вы для того, чтобы в чьих-то глазах представлять определенную ценность, или Вы обладаете неотъемлемым чувством самоценности?

- Не уходит ли Ваша жизнь на то, чтобы Вашу ценность подтвердили другие?

Что необходимо, чтобы избавиться от надменности и величия, т.е. от завышенной самооценки?

Необходимо понять, что надменность и величие оскорбительны для других и нарушают нормальные взаимоотношения. Необходимо принять следующее верование: я далеко не совершенна и не имею никакого права рассматривать себя лучше кого бы то ни было.

Выздороветь от надменности - значит, прекратить сравнивать себя с другими, чтобы убедиться: "А я - лучше". Это не относится к таким крайним случаям, как невольное сравнение себя с насильниками, убийцами. Необходимо просто дисциплинировать мышление, избегать суждений о других людях. Помогает следующее упражнение:

#### Выздоровление от ложного величия

|   |  |
|---|--|
| Суждения, которые я сделала на основе чувства превосходства над другими | Здоровое отношение к моей ценности и ценности других   |
| Я - лучше, чем Варвара, поскольку у нее в квартире кошками пахнет       | Варвара - такая же ценная, как и я, хотя она сделала свой выбор и заселила квартиру кошками    |
| Я - лучше, чем Николай, поскольку я не веду себя так глупо              | Николай - такой же ценный человек, как и я. На глупое поведение у него могут быть свои причины |

Если выполнение этого упражнения повергнет вас в уныние и даст ощущение, что вы ниже других по своему человеческому достоинству, вернитесь к предыдущему упражнению с позитивными утверждениями либо воспользуйтесь нижеследующими позитивными утверждениями:

- Я - важный человек для себя.
- Я нравлюсь себе такой, какая я есть.
- Мне нравится, как я делаю...
- Я духовно расту каждый день.
- Я люблю проводить время с самой собой.
- Я могу сделать все, что намечу.
- Я всегда готова ставить себе новые цели.

#### **Упражнение "Круг повышения самооценки"**

Участники садятся в круг. Выбираем одного из них и просим остальных сказать, что они ценят в этом человеке. Например:

Я ценю в тебе то, что ты... (всегда воодушевляешь меня, что у тебя чудесная улыбка, твои советы всегда мне помогают, с тобой так весело).

Когда все выскажут этому человеку слова поддержки, переходим к следующему сидящему в круге и повторяем все сначала. Продолжаем до тех пор, пока слова поддержки не услышат все. Упражнение требует довольно много времени.

#### **Тема: "Избавление от психологии жертвы"**

Цель - увидеть негативные последствия роли жертвы и сознательно отказаться от нее.

Жертва распознается по скорбно-мучительному выражению лица и заявлениям вроде: "Ах, я бедняжка", "Если бы только мой муж не пил (не изменял мне, не был бы так груб со мной и т.д.), если бы мой сын не употреблял наркотики, я была бы счастлива", "Это неважно, как я себя чувствую, лишь бы им (детям, родителям) было хорошо", "Своей жизнью я не жила, я всю себя отдала...".

Психологические награды, вытекающие из роли жертвы:

- Сочувствие окружающих.
- Сладостное чувство жалости к самой себе.
- Обвинение других вместо попыток изменить свое положение.
- Власть и контроль над другими при помощи вызывания у них чувства вины.
- Проекция на других причин своих несчастий.
- Осознание себя почти святой.

Возможность сохранять существующее положение вещей, в котором жить хоть и больно, но привычно.

Негативные последствия психологии жертвы:

- Роль жертвы - самопораженческая роль.
- Жертвы остаются в одиночестве.
- Неизбежен переход в роль обвинителя, преследователя.
- Жертвы отталкивают от себя близких и притягивают к себе обидчиков.
- Мученицы создают ситуации, которых боятся (ситуации отвержения, утраты любви, социальной изоляции).
- Жертвы порождают жертвы.
- Жертвы злы.

**Избавление от психологии жертвы**

Необходимо взять на себя ответственность за свою жизнь. Настоящую и будущую. Перестать обвинять других в своих несчастьях. Научиться говорить другим, что тебе нужно, не наказывая других чувством вины.

Профилактика психологии жертвы заключается в том, чтобы не пытаться заниматься спасательством других, отказаться от роли спасательницы, позволить другим быть ответственными за их жизни.

Тема: "Да, **мы** умеем думать"

Цель - укрепить уверенность у созависимых в том, что они умеют думать, "вычислять" будущее, принимать решения, строить здоровые отношения.

Когда пациенты будут спрашивать мнение психотерапевта по поводу их собственной жизни, задайте им встречный вопрос: а что Вы думаете по этому поводу?

Поскольку созависимые долго отказывались от своей жизни, то они разучились доверять своему разуму и спрашивают других, как разрешить их проблемы - с кем жить, разводиться или не разводиться с больным алкоголизмом мужем, пускать сына или дочь домой после наркотизации или нет. Иногда же они просто передоверяют другим делать важный выбор за них.

В процессе освобождения от созависимости мы учимся любить себя, доверять себе, слушать себя, понимать свои потребности.

Возможно, раньше мы, созависимые, использовали свой ум не по назначению. Мы тратили все силы на тревогу, на мысли о других. Мы устали. Мы позволили другим злоупотреблять нашим разумом. Прямо или косвенно мы могли внушать себе, что мы не умеем думать и принимать хорошие решения. Не будем верить этой чепухе!

Нижеследующие предложения могут помочь нам обрести уверенность в своих умственных способностях.

**Полезные советы для улучшения умственной деятельности:**

1. Дай хоть немного покоя своему разуму. Посмотри на проблемы отстраненно. Успокойся, а потом решай.

2. Попроси Бога помочь тебе все обдумать. Проси дать тебе правильную мысль, правильное слово и направить на правильное действие. Но учти, что Бог ждет, что ты сделаешь свою часть.

3. Перестань злоупотреблять своим мозгом, не трать его на тревогу, навязчивое обдумывание пьянства или наркотизации близких, на постоянное ощущение себя жертвой.

4. Подкармливай свой разум. Давай ему информацию. Собирай сведения о своих проблемах, побольше узнавай о зависимости от психоактивных веществ, об отношениях в семье при этой болезни. Вначале собери факты, рассортируй их, а потом примешь правильное решение.

5. Подпитывай свой ум здоровыми мыслями. Погружайся в деятельность, которая дает тебе положительные эмоции. Читай книги по психологии, медитации. Назови что-нибудь такое, что позволяет тебе сказать "Я могу" вместо того, чтобы говорить "Я не могу".

6. Распрямляй свой ум. Расширяй свои контакты с миром, узнавай новое, посещай занятия для созависимых.

7. Прекрати говорить плохо о своем уме. Даже в шутку не называй себя идиоткой, никогда не говори "Я глупая".

8. Используй свой ум. Принимай решения. Высказывай их. Не позволяй другим принимать за тебя решения, в этом случае ты - жертва. И не твое это дело - принимать решения за других взрослых. Тогда ты - спасательница.

#### **Тема: "Работа с утратами"**

Цель - ознакомить группу со стадиями процесса отреагирования на утрату и обсудить на примерах из жизни присутствующих продуктивные и непродуктивные стороны этого процесса.

Мы все сталкиваемся с различными утратами в жизни. Оплакивание утрат, процесс отреагирования на печальное событие может быть как здоровым, так и нездоровым. Через переживание утраты мы можем достичь большей ясности восприятия действительности.

Поскольку изменения - естественная часть жизни, то утраты неизбежны. Утраты могут быть самыми разнообразными - от утраты близких людей до утраты мечты, утраты (оставления в прошлом) счастливого детства, юности, просто своего прошлого и так далее. Все, к чему мы привязаны, может уйти от нас. Прощание с предметом своей привязанности, будь то человек, предмет или духовное явление, какое-то верование, представление об идеале, сопровождается чувством печали, утраты и нарастающей душевной болью. Горе часто является неожиданным и каждый человек переживает его по-своему:

1. Шок, отрицание: "Не может быть".

Продуктивная часть - защита от переживания сразу, в один момент, слишком интенсивной душевной боли. Позволяет набраться сил и начать двигаться к физическому и психическому выздоровлению.

Непродуктивная часть - длительное пребывание в состоянии отрицания, использование отрицания как главного механизма психологической защиты может привести к использованию ПАВ и других форм компульсивного эскапизма (убегания от проблемы).

Помогает пройти эту стадию признание своего бессилия перед случившимся (1-й шаг Программы 12 шагов).

2. Гнев.

Продуктивная часть - помогает перестать обвинять себя и других за утрату, возвращает энергию, действует очищающе как катарсис.

Непродуктивная часть - проецирование чувств вовне, экспрессия гнева происходит за счет других чувств. Гнев может стать дисфункциональной формой управления другими чувствами.

Помогает пройти эту стадию признание чувства гнева в связи с несправедливостью утраты и возможность положиться на Высшую силу (2-й шаг из Программы 12 шагов).

3. Депрессия.

Продуктивная часть - выигрывается время для физического выздоровления. Время для самосознания и глубокого размышления. Интенсивные поиски смысла жизни.

Непродуктивная часть: изоляция, нападки на самого себя, интернализированный (обращенный вовнутрь) гнев, чувство вины, которое может переходить в глубокое чувство стыда. Взятие на себя чувства ответственности и самообвинение может стать постоянным механизмом преодоления трудностей.

Помогает преодолеть отчаяние в духовной, эмоциональной, физической, социальной областях то, что ведет к пробуждению сознания на новом уровне. Помогает, если человек активно включается в процесс выздоровления.

#### 4. Принятие.

Продуктивная часть - утрата признается с чувством разрешения проблемы, может быть, даже с чувством благодарности судьбе за испытания, повлекшие за собой укрепление твердости характера.

Непродуктивная часть - движение к неестественному, слишком поспешному «принятию» утраты с «пропуском» чувств, сопровождающих предыдущие стадии этого процесса.

Помогает достижению этой стадии признание того, что утрата и ее результаты признаются как события, повлекшие за собой далеко идущие последствия. Это начало духовного решения проблемы. Помогает то обстоятельство, что человек усиливает чувство ответственности за выздоровление. Важны шаги 4-й, 5-й, а также 6-12-й Программы 12 шагов.

Последовательность стадий условна. Чувства могут возвращаться на предыдущую стадию, затем снова "идти вперед", т.е. к принятию утраты. От психотерапевта, от близких требуется понимание естественности этих реакций. Все, что окружающие могут сделать, это валидизировать чувства страдающего, подчеркнуть, что они могут быть источником поддержки страдающего; но ни в коем случае не следует пытаться побыстрее "подвести" страдающего к финальной стадии - к принятию утраты.

Страдающий будет чувствовать себя лучше, если он сможет на любой стадии выражать свои чувства и видеть, что они поняты и приняты как естественные. Отменить чувства нельзя, они реальные, они уже возникли. Их можно только выразить. Поэтому важно обсуждать предмет утраты, эмоциональное значение этого события и так далее, чтобы открыть каналы чувств.

#### Тема: "Ставим свои собственные цели"

Цель - отработка такого навыка, как умение ставить себе цели, построение древа целей.

На предыдущих занятиях мы поняли, что мы не можем контролировать все в своей жизни. Но мы можем планировать, мы можем просить, мы можем что-то сдвинуть с мертвой точки, мы можем дать импульс движению. Цель нам дает направление и указывает станцию назначения движения.

Ставить цели вовсе не скучно, а наоборот, приятно и даже весело, забавно. Цель - это радость, удовольствие. Цель рождает интерес к жизни, повышает уровень психической энергии и даже улучшает здоровье. Когда у нас есть желанная цель, растет и множится энергия. В таком состоянии мы готовы отдать все, что накопилось в нашем духовном багаже, чтобы завершить начатое дело, достичь цели.

И тогда с нами случаются чудесные превращения. Что-то меняется в жизни. Мы завершаем важные планы. Мы встречаем новых людей. Проблемы разрешаются. Мы оказываемся в новых местах. Наши потребности удовлетворяются.

Скучно ставить долгосрочные цели. Можно спросить себя: что бы мне хотелось завершить через год? Но интереснее спрашивать себя: какие события моей жизни я хочу видеть свершившимися сегодня, на ближайшей неделе, в этом сезоне. Какие проблемы я хочу решить?

Навыку постановки целей могут помочь следующие правила:

1. Превращай все в цель. Если у тебя есть проблема, ты не обязана всегда знать, как ее решить. Однако пусть решение проблемы станет твоей целью. Превращай свои желания в цели. Хочешь что-то изменить в себе? Ставь себе цели. Например, улучшить свои взаимоотношения с мужем, детьми, свекровью и т.д.

2. Выбрось свои многочисленные "я должна...". Довольно контролировать свою жизнь на каждом шагу. Поставь себе целью избавиться от 75 процентов долженствований.

3. Пиши цели на бумаге. Есть какая-то магическая сила в записывании своих планов. Записанная цель фокусирует наше внимание, способствует лучшей организации. Запись как бы направляет энергию точно на цель.

4. Живи свободно, не превращайся в рабыню своей цели. Пусть события протекают естественно. Не нажимай, не торопи. Не тревожься каждую минуту. Не обязательно даже помнить о цели каждый день. Достаточно время от времени ее осознавать. Делай, что можешь, для осуществления цели, каждый день понемногу. Не все сразу. Не упускай своего шанса. И верь, что в нужное время назначенное произойдет.

5. Ставь себе цели регулярно и по мере возникновения потребности. Когда возникает проблема, то возникает и новая потребность. Тогда решение проблемы ты превращаешь в цель и добавляешь ее к старым целям. Когда чувствуешь себя очень неуверенно, то можно ставить себе и такую цель - пройти через кризис.

6. Веди учет целям, которые ты достигла. Вычеркни достигнутое, поздравь себя и поблагодари Бога, если Он имеет, конечно, для тебя значение. Ты обрешь уверенность в себе, станешь доверять Богу и обрешь ритм жизни.

7. Будь терпеливой. Доверься Богу в том, что в нужное время твоя цель осуществится. Не спеши вычеркивать ее из списка только потому, что цель еще не достигнута.

Начни сегодня. Если у тебя нет цели, поставь себе цель ее сформулировать.



**Тема: "Я имею право"**

Цель - способствовать укреплению такой системы ценностей, в которой законным является самопринятие. Это заключительное занятие укрепляет веру в себя, оставляет участников в оптимистическом настроении. Вначале обсуждаем то, что мы себе длительное время не позволяли, запрещали, и формулируем новое отношение к вопросу в виде утверждения "Я имею право...". Из всех утверждений, услышанных от участников группы, составляется список прав, который могут записать все и продолжить его вне занятий. Психотерапевт направляет дискуссию так, чтобы участники формулировали права, отстаивающие интересы членов группы.

**Примерный список прав:**

1. Я имею право сказать "нет" всему, к чему я не готов, или тому, что для меня опасно.
2. Я имею право на все мои чувства.
3. Я имею право ошибаться.
4. Я имею право менять свою точку зрения.
5. Я имею право быть более здоровым, чем те люди, которые меня окружают.
6. Я имею право никак не объяснять и не оправдывать свое поведение.
7. Я имею право делать выбор, а не только терпеть и выживать.
8. Я имею право прекратить беседу, если собеседник меня унижает.
9. Я имею право устанавливать границы и быть эгоистичной.
10. Я имею право заботиться о себе, какие бы ни были окружающие обстоятельства.

**Тема: "Утверждение себя"**

Цель - начать практиковать навык пользоваться позитивными утверждениями о себе, оставить негативные утверждения.

Утверждение и подтверждение себя - важный инструмент освобождения от созависимости и достижения того лада в душе, при котором возможно наше полное психическое и соматическое благополучие.

Мы расширяли репертуар позитивных мыслей в течение всей программы выздоровления и во время чтения предыдущих страниц этой главы. Мы учились думать положительно о себе, о других людях и о жизни в целом.

Воздадим хвалу позитивным посланиям, которые мы взяли либо из жизни, либо в целенаправленной работе над собой. Договоримся с собой, что теперь эти позитивные утверждения мы будем сознательно, дисциплинированно повторять, как ритуал. Может быть, мы будем их твердить монотонно и неустанно, как верующие люди поют псалмы. Частое повторение позитивных утверждений приведет к интернализации их, т.е. к тому, что они войдут внутрь нашей сущности. Мы будем делать это до тех пор, пока позитивные утверждения о себе не поселятся в нашем подсознании.

Утверждение себя означает, что мы меняем негативную энергию на позитивную. Мы и раньше отстаивали себя, свои идеи и прочее опреде-

ленным образом. Теперь мы используем прием утверждения себя. В чем различие? В том, что утверждение означает тщательный выбор того, что мы хотим отстаивать. Мы будем находить противоядие всему тому негативному мусору, которым мы кормили себя всю жизнь.

Если мы думаем о проблеме, то мы усиливаем проблему. Если мы думаем о решении проблемы, то мы набираемся сил и решаем проблему. Мы будем менять правила общения с собой в первую очередь (а потом они сами изменятся и в общении с другими), будем менять послания и пройдем дорогой от лишений (лишения любви, нежности, воздаяния чести и т.д.) до понимания того, что мы на самом деле заслуживаем

Сколько можно жить, подстегивая себя ежедневными грубо агрессивными приказами типа "надо, надо, надо", "работай, работай, работай" "спеши, спеши, спеши", "ты должна, должна, должна"? Довольно. Можно выбросить все это.

Пора подзарядить батарейки своей души позитивной энергией. Если мы подзаряжаем что-то, то наделяем это "что-то" энергией, мощью, силой и даже властью над нами. Не так ли? Теперь мы можем выбрать, что мы будем утверждать и делать сильнее, мощнее.

Начнем с простых позитивных утверждений себя. Часть этих утверждения я взяла из высказываний участников своих тренингов, а часть из литературы (M.Beattie, 1989).

Скажем мысленно или вслух (если вам нравится, то пишите эти утверждения на бумаге и наклейте их на холодильник, зеркало):

- я люблю себя,
- я достаточно хороший человек,
- у меня хорошая жизнь,
- я рада, что живу и дышу сегодня,
- то, чего я хочу и в чем я нуждаюсь, приходит ко мне,
- я могу...

Следим строго за тем, чтобы в наших утверждениях не попалась отрицательная частица "не". Наше сознание или подсознание так устроено, что оно может пропустить, не воспринять частицу "не", и получится обратный желаемому смысл.

Можно считать доказанным, что то, что мы думаем, что мы говорим, во что мы верим, может реально влиять на то, что мы делаем, кого мы встречаем в жизни, за кого мы выходим замуж. Настрой мыслей и чувств влияет на то, как мы выглядим, как мы себя чувствуем, как протекает наша жизнь, и даже на то, как утверждают некоторые серьезные авторы, как долго мы будем жить. В этом смысле верно утверждение, что мы живем столько, сколько хотим. Наши верования, наши мысли и чувства могут определять те болезни, какими мы страдаем. Это же определяет исход болезни - будем мы двигаться к выздоровлению либо продолжать страдать.

Несколько слов о том, чем не являются утверждения. Использовать позитивные утверждения не значит игнорировать проблему. Игнорирование было бы отрицанием, психологической защитой, не помогающей решить проблему. Нам необходимо идентифицировать, т.е. видеть и

правильно называть, все наши проблемы, чтобы сообщить, послать каким-то образом силу и мощь их решению.

Утверждение не является заменой, эрзацем реальности. Утверждение не нарушает правильное восприятие реальности. Утверждение не является одной из форм контроля. Утверждения употребляются вместе с большими дозами смирения, духовности, умения пустить что-то на самотек, что-то просто отпустить (как, например, наше прошлое - мы его отпускаем, пусть прошлое принадлежит прошлому, и начинаем жить тем, что происходит сейчас). Мы отпускаем то, что мы бессильны изменить (например, алкоголизм нашего близкого).

Если возникает сопротивление позитивным утверждениям в отношении себя или о себе, то это нормально. Это говорит о том, что дан старт переменам. М.Битти в своей книге "За пределами созависимости" (M.Beatty. Beyond Codependency (And getting better all the time). - Hazelden. -1989. -252 p.) пишет о том, что часто в случаях, когда она меняла негативное представление на позитивное, она чувствовала, что как будто набегают штормовая волна и смыкает позитивное утверждение. Как будто жизнь говорит: а во что ты действительно веришь? Далее М.Битти пишет: "Пусть шторм себе ревет. Держитесь крепче за новые утверждения. Пусть они будут вашим якорем. Когда шторм стихнет, вы увидите себя стоящей на твердой почве с новыми верованиями".

Что нам помогает утверждать себя позитивным образом?

- Регулярное посещение групп поддержки (психотерапевтические группы, группы самопомощи "12 шагов" и др.).
- Чтение медитаций и глубокое размышление над их содержанием.
- Молитвы.
- Посещение церкви или тех мест, где мы чувствуем себя комфортно.
- Участие в семинарах, психологических тренингах, прослушивание лекций.
- Письменное изложение своих целей.
- Воображение и визуализация с позитивным смыслом. Я создаю образ того, что я хочу пригласить в свою жизнь. Я воображаю себя такой, какой мне хочется быть.
- Разговор с собой в позитивном ключе - важнейший путь утверждения себя.
- Я даю себе новые правила, новые верования, новые послания.
- Вызвать в памяти старые события и послания и разговаривать с ними в позитивном ключе. Например, поговорить ласково и одобрительно с собой в возрасте 3, 8, 11 лет (и сколько вам угодно). Хорошо бы подумать о себе позитивно, глядя на свои фотографии в разном возрасте.
- Написанные позитивные утверждения тоже помогают. Некоторые люди прикрепляют их так, чтобы они попадались на глаза (в кухне, туалете и т.п.).
- Окружать себя теми людьми, которые в нас верят. То, что люди говорят нам, думают о нас, их представления о нас, может ока-

зять громадное влияние на то, что мы о себе думаем, как мы к себе относимся.

- Помогать другим утвердиться - верить в них, поддерживать их, подкреплять их силой и энергией - также помогает нам самим утверждать себя. То, что мы отдаем в данном случае, на самом деле нам прибавляется.
- Пользоваться техниками расслабления, позволять себе развлечения также помогает утверждать себя.
- Работа может быть утверждением того, на что мы способны. Работа может выявлять нашу творческую одаренность (осторожно! Пристрастие к работе - трудоголизм - может истощить нас).
- Давать и спокойно воспринимать комплименты помогает утверждению себя.
- Праздновать успех и свои достижения.
- Делать полезные гимнастические упражнения и заботиться о здоровом питании.
- Внимательно относиться к телесным ощущениям, уважать свое тело настолько, чтобы слушать его.
- Чаще практиковать объятия с близкими и любимыми людьми.
- Быть благодарным - вот лучший способ сказать "Да!" всему доброму.
- Любовь - это утверждение себя. Утверждение себя - это любовь. Практиковать утверждение себя - значит выработать новый стиль жизни. Новый стиль жизни может обеспечить почти что новую судьбу. Возможно, в судьбоносный сценарий и была вписана возможность изменяться.

#### **Динамика созависимости**

**Схема динамики созависимости без оказания помощи и преодоления созависимости при получении помощи:**



#### **Без помощи:**

Недоверие  
 "Я - несчастлива"  
 Потребность в религии  
 Отрицание  
 Угрозы и их невыполнение  
 Взятие на себя ответственности за другого  
 Утрата интересов  
 Заболевания  
 Поддержание «фасада»  
 Употребление лекарств  
 Утрата уважения к себе  
 Сожаления

Социальная отгороженность  
Неопределенные страхи  
Злоупотребление лекарствами  
Крушение всех оправданий  
Чувство поражения  
Хроническая депрессия  
Суицидальные попытки  
Дно, кризис

С помощью:  
Осознание собственных проблем  
Искреннее желание помощи  
Распознавание своей болезни  
Поиски помощи для себя  
Признание своей роли  
Ослабление потребности контролировать  
Появление желания измениться  
Начало расслабления, релаксации  
Развивающийся оптимизм  
Изменение распорядка дня - отдых, диета, сон и пр.  
Ослабление страхов  
Вернувшееся самоуважение  
Уход чувства вины  
Честность  
Доверие  
Развитие новых интересов  
Духовная переоценка  
Новые друзья  
Высокая оценка духовных ценностей  
Умение удовлетворять свои насущные нужды ("сервис для себя")  
Спокойствие духа  
Возврат уважения семьи и друзей  
Самосовершенствование  
Облегчение жизни  
Любовь  
Ободрение  
Радость

Участников терапии просят: "Отметьте карандашом точку, в которой бы находились до начала терапии и сейчас находитесь".

## Глава 9. Реабилитация наркологических больных

Т.Ж.Дудко\*

### **Исторические аспекты реабилитации**

С середины XX века во многих странах начало развиваться новое направление в медицине - реабилитация больных и инвалидов. Пути его становления проходили через многие этапы теоретического осмысления, практического использования и оценки эффективности. В общественное сознание и в медицину термин "реабилитация" вошел через юридические и политические структуры европейских стран, США и Канады. В России этот термин перестал замалчиваться и получил широкое распространение только после XX съезда КПСС (1956), что было связано с оправданием невинно репрессированных граждан и народов. Под реабилитацией понималось полное восстановление по суду или в административном порядке социально-политических и гражданских прав, незапятнанной репутации, снятие выговора, административного взыскания, судимости и проч.

Применительно к медицинским проблемам впервые термин "реабилитация" был использован Иозефом Риттер фон Вусом в монографии "Система общего попечительства над больным" (1903). В 1918 году при основании в Нью-Йорке Института Красного Креста для инвалидов этот термин применялся по отношению к инвалидам по физическому состоянию здоровья.

Первая Мировая война, приведшая к инвалидизации миллионов людей, поставила правительства многих стран перед необходимостью качественно изменить существующую систему медицинской и социальной помощи, чтобы вернуть этих больных людей к жизни и активной деятельности. Частично и временно недееспособные больные молодого и более старшего возраста, в связи с заложенным в них мощным биологическим потенциалом, рвались к жизни в обществе, а не в госпиталях и приютах. Традиционно медицинские модели оказания помощи не оправдывали себя. Было очевидным, что стимулирование больных к участию в жизни общества, а не искусственно пролонгированный "охранительный режим", способствует более быстрому восстановлению их личностных и социальных функций (Т.С.Алферова, О.А.Потехина, 1996).

Наиболее широкое распространение понятие "реабилитация" приобрело во время Второй Мировой войны, вызвавшей повторную волну огромного количества раненых, физически, психически и духовно искалеченных людей, нуждающихся в медицинской помощи, психологической и социальной поддержке. С этого времени оно стало использоваться в сфере деятельности институтов здравоохранения и социального обеспечения, все больше насыщаясь медико-социальным содержанием, вызывая споры и диаметрально противоположные суждения. Вмес-

\* При участии В.А.Пузиенко, Л.А.Котельниковой, М.Г.Цетлина

те с тем, лингвистическая семантика этого слова и его происхождение ни у кого не вызывали сомнения. Оно происходит от латинского слова *rehabilitatio* - восстановление способностей (лат. *re* - приставка, обозначающая возобновление, повторность действия, *habilis* - способность).

В странах французского языка предпочитают пользоваться понятием "ре-адаптация", т.е. восстановление приспособляемости; в Дании и Швеции - "нормализация": понятие, сближающееся с термином "абилитация", используемым в отношении больных, имеющих психический дефект с детства.

По мнению Greenblatt, Simon, Fridman (1956-67 гг.), следует сохранить понятие "адаптация" для определения биологической приспособляемости. Wisenbec, Under (1962) считают, что реабилитация - это интеграция индивида в общество, при которой достигается самое действительное и необходимое приспособление, функционирование. Согласно точке зрения Gestager (1965, 1967), реабилитация - это восстановление больного как личности и как члена общества, попытка включения неполноценного индивида в социальную среду, в которой возможно оптимальное использование его остаточных способностей.

Несмотря на определенные разногласия в трактовке понятия "реабилитации", во всех странах в него постепенно начал вкладываться медицинский, психологический и социально значимый смысл. Наконец, в 1969 г. он получил международное признание и был принят ВОЗ. В частности, ВОЗ определила реабилитацию как "комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума, выведения его на оптимум трудоспособности".

Границы между лечением и реабилитацией рядом авторов считаются условными и в основном носят теоретический характер (A. Querido, 1966). По мнению других специалистов в этой области, реабилитация представляет собой лишь завершающую, конечную стадию лечения (Marteus, Peterson, 1963; K. Tabarka, 1968; Keteber, 1975). Третьи утверждают, что понятие реабилитации очень близко к понятию "тотального лечения" (J. G. Howelts, 1975).

В отечественной психиатрии отмечался постоянный интерес к проблемам реабилитации (особенно трудовой) не только больных с хроническими психическими расстройствами, но и наркологического профиля. Еще на рубеже XIX-XX веков предлагалось лечить больных алкоголизмом не в психиатрических больницах, а в специальных лечебницах, имеющих трудовые мастерские и обеспечивающих длительные сроки их содержания. Л.С. Минор (1897) и А.М. Коровин (1901) создавали в России такие лечебницы для алкоголиков, как в Англии, Германии, Швейцарии. В них использовалась трудовая терапия, больные откладывали часть заработанных денег, имели право оставаться в лечебницах в качестве временных рабочих.

В России и СССР наиболее значимый вклад в разработку и реализацию идей реабилитации психических и наркологических больных внесли П.В. Кащенко, И.В. Стрельчук, Э.А. Бабаян, Д.Е. Мелехов, М.М. Кабанов, И.Н. Пятниц-

кая, Ц.П.Короленко, В.Н.Козырев, В.И.Ревенко, З.Н.Болотова, Н.Г.Осташевская и др. На базе Московской психиатрической лечебницы им. Соловьева в 1920-1921 гг. ВАГиляровский организовал трудовую терапию. Тем не менее, в России лишь с 30-х годов XX века начала широко использоваться модель трудовой занятости больных на этапе лечения. В частности, в 1930-1935 гг. И.В.Стрельчук привлекал больных алкоголизмом к работе на деревообрабатывающем заводе. В психиатрических учреждениях трудовая терапия организовывалась как внутри отделений больниц, так и в специальных лечебно-трудовых мастерских и в сельском хозяйстве. В таких мастерских использовался дифференцированный подход к организации трудовых процессов, создавались цеха разного профиля - столярные, слесарные, швейные, картонажные, сапожные и проч. При этом преследовались две цели: а) использование труда в качестве лечебного фактора, б) приобретение больными новых трудовых навыков и профессии с последующим их трудоустройством. Очень важно отметить, что перед трудовыми мастерскими не ставилась задача быть доходным предприятием, обязательно выполнять план. Чаще всего они были маломощными и получали дотации от государства. Все подчинялось интересам лечения и трудовой реабилитации (З.А.Бабаян, 1958, 1964).

В отечественной наркологии термин "реабилитация" начал употребляться с 70-х годов прошлого века. До этого времени использовалось понятие "лечение", под которым зачастую подразумевался и реабилитационный процесс. Настойчиво внедрялись принцип комплексности, включавший медикаментозное лечение, психотерапию, физиотерапию, культуротерапию, трудотерапию, работусемью и проч., и принцип "многопрофильное", предполагающий обслуживание наркологического больного как врачами, так и другими специалистами различного профиля. Еще в 1949 г. И.В.Стрельчук писал: "Задачи, стоящие перед врачом, ведущим наркологическую работу, ...должны включать **комплекс мероприятий социального и лечебного характера**. ...Нарколог должен широко пользоваться в своей работе консультацией врачей соматиков для выявления соматических заболеваний у наркоманов. В своей работе нарколог должен использовать активные методы лечения (психотерапию, физиотерапию, **культуротерапию, трудотерапию, фармакотерапию**." т.д.). Серьезное внимание должен уделять врач нарколог оздоровлению социально-бытовых условий больного. ...Жены и родственники наркоманов также должны привлекаться к противонаркотической работе и являются активными помощниками врача-нарколога в деле **восстановления** здоровья больных путем организации здорового быта, нормальных условий в семье". "Трудовые колонии для алкоголиков и наркоманов предназначаются для больных, нуждающихся в длительном лечении.... В трудовых колониях должен быть установлен соответствующий режим дня. Значительную роль здесь приобретает трудотерапия, которая приучает больных к систематическому регулярному труду. В трудовой колонии больные приобретают ту или иную квалификацию (столяра, токаря, слесаря, сапожника и т.д.); кроме того, они получают возможность переквалифицироваться в тех случаях, когда это необходимо".



Далее И.В.Стрельчук подчеркивал: "Не следует лишь забывать, что трудотерапия не должна вытеснять другие методы лечения и что одновременно с трудотерапией должен быть максимально использован весь арсенал активных методов лечения (физиотерапия, психотерапия, культуротерапия и т.д.)". Эти идеи И.В.Стрельчука имеют принципиальное значение и в настоящее время.

Б.М.Сегал в монографии "Алкоголизм" (1967) выделил три этапа лечения больных алкоголизмом: 1) этап купирования остаточных явлений интоксикации и абстинентных расстройств; 2) этап выработки отрицательного отношения к алкоголю с помощью психотерапии, условно-рефлекторных методик и "защитных" средств (антабус и т.п.); 3) этап перестройки личности с выработкой новых социально-полезных установок, которые проводятся на фоне поддерживающей терапии. Он фактически рекомендует осуществлять поэтапную реабилитацию больных алкоголизмом, но использует термин "лечение", отмечая, что "социальная реадaptация" больных является конечной целью терапии".

И.П.Пятницкая в одной из первых отечественных монографий, посвященных наркоманиям, - "Клиническая наркология" (1975), описывая этапы восстановления больных наркоманией (период первой адаптации - этап неустойчивого равновесия - этап адаптации на новом, ненаркотическом, ремиссионном уровне), отмечала необходимость внедрения в практику продолжительного (1-2 года) лечебного процесса; в него включались тщательно подобранная медикаментозная терапия, четыре взаимосвязанных этапа психотерапии, работа с семьей; организационный комплекс: больничное отделение - амбулатория. Фактически автором была выстроена структурированная лечебно-реабилитационная система.

В официальных документах Минздрава СССР термин "реабилитация" начал использоваться с 1976 г., в самых первых нормативных актах, на основании которых впервые в мировой практике здравоохранения, в основном благодаря организационной деятельности и идеям Э.А.Баба-яна, начала создаваться специализированная наркологическая служба СССР. В частности, в "Положении о враче участкового психиатре-наркологе", утвержденном 19.03.76 МЗ СССР, отмечено, что "психиатр-нарколог проводит **мероприятия по социальной и трудовой реабилитации** больных алкоголизмом и наркоманиями, оказывает социально-бытовую помощь". В "Положении о наркологическом диспансере", утвержденном 20.08.76, подчеркивалось, что наркологический диспансер осуществляет **"мероприятия по социальной и трудовой реабилитации** больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями".

Обращает на себя внимание обязательное сочетание "социальной" и "трудовой" реабилитации; в понятие "социальная реабилитация" вкладывалась идея трудового перевоспитания. О личности больного алкоголизмом или наркоманией как предмете реабилитации речь вовсе не шла. Фактически в центре внимания находилась не конкретная личность со своим болезненно измененным внутренним миром и деструктивной средой обитания, а дезадаптированный больной человек, недостаточ-

но хорошо приспособленный к выполнению социальных функций, имеющий признаки социального "снижения" и "конфликтующий" с социальной средой. Предполагалось, и на этом был сделан основной акцент, что любой вид труда "в здоровом коллективе" рабочих или тружеников сельского хозяйства решит проблему выздоровления или полного воздержания от злоупотребления алкогольными напитками и наркотиками. Таким путем социалистическое общество якобы могло очиститься от лиц, имеющих проблемы с алкоголем или наркотиками.

Здесь необходимо отметить, что еще за десять лет до выделения наркологии в самостоятельную область лечебно-профилактической помощи в СССР начал накапливаться опыт лечения наркологических больных (преимущественно больных алкоголизмом) в психиатрических стационарах с обязательным привлечением их к труду не только в условиях лечебно-трудовых мастерских, но и на производстве вне территории лечебного учреждения (И.В.Стрельчук, 1949; И.К.Янушевский, 1966; И.И.Лукомский, 1966; Н.А.Сударенко, 1971; Э.Е.Бехтель, 1971, и др.) Больницы заключали договора с предприятиями, колхозами или совхозами, в которые направлялись больные на оплачиваемую малоквалифицированную работу. Кроме того, они использовались на работах внутри больницы на должностях дворников, сантехников, электриков, кочегаров и проч. Вся эта система весьма устраивала главных врачей, так как позволяла при минимальных расходах содержать больницы в благополучном санитарно-гигиеническом состоянии, поэтому каждая психиатрическая больница стремилась иметь наркологическое отделение.

Наиболее распространенной организационной формой, позволявшей использовать принцип "трудовой терапии" в условиях "социалистического" здравоохранения, явились наркологические отделения при предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства, транспорта и проч. (Р.Н.Мурашкин, 1965; С.С.Алексеев, 1973; Л.Н.Лежепекова, 1975; Э.С.Дроздов, 1984, и др.).

В период функционирования промышленной наркологии создавались дневные наркологические стационары при предприятиях. До работы больные получали лечебные процедуры, а затем приступали к работе и обеспечивались двух- или трехразовым питанием. После завершения работы в течение 3-4 часов проводилось противоалкогольное лечение. В ночное время суток больные находились в семьях. С 1976 г. при крупных промышленных предприятиях начали организовываться ночные профилактории для лечения больных алкоголизмом.

Особое место принадлежит лечебно-трудовым профилакториям (ЛТП). Они создавались для наиболее тяжелого контингента больных: отказывающихся от лечения в учреждениях здравоохранения или лечившихся без должного эффекта и продолжающих вести асоциальный образ жизни, нарушающих правила социального общежития и общественный порядок, причиняющих ущерб семье и своему здоровью (Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 08.04.1967). Продолжительность пребывания в ЛТП составляла до 2 лет. По представлению администрации ЛТП, основанному

на медицинском заключении, срок пребывания в профилактории мог быть сокращен народным судом (по месту нахождения профилактория), но не более чем наполовину. Показано, что у большинства больных, выписанных из ЛТП, рецидивы заболевания возникали в течение первых трех месяцев.

После распада СССР "промышленная" наркология и ЛТП были ликвидированы (1993-1994), несмотря на организационно мощную инфраструктуру и определенный положительный опыт работы этих учреждений.

Как уже отмечалось, создание наркологической службы (1975) сопровождалось появлением ряда важнейших нормативных документов. В частности, в течение пятнадцати лет наркологи руководствовались приказами МЗ СССР: 1) от 23.03.76 № 297 "Об утверждении обязательных минимальных курсов лечения больных хроническим алкоголизмом"; 2) от 19.04.78 № 388 "Об утверждении обязательных минимальных курсов лечения больных наркоманиями и токсикоманиями" - и созданными на их основе методическими указаниями и руководствами. Этими приказами определялись основные принципы, методы, этапы не только лечения, но и реабилитации, несмотря на то, что в них этот термин не использовался: 1) устанавливалось, что диспансерное наблюдение и соответствующие курсы лечения осуществляются в течение 5 лет; первые три года больной находится на активном учете и лечении; а последние два года - на учете и наблюдении; 2) регламентировались частота посещений наркологического кабинета; продолжительность стационарного лечения для больных алкоголизмом - 45 дней, наркоманиями и токсикоманиями - 60 дней. Предусматривалась поддерживающая терапия в стационаре в случае обострения патологического влечения к ПАВ (без возобновления приема этих препаратов) - 20-40 дней; 3) закреплялся принцип комплексности лечения, включавшего фармакотерапию, психотерапию, трудотерапию. Подчеркивалось, что "трудотерапия проводится при максимально широком охвате контингента лечатся в отделениях больных"; 4) закреплялся принцип этапности оказания наркологической помощи в условиях стационара и амбулатории, включавшей: а) лечение абстинентных состояний, б) ликвидацию постабстинентных расстройств, астении, дисфорических и депрессивных расстройств, нервно-вегетативных нарушений, бессонницы и т.д., в) выработку установки на отказ от употребления наркотических и других средств, вызывающих болезненное пристрастие, и сознательное отношение к необходимости поддерживающего амбулаторного лечения.

Необходимо подчеркнуть, что обязательные минимальные курсы лечения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями представляли собой первый отечественный стандарт лечения и реабилитации наркологических больных, включающий медицинский, психотерапевтический и социальный аспекты.

З.Н.Болотова, Г.А.Виевская, Н.Г.Осташевская и другие представители наркологической службы УССР (1982) отмечали значение системного подхода к реабилитации наркологических больных, в том числе принципов комплексности и этапности. Подчеркивалось, что реабилитацию необходимо проводить в следующих основных направлениях: восста-

новление и адаптация в условиях наркологических стационаров; поддерживающая и противорецидивная терапия в амбулаторных условиях, нормализация внутрисемейных отношений и на производстве; восстановление профессиональных навыков.

Изучение опыта лечебно-реабилитационной работы наркологических отделений при промышленных предприятиях и в системе ЛТП позволило многим авторам утверждать, что процесс реабилитации должен быть дифференцированным, т.е. соответствующим клиническим особенностям заболевания, степени физической, личностной и социальной дегенерации, осуществляться поэтапно (Р.Н.Мурашкин, С.С.Алексеев, 1976; В.Б.Альтшулер, В.В.Анучин, Т.Н.Дудко, М.Д.Пятов, 1976; И.К.Ураков, В.В.Куликов, 1977; В.И.Ревенко, Г.М.Энтин, 1979; Э.С.Дроздов, 1989, и др.)

Г.В.Морозов и Н.Н.Иванец (1983), используя в качестве основы упомянутые приказы Минздрава СССР, предложили программу лечения и реабилитации больных алкоголизмом, выделив следующие ее "общие положения"

1. Большинство больных алкоголизмом могут лечиться в амбулаторных условиях. В наркологические стационары целесообразно направлять больных с развернутой I и II стадиями заболевания.

2. Непрерывность и длительность антиалкогольной терапии - одно из главных условий эффективности антиалкогольной терапии.

3. Максимальная индивидуализация лечения в зависимости от клинических и микросоциальных факторов.

4. Комплексность лечения (фармакотерапия, психотерапия, воздействие на микросоциальную среду (семья, ближайшее окружение), а также различные **реабилитационные** мероприятия).

5. Установка больных на полное воздержание от алкоголя.

6. Этапность и преемственность лечебных мероприятий: I этап - прерывание злоупотребления алкоголем, купирование абстинентных расстройств, клиническое обследование больного, установление психотерапевтического контакта с его ближайшим окружением (длительность I этапа при амбулаторном лечении 8-10 дней, при стационарном 5-10 дней). II этап - антиалкогольное лечение с целью выработки отвращения к спиртным напиткам и стойкого подавления патологического влечения к алкоголю (длительность при амбулаторном лечении 1-1,5 мес, при стационарном - около 1 мес). III этап - поддерживающее амбулаторное лечение с использованием различных реабилитационных мероприятий (длительность до 5 лет).

Здесь четко прослеживается динамика постепенного перехода от сугубо лечебных мероприятий к реабилитационным, хотя и не указывается, в чем именно должна заключаться реабилитация, какова ее специфика, методология и т.д. Но это уже был один из первых шагов в направлении признания необходимости использования реабилитационного направления в наркологии.

Н.Н.Иванец (1995, 2000, 2001) предложил концепцию терапии наркологических заболеваний, определив ее основные принципы: добровольность, максимальная индивидуализация, комплексность и отказ отупот-

ребления психоактивных веществ. При этом автор обозначает мишени и уровни воздействия: биологически ориентированное (медикаментозное) лечение (дезинтоксикационное, симптоматическое), психологически ориентированное (суггестивные, поведенческие, игровые методики, гештальттерапия, экзистенциальная терапия, комбинированные методы и др.) и социально ориентированное воздействие. Последнее предусматривает "усилия по реадaptации, восстановлению профессиональных навыков или обучение более простой профессии".

Концепция реабилитации психических, а также наркологических больных в настоящее время продолжает формироваться и развиваться. Задачи, принципы и методы и формы реабилитации трактуются разными авторами по-разному. По мнению М.М.Кабанова, внесшего значительный вклад в научную разработку проблем отечественной реабилитологии (1976, 1978, 1985, 1999), реабилитацию следует рассматривать с позиций системного подхода как концептуальную (но в то же время динамическую) систему; под "реабилитацией больных понимается как их ресоциализация, так и восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса". Реабилитация одновременно представляет собой **цель** - восстановление или сохранение статуса личности, **процесс** - имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и **метод** подхода к больному человеку. Метод включает следующие принципы реабилитации: а) партнерство врача и больного (стержневым является апелляция клинчности больного); б) разносторонность усилий, воздействий (объединение усилий врача (персонала) и пациента, направленных на различные сферы жизнедеятельности последнего); в) единство психосоциальных и биологических методов воздействия; г) ступенчатость (переходность) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий.

Реабилитация психических больных, полагает М.М.Кабанов, имеет свои особенности в отличие от "общемедицинской реабилитации" и, прежде всего, предполагает "ресоциализацию", т.е. акцент на личность больного в целом и на социальные аспекты его проблем.

По мнению М.М.Кабанова, принципы реабилитации психических и наркологических больных фактически идентичны. В области наркологии они имеют свои особенности, обусловленные клиникой наркологического заболевания, личностными девиациями, социальным статусом больных и пр.

М.М.Кабанов выделил три этапа реабилитации психически больных, которые, с учетом нозологической специфики, используются и в наркологии: 1) **восстановительная терапия**, направленная на предотвращение формирования психического дефекта и инвалидности; на этом этапе используются фармакотерапия, физиотерапия, ЛФК, лечение средой, занятостью и т. д.; 2) **реадаптация**, которая преследует цель приспособления больного на том или ином уровне к условиям внешней среды; преобладает психосоциальное воздействие, включающее стимуляцию социальной активности различными методами (трудотерапия, обучение профессии, воспитательная работа, работа с родственниками и т.д.); 3) **соб-**

**стационарная реабилитация** - восстановление индивидуальной и общественной ценности больного; бытовое и трудовое устройство, рекомендуется участие в работе АА, НА и т.д. При этом автор считает, что больные алкоголизмом не нуждаются во втором этапе реабилитации (при отсутствии выраженной алкогольной деградации). Акцент реабилитационных мероприятий переносится на социальную и трудовую сферы деятельности.

Предложенная М.М.Кабановым система реабилитации больных с нарушенным психическим здоровьем базируется на таких положениях, как комплексность, мультидисциплинарность, целостность ("связанность") систем, динамическая связь между компонентами системы, иерархичность по "горизонтали" и "вертикали". При этом входящие в систему составляющие обладают относительной автономией. В частности, каждый этап реабилитации автономен, его реализация приводит к достижению определенной цели и, естественно улучшает состояние больного. Однако только завершение третьего этапа способно привести к стойкой ремиссии или выздоровлению. Но и третий этап не может быть реализован без первых двух. Следовательно, известный постулат "Целое больше суммы своих частей" хорошо иллюстрирует понимание реабилитации как сложной медико-социальной системы, которая эффективна только в случае комплексного и поэтапного функционирования всех ее подсистем.

В.Т.Кондрашенко, А.Ф.Скугаревский (1983) полагают, что реабилитация - это динамическая система взаимосвязанных компонентов, которые нельзя свести ни к отдельным методам (психотерапия, трудотерапия), ни к конечной цели (трудоустройство и пр.). Реабилитация больных алкоголизмом - это система мероприятий медицинского, психологического и социального характера, проводимых после возникновения заболевания, а также направленных на его профилактику. Основываясь на работах М.М.Кабанова, они считают, что к основным принципам реабилитации больных алкоголизмом следует отнести: партнерство (врач - больной), разносторонность (разноплановость, комплексность мероприятий), единство биологических и психо-социальных методов воздействия, ступенчатость (переходность, переход от стационарного лечения к амбулаторному и др.).

В.И.Михайлов (1997) полагает, что социальная дезадаптация больных хронической наркоманией требует применения комплекса социально-реабилитационных мероприятий - медицинских, воспитательных, трудовых и пр. Такой подход способствует реадaptации и стабильной рессоциализации больных.

По мнению Т.Н.Дудко (1998,1999) реабилитация в наркологии - это сложная медико-психо-социальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личностного и социального статуса, способности полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ, вызывающих болезненную зависимость и негативные социальные последствия.

Т.Н.Дудко, В.Е.Пелипас, В.И.Ревенко (1998) полагают, что реабилитация - это не только освобождение больного от болезненной зависимости

от ПАВ, но и возвращение его в семью, в общество, где он вновь способен выполнять свои социально полезные функции - члена семьи, трудового коллектива, гражданина и проч. Авторами были выделены следующие принципы медико-социальной реабилитации: добровольность, комплексность (бригадность), единство медико-биологических и психо-социальных методов реабилитации, преемственность (этапность), доверие и партнерство, долгосрочность, интегративность, отказ от патернализма.

В 2000 г. под руководством Н.Н.Иванца группой сотрудников НИИ наркологии МЗ РФ (М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, Т.Н.Дудко, Ю.В.Валентик и др.) была создана концепция реабилитации больных, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях здравоохранения. Отмечено, что реабилитация в наркологии - это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Цель реабилитации - восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Задача реабилитации определяется необходимостью достижения ее конечной цели с учетом важнейших аспектов жизненной ситуации больного - медицинского, личностного, социального - путем ее активной направленной реорганизации.

В качестве принципов реабилитации выделены следующие: 1) добровольность участия больного в лечебно-реабилитационном процессе (ЛРП); 2) доступность и открытость реабилитационных учреждений; 3) доверительность и партнерство; 4) единство социально-психологических и медико-биологических методов целевого воздействия; 5) многообразие и индивидуализация форм (моделей) реабилитационных мероприятий.

Этапы реабилитации - адаптационный, интеграционный (включение больного в полный объем в продолженную программу), стабилизационный (удержание больного в программе, подготовка к переходу к следующему этапу ЛРП, т.е. к переходу в другое специализированное учреждение или к выписке домой).

Условия или требования к осуществлению ЛРП: а) отказ больного от употребления ПАВ; б) личная ответственность за успешную реализацию ЛРП; в) опора на позитивные, личностно значимые для пациента социальные ценности; г) обеспечение правовой и организационной регламентации ЛРП; д) создание в реабилитационном учреждении единой "бригады" ("команды") специалистов.

В 2001 г. была разработана концепция реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, для Министерства образования РФ (Т.Н.Дудко, Ю.В.Валентик, Н.В.Вострокнутов, Л.А.Котельникова, А.А.Гериш, под общим руководством Г.Н.Тростанецкой). Она рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от приема психоактивных веществ, формирование антинаркотичес-

кой установки личности, ее ресоциализацию и реинтеграцию в общество. Содержание лечебно-реабилитационного процесса определяется не только самим заболеванием, спецификой младшего, среднего и старшего школьного возраста, но и возрастом начала формирования и развития болезни. Цель реабилитации - возвращение несовершеннолетних к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказ от ПАВ, восстановление (или формирование) его нормативного личностного и социального статуса. Лечебно-реабилитационный процесс предполагает использование ряда основных принципов: 1) добровольное согласие пациента на участие в реабилитационных мероприятиях; 2) прекращение приема ПАВ; 3) конфиденциальность; 4) системность реабилитационных мероприятий на основе использования "бригадного" подхода; 5) этапность реабилитационных мероприятий; 6) позитивная направленность реабилитационных мероприятий; 7) ответственность; 8) включение в реабилитацию основных значимых других лиц; 9) реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды; 10) дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних; 11) социальной и личностной поддержки после выписки из реабилитационного учреждения.

Выделены следующие этапы реабилитации: а) начальный (вход в программу) - продолжительностью до 2-х месяцев; б) развернутый (основной этап) - до 6-8 месяцев; в) завершающий (выход из программы) - до 2-3 месяцев. Кроме того, предложен профилактический блок мероприятий, реализуемый после завершения основной программы реабилитации. Он направлен на создание социальной поддержки, предотвращение срывов и рецидивов заболевания.

П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг (2000), обобщая основную направленность различных программ реабилитации наркологических больных, полагают, что их цель заключается в реадaptации и ресоциализации наркозависимого и его семьи. Реабилитационные центры должны удовлетворять ряду следующих условий: а) быть достаточно удалены от больших городов и промышленных комплексов; б) соблюдать этапность в выполнении реабилитационных программ; в) соблюдать определенные принципы оградительного режима: справедливость, строгость, заботливость, интеграция в проблемы пациента, постоянная работа с семьей пациента.

Ю.В.Валентик (2001) рассматривает реабилитацию в наркологии как "системный и многоаспектный процесс". По его мнению, основными составляющими такого процесса являются медицинская реабилитация (третичная профилактика), психологическая (личностная), в том числе духовная реабилитация, социальная реабилитация. Цель реабилитации - восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного, позволяющая реинтегрироваться (интегрироваться) в общество, на основе отказа от употребления ПАВ. Из принципов реабилитации автор выделяет такие: добровольность (согласие); отказ от употребления наркотиков (ПАВ); ответственность; опора на социальные ценности и нормы; этапность; системность и командная работа; дифференцированность.



О.В.Зыков, А.Д.Артемчук и др. (2001) говорят о едином "реабилитационном пространстве" (РП), "представляющем собой территориальную систему учреждений, служб, ведомственных структур, общественных инициатив и организаций, принимающих участие в профилактике социальной дезадаптации несовершеннолетних и их реабилитации". Цель РП заключается в позитивной социализации несовершеннолетних; основные принципы РП - клиентоцентризм, системность, развитие системы, целостность усилий, начиная от клиента, его семьи и проч. и до законодательства и государственной социальной политики. Таким образом, РП рассматривается авторами как "функциональное объединение", структура которого определяется потребностями реабилитационного процесса.

В.В.Батищев, Н.В.Негериш (2001) придают большое значение созданию в лечебных учреждениях для наркологических больных лечебно-реабилитационной среды, обеспечивающей безопасность и защищенность заинтересованных в лечении лиц от больных, не мотивированных на лечение, склонных к агрессивным, антисоциальным и провокационным формам поведения. Согласно их мнению, реабилитационная среда в отделении, программа психотерапии и реабилитации создаются и функционируют преимущественно в интересах тех больных, которые стремятся к выздоровлению, максимально быстрой адаптации и ресоциализации. Каждый специалист отделения ощущает себя членом команды, решающей общие задачи.

В практическом отношении реабилитация - это единая система "взаимодействия компонентов для получения фиксированного полезного результата" (П.К.Анохин, 1971). Поэтому реабилитация рассматривается как медико-социальная система, имеющая свои принципы, этапы и закономерности функционирования (Bertalanffy, 1960; М.М.Кабанов, 1971; И.В.Блауберг, Э.Г.Юдин, 1973; Ю.В.Валентик, 1997; Т.Н.Дудко, 1997, и др.).

Наркология, выделенная из психиатрии в 1975 г., вместе с тем остается преимущественно психиатрической дисциплиной, составляя с ней в клиническом, социальном и правовом плане единое целое. За более чем двадцатипятилетний период своего "независимого" существования отечественная 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. Накопленные знания позволяют сегодня сформулировать и систематизировать основные принципы реабилитации наркологических больных, используя системный подход к анализу этой проблемы как один из методов современного научного исследования.

#### **Система принципов реабилитации в наркологии**

Любая социальная система или структура представляет собой целостное образование, основными составляющими которой являются люди,

их связи, взаимодействия, материальная база. Эта система одновременно и процесс, включающий совокупность взаимодействующих элементов, образующих функциональную целостность, способную к развитию, интеграции, самодетерминированности и адаптации (Г.В.Осипов, 1995). Такое понимание социальной системы дает основание утверждать, что реабилитация или лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) - это сложная медико-социальная система, в которой объекты (больной или группа больных) и субъекты (персонал, реализующий ЛРП, материальная база и проч.) реабилитации находятся во взаимосвязанных субъект-объектных и объект-субъектных отношениях. Следовательно, неизбежно определяются объектные (личностные, обусловленные спецификой клинического и социального статуса больного или группы, контингента больных) субъектные (присущие субъектам этой системы) и "комплексные", субъект-объектные основные принципы построения ЛРП.

**Объектные принципы построения ЛРП.** Они, прежде всего, определяются тяжестью наркологических заболеваний, теми клиническими психосоматическими изменениями, которые характерны для больных алкоголизмом и наркоманиями. Вместе с тем, они детерминируются и социальным статусом больных, их половозрастными особенностями, социальными нормами, разделяемыми ими, доминирующими ценностными ориентациями, индивидуальными особенностями и т.д.

В качестве основных объектных (личностных) принципов построения ЛРП нами выделены: **согласие на лечение, ответственность, отказ ОУ употребления ПАВ, аксиологичность (ценностные ориентации)**. Реализация этих принципов не только позволяет начать процесс лечения и реабилитации, но и надеяться на положительный результат функционирования созданной системы - на возвращение (реинтеграцию) реабилитируемого в семью и общество. **Согласие** - это такое поведение больного, когда он добровольно, недобровольно (по принуждению) или добровольно-принудительно **подтверждает свое участие в лечебно-реабилитационном процессе**. В любом случае согласие пациента всегда детерминировано различными внутренними (внутриличностными) и внешними (межличностными, социальными) факторами и поэтому лишь условно может базироваться на свободе индивидуального выбора.

Можно говорить о **добровольном согласии** больного на лечение и реабилитацию, если оно, в основном, опирается на осознанное, глубоко личностное, активное его желание избавиться от зависимости от ПАВ и вернуться к общественно полезной деятельности - учебе или труду. В этом случае мы констатируем **добровольно-реальное согласие**. Естественно, согласие больного на лечение может быть **добровольно-формальным** - продиктованным желанием улучшить свое психофизическое состояние, отлежаться в больнице, сгладить конфликтную ситуацию и т.д. Но и такой вид, по сути, условной добровольности может быть использован для осуществления первых этапов психотерапевтической работы, сфокусированной на усилении у больных мотивации на лечение и ресоциализацию, на их переориентацию на более серьезное отношение к болезни, к проблеме в целом.

Собственно реабилитация наркологических больных, в отличие от лечения, не может быть принудительной. Она всегда включает добровольную, осознанную деятельность, ведущую к приобретению или восстановлению таких личностных качеств, как трудолюбие, самодисциплина, ответственность, честность, терпимость, гражданственность и многих других.

**Недобровольное (по принуждению) или вынужденное согласие** больного на лечение предполагает воздействие на него таких мощных внешних социальных факторов, как приговор суда или, в лучшем случае, давление членов семьи больного. В этом случае больной вынужденно соглашается на лечение, вовсе не преследуя цели окончательно прекратить злоупотребление ПАВ. Соглашательская позиция представляется больному временной, позволяющей в самом недалеком будущем поступать в соответствии со своими желаниями, в том числе с патологическим влечением к "излюбленному" ПАВ, и своими аксиологическими (ценностными) представлениями. ЛРП в этом случае всегда очень сложен, хотя и не безнадежен. Продолжительное (не менее 3 месяцев) лечение, вовлечение в ЛРП, долгосрочное (не менее года) воздержание от ПАВ могут, по нашим данным, примерно у 10% таких больных позитивно изменить ценностные ориентации и иерархию мотивов. В результате эти, как правило, клинически тяжелые больные постепенно ресоциализируются и возвращаются к нормальной жизни.

**Добровольно-принудительное согласие** на лечение - это наиболее часто встречающаяся форма объект-субъектных отношений в рамках ЛРП, когда решение о согласии на лечение принимается больным с учетом как внутренних, так и внешних факторов. Частичное понимание и переживание больными катастрофичности своего болезненного состояния, его связи с разрушением индивидуально значимых нормативных социальных отношений, усиливается внешним давлением на них, порой очень жестким, со стороны родственников и (или) ближайшего окружения. Без такого воздействия больные не могут и не хотят, в связи с болезненными нарушениями, дать согласие на лечение.

Одной из форм добровольно-принудительного лечения считается **альтернативное лечение**, когда больной прямо ставится правоохранительными органами перед дилеммой: лечиться или отправиться в места лишения свободы. Согласие лечиться, даже при такой форме социального принуждения, позволяет обеспечить достаточный срок интермиссий в течении болезни, а порой приводит к реадaptации и ресоциализации больного. Об этом свидетельствует опыт стран, в которых введено подобное альтернативное лечение.

Проведенное нами исследование 482 больных наркоманиями, преимущественно злоупотребляющих опиатами (героин, отвар маковой соломки, "черняшка") и гашишем, показало следующее: добровольно согласились на лечение 7,2% из них, недобровольно (по принуждению: влияние семьи, администрации по месту работы или учебы, правоохранительных органов) - 14,7%, добровольно-принудительно - 78,1 % больных. Таким образом, добровольно-принудительное согласие на лечение

является одной из наиболее часто встречающихся форм включения больных наркоманиями в ЛРП.

Для больных алкоголизмом (693 чел.) соотношение этих показателей оказалось несколько иным: добровольно согласились на лечение 29,7% больных, принудительно - 7,1%, добровольно-принудительно - 63,2%. Следовательно, у этих больных также преобладает добровольно-принудительная форма согласия на лечение. Вместе с тем, среди них, по сравнению с больными опийной наркоманией, в четыре раза больше лиц, добровольно соглашающихся на лечение, и в два раза меньше согласившихся на лечение по принуждению.

Следующим основным объектным принципом построения ЛРП является **ответственность (интернальность)**. Больные берут на себя личную ответственность за свое настоящее и будущее, включающую как личное активное противостояние и сопротивление болезни, собственное желание и нарабатываемое умение отказаться от употребления ПАВ, сказать "нет" в любой ситуации и при любых обстоятельствах, так и активные поиски своего места в семье и обществе. При этом они обязуются следовать по предлагаемому пути медицинской, психологической и социальной реабилитации, который обеспечивает их реальную реадaptацию и ресоциализацию.

Часто встречаются больные, ждущие от врача некоего чуда, которое должно свершиться очень быстро. Они действуют, исходя из внутренней ложной установки: "сделайте меня здоровым", неосознанно сравнивая возможности наркологии с хирургией, когда, например, удаление воспаленного аппендикса полностью восстанавливает здоровье. Поэтому они требуют: "дайте мне таблетку", "закодируйте", "загипнотизируйте", чтобы я не пил или не употреблял наркотики". При этом Я-здоровое как бы остается в стороне от Я-больного и не противостоит ему. Больные в ЛРП остаются пассивными, они не желают говорить "нет" алкоголю или наркотикам даже в тех случаях, когда не испытывают влечения к ним. Рецидив заболевания они объясняют внешними, "независимыми от них" обстоятельствами: "был праздник", "встретил друга", "меня угорюрили", "меня подставили" и пр.

Выработка чувства личной ответственности за свою болезнь, за каждый "срыв" или рецидив является одной из основных задач наркологической бригады, стремящейся перевести прогностически неблагоприятное экстернальное (переложение ответственности "вовне") отношение больного к болезни, лечению, своему социальному статусу в интернальное (внутренне ответственное) отношение. Принцип личной ответственности прочно связан с принципом согласия на лечение. Характер отношения к лечению легко определяется в ходе работы с больным и может корректироваться в динамике ЛРП.

**Отказ от употребления ПАВ.** Этот очень важный принцип формирует реальную установку у больных и их родственников на невозможность умеренного, "нормального" употребления ПАВ без негативных последствий в виде рецидивов болезни, психосоциальной деградации и проч.

Следующим основным объектным принципом построения ЛРП является **аксиологичность** - ценностная ориентированность больных в своем заболевании, в самих себе, в своем социальном статусе, в своих поступках, в отношении к лечению и т.д., основанная на личной и общечеловеческой иерархии ценностей, мотивирующих больных к конкретным поступкам, действиям, смыслообразованию. Ценностное понимание бытия - это личностно значимые характеристики бытия, вырабатываемые в детско-подростковом возрасте, формируемые в процессе жизни и искажающиеся в болезни. Они детерминированы воспитанием, социальным статусом, болезненными личностными изменениями и многими другими факторами. Ценностная ориентация больных устанавливается при клинико-психологическом обследовании больных, а также на основе объективной информации, получаемой от родственников и ближайшего окружения.

Поскольку аксиологическая ориентация детерминирует поведение - побуждает к действию, это позволяет использовать концепцию иерархии мотивов, предложенную А. Maslow, и для больных, зависимых от ПАВ, выделяя так называемые Д- и Б-мотивы.

**Д (дефицитарные)-мотивы** заключаются в низкоуровневых физиологических потребностях, потребности в личной безопасности и т.д. Этот вид потребностной мотивации обуславливает деятельность, активность, направленную на изменение существующего субъективно неприятного болезненного статуса, вызванного злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Такая мотивация преобладает у больных на начальных этапах восстановления и реадaptации в динамике ЛРП. Она может вновь появляться при обострениях заболевания на реабилитационном и постреабилитационном этапах.

В этом контексте возможно выделение эмотивных и конвенциональных (прагматических) мотивов. Эмотивные или физиологические (по А. Maslow) мотивы вызваны тяжелым болезненным состоянием (абстинентный синдром, отравление ПАВ и др.), они побуждают больного активно действовать в направлении улучшения своего психо-соматического состояния. Параллельно больной испытывает потребность в безопасности и защите, включающую стремление быть госпитализированным, попасть на прием к врачу, получить лекарства, находиться под защитой закона и социальных структур.

Конвенциональная мотивация основана на соответствующей договоренности - с родителями или социально значимыми лицами - о том, на каких условиях будет осуществляться лечение, т.е. за какие конкретные "блага": "родители дадут денег, купят машину, разрешат пользоваться имеющейся машиной", "купят туристическую путевку за рубеж", "оставят в покое", "меня не будут преследовать", "не предадут суду", "не осудят" и т.д. Фактически этот вид мотивации отражает отсутствие реального желания лечиться, избавиться от зависимости.

В отличие от дефицитарных мотивов больные могут руководствоваться **мета(сверх)мотивами (Б-мотивы)** - мотивами личностного роста, предполагающими не столько нивелирование дефицитарных состояний, сколько восстановление и реализацию своих фундаментальных лично-

стных и социальных возможностей. В конце восстановительного и на всем протяжении реабилитационного этапов ЛРП "включаются" основные личностные ("высшие") метапотребности - стремление к справедливости, истине, законности, к учебе, работе и т.д. Мотивы роста имеют проекцию на будущее и содержат светлый, оптимистический радикал. Они обогащают и расширяют человеческий и социальный опыт больных, делают их более защищенными и уверенными в себе. Происходит становление самоактуализирующейся личности.

Подобная личностная и поведенческая динамика меняет аксиологическую ориентацию больных, и, следовательно, изменяется мотивация по отношению к ЛРП, которую теперь можно отнести к морально-когнитивной. Она основана на понимании ценности здоровья и жизни, на уважении к субъектам реабилитации (медперсоналу, психологам, социальным работникам и др.), к членам своей семьи, к учебе, труду, на стремлении занять достойное место в обществе и проч. Появившиеся новые потребности могут быть заменены другими, однако в любом случае они требуют активной деятельности, умения преодолевать трудности, достигать цели. Но именно здесь может скрываться опасность, которая часто наблюдается в ходе ЛРП. Недостаточное удовлетворение вновь появившихся значимых метапотребностей может привести к развитию у больных выраженных дисфункциональных состояний - фрустрации, депрессии, обострению влечения к ПАВ, повторной утрате чувства Я-здорового, "оживлению" безответственного отношения к ЛРП, к недоверию к медицине, социальному отчуждению, цинизму, неуважению к другим больным и здоровым людям.

В таких ситуациях, чтобы не допустить "срыв", необходимо постоянно быть в психотерапевтическом контакте с больными, научить их вовремя обращаться за поддержкой, а при необходимости - за медицинской и психо-социальной помощью.

Стабильное психическое и соматическое состояние больных, их устойчивая самоактуализация, как правило, наблюдаются на втором этапе реабилитации и в постреабилитационном периоде ЛРП.

**Субъектные (медико-психолого-социальные) принципы осуществления ЛРП.** Проблема реабилитации, в том числе и наркологических больных, решается субъектами ЛРП, которые обеспечивают, контролируют и оценивают эффективность конкретной помощи больным. Гибкое сочетание антропоцентристского и социоцентристского подходов и принципов позволяет добиться оптимистических результатов.

В России начался процесс организации реабилитационных центров, постепенно создаются условия для перехода от сугубо медицинской к медико-психолого-социальной модели оказания помощи больным алкоголизмом и наркоманиями. В центре новой реабилитационной парадигмы находится больной с его многочисленными медицинскими, психологическими и социальными проблемами.

Анализ международного и отечественного опыта реабилитации психически больных и относительно недавних (30-летних) практических работ в этом направлении специалистов в области клинической и

социальной наркологии позволяют выделить следующие субъектные принципы реабилитации наркологических больных.

**Мультидисциплинарность (бригадность) 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". Такому подходу, по мнению ведущих организаторов здравоохранения и экспертов ВОЗ, принадлежит будущее.

В наркологии мультидисциплинарность находит свое выражение в бригадном методе работы: в единой "команде" взаимодействуют врач-нарколог, медицинский психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник. Естественно, "бригада" может менять свою структуру в зависимости от преследуемых целей. В частности, в ее состав могут быть введены педагог, этнопсихолог, трудоинструктор или другой специалист, позволяющий обеспечить выполнение медико-социальной реабилитационной программы. Бригада - это, прежде всего, функциональная саморазвивающаяся подсистема, сфокусированная на получении позитивного результата, для которой больной и члены его семьи являются основными системообразующими факторами.

Наркологическая бригада, объединяющая усилия квалифицированных специалистов в ЛРП, нуждается в обеспечении их гармоничного взаимодействия, взаимного проникновения их знаний и усилий. Для "запуска" и обеспечения успешного функционирования бригады необходим "оператор" или "координатор". Им может быть врач-нарколог или любой другой член бригады, авторитет и профессиональные знания которого позволяют обеспечить бесперебойное функционирование системы на всех этапах ЛРП.

**Единство различных медико-психолого-социальных методов работы с больными.** Этот принцип подчеркивает конструктивную взаимосвязь биологических и психо-социальных методов работы с больными. Он утверждает единство лечебных (медико-биологических) и реабилитационных (психо-социо-духовных) мероприятий, направленных на восстановление здоровья больных и их успешную реинтеграцию в семью и общество.

**Преемственность (этапность).** Имеется в виду объективно обоснованный переход от медицинских к медико-психологическим и далее - к психо-социальным мероприятиям, осуществляемым на этапах восстановления, реадaptации, реабилитации (ресоциализации) и постреабилитации в различных лечебно-профилактических учреждениях. Следовательно, этот принцип предполагает объединение биосоциальных методов (методик) в единый лечебно-реабилитационный комплекс в рамках различных по структуре и организации работы учреждений.

Восстановительный и реадaptационный этапы ЛРП, когда акцент делается на сугубо медицинских и психологических методах работы с больными, в основном осуществляется в условиях стационаров (больница, отделение, дневной стационар, ночной профилакторий). Реабилитаци-

онный и постреабилитационный этапы ЛРП, когда акцент делается на реализацию психосоциальной программы, преимущественно проводятся в реабилитационных центрах (отделениях), в терапевтических сообществах или в амбулаторных реабилитационных отделениях (кабинетах)

**Долгосрочность.** Этот принцип ЛРП определяется его целью - восстановлением нормативного психофизического состояния и социального статуса больных. Практический опыт и научные исследования показывают, что ЛРП должен продолжаться не менее 3-5 лет. В первые два года ремиссии состояние больных остается неустойчивым и во многом определяется "наркоманическим дефектом", который включает интеллектуально-мнестические нарушения, морально-этическое снижение, проявления органического поражения ЦНС (особенно при злоупотреблении летучими ПАВ), психо-социальную дисфункциональность, повышенную склонность к а- и антисоциальным поступкам, а также влечение к ПАВ постоянно готовое "прорваться" во всей своей разрушительной мощи.

**Интегрированность.** Субъект ЛРП, представляющий собой субсистему, входящую в общую систему субъектно-объектных отношений, чтобы адекватно функционировать и сохранять единство и равновесие всей системы, должен взаимодействовать с различными государственными, общественными, частными структурами. Только в этом случае может быть обеспечена достаточно полная поддержка больных в вопросах ресоциализации - приобретения профессии, трудоустройстве, учебе, получении жилплощади, пенсии, их юридическая и правовая защита.

**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. Бригадный метод работы объединяет усилия специалистов в направлении развития и реализации положительных личностных и социальных ресурсов больных. Каждый член бригады отказывается от позиции "опекуна", "благодетеля", стимулирует больных к максимальному выполнению своих обязанностей и ответственному отношению к самому себе и своему образу жизни. Совместные усилия бригады способствуют постепенному появлению у больных уверенности в себе, готовности изменить к лучшему свою жизнь, планировать свое будущее.

**Общие объектно-субъектные принципы осуществления ЛРП**

В сложной системе ЛРП составляющие ее автономные субсистемы объединены общими принципами, которые цементируют и стабилизируют систему, обеспечивая достижение цели. К таким принципам могут быть отнесены **доверие, партнерство, подготовка и использование волонтеров из выздоравливающих больных, открытость (доступность и информативность).**

**Доверие.** Условно можно выделить первичный, вторичный и третичный уровни доверия больного к медицине, врачу и ЛРП. **Первичный уровень доверия** 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 доверия** определяется контактами с конкретным субъектом ЛРП; это: а) встреча с врачом, психологом, социальным работником - доверие определяет их внешний вид, манера держаться, выражать свои мысли, культура речи, этика поведения и проч.; б) качество лечебно-реабилитационной среды (состояние материальной базы: стационар, амбулатория, реабилитационный центр, община и проч.). Оценка больного определяет выбор: можно ли довериться? Выбор переходит в согласие. На этом этапе уровень доверия обусловлен конструктивной завершенностью коммуникативного процесса (дискурса), нахождением больного и врача (психолога и т.д.) в общем, едином языковом контексте, т.е. пониманием друг друга в рационально-логическом смысле, и конкретной эмоционально-обнадеживающей перспективой. Усиливаются вера в лечение и надежда на излечение. Больной надеется накопить-то восстановить свое здоровье, социальные связи, наверстать упущенное и проч. Врач, психолог, специалист по социальной работе надеются, что, опираясь на доверие больного, учитывая имеющийся у него реабилитационный психо-соматический и социальный потенциал, удастся вовлечь его в ЛРП и добиться выздоровления. При этом совместные действия членов наркологической бригады направлены на формирование и усиление мотивации больного на долгосрочное участие в ЛРП.

**Третичный уровень доверия** определяется конкретными аргументами, подтверждающими реализацию надежд больного и членов наркологической бригады 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 - возникает чувство взаимного расположения и уважения. Больной становится ко-терапевтом и тем самым помогает сам себе и ЛРП.

Как правило, на этапах восстановления, реадaptации, реабилитации и постреабилитации ЛРП все три уровня доверия выражены. На первых двух этапах ЛРП они во многом определяются дефицитарными мотивами, а на последующих - позитивными метамотивами. В случаях обострения заболевания, особенно при возобновлении влечения к ПАВ, проявлениях продолжительной эмоциональной неустойчивости, при возвращении в привычную наркотическую среду, больные частично утрачивают доверие к возможностям медицины, психологов, социальных структур вернуть им здоровье и социальный статус. Нередко от них можно услышать печальную фразу: "Мы конченные люди". И все же утрата больными доверия всегда частична. Поэтому они еще и еще раз пробуют лечиться и начать жизнь сначала.

Родственники больных и они сами, оказавшись в такой ситуации, ищут все новых специалистов в области наркологии, новых методов лечения,

в том числе и парамедицинских. Выход из такой сложной ситуации, как правило, следует искать в самом больном. Здесь имеется в виду не тяжесть его заболевания, что, естественно, архиважно, а отношение больного к проблеме болезни, к ее биологическим и социальным радикалам. Эффект лечения и реабилитации достигается в том случае, если больной начинает активно сопротивляться своему Я-больное, стремится действовать в соответствии с рекомендациями членов наркологической бригады, т.е. защищаться от болезни, все больше активизируясь и беря на себя ответственность за ресоциализацию.

**Партнерство (сотрудничество, взаимодействие).** Использование медицинских и психо-социальных методик, внедрение бригадного метода работы в системе ЛРП возможны только в случае обеспечения подлинного партнерства с пациентом (объектом реабилитации). В противном случае позитивные субъектно-объектные и объектно-субъектные отношения не только не возникают, но развивается совершенно противоположное явление - антагонизм. Сотрудничество в системах врач - больной, психолог - больной, специалист по социальной работе - больной и др., переходящее в более сложную систему отношений: наркологическая бригада - больной - группа больных, может быть устойчивым и продуктивным при наличии следующих принципиальных условий: достаточно высокой мотивации больных на участие в ЛРП, квалифицированности и "бригадности" работы персонала, качественного уровня лечебно-реабилитационной среды.

**Подготовка консультантов из выздоравливающих больных и создание групп психологической поддержки (АА, АН, Ал-Анон, Апатии).** Этот принцип является очень важным, так как свидетельствует о том, что система ЛРП способна материализоваться в виде конкретного "продукта" своей деятельности, она жизнеспособна. "Рождаются", формируются активные помощники реабилитационной бригады: выздоравливающие больные (волонтеры), группы поддержки, терапевтические сообщества. Так называемые волонтеры для больных представляют собой ролевую модель, некий эталон, демонстрирующий реальность выздоровления. Им доверяют, с ними охотно советуются, но вместе с тем проверяют прочность ремиссий и уровень социальной реадaptации. Авторитет волонтеров зарабатывается большим трудом, метамотивация у них достигает высокого уровня, воздержание от ПАВ является "делом чести". Очень немногие волонтеры пожизненно удерживаются в этом статусе, но, пройдя свой путь реабилитации, они приобретают стойкий "иммунитет" против рецидивов.

Крайне важным элементом в системе ЛРП является психотерапевтическая и психокоррекционная работа **с членами семьи больных и другими значимыми лицами**, помогающими нормализовать внутрисемейные отношения, контролировать поведение больных, предотвращать рецидивы заболевания, стабилизировать их социальный статус.

**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, его личностная и социальная ре-

абилитация, определяют цель открытой системы ЛРП, движение всех видов информации в ней имеет в равной мере вертикальную и горизонтальную направленность. Такая система устремлена в будущее и открыта для новых технологий. Зарубежный и отечественный опыт показал, что личностный рост наркологического больного возможен только в открытой реабилитационной системе. 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 ресoциализации больных.

**Легитимность ЛРП.** Демократические реформы в России в последние годы способствовали укреплению правового статуса граждан, нуждающихся в оказании им наркологической помощи. "Основы законодательства об охране здоровья граждан" (1993) устранили дискриминирующие нормы в отношении наркологических больных, которые уравнены в правах с больными любого нозологического профиля. Это право: 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 классификации основных принципов ЛРП наркологических больных представляет собой методологическую основу целевой деятельности. Она способствует большей ориентированности специалистов в различных аспектах ЛРП и помогает организовать его более эффективно.

**Табл. 1** представлен системный подход к построению основных принципов лечебно-реабилитационного процесса в наркологии (Т.Н.Дудко, 1999).

### **Дифференцированная система реабилитации наркологических больных**

#### **Определения, цели и задачи**

**В медицине реабилитация** - это комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне; это восстановление больно-

Таблица 1

## Система основных принципов реабилитации в наркологии

| <b>Объектные</b><br>(личностные,<br>присущие больному)  | <b>Объектно-<br/>субъектные</b>  | <b>Субъектные</b><br>(исполнители ЛРП,<br>материальная база<br>программы)  |
|---|--|--|
| <b>Согласие</b><br>(подтверждение<br>участия в ЛРП)<br>А) добровольное:<br>- реальное<br>- формальное<br>Б) недобровольное<br>В) добровольно-<br>принудительное<br>Альтернативное<br><br><b>Ответственность</b><br>(интернальность)<br><br><b>Отказ</b><br><b>от употребления ПАВ</b><br><br><b>Аксиологичность</b><br>Д-мотивы<br>А) эмотивные<br>(функциональные)<br>Б) конвенциональные<br>(прагматические)<br>Б-мотивы<br>(мотивы роста)<br>А) морально-<br>когнитивные | <b>Доверие</b><br>А) первичное<br>Б) вторичное<br>В) третичное<br><br><b>Партнерство</b><br>(сотрудничество,<br>взаимодействие):<br>А) с больными<br>Б) с волонтерами<br>В) с группами психоло-<br>гической поддержки<br>(АА, АН, АЛ-АНОН.<br>АЛАТИН, ТС)<br>Г) с членами семей<br>больных<br><br><b>Подготовка</b><br><b>консультантов</b><br>(из выздоравлива-<br>ющих больных)<br><br><b>Открытость</b><br>(доступность,<br>информативность<br>ЛРП, телефон<br>доверия, СМИ)<br><br><b>Легитимность</b> | <b>Мультидисциплинар-<br/>ность</b><br>(бригадность)<br><br><b>Единство медико-<br/>психосоциальных<br/>методов работы</b><br><br><b>Преимущество</b><br>этапов ЛРП:<br>восстановительный<br>реадаптационный<br>постреабилитационный<br><br><b>Долгосрочность</b><br><br><b>Антилатерализм</b><br><br><b>Интегрированность</b> |

го как личности и члена общества, возвращение его в семью, социум и к общественно полезному труду.

Понятие лечения включает совокупность медицинских мероприятий, направленных на устранение патологических процессов, развивающихся в больном организме, а также на устранение или облегчение страданий больного человека (например, в наркологии - дезинтоксикация, лечение психотических, постабстинентных, эмоциональных расстройств и т.д.).

Несмотря на существенные различия между понятиями "реабилитация" и "лечение" на практике при многих заболеваниях, в том числе и в наркологии, они представляют взаимосвязанный лечебно-реабилитационный процесс. Реабилитация неотделима от медикаментозного, физиотерапевтического и психотерапевтического воздействия, она начинается на возможно ранних этапах лечения, практически, с первых контактов больного

с медицинским персоналом. В свою очередь лечение, особенно в наркологии, фактически применяется на всех этапах реабилитации. Интеграция этих близких, но самостоятельных направлений медицины, обеспечивает максимально эффективную помощь больному.

В связи с изложенным следует признать правомерность использования понятия "лечебно-реабилитационный процесс" (ЛРП) наряду с понятием "реабилитация". ЛРП или реабилитация представляет собой сложную медико-социальную систему мероприятий, образующих функциональную целостность, способную к развитию, интеграции, самодетерминированности и адаптации. Эффективность этой системы во многом зависит от конструктивной взаимосвязи медико-биологических и психо-социальных методов работы с больными, обеспечивающих единство лечебных и реабилитационных мероприятий как в условиях стационаров (реабилитационный центр, отделение), так и амбулатории.

Методология реабилитации базируется на парадигме междисциплинарного единства биологической, социальной и духовной сущности человека, изменяющейся и деформирующейся в результате заболевания и способного к восстановлению при реализации медико-социальных программ реабилитации. Система реабилитации последовательно использует восстановительный потенциал реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий в их взаимодействии и в соответствии с поставленной целью, задачами, принципами реабилитации и реабилитационным потенциалом больных.

Избавление от болезненной зависимости от ПАВ во многом связано с формированием позитивной системы взглядов, намерений - нравственных, этических, религиозных и т.д., благодаря которым по-новому осознаются и оцениваются отношения больных к действительности и проблемам, связанным с болезнью. В связи с этим в сложной системе лечебно-реабилитационного процесса присутствует своеобразная идеологическая конструкция, которая рассматривается как необходимая часть позитивной реабилитационной программы. Поскольку идеология включает набор ценностей, моральных убеждений, мировоззренческих позиций, то, естественно, в определенном контексте она соприкасается с "философией" лечебно-реабилитационного процесса. Реабилитационная среда предлагает пациентам конкретную функциональную философию, помогающую жить и иметь обнадеживающую перспективу. Персонал реабилитационного учреждения, являясь носителем устойчивой морали и этических норм, выступает в качестве ролевых моделей, которым неосознанно следуют больные и, приобретая опыт, создают собственную "философию", являющуюся основой личностных позитивных перемен. В результате приобретает чувство ответственности за выздоровление и свое надежное место в обществе.

**Цель реабилитации в наркологии** состоит в максимальном восстановлении физического, психического и духовного здоровья наркологических больных, их нормативных личностных и социальных качеств.

**Задачи реабилитации** в наркологии включают медицинский, психотерапевтический, психологический и социальный аспекты:

- 1) осуществление комплекса фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий, направленных на подавление стержневого синдрома заболевания - патологического влечения к ПАВ;
- 2) нивелирование астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, обусловленных злоупотреблением ПАВ;
- 3) формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремление к жизни без ПАВ;
- 4) формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов;
- 5) восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет положительных эмоций при решении личных и социальных задач;
- 6) восстановление коммуникативных навыков;
- 7) обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать алкоголю или наркотикам "нет", умению определять предвестники обострения влечения к ПАВ и преодолевать срывы заболевания;
- 8) обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения;
- 9) формирование ответственности за свое поведение и здоровый образ жизни;
- 10) формирование (восстановление) навыков систематического труда и учебы;
- 11) стабилизация профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов;
- 12) нейтрализация алкогольной или наркотической субличности ("я - больной", "я - наркоман") и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности;
- 13) формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;
- 14) формирование реальной жизненной перспективы;
- 15) восстановление семейных отношений;
- 16) психотерапевтическая работа с родственниками больных, направленная на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния с целью предупреждения срывов заболевания, преодоление созависимости;
- 17) медико-социальная профилактика срывов и рецидивов заболевания.

**Реабилитация (лечебно-реабилитационный процесс - ЛРП)** наркологических больных, в отличие от реабилитации больных при других заболеваниях, имеет свои особенности. В результате злоупотребления ПАВ у больных не только формируется собственно наркологическое заболевание, а также сомато-неврологическая патология, аффективные, поведенческие и интеллектуально-мнестические расстройства, но и неизбежно возникают значительные нарушения личности - нравственные,

мировоззренческие, социальные, ценностной ориентации, степени и направленности волевой регуляции поведения, различные социофобии и др. В связи с этим **под реабилитацией или лечебно-реабилитационным процессом в наркологии** понимается медико-социальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личностного и социального статуса. Для достижения цели используется комплекс медицинских, психологических, психотерапевтических, воспитательных, трудовых, социальных мер и технологий.

Реабилитация наркологических больных может осуществляться в специализированных наркологических учреждениях и подразделениях ЛПУ, включая амбулаторное реабилитационное отделение (в том числе с дневным стационаром), стационарное реабилитационное отделение (центр), а также в реабилитационном общежитии и терапевтических сообществах (общинах) в соответствии с Приказом Минздрава РФ № 76 от 18.03.97 "О наркологических реабилитационных центрах".

Эффективность реабилитации (ЛРП) зависит от следующих взаимосвязанных составляющих: четко обозначенных целей, задач, принципов, дифференцированности и продолжительности реабилитационных программ, реабилитационной среды, реабилитационных технологий, материально-технического обеспечения, реабилитационного потенциала больных, квалификации кадров в области реабилитации, постреабилитационной психологической и социальной поддержки больных.

**Реабилитационная среда (РС) в наркологии** - совокупность объективных факторов - организационных (реабилитационный центр, стационар, амбулатория, община, "дом на пол-пути" и т.д.) и функциональных (медицинских, трудовых, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных), объединенных программой реабилитации, влияющих на восстановление или формирование социально приемлемых личностных и поведенческих качеств больного, способствующих его реадaptации и ресоциализации. В структуру РС входят и сообщества НА, АА, Ал-Анон, позитивно скорректированная семья больного и др. В реабилитационной среде перед больным ставится задача реализовать себя в тех условиях, в которых он находится на сегодняшний день, т.е. работать, учиться, вступать в нормативные коммуникативные отношения, быть ответственным за выздоровление, проявлять активность в освоении реабилитационной программы. Ему оказывается помощь в замене нереальных личных целей конкретными, а также в достижении этих целей.

Реабилитационная среда обеспечивает высокий уровень безопасности и защищенности больных, стремящихся к выздоровлению, от тех лиц, которые в реабилитационном учреждении или в ближайшем окружении проявляют агрессивность, неуважение к человеку и обществу, насаждают наркотический и криминальный образ жизни. РС следует рассматривать в качестве промежуточного звена между обществом и пациентом. Воздействие на больного осуществляется не прямо через общество (макросреду), а опосредованно, через специально организованную среду (микросреду)

реабилитационного учреждения. В этой связи формируемые РС позитивные традиции, ритуалы и правила приобретают особое психотерапевтическое значение. Прежде всего, это система общепринятых (персоналом и пациентами) ритуалов "приема" и "выписки" из РЦ, "перевода" больного из одного этапа реабилитации в другой, свод правил поощрения или наказания, основанная на принципе психологической обратной связи. Например, в определенной обстановке - это приветствие, аплодисменты, объявление благодарности или порицания. С этой целью используются психотерапевтические и воспитательные техники: "свеча", "горячий стул", "скамя", "стрижка" и т.д. Особенно значимой традицией в РС является использование "ролевой модели" - лидера, "идеала", к которому хотелось бы приблизиться или даже превзойти его. Это, несомненно, является мощным стимулом для выздоравливающих больных и, безусловно, оказывает влияние на эффективность проводимых мероприятий. "Ролевой моделью" может быть любой член коллектива, в том числе волонтер-консультант с большим сроком ремиссии (не менее 1 года), - что наиболее желательно, так как, с одной стороны дает надежду на возможность долгосрочного отказа от ПАВ, преодоление болезненной зависимости от наркотика, а с другой стороны, укрепляет доверие к реабилитационному учреждению, персоналу, проводимой программе и проч.

Приспособление к РС, умение реализоваться в ней является одним из основных этапов выздоровления и требует от больных усилий, направленных на максимальное использование всех своих физических, психических, личностных и духовных качеств. Проявление и стабилизация этих качеств могут осуществляться исключительно в гуманистической, лично-ориентированной развивающей среде. В этом смысле организационная и функциональная составляющие РС являются лишь базисной основой для решения разнообразных по своей идеологической направленности программ любого реабилитационного учреждения - частного, государственного, муниципального. В некоторых из них не соблюдается принцип комплексности или, что имеет первостепенное значение, практически исключается гуманистический подход к решению задач реабилитации. При таком методологическом подходе акцент в основном делается на трудовую занятость и соблюдение иерархических отношений колониального, лагерного или сектантского типов, что обеспечивает управляемый режим содержания, но в конечном счете неизбежно приводит к личностной и социальной декомпенсации и к вовлечению больных в ассоциальные, а нередко - криминальные группировки.

Наиболее оптимальной формой оказания больному реабилитационной помощи является реализация в реабилитационной среде комплексных медико-социальных гуманистических программ (далее КГПР - **комплексная гуманистическая программа реабилитации НИИ наркологии МЗ РФ**). КГПР - это методологически обоснованный лично-ориентированный медицинский, психодинамический и социокультурный подход к решению проблем больного человека. Для КГПР характерны гуманистическая направленность, открытость, комплексность, этапность и научная обосно-



ванность реабилитационных технологий и принципов, гласность, гибкие коммуникативные связи, активное участие пациентов в лечебно-реабилитационном процессе, разделение ответственности за эффективное функционирование реабилитационной среды, уважение и доверие к персоналу и друг другу, обязательная трудовая занятость. В РС формируются когнитивные и эмоциональные межличностные отношения персонала и пациентов на основе понимания и принятия друг друга. Стимулируются самостоятельность, ответственность, инициативность, аккуратность, креативность (способность к творчеству), успешность, соблюдение норм этики и гигиены, трудолюбие и пр. В соответствии с принципами КГПР в РС осуществляется научение навыкам нормативного поведения, коммуникативных отношений, соблюдению правил легитимности, ценностной ориентации и т.д., используются различные психотерапевтические методики, психотехники, тренинги, ролевые модели. КГПР позволяет объединить медицинские, психологические, психокоррекционные, психотерапевтические и социальные направления и мероприятия (индивидуальные, групповые, семейные) и объективно оценить результаты ЛРП.

Эффективность ЛРП во многом также зависит и от уровня реабилитационного потенциала наркологического больного. **Реабилитационный потенциал (РП)** - это совокупность физических, психических, социальных и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и ее последствий, в восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности. В практическом отношении - это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива.

Основные составляющие РП могут быть условно разделены на 4 блока: 1) преморбид; 2) клинические особенности заболевания наркоманией; 3) особенности социального статуса и социальных последствий наркомании; 4) личностные особенности больного.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих РП больные наркоманией могут быть разделены на три группы: больные с высоким, средним и низким **уровнем реабилитационного потенциала (УРП)**. УРП - это дефиниция, включающая оценку всех этапов формирования болезни и развития личности - от преморбидных особенностей и индивидуальной predisпозиции до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса больного. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больного. УРП - это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, пронизывающая все стадии заболевания и социального функционирования больного, меняющаяся в зависимости от интенсивности и долгосрочное™ ЛРП. УРП больного не остается на постоянном уровне, он увеличивается или уменьшается в зависимости от выбора и осуществления им той или иной линии поведения, ориентированной на употребление или неупотребление наркотиков.

В связи с изложенным, если трактовать состояние больного, пользуясь предложенной дефиницией УРП, образуется четко обозначенная стратегическая позиция осуществления ЛРП, позволяющая дифференцированно и оптимально использовать потенциальные адаптационные и компенсаторные возможности больного и РС, лечебно-реабилитационных программ и технологий.

Дифференциация больных наркоманией по уровням РП - высокий, средний, низкий - позволяет разделять потоки наркологических больных с учетом тяжести заболевания и медико-социальных последствий наркотизации, обосновать их направление в то или иное реабилитационное учреждение, а также определить продолжительность и объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Высокий уровень реабилитационного потенциала.** Характерно (I блок) отсутствие наследственной отягощенности<sup>TM</sup> наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативное психическое и физическое развитие, хорошие или удовлетворительные условия воспитания. Клиника наркомании (II блок) проявляется относительно поздним началом употребления наркотиков (18-20 лет), коротким сроком заболевания (до 1 года), преимущественно интраназальным или пероральным способом употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам, мононаркоманией, отсутствием передозировок ПАВ и суицидальных тенденций. Симптомы наркотического абстинентного синдрома, в том числе и опийного, характеризуются низкой интенсивностью, они нивелируются в течение 2-3 дней. Постабстинентные расстройства не выражены или проявляются в виде кратковременной астенической симптоматики. Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства, психопатологические нарушения и соматические заболевания, приобретенные в период злоупотребления ПАВ: гепатиты, ЗППП, туберкулез, ВИЧ-инфекция. Критика к заболеванию сохранена, выявляется достаточно аргументированное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в ЛРП носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста (Б-мотивы - по А. Маслоу), т.е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать общественные морально-этические принципы и т.д.

Социальный статус (III блок) характеризуется достаточной устойчивостью в основном нормализованных семейных отношений (конфликты, как правило, носят ситуационный характер), вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и проч.), отсутствием судимости или вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры. Случаи воровства и проявления лживости, как правило, редкие. Больные быстро сознаются в своих проступках, раскаиваются, просят прощения, дают слово впредь их не со-

вершать. Родственники таких больных активно противодействуют употреблению ПАВ, разрушают их связи с лицами, употребляющими наркотики, способствуют соблюдению режима ЛРП, охотно контактируют с врачами и психологами по вопросам реабилитации.

Изменения личности у больных с высоким реабилитационным потенциалом (IV блок) не характеризуются выраженными стойкими нарушениями. Морально-этические отклонения находятся в тесной взаимосвязи с собственно наркоманическим радикалом и проявляются в периоды обострения влечения к наркотикам или при рецидивах заболевания, что может свидетельствовать о проходящем, нестойком характере таких нарушений. Интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения у этой группы больных фактически отсутствуют.

Таким образом, у больных с высоким УРП выявленные нарушения в основном касаются II блока РП, т.е. клиники начальной стадии наркомании. Морально-этические отклонения носят транзитный характер; они плотно связаны с динамикой заболевания и проявляются в периоды обострения влечения к наркотикам или при рецидивах заболевания.

**Средний уровень реабилитационного потенциала.** В преморбиде (I блок) может определяться наследственная отягощенность по прямой или восходящей линии родителей. Воспитание осуществлялось нередко в неполной семье; материальное положение семьи среднее или плохое, интерперсональные отношения членов семьи часто неровные. Могут отмечаться задержки физического или психического развития, девиантность поведения, нарушения сексуальной сферы, легкая внушаемость и прочее.

В клиническом блоке (II блок) чаще всего выявляется начало употребления наркотиков с 16-17 лет, продолжительность заболевания - от 1 года до 3 лет, преимущественно внутривенное введение наркотиков, параллельное злоупотребление другими ПАВ. Наряду с периодическим видом влечения к наркотикам часто наблюдается и постоянное влечение, особенно в периоды рецидивов заболевания. Наркотический абстинентный синдром (НАС) и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность. НАС продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства - до 2 месяцев. Определяются единичные случаи передозировки наркотиков и суицидальные мысли (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома. Терапевтические ремиссии непродолжительны (1-3 недели). Спонтанные ремиссии если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые. У это контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда и зависимость от него. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации: гепатиты, ЗППП, иногда ВИЧ-инфекция, туберкулез. Из приобретенных психопатологических нарушений отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром. Мотивация на участие в ЛРП носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов (Д-мотивы) - это желание избавиться от болезненных проявлений НАС (а не от наркоти-

ков), получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания.

В III блоке (социальном) у больных отмечаются постоянные, а порой и неразрешимые конфликтные отношения с родителями или с женами. Они отличаются трудно корригируемым поведением, проявляющемся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой с замкнутостью, мотивационной неустойчивостью и прочее. Образование среднее или (иногда) незаконченное высшее, часты академические отпуска или исключения из институтов. Обычно такие больные плохо учатся, часто прогуливают занятия или не выходят на работу, имеют проблемы с правоохранительными органами. Круг социальных интересов узкий, однообразный. Профессиональные навыки и "умение" учиться зачастую утрачиваются, отношение к труду в основном безразлично-пассивное.

Для IV блока (личностные особенности) характерно морально-этическое снижение средней тяжести. Преобладают эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность и проч. Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление наркотиков. В своей же семье, особенно в присутствии беззащитной матери, они отличаются цинизмом, неуступчивостью, агрессивностью, не контролируют свои эмоции, способны к разрушительным действиям. Как правило, воруют деньги и ценности из дома, делают долги, скрываются от своих кредиторов. Им присущи непостоянство интересов, частая перемена мест работы, неуклонное снижение профессионального уровня. Этому контингенту больных трудно быть ответственными за свое поведение, принять лично значимое решение, не связанное с наркотиками, и реализовать его. Стратегия жизненно важных планов обычно завершается их вербальной формулировкой и обещаниями "начать действовать", "прекратить фантазировать" и проч.

У большинства больных формируется социофобический синдром, включающий: а) страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю; б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда могут вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации; в) тревогу, чувство краха и бессилия перед развивающейся реальностью, в которой он (она) чувствует себя как бы застывшим в развитии, уже не способным хорошо учиться, заниматься спортом, добиться признания и уважения в нормативных (т.е. не наркотических) микросредах - в школе, в семье, среди друзей. Попытки самому изменить себя - "налечь" на учебу, быть дисциплинированным, "воспитанным" и прочее, - не реализуются. Мощное влечение к наркотикам и ощущение комфорта в наркотической среде разрушают все благие намерения.

К ситуациям, наиболее часто провоцирующим социофобии, относится общение с лицами, не употребляющими наркотики, а именно: знакомство, общение, особенно с должностными лицами, прием гостей, нахождение с ними за столом, какая-либо работа в присутствии других лиц, первые встречи с врачом или психологом и т.д.

Нами выделены следующие морально-этические, соматовегетативные и поведенческие проявления социофобии у больных наркоманиями:

а) стремление отрицать (скрыть) заболевание наркоманией и ее морально-этические последствия при условии признания факта употребления наркотиков; лживость, лицемерие, неадекватность самооценки (завышенная или сниженная), нереальные представления о своих возможностях, безответственное отношение к своим обязанностям, работе и учебе; б) тахикардия, повышенная потливость, напряжение мышц, чувство "сосания под ложечкой", сухость во рту, чувство жара или холода, головная боль, которые возникают при первых встречах с врачом или другими значимыми людьми; в) специфические для наркоманической среды неопрятный внешний вид, манера говорить, демонстративность поведения и проч.

Нарушение коммуникативности у больных наркоманией касается исключительно той среды, в которой не употребляют наркотики и осуждают их употребление. Именно в такой, свободной от наркотиков среде проявляется социофобия и, следовательно, затрудняется общение больных.

Интеллектуально-мнестическое снижение у больных со средним УРП имеет четко очерченную клиническую картину. Это, прежде всего, снижение всех видов памяти, концентрации внимания, способности обобщать и выделять главное. Характерными нарушениями также являются бедность воображения и торпидность мышления.

Существенные нарушения обнаруживаются и в эмоциональной сфере; они с особой яркостью проявляются в нестандартных ситуациях, влияющих на обострение влечения к наркотикам, - это контакты с наркоманической средой, конфликты в семье, по месту учебы, ссоры с друзьями, экзаменационные сессии и прочее. Прежде всего, они характеризуются аффективной лабильностью, депрессивно-тревожными реакциями, фиксированными страхами, суицидальными мыслями и проч. Продолжительное время сохраняются ипохондричность, сниженное настроение, астения. Может наблюдаться склонность к избыточной драматизации ситуации, пессимистическое отношение к лечению и возможно-му избавлению от наркотической зависимости.

Таким образом, для больных со средним УРП характерны: развернутая стадия заболевания, значительные нарушения социального статуса, морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение. Морально-этические отклонения приобретают собственную автономию, вырабатывается стойкая негативная ценностная ориентация. Постепенно утрачивается тесная связь личностных морально-этических нарушений с патологическим влечением к наркотикам. Отмечается наркоманическая деградация в легкой и средней форме, при которой устанавливается органическое единство медицинских, личностных и социальных последствий наркомании. Следует отметить, что описанные расстройства, касающиеся когнитивной сферы, поведения и социофобии, при длительном воздержании от наркотиков могут нивелировать, что позволяет надеяться на эффективность комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий у этого контингента больных.

**Низкий уровень реабилитационного потенциала.** У больных выявляется отягощенная наследственность наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей или ближайших родственников. Нередко они воспитываются в неполных семьях среднего или низкого материального положения. Отношения в семье чаще были неравными или конфликтными, злоупотребление алкоголем (пьянство) одного или обоих родителей считалось, чуть ли не естественным явлением. Даже в тех случаях, когда семья была полной, родители мало уделяли внимания своим детям. Нередко воспитание проходило в условиях гиперопеки со стороны родителей или разведенной матери. Естественно, что в такой среде физическое и, особенно, психическое развитие осуществлялось с задержками, а порой и с выраженной патологией. В анамнезе у таких больных часто отмечаются инфантилизм, невротическое развитие личности, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение. Успеваемость в школе (особенно средние и старшие классы) обычно посредственная, образование до начала употребления наркотиков незаконченное среднее. Круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый. Употребление алкоголя начиналось с 11-12 лет.

Во II блоке (клиническом) УРП преобладает раннее начало злоупотребления ПАВ (12-15 лет); продолжительность заболевания более 3 лет, способ введения наркотика преимущественно внутривенный; в основном отмечается параллельное злоупотребление другими ПАВ (гашиш, психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и проч.). Видвращения к наркотикам - постоянный. Наркотический абстинентный синдром (опийный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и проч. (его продолжительность 9-12 дней). Продолжительность постабстинентных расстройств - до 2-3 месяцев. Очень часто имеют место передозировки ПАВ, суицидальные мысли и действия в период существования НАС или в ремиссии. Спонтанные ремиссии отсутствуют, в основном они короткие терапевтические или вынужденные (содержание под стражей). У подавляющего большинства больных диагностируются гепатиты, ЗППП, туберкулез, иногда ВИЧ-инфекция. Употребление алкоголя в период заболевания наркоманией комбинируется с употреблением наркотиков; нередко отмечается зависимость от алкоголя. Из приобретенных патологических нарушений практически у всех больных определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное поведение, психопатия), социофобия. В сексуальной сфере отмечается снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют. Критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания. Как правило, эти больные не верят в возможность выздоровления и нормализации социального положения. Поэтому мотивация на участие в ЛРП в основном проявляется недобровольным согласием, основанным на прагматических мотивах.

(Д-мотивы): избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду.

Для III блока (социальный статус) у этих пациентов характерно совместное проживание больных с сожительницами (сожителями), употребляющими наркотики, или проживание у родственников второго порядка - бабушка, дедушка, тетя и др. Семейные отношения постоянно конфликтные или неразрешимо конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности, что часто приводит к прекращению каких-либо отношений если не с двумя родителями, то с одним из них (обычно с отцом). Образование чаще среднее, редко - незаконченное среднетехническое или высшее. Как правило, больные не работают и не учатся. Отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, хотя чисто формально они склонны заявлять, что "скоро начнут работать", "ищут работу" и проч. Но если им удастся устроиться на работу, то они ее вскоре бросают или их увольняют за прогулы, мелкое воровство, безответственность и проч. Круг социальных интересов в основном узкий. Нередки судимости, обычно связанные с употреблением наркотиков. Профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены. Родители таких больных зачастую становятся индифферентными по отношению к своим детям и не скрывают своего желания избавиться от них. Поэтому обеспечить контроль над такими больными со стороны семьи весьма сложно и проблематично.

В IV блоке (личностные особенности) УРП у этих больных отмечаются выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение, а также грубые аффективные нарушения. Ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за свое заболевание на окружающих становятся характерными чертами личности. Интересы преимущественно сосредоточены на наркотиках. Все виды памяти снижены; отмечается торпидность мышления; ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания; преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость. Больные стремятся к уединению и покою, испытывая единственное желание - добыть новую дозу наркотика. В эмоциональной сфере преобладают подавленное настроение, ипохондричность, аффективная неустойчивость и депрессия, которые нередко сопровождаются суицидальными проявлениями.

Таким образом, у больных с низким УРП отмечаются: развернутая или тяжелая стадия наркомании, раннее начало и многолетнее злоупотребление наркотиками параллельно с другими ПАВ, выраженная соматическая патология, асоциальный образ жизни, средняя или тяжелая степень деградации личности по наркоманическому типу. Образуется своеобразный наркоманический дефект шизоидного, психопатоподобного или психо-органического типа. Большинство вышеописанных нарушений (морально-этических, интеллектуально-мнестических, аффективных) приобретает стабильность. Только продолжительные лечебно-ре-

абилитационные мероприятия способны уменьшить их выраженность и в определенной мере придать им транзитный характер.

**Этапы, технологии и условия реализации  
лечебно-реабилитационного процесса**

Лечебно-реабилитационный процесс как сложная медико-социальная система опирается на целый ряд принципов, находящихся во взаимосвязанных функциональных отношениях. В этой связи принципы последовательности, преемственности (этапности) и комплексности ЛРП предполагают осуществление объективно обоснованного перехода от медицинских к медико-психологическим и далее - к психо-социальным мероприятиям. ЛРП может быть условно разделен на следующие этапы: **восстановительный и собственно реабилитационный.**

Восстановительный (преимущественно медицинский) этап направлен на лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической наркотической интоксикацией - психотические нарушения, наркотический абстинентный синдром, постабстинентные расстройства. Порой они проявляются в весьма тяжелой форме и представляют угрозу жизни больного. Кроме того, больные нуждаются в специальном клиническом и лабораторном обследовании. Поэтому обязательными условиями их направления в реабилитационное стационарное (центр, община) или амбулаторное отделение (кабинет) являются предварительное лечение состояний острой интоксикации ПАВ, абстинентных и постабстинентных расстройств, а также специальное медицинское обследование (общий анализ крови и мочи), биохимические анализы крови (сахар, белок, белковые фракции, печеночные ферменты, остаточный азот, мочевины), анализ крови на ВИЧ, RW; ЭКГ). Продолжительность восстановительного этапа ЛРП - 1-2 месяца.

Собственно реабилитация больных наркоманиями условно подразделяется на **три этапа: адаптационный, интеграционный и стабилизационный.**

**Первый этап реабилитации (адаптационный)** направлен на приспособление больных наркоманиями к условиям содержания и распорядку работы реабилитационного стационара или амбулатории. Осуществляется консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, проводятся противорецидивные мероприятия. Больной постепенно втягивается в режим работы стационара (амбулатории), максимально участвует в самообслуживании, в уборке помещений и проч. Формируются группы по интересам, проводятся пробные психологические занятия. За это время подбирается программа реабилитации в соответствии с результатами обследования и уровнем реабилитационного потенциала. Чаще всего на этом этапе преимущественно у больных со средним и низким УРП могут проявляться психопатологические нарушения: обострение патологического влечения к ПАВ, астенические, эмоциональные (депрессии, дистимии), поведенческие (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение) расстройства. В связи с этим реабилитационные мероприятия пер-



вого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность. Продолжительность этого этапа - от 2 до 4 недель в условиях реабилитационных стационаров для больных со средним и низким УРП и 1-2 недели в условиях амбулатории для больных с высоким УРП.

**Второй этап реабилитации (интеграционный)** представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты. Больные интегрируются в психотерапевтические реабилитационные программы, приобщаются к учебе, работе, занятиям в спортивных секциях и кружках по интересам. Формируются устойчивые группы больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебой, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее. Большое значение уделяется организованному досугу. Продолжается психотерапевтическая работа с родственниками и терапия созависимости. Продолжительность этого этапа - 2-3 месяца в условиях стационара для больных со средним и низким УРП и 1-1,5 месяца в условиях амбулатории для больных с высоким УРП.

**Третий этап реабилитации (стабилизационный)** направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Акцент переносится на психо-социальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели - восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращение его в семью и общество. В связи с этим увеличивается объем физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация, больные вовлекаются в работу групп само- и взаимопомощи АН, АА, Нар-Анон и проч., т.е. регулярно вывозятся из реабилитационного центра для участия в работе этих обществ.

Продолжительность этого этапа - 8-10 месяцев в условиях стационара для больных со средним и низким УРП и в амбулатории для больных с высоким УРП, если ее реабилитационная программа рассчитана на один год, и от 20 до 21 месяца при двухгодичной программе.

Необходимо отметить, что все этапы реабилитации в условиях стационара или амбулатории должны по возможности реализовываться без перерыва, что позволяет действительно добиться желаемой эффективности. В ряде случаев сроки реализации ЛРП могут быть укороченными для больных с высоким и средним УРП. Зависит это от восстановительных возможностей больных, их ускоренной реадaptации и ресоциализации, которые подтверждаются методами клинического обследования и объективной информацией. В результате программа может быть относительно короткой - до 9 месяцев (для больных с высоким УРП) или средней продолжительности - 12 месяцев (для больных со средним УРП). В последнем случае больные со средним УРП первые 3-6 месяцев должны находиться в реабилитационном стационаре (отделение, центр), а затем в реабилитационной программе, которая завершается амбулаторно.

Больные, не имеющие возможности участвовать в реабилитационных программах по месту жительства, могут быть направлены в реабилитационное общежитие. В этом случае допускается совместное пребывание в общежитии больных с родственниками и членами семьи при условии включения их в семейные психореабилитационные программы. Продолжительность реабилитации в таких случаях, как правило, не должна превышать 6 месяцев (Приказ МЗ РФ № 76 от 18.03.97 "О наркологических реабилитационных центрах").

После завершения каждого этапа реабилитации члены наркологической бригады оценивают состояние больного и коллегиально выносят решение о переводе больного на последующий этап реабилитации или оставляют его на прежнем этапе. С первых дней ЛРП очень важно убедить больного в том, что он обязан подтвердить (своим поведением, соблюдением распорядка дня, выполнением рекомендаций сотрудников РЦ, активным участием в программе и т.д.) готовность быть переведенным на следующий этап реабилитации.

Начиная с первого этапа, проводится аттестация (оценка) достижений больного по следующим направлениям: этика поведения в РЦ (стационар, амбулатория; семья); самообслуживание; отношение к труду, приобретение и совершенствование профессиональных навыков; отношение к учебе (уровень успеваемости); участие в работе секций, кружков, их посещаемость и т.д.; качество индивидуальной работы по заданиям специалистов и ответственность за взятые на себя обязательства, отношения с родителями; коммуникативные навыки; уровень межличностных отношений; критика к своему заболеванию; восприятие своего будущего и реальность планов на ресоциализацию.

В конце третьего (стабилизационного) этапа перед выпиской из реабилитационного учреждения проводятся обследование и итоговая аттестация путем письменного тестирования и собеседования. Оценивается соматическое и психическое состояние больного, осуществляются ретестирование и проверка ретестовой надежности.

Своеобразный экзамен включает письменные ответы на вопросы и компьютерное тестирование. К основным темам этого "испытания" относятся: понимание наркомании как болезни (медицинские, психологические, социальные признаки); последствия наркомании; признаки обострения заболевания; навыки профилактики срывов и кризисных ситуаций; роль труда и учебы в выздоровлении; самооценка; критика к своему заболеванию; степень усвоения основных психологических, этических и социальных понятий, например, таких понятий, как эмоции, стресс, тревога, опасность, здоровье, самоконтроль, воля, дружба, ответственность, совесть, долг, правдивость, трудолюбие, цель, карьера, семья, духовность и др.

Устное собеседование должно носить дружеский характер, в процессе которого подготовленный к выписке пациент отвечает на вопросы своих товарищей и членов реабилитационной бригады. Обязательным является рассказ о себе, своем заболевании, динамике выздоровления, позитивных достижениях, взаимоотношениях с семьей, конкретных пла-

нах после выписки из реабилитационного учреждения. Итоговая аттестация завершается (желательно в присутствии родственников) добрыми напутствиями и вручением пациенту памятного "подарка" в виде своеобразного свидетельства о завершении программы реабилитации.

Процедура письменных ответов на вопросы и собеседование имеет огромное ритуальное и воспитательное значение. Анализ результатов этого мероприятия позволяет определить теоретическую подготовленность больного, прочность приобретенных практических навыков, коммуникабельность, готовность к успешному функционированию вне реабилитационного учреждения, а также оценить качество работы конкретной наркологической бригады.

В историю болезни вносится реабилитационное заключение, включающее в себя: а) диагноз, оценку УРП, информацию о приобретенных знаниях и навыках, профессиональной ориентированности, целеполагании, отношениях с семьей; б) медицинские, психологические и социальные рекомендации.

Больные с высоким УРП практически не нуждаются в реабилитации в условиях реабилитационных стационаров (центров, отделений) или общин.

В амбулаторные реабилитационные отделения направляются наркологические больные с высоким УРП, а также прошедшие полный курс медико-социальной реабилитации в условиях реабилитационных стационаров или общин. Осуществление реабилитационных программ в амбулаторных условиях позволяет больным продолжить работу или учебу, жить дома под присмотром семьи. Вместе с тем, перед ними ставится целый ряд требований, включающих тщательно расписанную и контролируруемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, дисциплинированность, ответственность за взятые на себя обязательства и т.д. Фактически больной привлекается к сотрудничеству и в максимально короткие сроки становится ко-терапевтом в достижении целей своей реабилитации и поэтапном решении ее задач.

Очень важно в структуре амбулаторного реабилитационного учреждения иметь дневной стационар. В него направляются больные, у которых обнаруживаются признаки обострения заболевания (появление влечения к наркотикам, депрессии, дистимии и проч.), эпизоды кратковременного употребления наркотиков (1-2 дня), алкогольные эксцессы, признаки нахождения в стрессовых ситуациях (тяжелая болезнь или гибель близких людей, "предэкзаменационный синдром", значительные личностные неприятности) и проч.

Дневной наркологический стационар представляет собой несколько усеченную модель круглосуточного реабилитационного стационара. Программа предусматривает ежедневное использование реабилитационных технологий. Воздействие на больных осуществляется через собственную РС, влияние семьи и ЗДЛ. В результате больные поддерживают тесные отношения со своими семьями, выполняют определенные обязательства и реализуют положительное социальное функциониро-

вание. В частности, после короткого перерыва они могут продолжать учебу или работу. В связи с этим реадaptация и ресoциализация происходят без разрыва устоявшихся социальных отношений.

Продолжительность пребывания больных в дневном стационаре - 10-20 дней, затем больной вновь переводится на амбулаторное обслуживание. В случаях значительного ухудшения клинического состояния, появления неоднократных срывов, выраженных эмоциональных и поведенческих расстройств больной направляется для лечения в наркологический стационар. Впоследствии, если устанавливается, что УРП снизился до среднего, больной, при его добровольном согласии, переводится в реабилитационное отделение или центр.

В тех случаях, когда больной изначально направляется в амбулаторное реабилитационное отделение, продолжительность реабилитационных программ при высоком УРП и объективной эффективности ЛРП, как правило, должна составлять 9-12 месяцев. Во всех других случаях - не менее двух лет.

В стационарные реабилитационные учреждения (центры, отделения) или общины направляются лица со средним и низкими УРП. После завершения медико-психологической и социальной реабилитационной программы в условиях стационара или общины больные направляются в амбулаторное отделение для осуществления поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ, участия в работе групп само- и взаимопомощи АА, АН.

В ходе реализации реабилитационных программ **в условиях амбулатории** график участия больного в программах зависит от этапов реабилитации. На этапах адаптации и интеграции целесообразно обеспечить посещение больным амбулатории не менее 2 раз в неделю в течение 3 месяцев. На этапе стабилизации ремиссии - 1 раз в неделю в течение 2 месяцев, а затем 1 раз в месяц, в течение последующих 8-9 месяцев. После одного года интенсивной реабилитации по показаниям, основанным на критериях УРП, больной включается в программы поддерживающей реабилитации, направленные на усиление мотивов личностного и социального роста, на профилактику срывов и рецидивов заболевания. На этом этапе 1 раз в два месяца в основном осуществляется психокоррекция проблем, связанных с работой, учебой или семьей. На всех этапах реабилитации в условиях амбулатории необходимо проводить контроль психофизического состояния больных и проводить диагностическое тестирование ПАВ в биологических жидкостях

#### **Технологии лечебно-реабилитационного процесса**

Решение задач реализации реабилитационного потенциала больных неизбежно приводит к возникновению ряда проблем, имеющих прямое отношение к медико-социальной системе ЛРП. К ним относится определение основных реабилитационных технологий, создающих условия, предпосылки, основания, благодаря которым восстанавливается больной - его физические, психические и духовные ресурсы переходят из сферы возможного в сферу реального.

Ниже приводится классификация реабилитационных технологий, обеспечивающих функционирование ЛРП на всех этапах реабилитации, с учетом УРП.

#### **Технологии ЛРП**

##### **I. Терапия реабилитационной средой**

1. Организационная и функциональная составляющие РС + реабилитационная программа (РП)
2. Семья
3. Терапевтическое сообщество (ТС)
4. "НА", "АА", Нар-Анон и др.

##### **II. Диагностические технологии**

1. Соматическое обследование
2. Биохимическое обследование
3. Психологическое обследование
  - А) Тестирование
  - Б) Ретестирование
  - В) Проверка ретестовой надежности

##### **III. Медицинские технологии**

1. Фармакотерапия
2. Физиотерапия
  - А) сауна
  - Б) массаж
  - В) иглорефлексотерапия
  - Г) электротерапия (электросон, электрофорез, гальванический воротник, дарсонваль, УВЧ и др.)
3. Гидротерапия
4. Лечебная физкультура (йоготерапия, ушу-терапия и пр.)
5. Иммунотерапия
6. Ароматерапия и фитотерапия
7. Апитерапия
8. Апифитотерапия
9. БАД, диетотерапия
10. Гипокситерапия
11. ЭСТ

##### **IV. Психотерапевтические и психокоррекционные технологии**

1. Основные направления:
  - а) динамическое
  - б) когнитивно-бихевиоральное
  - в) гуманистическое
  - г) системное
  - д) экзистенциальное
  - е) семейное
2. Методики, техники, упражнения
3. Психодрама, гештальттерапия, НЛП, трансактный анализ, голотропная терапия, танатотерапия, логотерапия, "12-шагов", крэйвинг-терапия, кинезиология и др.

**V. Терапия занятостью**

1. Самообслуживание
2. Трудотерапия
3. Учеба
4. Спорт
5. Кружки по интересам
6. Аниматерапия

**VI. Организация досуга**

1. Ведение дневника
2. Выполнение домашних заданий
3. Чтение литературы
4. Прогулки
5. Спортивные занятия (боулинг, аэробика, посещение спортивных секций)

**VII. Арт-терапия**

1. Рисунок, живопись
2. Лепка
3. Резьба по дереву
4. Музыкотерапия
5. Аудиовизуальная терапия
6. Танцы
7. Драматерапия

**VIII. Социотерапевтические технологии**

1. Приобретение профессии
2. Трудоустройство
3. Юридическая помощь
4. Обеспечение психологической и социальной поддержки больного
5. Психотерапевтическая поддержка семьи

**IX. Бьютитерапия**

1. Косметикотерапия
2. Имиджтерапия

**X. Духовно-ориентированные технологии**

1. Религия
2. Этика и эстетика жизни
3. Гуманизм как форма жизненной практики

**XI. Система патронажа****XII. Оценка эффективности ЛРП**

При поэтапной реализации лечебно-реабилитационных программ и технологий очень важно обеспечить **постоянное функционирование наркологической бригады**, состоящей из врача психиатра-нарколога, психолога, специалиста по социальной работе и социального работника. Кроме указанных специалистов, членами такой бригады могут быть

воспитатель, педагог, мастер производственного обучения и др., а также "волонтер" из бывших пациентов. В результате их взаимодействия реализуются принципы комплексности и этапности, благодаря которым достигается высокая эффективность любой реабилитационной программы.

На первом, адаптационном, этапе реабилитации деятельность бригады координирует врач психиатр-нарколог; на интеграционном этапе координатором может быть психолог, а на стабилизационном этапе - специалист по социальной работе. На итоговых еженедельных совещаниях члены бригады обсуждают выполнение планов работы, касающихся каждого больного, и намечают пути дальнейшей реабилитации. Общими усилиями специалистов бригады достигается постепенный переход больного от преимущественно медицинского к психологическому и социальному аспектам реабилитационной программы, обеспечивая, таким образом, реализацию принципа поэтапной реадaptации и ресоциализации больных.

**Необходимым условием** эффективного функционирования РС и реализации реабилитационных программ и технологий является **оптимальная организация распорядка дня**, сочетающая медицинские, психотерапевтические процедуры с самообслуживанием, трудотерапией, обучением, индивидуальными занятиями, арт-терапией, спортом, организованным досугом и пр. В результате обеспечивается **постоянная занятость больных**, что является одним из важных принципов ЛРП. "Терапия" занятостью и режим дня придают реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм, который втягивает больных в многомесячное действие. В результате рождаются сильные позитивные эмоции и чувство радостной общности с окружающими, больные ощущают себя идущими по пути выздоровления. Этот ритм жизни в РС не должен нарушаться и без необходимости изменяться, поскольку в течение нескольких месяцев неустойчивое психическое состояние, низкое самосознание, выраженная деиндивидуализация и проч. способны очень легко разрушить лечебно-реабилитационную соразмерность (гармонию).

Следует учитывать, что "терапия" занятостью и режим дня, являясь неотъемлемой составляющей реабилитационных программ, направлены на развитие у больных таких качеств, как организованность, дисциплинированность, ответственность, терпеливость, сила воли, умение ценить личное свободное время, уважение к персоналу и пр. Поэтому они должны соблюдаться строго и неукоснительно. Весь персонал реабилитационного учреждения (стационар, амбулатория) обязан объяснять больным значение "терапии занятостью" и необходимость соблюдения режима дня, правил и норм поведения.

Совершенно очевидно, что реабилитационные наркологические учреждения должны иметь условия для реализации медицинских, психотерапевтических, трудовых, профориентированных, учебных, спортивных, арт-терапевтических и иных программ. В этой связи, в реабилитационных стационарах (центрах) необходимо иметь медицинский комплекс с физиотерапевтическим и психотерапевтическим подразделениями. Кроме того, желательно создать **производственные** (столярные, слесарные, швейные и

другие мастерские); **сельскохозяйственные** (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство); **животноводческие** (кролиководство, птицеводство, конное хозяйство и проч.) **подразделения**. Не менее важно иметь изостудию (рисование, лепка, фотография и др.), спортивный и досуговый комплекс, позволяющие реализовывать весь объем реабилитационных технологий. Для амбулаторных учреждений является обязательным создание условий для осуществления физиотерапевтических, психотерапевтических, досуговых и спортивных программ.

### **Медицинский, психологический и социальный аспекты реабилитации**

#### **Медицинский аспект реабилитации**

##### ***УРП высокий. Условия реабилитации амбулаторные***

Как уже указывалось выше, больные наркоманией с высоким УРП проходят реабилитацию в амбулаторных условиях, продолжая учебу или работу. При этом привычное микросоциальное окружение не исключает возможности контактов с лицами, продолжающими злоупотребление наркотиками, сохраняется опасность "провокационных" действий со стороны последних. В этой связи, даже при отсутствии объективных признаков обострения патологического влечения к наркотику, больным опийной наркоманией необходимо принимать блокаторы опийных рецепторов, особенно на адаптационном и интеграционном, а при неблагоприятном микросоциальном окружении, при стрессовых ситуациях, и на стабилизационном этапах. Налтрексон гидрохлорид (антаксон, ревиа) назначается в суточной дозе 50 мг ежедневно или дробно 3-4 раза в неделю (350 мг препарата на 7 дней). Длительность приема блокаторов опиатных рецепторов устанавливается индивидуально, в одних случаях - 4 месяца, два курса в год или непрерывно в течение года.

Часто на адаптационном и интеграционном, а иногда и на стабилизационном этапах ситуационно или аутохтонно возникает обострение влечения к наркотику, что вызывает необходимость назначения, наряду с блокаторами опийных рецепторов, средств, подавляющих влечение к психоактивным веществам, - это нейролептики (галоперидол, галоперидол деканоат, пипортил, модитен-депо и др.) в течение 2-4 недель, а также антидепрессанты (амитриптилин, леривон, тразадон и др.) - 4-5 недель, антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроат натрия) - 2-4 недели. В ряде случаев проводятся пирогенная терапия (пирогенал), физиотерапия (электросон, акупунктура и др.).

У ряда больных с высоким УРП на первых этапах реабилитации имеют место персистирующие астенические (неврастенические) расстройства. Их купирование необходимо для успешного проведения реабилитационных мероприятий. С этой целью назначаются ноотропы (аминалон, пикамилон, пантогам, ноотропил и др.), биогенные стимуляторы (женьшень, китайский лимонник и др.), витамины, аминокислоты (глицин), деприм, биологические активные добавки (БАД), аромо- и физиотерапия. При бо-



лее сложной симптоматике невротического уровня - нейролептики (сонапакс, терален, эглонил и др.). Длительность лечения - от 1 до 2 месяцев.

На адаптационном и интеграционном этапах, чаще всего у лиц, злоупотребляющих психостимуляторами, наблюдаются эмоциональные расстройства в виде неглубоких депрессий и дистимий. В этих случаях требуется назначение антидепрессантов (амитриптилин, дезипрамин, анафранил, тианептин и др.), бромокриптина, ноотропов и аминокислот (глицин, пантогам), при нарушениях сна - малых доз нейролептиков (азалептин - 12,5-25 мг, тизерцин - 12,5-25 мг), антиконвульсантов (карбамазепин), физиотерапии (электросон, акупунктура, гипоксикатор Стрелкова). Продолжительность лечения зависит от состояния конкретного больного, составляя в среднем 2-2,5 месяца.

#### ***УРП средний.***

##### ***Условия реабилитации стационарные + амбулаторные***

У больных со средним УРП, как правило, длительно сохраняются патологическое влечение к наркотику и астенические (неврозоподобные) состояния, а также эмоциональные расстройства. Лечение этих состояний принципиально не отличается от описанного выше у больных с высоким УРП, однако терапевтические мероприятия проводятся более интенсивно, с использованием парентерального (внутримышечного, внутривенного) введения лекарственных средств - с учетом выраженности терапевтической резистентности имеющихся психопатологических нарушений.

Кроме того, на адаптационном и интеграционном этапах реабилитации в условиях стационара у больных нередко возникают поведенческие расстройства, связанные с декомпенсацией психопатий и "нажитой" психопатизацией личности.

Своевременное выявление этих расстройств и их интенсивное лечение позволяет удерживать больных в реабилитационной программе. С этой целью назначаются нейролептики ("корректоры поведения") - неулептил, сонапакс, клозапин, терален, галоперидол в нарастающих дозировках до достижения терапевтического эффекта. В дальнейшем дозы этих препаратов снижаются до поддерживающих. Используются также антиконвульсанты (финлепсин), проводится курсовая пирогенная терапия (пирогенал).

Характерное для больных со средним УРП интеллектуально-мнестическое снижение создает трудности для проведения психокоррекции и психотерапевтического воздействия, направленного на формирование реальной жизненной перспективы, включение их в нормативные семейные и социальные отношения. В этой связи больные нуждаются в длительном лечении ноотропными препаратами и аминокислотами (ноотропил, пикамилон, пантогам, глютаминовая кислота, церебролизин, глицин и др.), которые назначаются курсами по 2 месяца до 3-4 раз в год. Одновременно применяются витамины, прежде всего группы В.

Следовательно, по показаниям коррекция интеллектуально-мнестических расстройств с помощью медикаментозных средств может проводиться на всех трех этапах реабилитационного процесса.

**УРП низкий.****Условия реабилитации - стационарные и амбулаторные**

Контингент больных с низким УРП характеризуется максимальной выраженностью клинических синдромов, характерных для лиц, страдающих наркоманией. Это обстоятельство постулирует необходимость длительного (на всех этапах реабилитации), интенсивного и комплексного медикаментозного лечения, направленного на максимальную возможность редукции психопатологических расстройств.

**Психологический и социальный аспекты реабилитации**

На всех этапах реабилитации наркологических больных в качестве психологических реабилитационных мероприятий используются психологическое консультирование, психокоррекция, психотерапевтическое консультирование и психотерапия. Они могут проводиться раздельно и в сочетании.

Психокоррекционная и психотерапевтическая реабилитационная работа направляется на устранение личностных и поведенческих расстройств и формирование социально приемлемых качеств пациента. В частности, в области личностных особенностей - на создание внутренней мотивации на участие в реабилитационных программах и отказ от употребления ПАВ, объективного отношения к заболеванию, социальному статусу, настоящему и будущему, ответственности за свое здоровье; на восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет позитивных эмоций при решении личных и социальных задач; на создание систем и правил, определяющих личностную и социальную ориентацию больного, - повышение социально приемлемого уровня притязаний и законопослушания. В области поведенческих особенностей - на восстановление или формирование коммуникативных навыков общения; обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам "нет", анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения; на формирование реальной жизненной перспективы, включение в нормативные семейные и социальные отношения.

Дополнительно в условиях амбулаторного реабилитационного учреждения проводится доврачебное консультирование, которое может осуществляться как при встрече с больным и/или его родственниками, так и по телефону. Задачами доврачебного консультирования являются вовлечение больного в реабилитационную программу, ознакомление с особенностями работы реабилитационного учреждения, установление доверительных отношений с больным и членами его семьи. Исполнителями этой работы, как правило, являются; психолог, специалист по социальной работе (социальный работник), консультант-волонтер, специально подготовленный к участию в реабилитационной программе.

Мишенями клинического психологического исследования являются:

- а) мотивация обращения больного за наркологической помощью;
- б) морально-этические особенности;
- в) интеллектуально-мнестические особенности;
- г) эмоционально-волевые особенности;
- д) личностные каче-

ства - характер, поведение, способности; е) коммуникативность, оценка социальной действительности и межличностные отношения; ж) социальный и социально-экономический статус, социальные потребности, социальная ответственность. Проведение этих исследований дополняет представления об уровне реабилитационного потенциала больного.

Независимо от УРП проводится полное психологическое обследование - как до осуществления ЛРП, так и после его завершения, - что позволяет объективно оценить УРП и эффективность реабилитационной программы. Психологическое тестирование и постановка психологического диагноза помогают эффективно и значительно более быстро обеспечить реализацию реабилитационных программ и технологий психотерапии.

Из основных направлений психотерапии могут быть использованы: когнитивная, поведенческая (бихевиоральная), психодинамическая (аналитическая), гуманистическая, системная, семейная психотерапия, а также различные психотерапевтические методики, техники и упражнения.

Основной арсенал ведущих психотерапевтических и психокоррекционных тренингов, как правило, включает в себя: игровые и обучающие методики и психотехники, направленные на установление контакта (индивидуального и группового), на получение личностных характеристик пациента (участника группы); ориентированные на получение обратной связи, оценку и самооценку, социально-перцептивную ориентацию, эмоции; это аудио-визуальные, коммуникативные, проблемно ориентированные, ситуативные, медитативные, телесно-ориентированные, развивающие техники, крэйвинг-терапия,

Основная социально-психологическая, коррекционная и обучающая практика специалиста по социальной работе (социального работника), специалиста по профессиональному обучению, воспитателя заключается в следующем:

- приобщение больных к труду, учебе и творческой деятельности;
- коррекция поэтапной адаптации больных к условиям реабилитационного учреждения; психокоррекция поведенческих расстройств; контроль поведения, успехами в учебе, труде;
- помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем;
- содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в условиях амбулатории;
- консультирование по правовым вопросам; оказание содействия включению пациентов и их родственников в группы само- и взаимопомощи (АН, АА, Ал-Атин, Нар-Анон);
- психотерапевтическая работа с родственниками больных по вопросам созависимости;
- обеспечение информацией: о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях; о реабилитационных программах; об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами наркомании;

- проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;
- привлечение выздоравливающих больных и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и добровольных помощников.

**На первом этапе реабилитации** наркологических больных осуществляется полное обследование, проводится психологическое и психотерапевтическое консультирование, применяются психотерапевтические методики, направленные на создание устойчивых мотивов участия больного в реабилитационной программе, а для больных с высоким УРП - на окончательный отказ от употребления ПАВ, проводится оценка эффективности психотерапевтической работы.

Независимо от условий реабилитационного учреждения (стационар, амбулатория) все больные ориентируются на соблюдение личной гигиены и самообслуживанию. Больные с высоким УРП сразу же привлекаются к работе или учебе, к занятиям спортом, к участию в кружках по интересам. Кроме того, для этих больных могут быть использованы такие виды реабилитационных технологий, как все виды арт-терапии, бьюти-терапия, организованный досуг.

Больным со средним и низким УРП вышеуказанные технологии назначаются в неполном объеме; в частности, из арт-терапевтических технологий - рисование, лепка, аудио- и видеомероприятия, а из технологий организованного досуга - прогулки, выполнение поручений домашнего задания, чтение книг и проч.

Активно используются следующие психолого-психотерапевтические методики, техники и упражнения воздействия на больного (индивидуальные и групповые): мотивационные, проблемно-ориентированные, коммуникативные, ориентированные на получение обратной связи, игровые, ролевые. Особое внимание уделяется постепенному внедрению программы, направленной на предотвращение срывов заболевания, или крэйвинг-терапии. Больные привлекаются к анализу и интерпретации результатов обследования с целью выяснения причин возникновения "предвестников срыва" и совместного поиска выхода из сложившейся болезненной ситуации.

В этот период очень важно тесное и согласованное взаимодействие с семьей и ближайшим окружением пациента. Прежде всего, устанавливается "семейный диагноз", а затем все усилия направляются на психокоррекционную работу, ликвидацию острых межличностных и внутриличностных конфликтов. Родители обучаются системе взаимодействия со своими больными детьми, умению контролировать их поведение и собственные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания.

**Особенность второго этапа (интеграционного)** заключается в том, чтобы помочь больному оставаться в программе реабилитации, закрепить мотивацию и навыки противостояния рецидивам заболевания, с этой целью научить его самостоятельно определять предвестники воз-

возможного срыва и противостоять им, используя личностные ресурсы, помощь специалистов и членов семьи. Кроме того, на этом этапе он приобщается к трудовой деятельности и обязательному участию в работе психотерапевтических групп. У больного вырабатываются ответственность за состояние своего здоровья, коммуникативность, навыки сотрудничества с членами наркологической бригады.

Для реабилитации в условиях амбулатории создается динамическая система психологического и социального патронажа жизнедеятельности больных, которые становятся активными членами РС и исполнителями реабилитационной программы. В результате закрепляется установка на выздоровление, приобретаются навыки самоконтроля, саморегуляции и самоактуализации. План работы с больными включает стратегические и тактические направления, а также практические мероприятия его реализации. Эти мероприятия направляются на конкретную работу с эмоциями, интеллектом, чувствами, переживаниями, поведением, коммуникативностью, социофобией, ценностной ориентацией. Обязательной составляющей ЛРП является контроль поведения больного в семье, в учебных заведениях, по месту работы и досуга. Контроль достигается путём установления психотерапевтического контакта с больным и его родственниками, после чего на добровольных началах с ними заключается письменный договор (контракт) на выполнение обязательных условий и правил, предотвращающих срывы и рецидивы заболевания. Это, прежде всего, контроль со стороны родителей, прекращение любых связей больного с наркоманической (субкультурной) средой, строгое соблюдение им распорядка дня, стабилизация этических отношений в семье, организация нормативного досуга и т.д.

Для второго этапа рекомендуются следующие реабилитационные технологии и методики: "терапия занятостью", "терапия средой", арт-терапия, бьютитерапия, организованный досуг, программы профессиональной подготовки, методики саморегуляции, групповые личностно развивающие методики ("Я успешный", "Формирование эффективного поведения", "Оценка критериев принятия решения").

Вместе с тем, если для больных с высоким УРП используются все вышеперечисленные технологии, методики и их варианты, то для больных со средним и особенно с низким УРП вводится целый ряд ограничений. Прежде всего, в первые полтора - два месяца уменьшается интенсивность физических, интеллектуальных и эмоциональных нагрузок, т.е. сокращается продолжительность рабочего дня, учебы, занятий спортом, объем арт-терапии и организованного досуга (исключаются танцы, драматерапия, аэробика, культ- и турпоходы). Для больных основной акцент переносится на реализацию полного объема медицинских, психотерапевтических технологий и терапию реабилитационной средой с дозированным использованием трудотерапии.

**Третий этап реабилитации (стабилизационный)** направлен на закрепление и стабилизацию результатов медицинской, психотерапевтической и социальной работы, достигнутых на предшествующих этапах в

условиях РС стационара или амбулатории. Это, прежде всего, восстановление физического состояния здоровья, формирование устойчивой мотивации и самомотивации, закрепление навыков самоконтроля, оценки критериев принятия решения и их практической реализации, нормализация коммуникативных способностей, стремление к самоактуализации, трудовой деятельности, учебе, устойчивой ценностной ориентации, социальной нормативности, юридической компетентности.

На этом этапе используются все реабилитационные технологии, обеспечивая положительную динамику предшествующих этапов ЛРП. Вместе с тем, акцент переносится на психотерапевтические, трудотерапевтические, социотерапевтические и духовно-ориентированные технологии, без использования которых невозможно завершение образовательной и профессиональной подготовки, обеспечение коммуникативного взаимодействия с семьей, с группами само- и взаимопомощи АН, Нар-Анон, семейными клубами трезвости, создание индивидуальной осознанной системы предотвращения срывов и рецидивов заболевания.

Одновременно решаются социальные и правовые проблемы (обеспечение жильем, трудоустройство и проч.), осуществляется юридическая поддержка. За полтора месяца до завершения третьего этапа ЛРП больные со средним и низким УРП проходят курс психо-социотерапевтической подготовки к выписке из реабилитационного учреждения - с целью реализации индивидуальной программы адаптации и реадaptации вне реабилитационного стационара (центра). Они добровольно переводятся в амбулаторные реабилитационные учреждения по месту жительства или в "Дома на пол-пути", а также, если имеются соответствующие возможности, трудоустраиваются или получают помощь в поступлении в учебные заведения или в приобретении профессии.

В амбулаторных реабилитационных учреждениях такие больные направляются сразу на третий (стабилизационный) этап реабилитации - естественно, после беседы с врачом и при условии отсутствия противопоказаний. Больным оказываются все виды наркологической помощи, способствующие сохранению ремиссии, обеспечивающие успешную реадaptацию и ресоциализацию. Продолжительность лечебно-реабилитационной помощи в этом случае - не менее одного года.

## Глава 10. Терапевтические сообщества

*Т. Н. Дудко*

Важнейшим направлением реабилитации наркологических больных являются терапевтические сообщества (ТС). По мнению многих специалистов в области реабилитации, ТС являются наиболее эффективной организационной структурой оказания медицинской, психологической и социальной помощи наркологическим больным (М. Джоунс, Д. Кеннард, Т. Мейн, Г. Бриджер, Е. Брокард, Г. Де Леон и др.). Наиболее известны следующие ТС: Daytop, Sinanon, Narconon, Monar, Almedo, Phoenix Haus и др. Созданы и успешно функционируют Всемирная федерация ТС и Международная Ассоциация ТС. Во всех странах деятельность ТС закреплена в общегосударственных и созданных на их основе региональных уставах и кодексах.

ТС в наркологии - это метод реабилитации, отличающийся от других лечебно-реабилитационных подходов намеренным использованием объединения равных по положению людей (пациентов и персонала), чтобы способствовать выздоровлению больных. В России это направление реабилитации недостаточно хорошо изучено и почти не распространено или используется в усеченном (зачастую искаженном) варианте, что не позволяет большинству самозванных структур отнести к ТС. Ниже предлагается обзорная информация о терапевтических сообществах.

### **Терапевтические сообщества как инновация в системе реабилитации наркологических больных**

Под "терапевтическим сообществом" (ТС) понимается широкий круг весьма разнообразных учреждений, основной задачей которых является создание терапевтической (реабилитационной) среды для людей, страдающих психическими заболеваниями, алкоголизмом или наркоманией. Существуют данные, указывающие на то, что деятельность ТС приводит к заметному сокращению использования наркотиков (Battjes et al).

Как отмечает Д. Кеннард (1983), для данных учреждений характерен своеобразный "импульс", выражающийся в ряде признаков - таких, как либерализм, равенство, психологическая ориентированность, толерантность к выражению противоречащих друг другу убеждений и неформальность отношений, возникающих при оказании помощи другим. Этот импульс выражается также в особом характере взаимоотношений и коммуникативного взаимодействия между людьми. К соответствующим учреждениям могут относиться специальные школы, психиатрические больницы, тюремные заведения, общежития, общины, амбулатории и др. Авторского права на использование данного термина, конечно, не существует. Более того, по убеждению Д. Кеннарда, привязка этого термина к какому-либо одному типу сообществ принесла бы больше вреда, чем пользы, так как поставила бы "вне закона" ряд сообществ, имеющих полное право считать себя терапевтическими.

В опубликованном "Психиатрическом глоссарии" (США) дается следующая дефиниция ТС: "Термин британского происхождения, в настоящее

время широко применяемый для обозначения специально структурированной больничной среды, поощряющей деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специально обучающие методы применяются для преодоления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чувства личной ответственности и ускорения их социальной реабилитации"

Понятие "терапевтическое сообщество" используется как в общем, так и в специфическом смысле. В общем смысле оно означает любое медицинское, исправительное или образовательное учреждение, которое стремится улучшить судьбу находящихся в нем больных путем предоставления им возможностей для продуктивной и ответственной работы, для развития их интересов и способностей и, прежде всего, для их участия в повседневной деятельности соответствующего учреждения. В специфическом смысле ТС - это реабилитационное учреждение, использующее в своей практике некоторое характерное множество принципов и методов. Основной задачей ТС можно считать освобождение пациентов от ограничений, связанных с психическим заболеванием, алкоголизмом или наркоманией, с тем, чтобы они могли, вернувшись в мир, жить более свободно, более эффективно и более содержательно (А.Мэвсон). Обратим внимание на то, что ТС нередко определяются как институты, основной целью которых является развитие личности и максимально возможная ресоциализация больных.

"Терапевтическое сообщество" является одной из наиболее значимых инноваций в реабилитации больных, страдающих различными формами психических расстройств, алкоголизма и наркомании. ТС было одновременно "изобретено" в двух различных местах Великобритании во время Второй Мировой войны. С одной стороны, оно возникло в Тэвистокской клинике как побочный продукт проводившихся там исследований в области групповых отношений, отбора персонала и решения кадровых вопросов, развития образования и обучения в области здравоохранения и даже ведения психологической войны. Во главе этого движения стоял Том Мейн, ставший директором Кассельского госпиталя в 1946 г. С другой стороны, оно было "изобретено" Максвелом Джоунсом (М. Jones) - психиатром, получившим исследовательскую подготовку и имевшим опыт работы в клинике. М.Джоунс предложил модель ТС для лечения и реабилитации психических больных. Базисным элементом этой модели является высокая степень участия пациентов в принятии решений и организации программы выздоровления.

Весьма характерно, что первые ТС возникли в годы Второй Мировой войны, когда с особой остротой стали восприниматься недостатки и ограничения традиционной психиатрии. По свидетельству М.Джоунса (1979), именно условия военного времени оказали решающее влияние на становление ТС. Он отмечает, что состояние общественного сознания в то время весьма благоприятствовало осуществлению необходимых изменений; кроме того, в самих медицинских учреждениях сложилась совершенно особая обстановка, влиявшая на методы терапии и формы лечебного режима и приведшая к самопроизвольной генерации необходимых инноваций во



взаимоотношениях медицинского персонала и пациентов. Так, например, бомбежки приводили, по его словам, к усилению моральной стойкости, чувства взаимной близости и взаимозависимости; традиционные для медицинских учреждений барьеры между персоналом и пациентами замещались демократическими и неформальными отношениями, немыслимыми в мирное время. Интересно, что определенную роль в этих процессах сыграл непрофессионализм обслуживающего персонала - среди санитарок и медсестер было немало тех, кто имел музыкальное или иное художественное образование. В результате действия как внешних, так и внутренних факторов возникло новое организационное образование, представляющее собой открытую организационную систему, гибко реагирующую на изменяющиеся условия, например, на кадровые изменения. Термин "терапевтическое сообщество" стал отождествляться с "открытой системой". Подобной системой является та, стратегия которой в адаптации к окружению состоит не столько в создании механизмов, защищающих ее от внешнего мира, сколько в повышении ее способности контролировать внешнюю и внутреннюю среду для достижения собственных целей. (S.Wilson, 1979).

Здесь необходимо отметить, что в Великобритании в конце XIX - начале XX веков сформировалось новое направление в педагогике - функциональная педагогика, которое, как оказалось впоследствии, также оказало влияние на идеологию ТС. Суть в том, что один из теоретических и практических блоков функциональной педагогики был рассчитан на дезадаптированных и проблемных детей. Для них создавались специализированные школы. Н. Lane (1913) впервые начал в них внедрять принципы самоуправления как один из основных элементов терапии. Основу идеологии таких учреждений составляли такие понятия, как "любовь и доверие", "вера в индивидуальную свободу", "уважение к личности", "терпение", "взаимопомощь" и др.

Английские терапевтические образования периода Второй Мировой Войны, являвшиеся прообразом ТС, отличались тщательно продуманной системой "сдержек" и "противовесов" во взаимоотношениях персонала и пациентов, основывающейся на открытом коммуникативном взаимодействии.

В 40-е годы Т.Мейн, У.Бион, М.Джоунс и др. в работе ТС руководствовались определенными представлениями - о необходимости искренности и скромности со стороны врачей, о значении разделения ответственности между персоналом и пациентами, об интеграции всех имеющихся в учреждении ресурсов, о возможности обучения на основе повседневной практики совместного проживания. В дальнейшем для реализации основных целей ТС были выработаны различные "рутинные" процедуры, которые стали широко использоваться: утренние общие собрания персонала и пациентов; избрание среди пациентов председателя; разделение коллектива на малые группы для выполнения конкретных рабочих проектов и проведения различных форм групповой терапии; встречи персонала, нацеленные на получение обратной связи и др.

Антибюрократическая настроенность ранних инноваторов нашла выражение в конкретных формах деятельности ТС. Именно с борьбы с

бюрократизацией крупных психиатрических больниц началось активное движение ТС, которое было направлено на упрочение личностной идентификации и укрепление личности пациентов (R.D.Hinshelwood, 1979) ТС представляет собой организацию, которая может быть названа антибюрократической. Бюрократия в ее приложении к лечебным и реабилитационным учреждениям может быть, вслед за Э.Гоффманом (1961), названа "тотальным институтом". Антибюрократия производит "минимальный институт", или "ТС". Развитие ТС может рассматриваться как поиск новой организационной формы, осуществляющийся на фоне осознания негативных последствий бюрократии и растущей неудовлетворенности бюрократическими формами организации в лечении и реабилитации. Для прототипических ТС было характерно сокращение уровней иерархической структуры управления, выравнивание ролевых статусов персонала и пациентов в отношении процессов принятия решений и разделения ответственности, терпимое отношение к нарушению правил, девиантному и импульсивному поведению. Относительно свободное выражение эмоций и открытая манифестация конфликта приветствовались в отношении всех членов сообщества.

Таким образом, функциональные особенности "терапевтического сообщества", как нам представляется, полярно отличаются от "рациональной бюрократии" обычных наркологических учреждений. Вместо четкой иерархии здесь имеет место сознательная попытка смещения ролей и снижения значимости профессиональных квалификаций. Вместо обезличенных обязательств предлагаются обязательства ломки формальных барьеров, "смещения социальных статусов и укрепления межличностных отношений" (S.Wilson, 1979).

После Второй Мировой войны популярность ТС переживала как взлеты, так и падения. Первое послевоенное десятилетие было, несомненно, периодом восторженного использования идей ТС. В 60-е годы, в связи с появлением новых методов медицинского и, в особенности, фармакологического лечения (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, ноотропы и проч.) психических заболеваний, популярность подходов, предлагаемых ТС, заметно снизилась. Появились даже исследования, авторы которых утверждали, что соответствующие подходы изжили себя. Новая эра в деятельности ТС берет свое начало с 1970 г., т.е. с момента проведения конференции в Хендерсонском госпитале, положившей начало объединению психиатров, психологов, медицинских и социальных работников, действующих в рамках данной парадигмы. В 1972 г. была создана Ассоциация терапевтических сообществ.

На формирование современных ТС особое влияние оказали:

- христианские представления о целительной силе любви и убеждение в том, что каждый человек достоин любви и уважения;
- традиции врачевания душ (moral treatment), восходящие к концу XVIII века, для которых было характерно отношение к душевнобольным, как к нормальным людям, убеждение в терапевтической ценности обыденной трудовой деятельности и стремление создать среду, напоминающую семейную;

- представления об общей ответственности персонала и пациентов за жизнедеятельность сообщества и за принимаемые в целях ее обеспечения решения, а также рассмотрение демократического принятия решений как метода групповой терапии;

- психоанализ с его пониманием поведенческих аномалий в терминах подсознательных процессов, действующих как на индивидуальном, так и на межперсональном уровне, а также с характерным для него акцентом на изучении собственных переживаний терапевтов, в особенности по отношению к пациентам;

- системный подход, выражающийся в трактовке больничной палаты, больницы и т.п. как единого целого, занимающего центральное место в процессе лечения и реабилитации, а также в подчеркивании необходимости открытой коммуникации между всеми членами сообщества;

- движение взаимопомощи и самопомощи (типа АА), для которого характерно убеждение в том, что люди, страдающие психическими заболеваниями, алкоголизмом или наркоманией способны оказать друг другу большую помощь, чем профессионалы, а также в том, что профессионалы могут обеспечить в этом необходимую поддержку;

- иерархические сообщества бывших алкоголиков и/или наркоманов, для которых характерно включение бывших больных в число персонала; представление о том, что выраженная иерархическая подчиненность среди больных и персонала способствует осознанию проблем, относящихся к власти и личной ответственности; рассмотрение агрессивной конфронтации с обороняемым образом как ключевого терапевтического приема; формулирование четких инструкций в отношении ожидаемых форм поведения в сообществе;

- "новые" терапевтические подходы, характеризующиеся особым вниманием к развитию личности и реализации личностного потенциала посредством полного и спонтанного выражения эмоций в группах конфронтационного взаимодействия (encounter groups);

- "антипсихиатрические" подходы, для которых характерны: рассмотрение ортодоксальной психиатрии как формы социального контроля; определение психических нарушений как "путешествий, направленных в себя", требующих переживания, а не лечения; акцентирование "жизни без ярлыков", в которой не определяются роли для пациентов и персонала; минимальное число правил и ожиданий, что призвано обеспечивать большую свободу выбора возможных форм поведения (D.Kennard, 1983).

Реализация гуманистических идей в ТС стран Европы, США и Канады была закреплена в общегосударственных и региональных уставах и кодексах. В частности, в Польше была создана Федерация ТС, имеющая пакет документов, регулирующих права, обязанности, этические приоритеты и пр. ТС (Устав членов ТС, Нормы и цели ТС, Этические принципы персонала ТС и др.). Из этих документов следует, что пациенты ТС имеют право на получение медико-социальной помощи независимо от национальности, пола, возраста, происхождения, сексуальной ориентации, политических взглядов, наличия судимости, инвалидности и т.д. При этом гарантируются анонимность,

уважение чести и достоинства всех членов ТС, доступность информации о нормах, правилах и методах лечебно-реабилитационных программ, о вознаграждении за труд членов ТС, об эффективности работы ТС. Разрешены контакты с родственниками, детьми, друзьями, свободное пользование средствами, полученными за работу во время нахождения в ТС. Персоналу ТС уделяется особое внимание: он должен быть образцом поведения и ответственности, способствовать оптимальному физическому, эмоциональному, эстетическому и духовному развитию пациентов.

Обращает на себя внимание Этический Кодекс Сотрудника Монара, включающий следующие разделы: - развитие и образ жизни; личная этическая ответственность; - этическая ответственность по отношению к коллегам; - этическая ответственность по отношению к своему окружению; - этическая ответственность по отношению к обществу

Этический Кодекс подчеркивает, что сотрудник Монара обязан придерживаться высоких стандартов личного поведения, совершенствовать свои профессиональные знания, быть ответственным перед обществом и пациентами. Он обязан служить самоотверженно, лояльно, заинтересованно, максимально используя свои знания и профессиональную компетентность (K.Przymuszevska, 2000).

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что все современные ТС характеризуются рядом общих признаков. К ним относятся, прежде всего, неформальная обстановка, поражающая, как правило, тех, кто впервые сталкивается с подобными сообществами (A.Crozier, 1979). Она является скорее домашней (семейной), чем больничной, в ней могут наблюдаться следы небрежности и даже неопрятности. Люди в ТС одеваются неофициально, здесь нет костюмов и униформ. Больные и персонал внешне ничем не отличаются друг от друга. При этом отсутствие соответствующих границ может быть скорее кажущимся, чем реальным.

Столь же важной особенностью ТС является то, что в их функционировании центральное место отводится Совету ТС и групповым собраниям. Функции Совета заключаются в осуществлении оперативного руководства деятельностью ТС; он избирается прямым голосованием на ежегодном общем собрании. Собрания малых групп могут принимать различные формы и иметь различную регулярность; однако обязательными являются собрания членов всего ТС, которые происходят не реже, чем раз в неделю, а в некоторых сообществах и ежедневно. Регулярно, в установленное для этого время, проводятся и собрания малых групп. Целями подобных собраний являются:

- максимально широкий обмен информацией;
- формирование чувства общности и целостности. На общих собраниях каждый член сообщества получает возможность увидеть всех других членов сообщества, узнать что-либо о каждом из них, разделить их тревоги или радости, обсудить общие проблемы и успехи;
- обеспечение открытости и гласности процесса принятия решений;
- обеспечение индивидуальной обратной связи. Собрания групп предоставляют возможность индивиду выяснить, каким он видится коллективу, а также то, какого рода изменений в его поведении коллектив ожидает;

- обеспечение возможности воздействия коллектива на тех индивидов, убеждения или формы поведения которых представляются коллективу неприемлемыми.

В отношении деятельности групп особое значение имеют следующие факторы: содержание обучения; стандарты, на основе которых формируются группы; структура групповых собраний. Под содержанием обучения понимаются информация, идеи, установки и навыки, которые программа стремится передать пациентам в рамках функционирования групп. Оно тесно связано с целями группы и должно строиться на основе жизненного опыта членов группы и опыта бывших наркоманов, успешно прошедших лечение и реабилитацию. В содержание обучения должны входить упражнения и практические занятия, которые выполняются группой или ее отдельными членами. Стандарты членства представляют собой квалификационные требования, которые позволяют клиентам присоединиться к группе на том уровне участия, который они должны поддерживать, чтобы остаться в данной группе. Стандарты предполагают, что клиент находится на той стадии выздоровления, на которой он способен участвовать в реализации целей этой группы. Эффективно действующие группы, как правило, гордятся своими стандартами. Структура групповых собраний предусматривает способы обсуждения, принятия решений, выполнения повестки дня и т.п. Во многом стандартизованная структура полезна тем, что члены группы могут взять на себя некоторую часть обязанностей по ведению групповых собраний (D.Kennard, 1983; J.Ch'eng, F.Zackon, 1994). Следует подчеркнуть, что новые терапевтические подходы особые результаты получают именно в групповом окружении. Групповое единство и чувство принадлежности, контроль за поведением индивида со стороны группы, генерация сильных эмоций, межличностное взаимодействие и обратная связь усиливают и дополняют базисные принципы развития межличностных отношений (J.Badaines, M.Ginzburg, 1979).

Следующей общей особенностью ТС является совместно осуществляемая работа по обеспечению его жизнедеятельности и функционирования сообщества. Объемы работы, выполняемой больными, могут варьировать - от максимальных, когда практически вся соответствующая работа (по приготовлению пищи, уборке и украшению территории и помещений, стирке, закупке необходимых товаров, администрированию) выполняется больными, до минимальных, сводящихся, например, к накрыванию столов и мытью посуды. В любом ТС пациентами выполняется некоторый объем реально полезной для сообщества работы. Выполнение подобной работы является весьма значимым в силу следующих обстоятельств:

- оно помогает пациентам ощущать себя частью сообщества и воспринимать данное сообщество как свое. Больные признаются значимыми членами сообщества на основе их вклада в общую деятельность;
- больные, не получившие ранее навыков самостоятельной и ответственной жизнедеятельности, обретают необходимые для этого возможности;
- выявляются многие межличностные проблемы, которые могли не проявиться на групповых собраниях. Так, например, более явное выра-

жение может получить нежелание сотрудничать, боязнь ответственности, стремление сделать все по-своему, недостаток настойчивости и др. Выявленные проблемы могут стать предметом обсуждения на групповых собраниях;

- участие в конструктивной работе имеет не только практическую и терапевтическую, но и моральную значимость.

Еще одной общей особенностью ТС является признание того, что пациенты могут рассматриваться в качестве вспомогательных терапевтов (ко-терапевтов), оценивающих и воздействующих на установки и поведение других членов сообщества (D.Kennard, 1983). Это имеет особое значение в отношении лечения и реабилитации больных наркоманией. Несмотря на то, что и в данном случае требуются профессиональные знания, значительная работа здесь неизбежно выполняется не врачом, а самими пациентами. Если пациенты не примут на себя ответственность за лечение и реабилитацию, они окажутся безуспешными. Лечение и реабилитация больных наркоманией требуют "преобразования души пациентов", которое не может быть осуществлено лишь на основе "медицинской модели", предполагающей, что в данном процессе должен участвовать только персонал. Подход, в определенном смысле противостоящий этой модели, а в некоторых программах, дополняющий её, известен как "самопомощь" (self-help). В основе самопомощи лежит простая идея "Помогая другому, мы тем самым помогаем и себе", причем в некоторых случаях это лучший способ помочь самому себе (J.Ch'en, F.Zackon, 1994).

В движении современных ТС наблюдается ряд инноваций, направленных на адаптацию к потребностям клиентов и местных сообществ. Происходящие изменения во многом связываются с растущим убеждением в том, что наиболее подходящим способом возвращения бывших наркоманов к нормальной жизни является их реинтеграция в жизнь местных социальных институтов и сообществ. Поэтому все большее внимание ТС стали уделять взаимодействию с локальными социумами, их общественным, культурным и религиозным особенностям, а также семье, местам работы и школам. Результатом, в частности, стало введение краткосрочных терапевтических программ, усиливающее участие членов семьи в реабилитационных и реинтеграционных процессах и др. (E.Tongue, D.Turner, 1988).

Терапевтические сообщества для больных наркоманией появились в 60-е годы, т.е. в тот период, когда наркотики в Европе и США рассматривались в качестве абсолютной опасности, с которой необходимо было бороться. Среди наиболее известных ТС можно выделить Daytop, Sinanon, Narconon, Monar, Almedo. В течение 80-х годов им удалось стабилизировать схемы проводимого лечения и усовершенствовать используемые реабилитационные методы. В 90-е годы начался переходный период, когда произошли многочисленные изменения в отношении терапевтических подходов к наркомании (E.Brøekert). Ранние ТС основывали свою деятельность на развитии разнообразных форм межличностного взаимодействия и поддержки; однако, они нередко использовали агрессивные и даже унижающие достоинство человека методы. В соответствии с

бытовавшей в то время теорией до начала реальной реабилитации требовалось сорвать с индивида "наркоманическую личность". В настоящее время в большинстве ТС работают профессиональные консультанты, используется широкий спектр реабилитационных услуг и методов. Жесткие методы уступают место более умеренным; однако, значимость поддержки со стороны коллектива и социальное обучение, собственно ресоциализация, остаются важнейшими признаками деятельности ТС.

Д.Кеннард (1983) выделил четыре типа ТС: институциональные, демократико-аналитические, концептно-ориентированные и альтернативные.

Институциональные ТС известны также под именем ТС-подхода (therapeutic community approach), социальной терапии, средовой терапии (milieu therapy). Обычное местонахождение: крупные психиатрические больницы и взаимодействующие с ними общежития, дома, дневные стационары. Типы пациентов: больные хроническими психическими заболеваниями, диагностируемые обычно как больные шизофренией, а также больные наркоманией, которые одновременно страдают психическими расстройствами (двойной диагноз), с трудностями в социальном поведении от умеренных до значительных, требующие стационарного обслуживания. Используемый персонал: обычные для психиатрии профессии (врачи-психиатры, санитары, специалисты в области клинической психологии, трудотерапии, социальной работы), а также производственные инструкторы и наставники, социальные и реабилитационные терапевты. Число пациентов: от 10 до 20 пациентов в палате. Обычный срок пребывания: определяется терапевтическими целями, может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет.

Демократико-аналитические ТС известны под названием сообществ типа М.Джоунса; они предназначаются для психически больных, а также больных наркоманией, которые одновременно страдают и психическими расстройствами (двойной диагноз) и требуют специального обслуживания. Используют в своей деятельности психиатров, психотерапевтов, педагогов, социальных терапевтов (специалистов по социальной работе), креативных терапевтов (специализирующихся в области искусства, музыки, театра и пр.), надзирателей. Обычное число пациентов: от 15 до 40 человек. Срок реабилитации - около одного года. Более продолжительные программы реабилитации проводятся в специальных школах.

Концептно-ориентированные ТС известны также, как ТС типа Синанон, Дэйтоп и Феникс Хауз. Обычное место нахождения - большие дома в жилых городских районах или в сельской местности. Используемый персонал: бывшие больные наркоманией - выпускники подобных сообществ, а также персонал обычных психиатрических учреждений. Обычное количество больных: от 15 до 40 человек, в некоторых случаях более 100. Продолжительность реабилитации - от 9 до 18 месяцев.

Альтернативно-лечебные учреждения известны также под названием антипсихиатрические сообщества. Места нахождения - дома в жилых городских районах или сельской местности. Обычно не располагают по-

стоянным персоналом. Психотерапевты могут проживать в данных учреждениях или регулярно в них появляться. Количество больных: от 6 до 12 человек. Продолжительность реабилитации варьирует от нескольких недель до двух или трех лет (четко установленного срока пребывания не существует).

Б.М.Гузиков, В.М.Зобнев, В.Л.Ревзин (2000) выделяют следующие четыре типа терапевтических сообществ: 1) профессиональные ТС, имеющие в своем штате психиатров, психологов и социальных работников; 2) полупрофессиональные ТС, сочетающие жизненный опыт бывших наркоманов и консультантов профессионалов в области реабилитации; 3) религиозные ТС, возглавляемые церковными деятелями и бывшими наркоманами; 4) традиционные непрофессиональные ТС, организуются лицами, имеющими проблемы с наркотиками. Набор реабилитационных технологий в них ограниченный и эклектичный, отмечается явное несоответствие концептуальных положений методам достижения результатов.

### **Профессионализм как основа деятельности терапевтических сообществ**

В 70-е годы профессиональные служащие и волонтеры, поддерживаемые бывшими больными Дэйтоп Виллидж и Феникс Хаус (Нью-Йорк), сыграли существенную роль в развитии ТС в Европе. Большую часть профессиональных служащих составляли психиатры, психологи, социальные работники, а также священники. Большинство из них в течение нескольких месяцев обучались в качестве "пациентов" в одном из ТС. Поскольку они достаточно хорошо знали друг друга, им удалось создать сеть взаимопомощи. На юге Европы более заметную роль играли волонтеры.

В 80-е годы роль профессионалов становится все более значимой. Они приобретают необходимые навыки, а также изменяют систему лечения и реабилитации на основе внедрения новых терапевтических методов, таких, как социальное связывание (bonding), психодрама, физиотерапия (presso-motor therapy) и т.п. Рост профессионализма наблюдался и среди бывших наркоманов. В 90-е годы эти тенденции не только сохранились, но и упрочились. Полная интеграция клинической системы усилила спрос на специалистов, имеющих определенную подготовку в области наркомании. Во многих странах были созданы центры профессиональной подготовки. В 90-е годы на ТС начали оказывать влияние такие университетские программы, как Erasmus и Socrates. Целый ряд инновационных, ориентированных на студентов, и кооперационных программ в области высшего образования и профессиональной подготовки был внедрен в европейских университетах в тесном сотрудничестве с ТС. В 1995 г. был создан Modena Institute как совместная инициатива Моденского ТС, Европейской федерации ТС и Гентского университета, к которому в рамках проекта Socrates присоединились итальянские, испанские, португальские, шотландские, голландские и шведские университеты. Вначале этот институт организовал эффективное обучение примерно ста студентов и специалистов; он продолжает свою деятельность, которая признана эффективной. Результатом ее были инициативы, в которых профессиональ-



ная подготовка сочеталась с новыми обучающими технологиями, такими, например, как дистанционное обучение и видеоконференции. По нашему мнению, именно профессионализация постепенно привела к более глубокому пониманию и лучшему использованию некоторых демократических принципов и прогрессивных медико-социальных технологий в демократическо-аналитических ТС (термин "аналитический" используется здесь в значении "ищущий причины в прошлом").

Е.Врокаерт и др. считают, что на формирование методологии и идеологии ТС значительное влияние оказали Максвелл Джоунс и Гарольд Бриджер. Принцип "социального обучения" (social learning) М.Джоунса признается краеугольным камнем ТС, свободных от наркотиков. Г.Бриджер убедительно обосновал значение "переходного пространства" и "глобального подхода" в решении задач реабилитации. Кроме того, теория Дана Касриласа о "замороженной" структуре личности больных наркоманией представляет собой пример аналитического подхода к оценке личностных особенностей этого контингента больных.

#### **Новые терапевтические сообщества (социально ориентированные)**

Ранние ТС для наркологических больных отличались иерархической структурой и использованием конфронтационных групп. Помимо самого ТС существовал приемный центр, а также "дом на полпути", предназначенный для социальной интеграции. Работе с семьями уделялось мало внимания. Следуя призыву Г.Бриджера рассматривать ТС как открытую систему, а также инновационным подходам М.Пиччи и Дж.Корелли, которые разработали новую структуру, весьма благоприятствующую участию семьи в реализации реабилитационных программ, ТС постепенно приобретали большую открытость. Многие из них стали рассматривать участие семьи как интегральную составляющую выработанного ими подхода. ТС не являлись сторонниками какой-либо одной научной школы - они избирали отдельные элементы из разных школ в зависимости от возможностей и ресурсов своих команд. Эти элементы затем интегрировались в терапевтическую и образовательную концепцию конкретного ТС без особого внимания к ортодоксальным взглядам. ТС предпочитали создавать прагматическую систему, которая позволяла адаптировать любой принцип, который может быть полезен больным в решении их проблем. С 1978 г. многие испанские и итальянские ТС пользуются термином "сотрудничество с семьей" (family collaboration) вместо термина "семейная терапия" (family therapy). Это было сделано по инициативе Итальянского центра солидарности в Риме в рамках модели "Проект-Человек". Принятая здесь программа состояла из трех частей: прием - лечение - ресоциализация (insertion), в которых семья играла важную роль. Целью разработчиков программы не было "излечение" конкретных семей, а скорее, использование их ресурсов для более эффективной помощи ребенку, страдающему наркотической зависимостью. Авторы стремились провести четкое разграничение между классической системой, базирующейся на семейной терапии, и программой, основывающейся на концепции самопомо-

иди. При этом подчеркивалась невозможность отождествления понятий "семья в состоянии кризиса" и "больная семья" (sick family). Большинство семей не являются больными, просто они сталкиваются с проблемной ситуацией, которую не могут самостоятельно разрешить. Как и в случае с больными, семейная динамика включает в себя обучение и развитие в отношении патологии и лечения. Этот подход был принят в 40 итальянских программах и примерно в таком же числе испанских и португальских программ. Пропускная способность этих программ значительно различается - от 100 до 1000 человек, объединяемых в подгруппы от 30 до 100 участников. Естественно, между подходом, ориентированным на семью, и терапевтической концепцией ТС нет противоречий.

В своей сущности ТС является системой воспитания и ресоциализации, в которой семейная терапия может использоваться как элемент, необходимый для его эффективного функционирования. В связи с подобными инновациями в отношении семьи некоторые ТС стали определять себя как весьма разнородную сеть приложений, ставшей известной под именем "нового терапевтического сообщества". Многие центры постепенно превратились в сложные сети взаимодействия и в дальнейшем расширили спектр используемых методов в целях обслуживания различных структур и целевых групп: матерей-наркоманов с детьми, психиатрических пациентов, детей и подростков с девиантным поведением, иммигрантов и бездомных. Некоторые из детоксикационных центров, использующих в своей практике метадон, приступили к созданию школ профессиональной подготовки и подготовительных центров. Эти учреждения функционируют самостоятельно, однако они взаимосвязаны с другими структурными компонентами программы единой концепцией. Дж. Де Леон (1984) называет эту взаимосвязь термином "сообщество как метод". Совершенно очевидно, что изменилась теоретическая основа ТС, осознано, что во внимание следует принимать все окружение больного. Дифференциация, с одной стороны, и связь с комплексным целым, с другой, являются характерными признаками "новых терапевтических сообществ".

### **Методика конфронтации и диалогов в ТС**

В первых ТС группы конфронтации описывались как "тотальное выражение всего спектра человеческих эмоций". Одни больные безбоязненно и без оглядок на какие-либо запреты бросали вызов другим больным. В ходе подобных конфронтаций оказываемое давление и стресс ломали барьеры, предотвращающие выражение эмоций. Это позволяло каждому индивиду выразить свои эмоциональные проблемы в рамках "здесь и сейчас", что, в свою очередь, позволяло другим идентифицировать свои проблемы с обсуждаемыми в группе, а новым больным давало шанс представить, как следует воспринимать и решать подобные проблемы. Задачей при этом не было стремление к объяснению или пониманию; она заключалась в принятии в качестве факта возможности изменения собственного поведения и в выработке ответственного отношения к действительности. Больные не должны были обосновывать свое безответственное нынешнее поведение ссылками на события в прошлом. Это, тем не ме-

нее, не мешало анализу проблем, имевших место в прошлом; напротив, именно такая методика нередко оказывалась результативной. Подавленные эмоции, связанные с прежними жизненными ситуациями, нередко выражались весьма непосредственным и эмоциональным образом (воплями или криком). В то же время индивид, в отношении которого совершалась атака, должен был отвечать быстрыми оборонительными реакциями. Участники группы не должны были поддерживать атакуемого индивида, поскольку это не обучало бы их ответственности за собственное поведение. Напротив, они часто соглашались с содержанием нападок и добавляли некоторые собственные наблюдения. На самом деле участники нередко атаковали собственное негативное поведение, которое они узнавали в поведении других. Стоит отметить, что после конфронтации коммуникативные отношения между двумя индивидами нуждались в восстановлении.

Группы конфронтации нередко рассматривались как методы изменения поведения, так как многие полагали, что их единственной целью является выработка условных поведенческих рефлексов. В. Sugarman (1974) описывает подобные функции конфронтации в группах ТС Дэйтон следующим образом: во-первых, они обеспечивают легитимный и аккуратно регулируемый выход для вербальной враждебности и агрессии, выражение которых в другое время запрещается строгими правилами данного дома; во-вторых, эти группы создают обстановку для масштабной "терапии реальности", в ходе которой индивид вынужден выслушать от других то, что они думают о его поведении, а также получить указания на то, что некоторые из проблем, на которые он жалуется, проистекают из его собственного поведения. Целью конфронтации было выявление чувств и потребностей, лежащих в основе поведения. После двадцатилетнего опыта работы в ТС "The Kiem" R. Bracke (1996) признал необходимость в изменении данного метода. По его словам, "даже если правда то, что этот подход помог многим людям, следует признать, что множество других, ощутив шок и эмоциональную разрушенность, просто покинули терапевтическое сообщество". Именно поэтому Bracke убедился в том, что конфронтация должна сочетаться с большей безопасностью и поддержкой. Внимание должно уделяться не только атакуемому, но и атакующему индивиду. Требуется, по его мнению, сбалансированный диалог, в котором слышат каждого индивида. В сообществе "The Kiem" конфронтационные группы первоначально являлись основным терапевтическим инструментом, однако постепенно здесь сложилась традиция большего использования диалога и понимания. Она определялась не только опытом персонала и выводами, сделанными из прежних ошибок, но и тем обстоятельством, что изменения в этом направлении совершались в большинстве ТС.

Указанная тенденция более выражена в Европе, чем в Соединенных Штатах, где до сих пор преобладает "старый" подход. Новый подход был выработан под влиянием профессионалов и на основе гуманизации процессов лечения и реабилитации. Он обеспечил убедительный ответ на упреки со стороны тех бывших больных, которым не уделялось достаточ-

ного внимания просто потому, что их поведение было коммуникативным, дружелюбным и ответственным. Возникшая в связи с этим дискуссия привела, кроме того, к следующему выводу: прежние правила деятельности конфронтационных групп были простыми и легко применимыми, в то время как новая техника ведения конфронтации, - характеризующаяся взаимным уважением и диалогом, - требует большей подготовки, опыта, глубокого самосознания и значительно большего времени.

Во многом сходные процессы обнаруживаются и в развитии терапевтических центров для детей (E.Broeckaert, 1997).

Фундаментальным изменением в реабилитационных программах, которое произошло в последние 15-20 лет, является особое внимание к периоду после лечения и первичной реабилитации, т.е. после ликвидации проявлений абстиненции и постабстинентных расстройств. В этот период решаются следующие задачи: предотвращение возможных рецидивов, укрепление социальной реинтеграции, помощь семье в завершении процесса выздоровления, обеспечение адаптации к трудовой деятельности. В настоящее время широко признается, что после преимущественно медикаментозного лечения необходимо не меньше года заботиться о бывшем больном, иначе рецидив окажется практически неизбежным. Для пациентов ТС период выхода из сообщества является весьма значимым. Это связано с тем, что социальная среда в ТС существенно отличается от обычной социальной среды. По мнению A.Foster (1979), данный период требует от индивида значительных изменений в его образе жизни, усвоения новых форм поведения и их личностного интегрирования.

Основоположники ТС были убеждены в том, что данный подход имеет универсальное практическое значение в области лечения психических заболеваний. Однако в дальнейшем было показано, что пациенты с серьезно нарушенной психикой могут пострадать в результате применения по отношению к ним жестких методов коммуникативной конфронтации. Значительные ограничения для применения методов ТС были установлены также в отношении пациентов с депрессиями, параноиков и психопатов (S.Whiteley, 1979).

Р.М.Моос обнаружил, что все модели ТС основываются на предположении о том, что среда, в которой проводятся лечение и реабилитация, оказывает важнейшее воздействие на их результаты. Действительно, можно считать, что основным представлением, лежащим в основе деятельности ТС, является следующее: так же, как деформированная личность может быть произведена патологической социальной средой, так и благоприятная социальная среда может содействовать устранению деформаций личности (N.Manning, 1979). Внешняя среда является для индивида важнейшим фактором, определяющим его психическое здоровье. Она может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние при решении индивидом возникающих у него проблем. Все ТС настаивают на том, что их члены являются компонентами некоторой социальной системы. Некоторые из ТС признают, что социальное давление является одним из важнейших терапевтических факторов. Примером такого

сообщества является Хендерсонский госпиталь (В.Нас1оп, 1979). Основным процессом, происходящим в ТС, является социальное обучение. Возможности, предоставляемые для социального обучения ТС, состоят в следующем: временный вывод пациента из-под действия обычных социальных процессов; возможность испытания им различных социальных ролей и способов межличностного взаимодействия, при котором возможные неудачи не имеют долговременных и катастрофических последствий; возможность участвовать в планировании, принятии решений и реализации изменений в непосредственном социальном окружении независимо от личного отношения и опыта; возможность взаимодействия с различными людьми в различных контекстах с меньшим числом социальных ограничений, чем в обыденных условиях; расширенные возможности для получения обратной связи, позволяющей выяснить, как другие относятся к тебе и как ты воздействуешь на других; среда, постоянно побуждающая к действию и решению проблем, а не просто принимающая статус-кво (Р.Нawkins).

В течение последних 50 лет представления о терапевтически значимой работе изменились. Сейчас значимыми признаются четыре момента: самовыражение, усвоение ролей, формирование привычек и навыков действия в социальной среде (А.Christian, R.D.Hinshelwood, 1979). Новые терапевтические методы возникли вследствие неудовлетворенности, как терапевтов, так и клиентов чисто коммуникативными методами психотерапии. Хотя психодрама, конфронтация, биоэнергетика, гештальт-психология, психосинтез, трансактный анализ известны как новые направления, они восходят к пионерским исследованиям Дж.Морено. В 20-е годы он разработал метод психодрамы. Морено описывает коммуникативную конфронтацию (encounter) следующим образом: "Встреча двоих с глазу на глаз, лицом к лицу. И когда ты рядом, я вырву твои глаза и помещу их вместо своих, а ты вырвешь мои глаза и поместишь их вместо своих. После этого я буду смотреть на тебя твоими глазами, а ты будешь смотреть на меня моими глазами".

В новых терапевтических подходах эмоциональный стресс рассматривается как потенциально целительный. Энергия, которая высвобождается в результате эмоциональной разрядки, может конструктивно использоваться. При этом честность, сознательное отношение, самостоятельность и восприимчивость являются основными принципами. Терапевт стимулирует выражение эмоций, а не их понимание. Традиционные формы психотерапии ограничиваются объяснением неуместных и подавляющих эмоций, в то время как новые терапевтические подходы ориентируются на восстановление и усиление индивидуальной способности к переживаниям. Традиционные терапевтические подходы ассоциируют неуместные эмоции в настоящем с деструктивными эпизодами в прошлом. Инновационное восприятие или осознание в новых терапевтических подходах стимулируется путем акцентуации действия. Совершение того, что он раньше не делал, облегчает индивиду инновационное восприятие. Задачей психотерапии в ТС является создание

ситуации, в которой значимые для индивида проблемы выявляются, исследуются, понимаются и модифицируются с помощью апробирования многих возможных решений, генерируемых в диалоге. Проблемы получают непосредственное выражение в координатах "здесь и сейчас", а не просто обсуждаются. Терапия предназначена для содействия обобщению и/или переносу результатов научения в различные жизненные ситуации. Особую значимость имеет достижение взаимопонимания относительно жизненных ситуаций и поведения. Возможно, центральным фактором является адаптирование коммуникации к значимости речевой деятельности, т.е. направление ее на цели устранения взаимонепонимания, ложных представлений и ожиданий (R.F.Hobson, 1979).

Для ТС характерны: убеждение в значимости выражения эмоций; контролируемость эмоциональной вовлеченности персонала; терпимое и неосуждающее отношение к людям; конфиденциальность отношений, имеющих место в рамках группы; убеждение в том, что каждый индивид обязан самостоятельно принимать решения, относящиеся к его судьбе (C.Archer, 1979).

К типичным для ТС особенностям относят: раскрепощение коммуникационной деятельности, "сплющивание пирамиды власти", разделение ответственности, принятие решений на основе консенсуса, анализ событий, обеспечение возможностей для обучения на основе жизненных ситуаций, анализ ролей и ролевых отношений. Этот список, который может быть существенно расширен, дает представление о том, насколько серьезно относятся ТС к структуре и функционированию социальной среды, природе лидерства, использованию власти, а также к рабочим взаимоотношениям персонала и пациентов. За всем этим стоит требование, в соответствии с которым каждый индивид должен переживать собственные эмоции, и помогать другим переживать их эмоции открыто, с заботой и надеждой. При выполнении этого требования ожидается, что каждый индивид будет ощущать себя вправе совершать ошибки, познавать самого себя, обучаться и развиваться как личность (J.K.W.Morrice, 1979).

Четыре фундаментальных направления, предложенные первоначально Р.Н.Рапопортом (1960) в качестве основных составляющих, характеризующих ТС, являются по-прежнему актуальными. К ним относятся демократизация, "вседозволенность" (permissiveness), конфронтация с действительностью и коммунизм.

Демократизация. Очевидно, что в реальной жизни демократизация имеет определенные ограничения. Так, например, пациенты в больнице не имеют возможности избирать медицинский персонал, который, в свою очередь, подчиняется дирекции. Однако и в этих учреждениях развитие демократии может поощряться или блокироваться. Оно поощряется открытием каналов коммуникации в вертикальном и горизонтальном направлениях, стимулированием межличностного взаимодействия, разделением ответственности за принимаемые решения. Следует, однако, учитывать, что-то, что возможно и реалистично в небольшом медицинском учреждении, может быть безрассудным в крупном медицинском, обра-

зовательном или тюремном заведении. В сущности, демократия в бюрократической организации, такой, как наркологическая или психиатрическая больница, сводится к вопросу о том, где и кем принимаются решения. В демократической социальной структуре, как персонал, так и пациенты имеют право голоса в отношении работы и процесса лечения. Однако нередко понятие демократии смешивается с равенством; при этом предполагается, что каждый индивид вправе сказать что-либо обо всем. Такая ситуация приводит к плохой управляемости, затягиванию принятия решений и общей неэффективности. Соответствующие трудности порождаются из ошибочного представления о том, что любые административные проблемы могут быть решены благодаря лучшей коммуникации. Даже в ТС существуют трудности в коммуникации, разделении и принятии на себя ответственности; ценности и нормы могут быть нечетко сформулированы и не согласованы, цели деятельности могут быть нечеткими. Существует немало трудностей в деятельности сообществ, ориентирующихся на демократическую модель, которая сама по себе имеет некоторые естественные ограничения. Так, например, невозможно на основе голосования учесть эмоции и точки зрения всех членов сообщества, поэтому принимаемые решения могут казаться несправедливыми тем, кто чувствует к себе невнимание или пренебрежение. Дискуссии и принятие решений, вместе с тем, являются достаточно эффективными способами вовлечения людей в жизнь сообщества. Они являются также теми средствами выражения, которые позволяют выявить, что действительно думает индивид и как это влияет на других людей. Демократические формы поведения и взаимодействия являются важнейшими ресурсами для развития личности, способствующими выработке индивидуального и независимого способа существования, (см. Morrice, 1979; A.Crozier, 1979; fl.Kennard, 1979). Обратим внимание на то, что ТС является лечебной и реабилитационной организацией, стремящейся максимизировать использование общегруппового консенсуса по отношению к принятию решений членами сообщества (R.Crocket, 1979). В отношении пациентов, страдающих наркотической зависимостью, было обнаружено, что демократическая модель является приемлемой для тех из них, которые используют галлюциногенные вещества в целях обретения "новой идентичности", но она является мало приемлемой для наркоманов, использующих амфетамины и героин для избегания депрессивных состояний и ощущения распада личности (E.Tongue, Д.Тигпег).

"Вседозволенность". ВТС "вседозволенность" означает терпимость к девиантным формам поведения. Идея состоит не в том, чтобы девиантность воспринимать без всякой критики или равнодушно. Напротив, подавление девиантного поведения с помощью регулирования и декретирования избегается с целью сделать его доступным для анализа. Проблемы в процессе совместного проживания и совместной трудовой деятельности выявляются с целью обнаружения их причин и достижения понимания. В этом смысле "вседозволенность" отражает способность членов группы относиться друг к другу с доверием и без лишней

негативной эмоциональности. Любому психотерапевту известно, что только терпимое и благожелательное отношение побуждает индивида ослабить свои защитные механизмы и предоставить возможности для требуемого терапевтического воздействия. Терпимость и понимание со стороны группы по отношению к повторяемым индивидом ошибкам и проступкам имеет преходящий характер. ТС поощряет развитие и обучение личности, оно осознает, что в своем развитии индивид способен совершать ошибки. "Вседозволенность" в этом смысле означает, что индивид не подталкивается к конформизму, скорее ему оказывается содействие в превращении имеющегося у него конфликта в реалистичный процесс принятия решения.

**Конфронтация с действительностью.** Она означает представление поведения индивида в отраженной форме, которое осуществляется с целью осознания им интерпретации его поведения группой и необходимости изменения раздражающего других поведения. Целью конфронтации является не выражение открытой и неприязненной критики, а информирование и выражение вызываемых поведением индивида эмоций: "Задачей является сказать правду с любовью".

Конфронтация позволяет эксплицировать "игры, в которые играют люди", и механизмы, которые они используют для избежания болезненных переживаний. Это один из острейших инструментов, применяемых в практике ТС. Вероятно, он работает наиболее эффективно в тех случаях, когда группа обладает сильным "коллективным эго", а индивид способен к восприятию как поддержки, так и критики со стороны своих коллег. В тех же случаях, когда группа является замкнутой в себе, озлобленной и зависимой, основная тяжесть по проведению конфронтации ложится на персонал, что может затруднить ее эффективное проведение. В ТС с действительностью затрагивает как пациентов, так и персонал. Деятельность персонала является объектом пристального внимания и критики, что дает возможность для его дополнительного обучения.

Коммуникативные конфронтации, по определению У.Шутца, являются методом человеческого взаимодействия, основывающегося на открытости и честности, самосознании, личной ответственности, знании собственного организма, внимании к эмоциям с особым вниманием к "здесь и сейчас". В результате устранения блокирующих механизмов улучшается функционирование индивида и создаются условия для более эффективного использования индивидуальных способностей. Это имеет терапевтическое, образовательное и рекреационное воздействие/значимость. Феникс Хаус - английское ТС, использующее методы и принципы коммуникативной конфронтации, находящееся в Лондоне, занимается реабилитацией наркоманов. Согласно его философии, "Мы находимся здесь, потому что нельзя укрыться от самих себя. Без конфронтации своего Я с глазами и сердцами других индивид продолжает бежать от самого себя. Пока он не представит свои секреты, он не защищен от них. Пока он боится, что его узнают, он не может познать ни



самого себя, ни других, и он будет одинок". Сходными сообществами являются Синанон и Дэйтоп в США, а также Альфа Хаус, Суффолк Хаус и Кренстоун в Великобритании.

**Коммунизм** ТС - равенство прав и обязанностей, всех членов сообщества, решение проблем сообща и проч. Перечисленные особенности ТС являются взаимосвязанными. Так, например, как уже было отмечено, отличительной особенностью всех ТС являются общие собрания. Некоторые из них используются для решения практических вопросов, а другие - для рассмотрения эмоциональных вопросов и личных проблем.

**Продолжительность** нахождения больных в ТС (стационарного типа) по мнению многих специалистов (De Leon, 1987; N.Manning, 1979; Т.Н.Дудко, 1997; М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, 2000; Б.М.Гузилов, В.М.Зобнев, В.Л.Ревзин, 2000; Ю.В.Валентик, 2001, и др.) должна составлять от нескольких месяцев до 1,5-2 лет. В последующем рекомендуется обязательно использовать комплекс мероприятий медицинского и социального характера в амбулаторных и полустационарных учреждениях с целью предотвращения срывов и рецидивов болезни. Это, прежде всего решение проблем социальной адаптации, трудоустройства, жилища, учебы, приобретения профессии, а также нормализации семейных отношений.

**Финансирование.** Проблема финансирования ТС остается одной из наиболее актуальных и сложных. В различных странах она имеет своеобразие. Дэйтоп (США, Германия), Синанон (США, Германия), Альмедо (Германия), Эшли (США) существуют за счет самофинансирования и страховых компаний; Монар (Польша), Феникс Хаус (Норвегия) финансируются из бюджета здравоохранения; Киско (Финляндия) - за счет муниципальных источников и общественных фондов.

**Эффективность.** Эффективность работы ТС, по мнению Б.М.Гузилова и др. (2000), по опыту реализации программы, разработанной в отделении реабилитации больных наркоманией и токсикоманией НИПНИ им. В.М.Бехтерева, отвечающей принципу "необходимости и достаточности терапевтических воздействий", может достигать 75%.

## **Глава 11. Сообщества (группы) само- и взаимопомощи наркологических больных**

*М.Г.Цетлин, В.В.Батищев, О.В.Зыков*

Сообщества само- и взаимопомощи наркологических больных занимают в настоящее время важное место в системе их реабилитации и преодоления последствий, возникших в результате развития у них зависимости от психоактивных веществ. Деятельность организаций самопомощи нацелена, в первую очередь, на решение индивидуальных проблем конкретного человека, страдающего тем или иным видом зависимости, на основе использования поддержки и опыта других членов сообщества, имеющих сходные проблемы. Как правило, такая помощь осуществляется на групповых собраниях, которые проводятся по определенным правилам, выработанным либо отдельно взятой группой, либо сообществом в целом. В группах самопомощи все их участники являются равноправными членами. Посещение групп является добровольным. Финансирование работы сообществ осуществляется самими участниками и, обычно, строго регламентировано, чтобы не создавать прецедента финансовой зависимости от каких-либо личностей либо государственных или частных структур.

Наиболее распространенными в мире сообществами само- и взаимопомощи наркологических больных являются сообщество Анонимных Алкоголиков и возникшие позже сообщества АлАнон (родственники алкоголиков), Анонимных Наркоманов и НарАнон (родственники наркоманов), работающие по системе «12 Шагов».

Движение групп самопомощи в США берет свое начало с так называемых «Оксфордских групп». Эти группы не предназначались только для лиц наркологическими проблемами: их целью было объединение людей для решения своих проблем с помощью единомышленников. Система помощи основывалась на взаимоподдержке и вере в Бога в рамках католической религии. Некоторые из первых членов сообщества АА становились на путь преодоления зависимости и личностного восстановления в рамках таких групп. Однако в деятельности этих групп не учитывались особенности поражения личности и путей ее восстановления у больных алкоголизмом, что и привело в дальнейшем к попытке создания ими своих особых групп самопомощи, позже названных «Анонимные Алкоголики». Огромное влияние на формирование теоретической и организационной платформы данного сообщества оказал известный психотерапевт К. Г. Юнг: в частности, именно он предложил ввести в программу «12 Шагов» «шаги», предлагающие больным с зависимостью строить свое личностное восстановление на отношениях с «Силой, более могущественной, чем я».

Официально начало процесса образования сообщества Анонимных Алкоголиков (АА) относится к маю 1935 г. В это время в городе Акрон (штат Огайо, США) 40-летний маклер Нью-Йоркской биржи Билл (Уильям) Вил-

сон искал встречи с каким-нибудь алкоголиком. Это был первый зафиксированный случай, когда алкоголик искал алкоголика для того, чтобы НЕ ПИТЬ. Вторым участником этой встречи стал известный врач-хирург Боб (Роберт) Смит, который последние 5 лет беспробудно пил. День этой встречи объявлен датой рождения АА. При встрече Билл не уговаривал Боба встать на путь духовного перерождения, а рассказал ему то, что сам узнал об алкоголизме: что при физической зависимости доминирует навязчивое желание выпить, что это прогрессирующая болезнь и если больной не перестанет пить, то он погибнет. Именно эта беседа положила начало созданию метода групповой психотерапевтической помощи при алкоголизме, в дальнейшем подробно разработанного сообществом АА.

В последующие годы АА стало быстро развиваться, постоянно увеличивалось количество его групп. Были разработаны теоретические постулаты процесса преодоления зависимости, выразившиеся в программе "12 Шагов", и принципы существования сообщества в виде "12 Традиций". В 1939 году, подводя итог своей деятельности, Билл Вилсон издал книгу «Анонимные Алкоголики», в которой он изложил философию АА и методологию работы сообщества. По наименованию этой книги движение и получило свое название. Кроме того, в книге излагалась история движения и его основные принципы и были сформулированы 12 Шагов.

#### 12 ШАГОВ

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой (вариант: перестали управлять своей жизнью).
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, **как мы Его понимаем**.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений.
6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших недостатков.
7. Смирненно просили Его исправить наши изъяны.
8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить нашу вину перед ними.
9. Лично возместили причиненный этим людям ущерб, где и как только это было возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, **как мы понимаем Его**, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании сил для этого.

12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы стремились донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

Можно условно разделить всю совокупность «Шагов» на 3 группы: с 1-го по 3-й, с 4-го по 11-й и отдельно отстоящий по своим целям и задачам 12-й «Шаг».

1-3 «Шаги» - это поиск некоей силы, которая поможет преодолеть «отрицание» болезни - алкогольной анозогнозии и затем - преодолеть болезнь, освободиться от нее. Сразу подчеркнем, что, хотя в тексте речь идет о «Боге», - но не о конкретном христианском, мусульманском или ином Боге (представление о котором отвечает определенным строгим религиозным догматам), а «о Боге, как мы Его понимаем» - о той «Высшей силе», «Силе, более могущественной, чем мы», не обязательно называемой Богом, которая становится опорой в индивидуальном понимании и преодолении болезни; фактически - о **силе духа, духовного единения группы**. Именно эта сила, которой можно и должно отдаться всей душой, и способна помочь в преодолении рабской личной зависимости от алкоголя, от болезни.

Таким образом, сразу уже с 1-го «Шага» начинает активно работать сила взаимного убеждения и подкрепления в группе, включается «групповое сознание», создается мощное общее групповое эмоциональное поле - важнейший феномен групповой психотерапии.

В данном контексте мы считаем возможным также дать те рациональные объяснения отдельных Шагов программы, которые соотносятся с теоретическими посылами, используемыми некоторыми психотерапевтическими школами, имеющими достаточно структурированные схемы развития личности в процессе психотерапевтического воздействия.

Так, с точки зрения бихевиоральной терапии, теории Т-групп (групп тренинга) и групп встреч реализацию программы «12 Шагов» можно разделить на два больших этапа.

Первый этап включает в себя Шаги с 1-го по 8-ой. Их задача - обучение больного адекватному социальному взаимодействию с людьми, имеющими такие же, как у него, проблемы, но ведущими трезвый образ жизни. Подобное научение возможно лишь при неразрывном контакте с группой Анонимных Алкоголиков.

Второй этап охватывает Шаги с 9-го по 12-й. На этом этапе человек выносит знания и умения, полученные в группе, «во вне» - для налаживания и совершенствования своего функционирования в окружающем социуме, среди людей, не страдающих химической зависимостью. Таким образом, мы видим, что сообщество АА полностью отвечает основному понятию указанных видов психотерапии: группа как обучающая лаборатория.

Особый интерес вызывает рассмотрение программы «12 Шагов» с точки зрения основного понятия гештальт-терапии «фигура и фон». Базируясь на данном понятии, можно выделить в «Шагах» программы несколько терапевтических этапов.

Первый Шаг дает человеку возможность осознать имеющиеся у него проблемы, что аналогично нахождению границ между характеристиками собственной личности и окружением.

Работа со 2-го по 8-й Шаг предполагает изучение имеющихся особенностей собственной личности внутри ранее очерченных границ Я.

Проработка 9-11 Шагов подразумевает изучение больным особенностей окружающей его реальности. На этом этапе человек имеет возможность построить новые, конструктивные отношения с внешней средой, учитывая особенности своей личности (Я).

Двенадцатый шаг - зрелость. В конце реабилитационного процесса наступает «зрелость», когда человек в состоянии полностью принять на себя ответственность за свое поведение с целью поддержания благополучного, комфортного образа жизни и трезвости в том числе. 12 Шаг - это и оказание помощи другим алкоголикам - порой без ожидания какой-либо ответной реакции с их стороны. Осуществление такой помощи необходимо для поддержания своего личного выздоровления.

Если рассматривать текст «12 Шагов» с точки зрения теории анализа Э.Берна, то удобнее объединить структурный и трансактный анализ для непосредственного объяснения последовательных шагов программы, а с помощью сценарного анализа объяснить изменения в жизни больных алкоголизмом в процессе личностного восстановления по методике АА.

Первый Шаг - изучение социальных трансакций и «игр» больного и его окружения из Я-состояния Взрослый, интеллектуальное признание (Я-состояние Взрослый) и принятие на эмоциональном уровне (Я-состояние Ребенок) потери контроля над потреблением алкоголя и своей жизнью.

2-3 Шаги - поиск внешнего Родителя, способного принимать личность больного человека со всеми его недостатками и достоинствами, а также могущего оказывать ему психологическую поддержку на всем пути выздоровления.

4 Шаг - изучение из Я-состояния Взрослый достоинств и недостатков своих внутренних Я-состояний Ребенок и Родитель.

5-8 Шаги - работа по улучшению взаимодействия между внутренними составляющими личности человека - Родителя, Ребенка и Взрослого.

9-12 Шаги - восстановление разрушенных и наработка новых социальных трансакций для более эффективного функционирования личности.

Согласно сценарной теории, путь личностного восстановления по программе Анонимных Алкоголиков можно рассматривать как плавный переход от сценария «неудачника» через сценарий «непобедителя» (трезвого, но не имеющего полноценного функционирования в социуме) к сценарию «победителя» - полноценно функционирующей в психологическом и социальном плане личности.

Вся деятельность АА базируется на так наз. «12 Традициях» - принципиальных нормах жизни каждого члена сообщества. Вот их текст:

## 12 ТРАДИЦИЙ АА

1. Наше общее благо должно быть превыше всего - личное выздоровление зависит от единства АА.
2. Для осуществления целей нашей группы нет авторитета выше, чем любящий Бог - такой, как он может выражать себя в сознании нашей группы. Наши лидеры - это люди, которым мы доверяем и наши добрые друзья, они нами не управляют.
3. Единственное условие для членства в АА - это желание бросить пить.
4. Каждая группа должна быть самостоятельной, кроме тех случаев, когда дело касается других групп или АА в целом.
5. Каждая группа АА имеет только одну главную цель - делиться своим опытом с теми алкоголиками, которые все еще страдают этим недугом.
6. Ни одна группа АА никогда не должна позволять никаким посторонним организациям или учреждениям, даже тем, которые работают в смежных областях, выступать от имени АА, а также не должна финансировать или поддерживать их в обществе. Деньги, собственность или желание завоевать престиж не должны отвлекать нас от нашей главной цели.
7. Каждая группа АА должна сама себя содержать, не принимая никаких посторонних пожертвований.
8. Сообщество Анонимных Алкоголиков должно всегда оставаться непрофессиональной группой, но наши центры и службы могут использовать специальных сотрудников.
9. АА как таковое не имеет руководящих органов, но мы можем создавать комитеты и советы службы, непосредственно отчитывающиеся перед теми, кому они служат.
10. АА не занимает никакой позиции по вопросам, не относящимся к деятельности общества, поэтому АА никогда не должно упоминаться в общественных спорах, дискуссиях.
11. Наши отношения с обществом основываются на разъяснении, а не на агитации. Нам необходима личная анонимность в контактах со средствами массовой информации.
12. Анонимность является духовной основой всех наших традиций; это постоянно напоминает нам о необходимости ставить принципы выше интересов любой отдельной личности.

Часто авторами, описывающими программу Анонимных Алкоголиков, упускается психотерапевтическое значение «12 Традиций» АА. На особое значение в этом плане «Традиций» сообщества указывает, в первую очередь, само отношение к ним членов АА. В частности, они в любой момент могут высказывать свое мнение о проделанных Шагах, говорить о личном опыте их прохождения, о своем собственном пути в программе - и это воспринимается другими Анонимными Алкоголиками совершенно спокойно. Но в случае попыток неадекватного толкования или изменения «Традиций» сообщества большинство членов АА жестко встает на их защиту. Столь непоколебимая позиция присутствует у людей лишь тогда,

когда возникает угроза их собственному существованию. Традиции, в первую очередь, отстаивают единство сообщества Анонимных Алкоголиков - как защиту и гарантию безопасности личности алкоголика, нацеленного на процесс выздоровления. Кроме того, подобная организация работы сообщества не позволяет ему стать тоталитарной сектой.

Многие современные специалисты в области аддиктологии рассматривают алкоголизм как био-психо-социальное заболевание. Главным в идеологии сообщества АА также является признание алкоголизма болезнью, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной жизни человека. Изменения на биологическом уровне считаются необратимыми и практически неизлечимыми, но все остальные аспекты различных проявлений заболевания, по мнению АА, могут направленно и успешно корректироваться. «12 Шагов» провозглашаются программой личностного выздоровления и поддержания трезвого образа жизни, а «12 Традиций» - суммой норм функционирования самого сообщества в окружающем мире.

Точка зрения Анонимных Алкоголиков на алкоголизм как на болезнь определяется несколькими положениями:

- Алкоголизм - хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом;
- Больные алкоголизмом навсегда потеряли способность контролировать свое потребление алкоголя;
- Алкоголизм воздействует на тело больного, его мышление, психологические особенности, социальную жизнь и духовное развитие, и истинное освобождение от этого заболевания требует коррекции и восстановления каждой из этих сфер;
- Единственная возможность жить полноценной жизнью для больного зависимостью от алкоголя - в течение всей дальнейшей жизни не употреблять алкоголь, а также и другие психоактивные вещества.

Анонимные Алкоголики исходят из понимания того, что больным никогда уже не научиться пить "как все", т. е. контролировать количество выпиваемого алкоголя. Они по собственному опыту знают, как многие больные обманывают себя, считая, что они сохраняют этот контроль, или мечтая его вернуть. Учитывая научно доказанные необратимые нарушения функционирования биохимических (нейрогуморальных) механизмов регуляции обмена веществ и психоэмоционального состояния, вызванные длительным потреблением алкоголя, ясно, что подобный контроль теперь невозможен, а практически любой прием алкоголя приводит к обострению заболевания. Условием "восстановления" больного по программе АА в первую очередь считается признание им факта окончательной потери контроля над потреблением алкоголя. И лишь признав наличие у себя утраты контроля над выпивкой, можно рассчитывать на выздоровление в том контексте, который заявлен членами АА: "Мы - алкоголики, мужчины и женщины, которые потеряли способность управлять нашим питием. Мы знаем, что никакой реальный алкоголик никогда не сможет контролировать потребление спиртного".

У простого обывателя, а порой и у специалистов возникает вопрос. "Почему алкоголик пьет?" В АА не задают себе подобных вопросов. Вместо проблемы: "Почему я пью?" Анонимные Алкоголики решают проблему "Что делать, чтобы не пить?". В так называемой "Большой книге" первые члены АА делятся соображениями о том, что именно им помогло длительно сохранять трезвость.

Один из важнейших "постулатов" АА базируется на следующем представлении: при развитии химической зависимости у человека уже нет необходимости владеть собой, управлять своими эмоциями. Больной останавливается в своем эмоциональном развитии - процесс формирования у него механизмов эмоциональной устойчивости блокируется. Поэтому любое, особенно неожиданное эмоциональное переживание, потрясение, - связанное с горем, обидой, злостью, страхом или радостью, - становится трудно переносимым без алкоголя. У клиницистов и психологов сложилось устойчивое мнение, что общей чертой алкоголиков является эмоциональная измененность и неразвитость. Сами члены АА заявляют, что эмоциональная незрелость - это суть их болезни. Она со временем возрастает, и алкоголик теряет возможность выражать и понимать свои чувства. Поэтому он не знает, что с ними делать, не умеет их осознать и передавать другим, часто не способен их даже назвать. Он загоняет свои чувства вглубь - особенно негативные: злость, обиду, страх. Когда таких эмоций накапливается слишком много - он начинает пить, и это помогает ему в какой-то мере освободиться от внутреннего напряжения.

Цель программы «12 Шагов» - эмоциональная зрелость, достигаемая путем последовательной проработки отдельных "Шагов" при помощи других членов сообщества. При этом только в тексте 1-го Шага встречается слово «алкоголь», говорится о том, что необходимо перестать бороться с собой и признать свое бессилие перед болезнью, признать факт потери контроля над своей жизнью. Совершая этот Шаг, алкоголик ломает свой механизм защиты и отрицания - это необходимое (хотя все же недостаточное) условие для сохранения трезвости. Остальные Шаги служат опорой для целенаправленного духовного развития. Идея этого процесса выражена в известной "молитве" АА: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество - изменить то, что могу изменить и мудрость - отличить одно от другого».

Программа "12 Шагов" делает упор на активную работу над собой самого больного. Ставится только одно условие - искреннее желание бросить пить. Программа предполагает длительное и непрерывное участие больного в реабилитационном процессе.

Работая над преодолением проявлений алкоголизма в группах АА, больные меняют не только стиль своего поведения, но и систему своих взглядов и убеждений. При этом утверждается, что изменения в сознании и мышлении происходят после изменения форм поведения (в АА существует афоризм: «Принеси тело, голова придет позже»). Член АА имеет возможность освоить новые стереотипы поведения путем регулярной тренировки новых навыков. Обретающий трезвость не столько думает,



сколько делает, действует, так как его мышление еще долгое время остается алкогольным. Наибольших результатов можно достичь путем прямого копирования поведения других членов АА, имеющих большой стаж трезвости. Таким образом, используется ролевая, поведенческая имитация как одна из основных форм обучения, научения. Новый член АА использует трезвые паттерны поведения, хотя он и мыслит все еще как больной. Такого новичка в АА называют не трезвым, а «сухим».

Программа «12 Шагов» рассматривается как технология, позволяющая больным алкоголизмом, благодаря духовным изменениям, происходящим по мере работы над Шагами, жить комфортной трезвой жизнью, когда для улучшения настроения или самочувствия у них нет необходимости использовать алкоголь или другие вещества, изменяющие психофизическое состояние.

Еще один важный момент: вера в "высшую силу", в силу группы помогает корректировать эгоцентрические устремления больного. Ведь алкоголики в значительном большинстве своем - эгоцентрики, проявляющие постоянное стремление подчинять всех окружающих своим интересам, контролировать не только прием алкоголя, но и жизнь близких. В основе обретения новой духовности в АА лежит признание утраты такого контроля: «Это не я являюсь центром мира, не я повелитель Вселенной, я не контролирую весь мир». Для больного нередко такое понимание - что-то совершенно новое.

В качестве постоянно действующего руководства к действию в повседневной жизни выступают так наз. **«Девизы» («Лозунги») АА**. Вот их текст: «Живи одним днем», «Не суетись» («Тише едешь дальше будешь»), «Не торопись, но делай», «Живи и давай жить другим», «Это работает, когда работаешь ты», «Первым делом главное», «Думай, думай, думай», «Прими решение и выполняй», «Я не могу - мы можем» и т.д.

В первые месяцы после прихода больного в АА «Лозунги» помогают определиться ему в отношении того, как поддерживать трезвость и строить свои отношения с сообществом и программой выздоровления.

**«Живи одним днем»**. Цель восстановления состоит в том, чтобы не выпить "первую рюмку", "первый стакан", "первую дозу" и оставаться трезвым в течение только одного этого текущего дня. Годовщины трезвости важны, но, в конечном счете, наиболее важно - потребляет ли больной сегодня, потреблял ли он вчера и будет ли потреблять завтра.

**«Первым делом - главное»**. Если больной зависимостью не останется трезвым, ничто другое уже не будет иметь значения, так как он может закончить свой путь в больнице, в тюрьме или умереть раньше времени. Если не сконцентрироваться на восстановлении по программе «12 Шагов» и на поддержании трезвости, зависимость от ПАВ будет подрывать тело, разум, душу и ухудшать отношения больного с окружающими людьми. Хотя все люди, включая алкоголиков и наркоманов, имеют массу обязательств и проблем, первое, что важно для больного - поддержание собственной трезвости. Больной должен быть подготов-

лен к этому, должен уметь принимать любые трудные решения, необходимые для того, чтобы оставаться трезвым.

**"Тише едешь - дальше будешь", "Небуетись".** Не все в текстах и установках АА/АН будет сразу необходимо для восстановления больному зависимости. Этот лозунг говорит о постепенном продвижении в процессе восстановления. Когда больной пытается сразу сделать все, что рекомендуется в АА/АН, он может сорваться, так как часто оказывается не готовым сразу соответствовать всем требованиям к трезвому человеку. Только постепенно продвигаясь по программе, приобретая опыт трезвой жизни, человек, страдающий зависимостью, может все более комфортно себя чувствовать.

**«Я не могу - мы можем»** - с помощью сообщества можно справиться даже с такой тяжелой болезнью как алкоголизм, и т.д.

Однако следует особое внимание уделить психотерапевтической роли «Лозунгов» АА и в дальнейшей трезвой жизни больного алкоголизмом «Лозунги» являются своеобразным спасательным кругом для "выздоровливающего" человека в новых, трудных, непредвиденных ситуациях. С их помощью больной имеет возможность достаточно уверенно функционировать в окружающей среде в тот период, когда необходимые новые, трезвые способы поведения находятся на этапе формирования. «Лозунг» - это своего рода клише, направляющее мысли и действия "выздоровливающего" на адекватное решение возникающих проблем, ранее преодолевшихся лишь с помощью алкоголя. Наиболее важным представляется лозунг «Живи одним днем», который соответствует такому понятию многих психотерапевтических школ, как принцип «Здесь и Теперь». Эта "формула" направлена на то, чтобы весь процесс "выздоровления" проходил под знаком осознания текущей действительности и сосредоточенности на настоящем. Применение этого принципа в повседневной жизни вовсе не означает бездумное пренебрежение прошлым или неумение подготавливаться к будущему: скорее, наоборот - зная свое прошлое, можно лучше осознавать и более глубоко чувствовать настоящее и через этот подход более эффективно формировать и планировать свое будущее. Кроме того, «Лозунги» («Девизы») Анонимных Алкоголиков можно рассматривать как способ противодействия тем "сценарным" установкам, которые получены и закреплены алкоголиком в процессе личностного "роста", которые определяют его взгляды на способы существования в окружающем мире и взаимодействия с другими людьми. Тот же девиз "Живи одним днем" можно рассматривать как противодействие негативной (деструктивной) сценарной установке, часто наблюдаемой психотерапевтами в работе с алкоголиками, - "Не живи". Можно привести ряд некоторых наиболее распространенных семейных поведенческих деструктивных установок "в паре" с девизами АА (по принципу "Установка - Девиз"): "Торопись" - "Не суетись" ("Тише едешь, дальше будешь"), "Угоди всем" - "Говори то, что есть" ("Маленькая неправда - это тоже ложь"), "Не чувствуй себя хорошо" - "Живи и давай жить другим" и т.д.

У сообщества Анонимных Алкоголиков есть несколько основных инструментов для помощи в выздоровлении членам сообщества.

В первую очередь, это регулярное посещение собраний АА в течение всего периода восстановления.

Во-вторых, это систематическое изучение и проработка «12 Шагов», «12 Традиций» и Лозунгов сообщества.

Наконец, это работа со "спонсором" (наставником), - человеком, уже достаточно давно и успешно работающим в программе.

Посещение групповых собраний - неотъемлемая часть процесса включения в программу АА. Основной Лозунг сообщества - «90 дней - 90 собраний»: новичку предлагается в течение трех месяцев ежедневно посещать группы. Эта рекомендация имеет глубокий смысл: именно в этот начальный период воздержания наиболее часто развиваются рецидивы заболевания. В этот сложный для него период алкоголик нуждается в наиболее интенсивной помощи и поддержке на пути к выздоровлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА на этом этапе реализации программы позволяет зависимому от ПАВ человеку лучше разобраться в основных ее положениях, понять принципы, регулирующие деятельность сообщества, и главное - чем именно оно помогает больному в процессе реабилитации.

**Программу «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков можно рассматривать как групповую психотерапевтическую методику лечения алкоголизма, наркомании, а также других видов аддиктивного, компульсивного, неадекватного поведения. Система организации работы сообщества, способ ведения групп, основные принципы личностного восстановления по программе АА, сформулированные в «12 Шагах» и «12 Традициях», а также в «Лозунгах» АА, делаются идейно и содержательно очень близкими различными классическими психотерапевтическими методиками и эту программу.**

Для групповых собраний АА характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение поведенческих установок личности, а также ее внутреннего состояния. Основные характеристики группового процесса, отмеченные многими психотерапевтическими школами, достаточно наглядно можно наблюдать и в группах Анонимных Алкоголиков. Сходство проявляется во многом, и в первую очередь необходимо отметить возможность получения членом группы так наз. "обратной связи" в процессе общения, поддержки от людей, имеющих такие же проблемы, как и у него. В любой группе ее участник имеет возможность уяснить для себя и воспринять ценности и потребности других людей, что наиболее показательно в системе АА. На собраниях участник группы АА ощущает принятие его другими, доверие к себе, получает необходимую помощь и учится воспринимать окружающих такими, какие они есть. Адекватные реакции других на конкретного человека в группе могут значительно облегчить разрешение его конфликтов с людьми вне группы. На занятиях член АА может найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими его людьми, имеет возможность научиться новым навыкам, опробовать новые стили поведения среди равных ему парт-

неров. Именно эти возможности создают чувство психологического комфорта и покоя. Слушая рассказы других участников группы о себе, пациенты могут узнавать себя в других, видеть "со стороны" свои проблемы и использовать этот опыт для определения (идентификации) и оценки своих чувств и форм поведения. Группа помогает значительно облегчить процесс самоисследования, обеспечивает своим членам необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своей личности.

Существует ряд **общих принципов, характерных для психокоррекционных групп**, которые выделил Lakin (1975):

1. Облегчение выражения эмоций.
2. Появление чувства принадлежности к группе.
3. Возможность, а иногда и обязательность самораскрытия.
4. Опробование новых видов поведения как в группе, так и вне ее.
5. Разрешенное групповое осуществление межличностных сравнений, выражение своего мнения по любым вопросам и проблемам, решаемым во время занятий.
6. Разделение с назначенным (избранным) лидером ответственности за руководство группой.

Все эти принципы в полной мере характерны для групповых собраний сообщества Анонимных Алкоголиков и иных сообществ, работающих по системе «12 Шагов».

Большинство специалистов по групповой терапии склоняются к тому что наибольшая эффективность работы в группах достигается при объединении людей, схожих по наличию общих, близких, одинаковых проблем, так как включение в группу лиц с различными проблемами почти неизбежно вызывает излишнюю напряженность и конфронтацию. Это положение объясняет невозможность и неэффективность работы с больными алкоголизмом в смешанных лечебных группах. АА сильно тем, что объединяет людей с одной общей проблемой - химической зависимостью, и такой подход помогает в обеспечении сплоченности группы, взаимопонимания ее членов, объединения вокруг проблемы избавления от алкоголизма. Есть и еще одно преимущество АА, связанное со свободным объединением в их группах людей, имеющих разные типы характера, и формы реагирования. Эта особенность часто помогает таким группам принимать наиболее конструктивные решения, приобретать разнообразный опыт всестороннего рассмотрения и разрешения тех или иных проблем. Необходимо здесь указать, что в замкнутых, «слишком сплоченных» группах велика опасность принятия решений, связанных с чрезмерным оптимизмом или наивностью ее лидеров, что часто оказывает разрушительное воздействие на группу, снижает ожидаемый терапевтический эффект. Сообщество АА избегает такой ситуации благодаря тому, что любой его член может посещать любые АА-группы по своему усмотрению, а порой такой модус прямо рекомендуется отдельным больным. Указанный подход, несомненно, привносит разнообразие и разноплановость в работу групп АА.

Существенное значение имеют структура ведения собраний групп сообщества АА и выбор их ведущих. Когда групповой процесс идет по

хорошо структурированному плану, это снижает у его участников вероятность, уменьшает их сопротивление воздействию группы и, таким образом, позволяет им наиболее полноценно сконцентрироваться на проблемах отдельной личности и общих целях группы, ускоряет преодоление нерешительности новичков и других трудных моментов начального организационного периода. Такая цель часто достигается жесткой организацией заседаний групп АА. Выделяются, например, "тематические" встречи: изучение отдельных Шагов, Лозунгов (Девизов), традиций и т.д.; чтение книг АА; «спикерские собрания», когда один из членов группы рассказывает о своем пути выздоровления - и т.д.

Интересный способ анализа группового процесса предложил Kelman (1963). Он полагает, что в плане социального развития членов группы решающими для достижения позитивного результата групповой терапии являются три процесса: податливость, идентификация и присвоение. Все эти процессы в полной мере характерны для групп сообщества АА. В частности, процесс податливости заключается в том, что новые члены сообщества "испытывают" новые способы поведения, получаемые в процессе работы в группах от более опытных в решении своих алкогольных проблем людей. Идентификация проявляется в возможности каждого участника группы АА не только почувствовать себя единым целым с большинством участников группы, но и проявить себя в качестве лидера, встать на позицию руководителя группы - это закреплено правилом, согласно которому любой член сообщества может и должен быть ведущим или «спикером» на собрании; кроме того, этот же требование "прописано" в Двенадцатом шаге программы АА. Присвоение - это процесс реализации полученных знаний и умений конкретным человеком в реальной жизни, - т.е. основное, для чего существует сообщество Анонимных Алкоголиков.

Yalom (1975) выделил 10 основных лечебных факторов, характеризующих процесс групповой терапии: 1. Сплоченность. 2. Внушение надежды. 3. Обобщение. 4. Альтруизм. 5. Предоставление информации. 6. Множественный перенос. 7. Межличностное обучение. 8. Развитие навыков межличностного общения. 9. Имитирующее поведение. 10. Катарсис.

Все эти факторы, естественно, характерны и для групп АА. Вот соответствующие примеры:

1. Сплоченность способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях работы в группе, так как алкоголик в одиночестве практически не в состоянии справиться со своим заболеванием и, таким образом, нуждается в поддержке и помощи себе подобных. Отсутствие сплоченности приводит к распаду группы АА или значительному уменьшению терапевтического эффекта в "выживших", но закрытых, "замкнутых на себя" группах. Необходимость сплоченности сообщества, как основной принцип существования АА и "выздоровления" больных, оговорена в «12 Традициях» АА, где основополагающей в этом плане следует считать Первую Традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА».

**2. Внушение надежды** - это закрепление веры в успешность выздоровления с помощью АА и надежды на достижение личного и семейного благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие, а тем более, если они подкреплены живыми примерами в виде успешных членов сообщества, имеющих большие сроки трезвости и обеспечивших себе благополучное существование в окружающем их социуме. Как правило, эти люди говорят новичкам: «Хочешь быть таким же, как я - ходи на группы, работай по программе, как я, и все у тебя получится». Регулярно подкрепляемая вера в успех - это очень важный фактор эффективности данной программы.

**3. Обобщение.** Многие больные считают свои личные проблемы уникальными, однако, приходя в группу, они узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, что они тоже испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда человек понимает, что он в своем несчастье не одинок, он оказывается в большей готовности принять помощь от других людей - как внутри сообщества АА, так и вне него, что, несомненно, облегчает процесс личностного восстановления. Кроме того, некоторые больные, определив наличие у себя каких-либо трудностей, «приносят» их для обсуждения в группу. В процессе общения с другими ее членами они обнаруживают у себя еще целый ряд проблем, мешающих выздоровлению и реабилитации, но до прихода на группу ими четко «не определенных» и даже не осознававшихся.

**4. Альтруизм** - ощущение взаимной «отдачи» и необходимости - как старожилов АА, так и новичков - также оказывает эффективное терапевтическое действие. Не является секретом тот факт, что если в группу АА не привлекаются новые, «свежие» больные, то она может быстро прекратить реальную активность, что, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому взаимный альтруизм - это важный элемент взаимодействия членов АА, без которого невозможно личное выздоровление.

**5. Предоставление информации** - это возможность и необходимость обмена между членами групп АА информацией относительно способов преодоления тех или иных проблем, существующих в их жизни, так как трудности большинства из них имеют большое сходство. Могут быть общими также способы «продвижения» по программе, приемы работы по отдельным «Шагам», «Традициям» и «Лозунгам», а также во многих других аспектах восстановления. Для интенсификации обмена информацией определяются наиболее актуальные темы для обсуждения в группах, которые либо выбираются большинством участников во время очередной «встречи», либо планируются заранее.

**6. Множественный перенос.** Те отношения, которые складываются между участниками группы АА, с течением времени начинают походить на формы взаимодействия, которые человек использует в общении со своими близкими, т.е. в группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда зависимый

от ПАВ человек испытывает излишнюю привязанность или проявляет агрессию по отношению к группе или отдельным ее членам. По мере прохождения определенных этапов восстановления по программе АА и работы в группе эти тенденции подвергаются как групповой, так и индивидуальной рациональной и реалистичной оценке, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению между больными и окружающими их людьми, как на собраниях групп, так и вне них.

**7. Межличностное обучение.** В группах АА каждый их участник исследует испытываемые им как положительные, так и отрицательные эмоции, апробирует новые формы (способы) поведения среди "трезвых алкоголиков", что в дальнейшем позволяет ему перенести многие из этих опробованных в группе действий и суждений на жизнь вне группы - для установления полноценных социальных связей с окружающим миром. Без подобного обучения посещение собраний не приносило бы того результата, который дает программа АА, т.е. не достигалась бы полная адаптация больных алкоголизмом к жизни в меняющемся социуме, имеющем свои как положительные, так и отрицательные стороны.

**8. Развитие навыков межличностного общения!** В процессе работы в группах АА больные активно совершенствуют свое умение общаться. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения научается говорить коротко, ясно, понятно, правильно расставляя смысловые акценты в своей речи. Несомненно, одним из факторов обеспечения подобного эффекта является, в первую очередь, наличие "обратной связи" в процессе общения в группах. Важную роль здесь так же играет необходимость соблюдения ритуалов АА - представления больного группе, "проговаривания" (донесения) им своих мыслей по теме, разбираемой в группе.

**9. Имитирующее поведение.** Многие больные, приходящие в сообщество, не имеют навыков трезвого поведения. Как уже указывалось выше, для начала им предлагается просто "копировать", т.е. имитировать поведение других, успешно работающих по программе членов сообщества, с целью получения конструктивного опыта трезвой жизни. Новичкам рекомендуется пользоваться «Лозунгами» («Девизами») - "формулами" АА в качестве готовых алгоритмов разрешения сложных или неожиданно возникших ситуаций, способных стать причиной «срыва». Постепенно они аккумулируют опыт других людей, посещающих АА, по преодолению тех или иных трудностей, у них накапливается набор образцов поведения. В дальнейшем "выздоровливающий" оказывается в состоянии активно экспериментировать, самостоятельно используя имеющийся арсенал проработанных на занятиях форм адекватного поведения в повседневной жизни. Такая "технология" позволяет наиболее быстро добиться социальной реабилитации.

**10. Катарсис.** Проработка в группах «неприемлемой» для их членов потребности в алкоголизации, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых или недостаточно проанализированных эмоциях - таких, например, как

чувство вины или враждебности, приводит к психологическому «очищению», облегчению и освобождению, - это переживание регулярно испытывают многие члены АА после окончания очередных собраний. Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, характеризующуюся усилением сплоченности группы (и сообщества АА в целом) в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем, полном эмпатии окружении.

Таким образом, мы видим, что все перечисленные выше 10 факторов эффективного психотерапевтического воздействия характерны для программы реабилитации по системе «12 Шагов».

Групповая терапия в рамках этой системы является одним из лучших средств решения алкогольных и других личностных проблем на первых этапах становления трезвости. Группа помогает формировать адекватное самосознание, разрушить механизмы самообмана, создать новую самоидентификацию пациента и подкреплять мотивацию его трезвости.

Обобщая эту часть, можно с большой уверенностью говорить о достаточно полном соответствии программы «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков канонам классической групповой психотерапии. Это дает возможность признать способность этой программы занять достойное место среди общепризнанных психотерапевтических методик. Несомненно, что АА является не только общественной организацией, но и действует как психотерапевтическое сообщество.

Такие группы самопомощи, как Анонимные Наркоманы, АлАнон, НарАнон и пр., функционируют по той же программе «12 Шагов» и по тем же правилам «12 Традиций», что и Анонимные Алкоголики. Единственным отличием является замена в текстах, например, АН и НарАнон, слова «алкоголь» на слово «наркотик».

Программа «12 Шагов» используется также и в группах самопомощи людей с различными нехимическими видами зависимости: Анонимные Обжоры, Анонимные Сексоголики, Анонимные Эмоционалы, Анонимные Игроки, Анонимные Курильщики, Анонимные Транжиры и т.п.

В 1949 г. методология АА была впервые положена в основу стационарной модели организации лечебного процесса с больными алкоголизмом, названной (по месту нахождения клиники Хазелден) Миннесотской. В последующем эта модель в различных модификациях получила распространение в США, а затем и во всем мире. Принципы этой программы, эффективность которой подтверждена специальными исследованиями (S.Alford et al., 1991; G.Keso, M.Salaspuro, 1994, и др.), сегодня используются в 80% лечебно-реабилитационных центров для больных с зависимостью в США, в 50% таких центров в Западной Европе, а также в ряде стран Восточной Европы, в частности в Польше (Бюллетень Всемирного Сервиса АА, 1996; Б.Воронович, 1991, 1999). С начала 90-х годов и в России появились наркологические учреждения, применяющие элементы «12 Шагов», прежде всего в амбулаторной работе, деятельности дневных стационаров (Е.А.Проценко, 1993; Т.Л.Житникова, 1998, и др.).



Несмотря на достаточно большое количество групп Анонимных Алкоголиков (согласно сведениям Российского Совета Обслуживания АА группы сообщества имеются более чем в 150 населенных пунктах Российской Федерации), говорить об активном развитии в России лечебных программ, которые строили бы психотерапевтический и психокоррекционный процесс на основе философии Анонимных Алкоголиков, не приходится. На настоящий момент в Москве действуют лишь две стационарные программы, использующие в своей работе принципы Миннесотской модели, - частный Российско-Американский центр "Выздоровление" и программа "Решение" психотерапевтического отделения по лечению больных алкоголизмом в наркологической больнице № 19. Кроме того, существуют 2 амбулаторные программы, использующие в своей лечебной деятельности методологию "12 Шагов" - программы "Зебра" и "Старый свет". Можно выделить также ряд амбулаторно-консультативных подразделений в Московской области (г. Дубна, г. Талдом, г. Дмитров, пос. Запрудня, г. Сергиев Посад и г. Клин), где осуществляется работа с больными алкоголизмом и наркоманией и их родственниками на основе программы "12 Шагов" Анонимных Алкоголиков. Есть сведения о работе в Московской области частных (коммерческих) стационарных программ на основе «12 Шагов» для лечения больных наркоманией: Центры Я. Маршака, «Республика», «Полинар», «Возрождение». Имеется информация об использовании программы «12 Шагов» в лечебных стационарных и амбулаторных программах в ряде российских городов: Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Ростове, Новосибирске, Нижнем Новгороде, Омске, Рязани, Самаре, Чите.

Группы АА сегодня широко распространены во всем мире - в странах Америки, Европы, Африки, в Австралии. Эффективность программы Анонимных Алкоголиков была исследована Американской Ассоциацией психиатров (1992) и выглядит так (для регулярно посещающих собрания АА):

30-40 % - не имеют «срывов» в процессе восстановления с момента прихода в программу АА;

30-40 % - имеют в процессе восстановления 2-4 «срыва», после чего приходят к абсолютной трезвости (как правило, «срывы» бывают в первые 3 года с начала восстановления по программе);

20-30 % - продолжают периодически срываться на фоне посещения собраний АА.

Сами Анонимные Алкоголики считают, что из всех когда-либо посетивших собрания сообщества лишь 5 % остаются в программе "12 Шагов" и обретают в ней стабильную трезвость.

Данные, предоставляемые сообществом АА, как правило, касаются тех больных, которые не проходили лечение в специальных лечебных программах, позволяющих своим пациентам после выписки более адекватно воспринимать саму программу Анонимных Алкоголиков и более полноценно использовать ресурсы, предоставляемые сообществом для поддержания трезвого образа жизни и восстановления во всех сферах жизнедеятельности.

Два недавних исследования (Gilbert, 1988; McLatchie, Lomp, 1988) роли послелечебной поддержки больных с зависимостью от психоактивных веществ показали ее большую важность для становления трезвого образа жизни и личностного восстановления у пациентов, чем эффективность примененного метода лечения. Gilbert (1991) наблюдая в течение года больных, после лечения посещающих собрания АА, обнаружил корреляцию сохранения трезвости участниками группы не соотносительно с частотой посещения собраний, а соотносительно соблюдения ими рекомендаций АА по использованию ресурсов сообщества для поддержания трезвости и применения философии АА в повседневной жизни. Напротив, Cross и другие (1990) нашли, что посещение групп АА было единственным существенным фактором обеспечения длительности трезвого образа жизни для лиц, посещавших АА в течение 10 лет и более. Кроме того, они установили, что спонсорство над другим членом АА, высоко коррелирует с воздержанием от потребления алкоголя: 91 % из тех, кто осуществлял спонсорство, сообщил о стабильной и устойчивой ремиссии. Эти результаты говорят о том, что принятие философии программы "12 Шагов" может иметь большое значение для процесса преодоления алкоголизма и что эта программа гарантирует достаточно хорошие результаты.

#### **Другие виды групп взаимопомощи**

**Клубы Абстинентов.** Эти группы взаимопомощи возникли в Польше в конце 40-х годов под влиянием информации о сообществе Анонимных Алкоголиков. Политическая обстановка в стране на тот момент не позволяла легально использовать программу АА в полном объеме, однако в работе клубов преимущественно реализовывалась идеология и методология личностного восстановления, характерная для 12-шаговых групп. После изменения политической ситуации в Польше в середине 80-х годов ряд клубов изменили свое название на Анонимные Алкоголики, а некоторые продолжают называться по-прежнему.

**Группы «Рациональное выздоровление»** - еще одна организация, функционирующая по системе «12 Шагов». Отличием является отказ от использования в программе преодоления болезни Шагов, основанных на представлениях о «Высшей силе». Количество этих групп сейчас невелико, а эффективность их практически не изучена.

**Семейные клубы.** Это движение зародилось в Югославии в середине 70-х годов. Основателем его является хорват Владимир Удолин. Наибольшую распространенность движение получило в Италии, куда эмигрировал его основатель. В конце 90-х годов только в Италии насчитывалось около 3 тысяч подобных клубов. Основным фактором в борьбе с зависимостью от психоактивных веществ у отдельного больного по методологии «Семейных клубов» является восстановление и гармонизация отношений в рамках его семьи. Главный элемент работы сообществ собрания, на которых должны присутствовать все члены семьи больного с зависимостью и, естественно, он сам. Собрания проходят по определенным правилам, достаточно схожим с нормами проведения занятий в психотерапевтических группах. Ведет занятия специально обученный

«руководитель», который тоже является членом клуба. Оптимальным для эффективного реабилитационного процесса считается наличие в группе 8-ми семей или 16-ти человек. Посещать собрания могут все члены семьи, в том числе и пожилые родители, и даже дети. Между собраниями контроль за семьями - участниками клуба осуществляет избранный всеми его членами «президент». Для обеспечения полноценного функционирования клуба избирается казначей, отвечающий за финансовые расходы на проведение собраний. Одним из основных терапевтических приемов является отчет на собрании какой-либо семьи об изменении ситуации в ней или решении ее членами той или иной проблемы, о наличии которой они заявляли на предыдущих собраниях: «реестр» проблем фиксирует в «летописи» клуба специально избранный секретарь. В итальянских клубах принято, что больные принимают перед собраниями тетурам. Темы для обсуждения на собраниях выбираются участниками группы, однако, в большинстве клубов существуют ограничения: не обсуждать политику, религию и алкоголизацию. На 2000 год в Москве существовало всего 5 «Семейных клубов». Эффективность их, по утверждению Итальянской организации, составляет 40-60% годичной ремиссии.

**Клубы трезвости.** В различных страхах и разных регионах России периодически возникают отличающиеся по численности и организационным формам так наз. «клубы трезвости». Они предназначаются, в основном, для совместного проведения их участниками свободного времени, устройства безалкогольных праздников, например, встреч Нового года, занятий различными видами арт-терапии, «бьюти-терапии» (эстетотерапии, терапии красотой) и т.п. Опытные участники таких клубов нередко берут на себя функции опеки новичков, помощи им в предотвращении срывов. Длительность существования таких клубов зависит обычно от личностных качеств их лидеров, от поддержки их деятельности специалистами, нередко - от внешней материальной поддержки. Иногда такие клубы трансформируются в подлинные терапевтические сообщества, в которых соблюдаются все нормы их существования.

## Глава 12. Профилактика зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ

*Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский*

Проблема профилактики злоупотребления психоактивными веществами до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем наркологии. Неуклонный рост наркотизации и алкоголизации населения всего мира свидетельствует о необходимости интенсивной разработки новых современных концепций, отвечающих требованиям времени и условиям социальной среды.

Профилактика зависимости от НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ и ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ представляет собой стратегии, направленные либо на снижение влияния факторов риска заболевания наркоманией, токсикоманией или алкоголизмом, либо на усиление действия факторов, которые понижают восприимчивость к этим болезням. Определенные жизненные обстоятельства могут либо способствовать, либо препятствовать началу употребления психоактивных веществ. Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем наркотиков, называются **факторами риска употребления психоактивных веществ**. Обстоятельства, достоверно снижающие эти шансы, называются **факторами защиты (протективными факторами) от риска употребления психоактивных веществ**. Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп, для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоактивного вещества (ПАВ). Ими могут быть:

- проблемы физического и психического здоровья;
  - рождение и воспитание в семье больных алкоголизмом, наркоманией,
  - регулярное общение со сверстниками, употребляющими наркотики, отсутствие устойчивости к давлению сверстников;
  - личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей и т. д.);
  - ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;
  - высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень доходов в семье;
  - неспособность освоить школьную программу, прогулы в школе;
  - проблемы межличностного общения в семье, школе, со сверстниками.
- Факторами защиты от риска употребления психоактивных веществ могут быть:
- семейная стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, близкие отношения с членами семьи;
  - средний и высокий уровень доходов в семье, адекватная обеспеченность жильем;
  - высокое качество медицинской помощи;

- низкий уровень преступности в населенном пункте, регионе;
- доступность служб социальной помощи;
- высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие,
- высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение;
- соблюдение норм общества в употреблении психоактивных веществ.

Становится очевидным, что профилактика имеет перед собой цель усилить факторы защиты, препятствующие началу употребления ПАВ и уменьшить выраженность факторов риска формирования зависимости от них. Нет единственного фактора, который бы способствовал началу употребления психоактивных веществ конкретным человеком. В процессе жизни на индивида воздействуют совокупности как факторов риска, так и факторов защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием зависимости от ПАВ.

В мире существует определенные отработанные подходы к проведению профилактического воздействия в зависимости от уровня проблемы. Они основаны на классификации профилактики, принятой Всемирной Организацией Здравоохранения, в рамках которой профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

**Первичная профилактика зависимости от психоактивных веществ** имеет целью предупредить начало употребления психоактивных веществ лицами, ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи. Первичная профилактика стремится уменьшить число лиц, у которых может возникнуть заболевание, а ее усилия направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование способности сохранить либо укрепить здоровье.

**Вторичная профилактика зависимости от психоактивных веществ** является избирательной. Она ориентирована на лиц, у которых уже отмечены эпизоды употребления психоактивных веществ, либо на лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости в ее начальной стадии. Необходимость во вторичном профилактическом воздействии возникает в тех случаях, когда заболевание имеет вероятность возникнуть (профилактика для групп риска) либо когда оно уже возникло, но ещё не достигло пика своего развития.

**Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ** является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на контингенты больных, зависимых от психоактивных веществ. Третичная профилактика типа "А" направлена на предупреждение дальнейшего злоупотребления психоактивными веществами больными либо на уменьшение будущего вреда от их применения, на оказание помощи больным в преодолении зависимости. Третичная профилактика типа "Б" (именуемая также четвертичной) направлена на предупреждение рецидива заболевания у больных, прекративших употреблять психоактивные вещества.

Разработка и апробация различных программ профилактики наркотической зависимости среди детей, подростков, молодежи становится все более актуальным научным направлением во всем мире, в том числе и в России. Однако формирование эффективных профилактических стратегий происходит с большими трудностями. Многие авторы обзоров действующих профилактических программ приходят к заключению о том, что результаты их внедрения не являются оптимистичными (Moskowitz J.M., 1981; Moskowitz J.M., 1983). Это связано с несколькими причинами: недостатком теоретически строго обоснованных моделей, отсутствием достаточного количества апробированных технологий, неточным определением предмета (объекта) воздействия и т.д.

Существенный прогресс в области профилактики наркомании обеспечивается разработкой подходов, сфокусированных на понимании профилактики как превенции, учитывающей, прежде всего психосоциальные и личностные факторы, препятствующие началу наркотизации (Howard J., 1997). Анализ содержательной стороны различных подходов имеет не только теоретический, но и практический интерес.

#### **1. Подход, основанный на распространении информации о наркотиках**

Данный подход является наиболее распространенным типом профилактических стратегий, базирующихся на предоставлении частичной информации о наркотиках, их вредности и негативных последствиях употребления (Володин В.Д., Иванец Н.Н., Пелипас В.Е., 1999; Иванец Н.Н., 1997; Петракова Т.И., 2000; Романова О.Л., 1997; Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1996). Обучающие программы ориентированы на познавательные и когнитивные аспекты принятия решения как особенно важные в поведенческом плане. Имеется в виду, что **повышение качества знаний об употреблении психоактивных веществ и его последствиях будет эффективным для изменения поведения** (Schaps E., 1982; Williams R., 1985).

Существуют три различных варианта информационного подхода: 1) предоставление частичной информации о фактах влияния употребления наркотиков на организм, поведение, а также статистических данных о распространенности наркоманий; 2) стратегия запугивания, вызывания страха, цель которой - предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные и опасные стороны употребления наркотиков; 3) предоставление информации об изменениях личности, наблюдающихся у людей, употребляющих наркотики, и о проблемах, с этим связанных.

В настоящее время эти подходы частично комбинируются между собой и с другими типами профилактических вмешательств. Информационные программы обладают эффектом повышения уровня знаний обучающихся, но могут дать лишь толчок к уменьшению потребления алкоголя и наркотиков. Большинство этих программ не включают в себя задач, направленных на реальное изменение поведения (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1996, Moskowitz J.M., 1983), недостаточно интенсивны и краткосрочны.

8 отечественной наркологии данный подход представлен методами санитарного просвещения. Знакомство с массовой алкоголизацией

взрослого населения, растущей наркотизацией явно противоречит негативной информации об употреблении алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ в глазах подрастающего поколения. Отечественные и зарубежные специалисты оценивают эффективность такого санитарного просвещения как низкую (Володин В.Д., Иванец Н.Н., Пелипас В.Е., 1999; Иванец Н.Н. 1997; Петракова Т.И., 2000; Сирота Н.А., 1994; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996). Однако, на наш взгляд, преждевременно полностью отказываться от указанного метода. Необходимо изменить его традиционную ориентацию на негативные аспекты различных факторов риска в сторону упора на сознательно формируемые возможности приобретения знаний и навыков, обеспечивающих здоровье. Данный подход должен быть строго дифференцирован в зависимости от пола, возраста, экономических и социальных условий, характерных для «фокусных» групп населения, ориентироваться как на индивида, так и на отдельные конкретные контингенты, слои, общество в целом.

### 2. Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении

Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях индивида, его навыках их распознавать и управлять ими (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1996; Botvin G.J., 1995). Аффективное обучение базируется на учете того, что **зависимость от наркотиков чаще развивается у личностей, имеющих трудности в определении и выражении эмоций**, выявляющих личностные факторы риска - низкую самооценку, слабо развитые навыки принятия решений. В рамках этой концепции выделяются следующие цели: повышение самооценки; определение значимых личностных ценностей; развитие навыков распознавания и выражения эмоций; развитие навыков принятия решений; формирование способности справляться со стрессом. Основная часть данной модели стала центральным компонентом популярных в настоящее время программ развития «жизненных навыков» (Романова О.Л., 1997).

### 3. Подход, основанный на роли социальных факторов

Профилактические стратегии, нацеленные на социальные факторы, способствующие вовлечению в употребление наркотиков, основываются на признании того, что **влияние сверстников и семьи играет важную роль в этом процессе, способствуя или препятствуя началу наркотизации**. Данный подход базируется на теории социального научения А. Бандуры (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994; 1995; 1996), утверждающей, что поведение индивида постепенно формируется в результате позитивных и негативных последствий его собственного поведения и воздействия примеров соответствующего и несоответствующего поведения окружающих (родителей, других родственников или значимых лиц из ближайшего окружения).

Важнейшим фактором развития тех или иных форм поведения является среда как источник обратных связей, поощрений и наказаний. В связи с этим подчеркивается важность социально ориентированных воздействий, направленных на предотвращение действия значимых негативных факто-

ров, таких, например, как социальное давление. Программы профилактики основываются на определении структуры сети социального влияния и состоят из следующих компонентов: тренинг устойчивости к социальному давлению; «прививки» против воздействия средств массовой информации, информация о влиянии со стороны родителей и других взрослых; коррекция нормативных ожиданий. Программы такого рода включают в себя различные компоненты; однако не существует единой стройной системы социального влияния, исчерпывающим образом раскрывающей механизмы, приводящие к употреблению наркотиков. Преимущественными способами в ходе реализации таких программ являются ролевые игры, технологии усиления определенных видов социального влияния и т.д.

Данный подход рассматривается как относительно успешный, так как он достигает цели, предотвращая или «отодвигая» начало употребления наркотиков. Исследователями отмечается успешное влияние указанного подхода на прекращение многими подростками курения, подчеркивается важная роль формирования системы позитивных лидеров-сверстников (Ялтонский В.М., Сирота Н.А. 1996).

#### **4. Подход, основанный на формировании жизненных навыков**

**Жизненные навыки - это те навыки личного поведения и межличностного общения, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнедеятельность, развивать умение жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Данный подход базируется на понятии изменения поведения.**

Теория социального научения А. Бандуры (цит. по Botvin G.J., 2000) и теория проблемного поведения Р. Джессора (цит. по Botvin G.J., 2000) являются основой этого направления, позволяя, с одной стороны, приблизиться к пониманию причин возникновения зависимости от наркотиков, а, с другой стороны, создать потенциально эффективные профилактические стратегии. Первая теория связывает данный подход с направлением социальных влияний, вторая - с социально-психологическим направлением, учитывающим проблемы, являющиеся актуальными в подростковом возрасте, включая употребление наркотиков, раннее сексуальное поведение, делинквентность и т.д.

Проблемное поведение - такое, как употребление наркотиков, - рассматривается с точки зрения функциональных проблем и подразумевает помощь подросткам в достижении личностных целей. С точки зрения концепции Р.Джессора, начальная фаза употребления наркотиков, наблюдающаяся преимущественно в подростковом возрасте, может быть: демонстрацией взрослого поведения; формой отчуждения от родительской дисциплины; выражением социального протеста и вызовом по отношению к ценностям среды; «инструментом» эксперимента; стремлением получить новый, ранее не познанный опыт; поиском удовольствия или расслабления; «открытием двери» в группу сверстников; средством приобщиться к определенному жизненному стилю; сигналом потребности в помощи в ситуации конфликта, напряжения; результатом давления со стороны социальной среды; актом отчаяния; ответом на определенные нарушения в пси-



хологическом и социальном развитии. Исследователи описывают большое количество таких субъективных побуждений и четко устанавливают один факт: обусловленное ими употребление наркотиков становится основным фактором в повседневном поведении подростков и молодых людей. Именно поэтому, с точки зрения К Харрельмана (цит. по Botvin G.J.), они нуждаются в приобретении умения противостоять вовлечению в употребление наркотиков, будучи некомпетентными в других формах социального «разговора» со средой, и рассматривают психоактивные вещества как неотъемлемую часть среды (цит. по Сирота Н.А., 1994).

Впервые программа развития жизненных навыков была разработана Д. Ботвиным; цель ее заключалась в повышении у подростков устойчивости к различным социальным влияниям, в том числе и к употреблению наркотиков, в повышении индивидуальной компетентности путем обучения личностным и социальным навыкам. В настоящее время такие программы широко распространены в США и странах Западной Европы и охватывают, в основном, три области: информация и социальная устойчивость; развитие ряда личностных и поведенческих навыков; обучение различным социальным навыкам (навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, отказа, отстаивания своей позиции) (Botvin G.J., 1995; 2000).

Реализация данного подхода в российской практике привела к созданию на основе базовых программ Life Skills International пособия по первичной профилактике зависимостей для общеобразовательной школы, внедрению в нескольких школах Москвы адаптированных программ антинаркотического обучения. По сравнению с другими подходами модель программ развития жизненных навыков оценивается исследователями как имеющая шансы быть успешной, однако социально-психологические и культуральные особенности России требуют поисков более углубленного профилактического подхода (Романова О.Л.).

##### **5. Подход, основанный на альтернативной потреблению наркотиков деятельности**

Сторонники данного подхода предполагают, что **субъективно значимая деятельность, альтернативная наркотизации и алкоголизации, способствует уменьшению распространения случаев развития зависимости от наркотиков и алкоголя**. Сформировав позитивную зависимость от среды, люди приобретают определенный тип целесообразной активности.

Впервые концепция поведенческой альтернативы наркотизации была сформулирована в США в 1972 году Дохнером (цит. по Ялтонский В.М., Сирота Н.А.; 1996) и базировалась на следующих позициях: 1) Психологическая зависимость от наркотиков является результатом ее заместительного эффекта; 2) многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности; 3) люди не прекращают использование психоактивных веществ, улучшающих настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее; 4) альтернативы наркотизации являются еще и альтернативами

дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению. Данная концепция акцентирует внимание на важной роли среды и ориентируется на развитие специфической позитивной активности с целью уменьшить риск употребления наркотиков. Американскими исследователями подчеркивается необходимость формирования направленности на развитие информированной личности, значимых интерперсональных связей, профессиональных навыков, эстетических установок, творческого и интеллектуального опыта, социально-политической вовлеченности. В Германии подобное направление было развито Силберейсеном и сотрудниками (цит. по Ялтонский В.М., Сирота Н.А.; 1996), причем упор делался на выработку «функционального эквивалента» как ключевой позиции каждой профилактической стратегии. Предлагалось исходить из психологической модели употребления наркотиков, основывающейся на понимании того, что употребление наркотических веществ является попыткой преодоления негативных моментов различных фаз развития в жизни молодого человека.

В настоящее время можно выделить четыре варианта программ, которые основываются на модели поведенческой альтернативы употреблению наркотиков. К ним относятся: 1) предложение специфической позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая как вызывает сильные эмоции, так и предполагает преодоление различного рода препятствий; 2) комбинация специфических личностных потребностей со специфической позитивной активностью; 3) поощрение участия во всех видах такой специфической активности; 4) создание групп поддержки молодых людей, заботящихся об активном выборе своей жизненной позиции.

Результаты внедрения этих программ не свидетельствуют о явных успехах или неудачах. Данные программы особенно эффективны для групп высокого риска аддиктивного и других форм отклоняющегося поведения.

#### 6. Подход, основанный на укреплении здоровья

**Укрепление здоровья** (health promotion) - это процесс, помогающий индивидам и общественным группам усилить контроль над определенными параметрами здоровья и таким образом улучшить его. В настоящее время «укрепление здоровья» является неким объединяющим понятием и отражает «примирение» человека с окружающей средой. Оно сочетает в себе личный выбор и социальную ответственность, что ведет к улучшению здоровья в будущем. Идея, основывающаяся на развитии жизненных навыков и компетентности у каждого члена общества с тем, чтобы он мог регулировать факторы, определяющие здоровье, а также требование вмешательства в окружающую среду для усиления влияния факторов, благоприятных для здоровья, составляют концептуальную основу данного подхода. Эта стратегия в сжатом виде выражается фразой: "Делать здоровый выбор максимально доступным" (EMCDDA Scientific Monograph Series № 2; 1998; WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 2000)

Важной составляющей концепции укрепления здоровья является **жизненная компетентность**. В этом контексте наибольшее значение приобретают защитные факторы здоровья - в контрасте с концепцией факторов риска, которая учитывает состояние личности и среды, влияющее на развитие болезни. Основной целью программы укрепления здоровья является **развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается не изолированно, а вместе с социальной сетью личности**. (Moskowitz J. M., 1983) Таким образом, программы укрепления здоровья ориентируются на изменение личности и среды, поскольку важность социальной и культурной ситуации для их реализации очевидна.

Группы, в которых проводится обучение здоровью, преимущественно охватывают учащихся, поскольку в контексте школьного обучения возможно регулярное и систематическое образование. Кроме того, работа проводится с микросредой - семьей, общностью, в которой живет ребенок. Таким образом, концепция укрепления здоровья интегрирует школьную среду и связанные с ней группы взрослых. Она подразумевает изменение типа и структуры школьного образования. Действия на ее основе рассчитаны на длительный позитивный эффект в результате усиления личностных ресурсов и готовности людей использовать их.

#### 7. Интегративный подход

Данный подход представляет собой варианты комбинаций профилактических стратегий (компонентов), применяющихся для реализации выше перечисленных подходов. **Многокомпонентные программы позволяют получить объединенный эффект комбинации разнонаправленных профилактических стратегий**. Составными компонентами интегративных профилактических программ часто являются знания о психоактивных веществах и последствиях их употребления, развитие мотивации на укрепление здоровья, формирование жизненных навыков (разрешения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки, противостояния давлению употребить психоактивные вещества и защиты себя и других сверстников в ситуациях связанных с возможным их употреблением (Сирота Н.А., Цетлин М.Г., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Пелипас В.Е., 2001). Несовместимая с употреблением вредных веществ альтернативная деятельность (спорт, творчество, культурные мероприятия, хобби и т. д.) и формирование системы ценностей, норм поведения и жизненного стиля, как правило, являются компонентами интегративных профилактических программ.

Таким образом, анализ современных подходов к профилактике потребления наркотиков детьми, подростками, молодежью показывает их недостаточную эффективность в современных условиях. Необходима разработка новых концептуальных ее основ. Решение данной проблемы вряд ли возможно без понимания того, какие личностные и средовые ресурсы помогают сохранять здоровье и успешно справляться с требованиями среды, в том числе - преодолевать искушение наркотизации.

**Концептуальные модели профилактики наркоманий и токсикоманий**

Постоянные и непрекращающиеся перемены, происходящие в любом обществе, развитие знания и науки делают невозможным создание универсальной концептуальной модели профилактики наркоманий и токсикоманий. Требуется непрерывное обновление и усовершенствование профилактических подходов. Тем не менее, существует ряд общепризнанных концептуальных моделей, позволяющий ориентироваться в методологической базе различных профилактических программ.

**БТрансакциональная модель превенции А. Дж. Самероффа**

Данная модель предполагает, что поведение человека детерминировано характеристиками индивида и среды, в которой индивид функционирует. Автор модели полагает, что индивидуальные характеристики человека проявляются только при действии специфических состояний среды. На жизненное личностное пространство, психологический, поведенческий статус влияют контекстуальные факторы, которые сами по себе подвластны влиянию индивида. Результаты взаимодействия между личностью и средой описываются в терминах "транзакций". Цель модели - показать, что возможность понять и предвидеть результаты поведения человека зависит от идентификации, анализа и понимания таких транзакций. Это понимание важно для возможности предупредить и контролировать причины наркотизации, детских и подростковых психосоциальных расстройств. Трансакциональная модель показывает, что риск расстройств может быть вызван тремя причинами: а) характеристиками индивида, имеющего те или иные predispositions расстройств, б) характеристиками среды, воздействующей на индивида; в) специфическими комбинациями индивидуальных и средовых характеристик.

Вместе эти элементы способствуют последовательности событий, которые включаются в функциональное или дисфункциональное поведение. Такие последствия рассматриваются как "этиологические изменения", определяющие эмоциональные и поведенческие исходы, которые превентивные усилия позволяют избежать. Модель рассматривает развитие ребенка как продукт динамических интеракционных состояний и опыта, который он получает в процессе функционирования в семейной и социальной среде. Наиболее важным положением этой теории является то, что ребенок и среда не анализируются независимо в отрыве друг от друга. Они являются взаимозависимыми элементами одной системы, а поведение ребенка строго детерминировано накопленным опытом (Сирота Н.А., 1994).

Трансакциональная модель предполагает, что уровень риска психосоциальных расстройств различен во времени, поскольку индивид и среда не всегда находятся в равновесии. Когда в какой-то определенной точке равновесие между средой и индивидом нарушается, поведение и эмоциональная сфера личности дестабилизируются, уровень риска возникновения психосоциальных расстройств повышается. Р.Белл считает, что индивидуальные, семейные или средовые обстоятельства

в ряде случаев, позволяют защитить личность от возникновения психосоциальных расстройств и помогают уменьшить влияние факторов риска наркотизации (Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995).

## **2. Модель антисоциального поведения Г.Паттерсона**

Модель базируется на транзакционной концепции и исходит из того, что в процессе развития детей существуют периоды "несогласованной" активности. В том случае, когда взрослые неуместно стремятся дисциплинировать детей, они создают контекст, в котором ребенок усиленно обучается принудительному поведению. Родители, постоянно чрезмерно следящие за детьми, контролирующие их действия, требующие выполнения строгих дисциплинарных установок, снижают позитивные усилия ребенка, уменьшают для себя вероятность вовлеченности в общение с ребенком. В ответ на действия родителей у ребенка развивается протестное поведение, выражающееся в плаче, криках, стремлении пердразнивать воспитывающих лиц, воплях, визге. Такое поведение вызывает у родителей негативный ответ, который усиливает поведенческие нарушения, переходящие в открытую агрессию, включая физическую. Когда протестное поведение проявляется часто и интенсивно, а дисциплинарные требования чрезмерны и неуместны, ребенок усваивает ригидные поведенческие стереотипы, которые будут использоваться им в общении со сверстниками и в школе. Одновременно процесс обучения лабильным, более гибким, подвижным поведенческим стратегиям затормаживается. Когда протестное поведение используется при общении со сверстниками и в школе, на него неизбежен агрессивный или избегающий ответ. Результатами этого являются снижение самооценки и плохая успеваемость, формируются негативные транзакции, следствием которых оказывается антисоциальное поведение (Сирота Н.А., 1994).

## **3. Модель "Превентивных буферов" Н.Гемези и М.Роттера**

Гемези и Роттер (цит. по Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996) выдвинули гипотезу о "превентивных буферах" или позитивных факторах, которые способствуют снижению чувствительности к стрессу и развитию адаптивного поведения. В качестве примера превентивного буфера часто приводят социальную поддержку (Ялтонский В.М., 1995).

### **Разработка концептуальных моделей профилактики в России**

Описанные зарубежные превентивные модели широко используются на практике. Однако существующие культурные, этнические и социально-психологические различия между странами создают определенные трудности при решении задачи их успешной адаптации в России. Необходима разработка отечественной методологии профилактики.

Основой для создания предлагаемой концептуальной модели профилактики наркоманий и токсикоманий послужили исследования различных групп детей, подростков и взрослых: условно здоровых - без выраженных факторов риска психосоциальной дезадаптации; с аддиктивны-

ми формами поведения; лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков (Сирота Н. А, Ялтонский В.М., 1994; 1995; 1996; 2001).

В этой связи определяются задачи, технологии и методы профилактической деятельности.

**Задачи профилактической деятельности:**

*1. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.*

Исследователями установлено, что формирование у человека позитивного отношения к окружающему миру, желания вести здоровый образ жизни более эффективно, чем запугивание последствиями злоупотребления психоактивными веществами.

*2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.*

У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалью или радостями, ощутить поддержку "значимого другого". Такая возможность есть не у всех. Поэтому важно научить людей социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Люди, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы без употребления наркотиков.

*3. Развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения.*

Люди, эффективно использующие поведенческие стратегии, имеющие развитые физические, психические, личностные ресурсы и социально-поддерживающее окружение, оказываются более защищенными перед лицом стрессовых факторов. У них уменьшается вероятность формирования зависимости от наркотиков.

*4. Формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению наркотиков у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей, в организованных и неорганизованных группах населения.*

Информирование людей о действиях и последствиях злоупотребления психоактивными веществами, о способах избегания ситуаций соприкосновения с наркотиками и отказа от их применения, о вариантах поисков помощи в случаях возникновения проблем, связанных с ними, в сочетании с развитием ресурсов, стратегий и навыков адаптивного поведения помогают формированию жизненного стиля, ведущего к здоровью.

*5. Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения.*

Подобная работа проводится с представителями групп риска или лицами с уже сформированной зависимостью, а также с членами их семей. Для того чтобы люди захотели изменить свое поведение, необходимо сформировать у них активное желание, решимость и готовность - то есть мотивацию на изменение. Решать эту задачу помогают краткосрочные и длительные профилактические мотивационные акции.

**6. Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.**

Эта задача предполагает работу с лицами, употребляющими наркотики. Прежде чем стать на путь выздоровления, человек, зависимый от наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ, проходит длинный, тернистый путь: от осознания своих подлинных чувств, преодоления психологических защит, осмысления деструктивного™ своего поведения до желания изменения дезадаптивных форм поведения на более адаптивные.

**7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых.**

Любой человек должен иметь возможность получить помощь социально-поддерживающего окружения. Поэтому, если он одинок и у него нет естественного социально-поддерживающего окружения, необходимо создание структур, которые могут оказывать поддержку. Для этого необходима подготовка субспециалистов, волонтеров - сверстников и взрослых, имеющих навыки социально-поддерживающего и адаптивного™ поведения.

**8. Поощрение стремления к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизация вреда от такого употребления.**

Это - работа с теми, кто уже употребляет наркотики. В данном случае усилия направляются на формирование желания уменьшить и прекратить их употребление.

**9. Формирование мотивации на изменение поведения у труднодоступных для контактов подростков и взрослых, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества.**

Решение этой задачи требует разработки различных технологий. Однако главные из них - социальные: развитие безопасной и доступной системы помощи зависимым лицам, многоуровневой системы их социальной поддержки и ресоциализации.

**Технологии профилактики**

Технологии профилактики можно условно подразделить на педагогические, социальные, медико-психологические и медико-биологические.

**Медико-психологические технологии первичной профилактики**

**Цель ЭТОГО вида технологий** - адаптация к требованиям социальной среды, формирование и развитие социальной и персональной компетентности, ресурсов личности, адаптивных стратегий поведения, высоко функционального жизненного стиля.

Их осуществлением могут заниматься специально обученные специалисты в области профилактики. В их основе лежат знания и умения, связанные с медико-психологическими формами работы с населением (психотренинговая работа).

**Социальные и педагогические технологии первичной профилактики**

**Цель данного вида технологий** - предоставление объективной информации о наркотиках и психоактивных веществах, их действии на психику и организм человека, последствиях употребления и о возмож-

**ной помощи при возникновении проблем, связанных с ними; мотивация на здоровый образ жизни; создание сетей социальной поддержки.** Данная цель может быть достигнута посредством специального образования, которое может осуществляться разнообразными способами: с помощью системного обучения детей и подростков, родителей, специалистов и волонтеров, которые в дальнейшем смогут работать с населением.

Кроме того, очевидна необходимость повышения уровня знаний руководителей и работников здравоохранения и образования, средств массовой информации, политических и государственных деятелей.

К социальным и педагогическим технологиям также относятся: альтернативные программы проведения досуга молодежью и другие формы молодежной активности; создание социально-поддерживающих систем (общественных и государственных); мотивационные акции, направленные на формирование здорового образа жизни и прекращение наркотизации; создание института социальных работников и волонтерства.

**Медико-психологические и психотерапевтические технологии вторичной профилактики**

*Цели данных технологий:*

**1. Осознание и преодоление барьеров (когнитивных, эмоциональных и поведенческих), препятствующих пониманию необходимости изменения форм собственного поведения.**

*Эмоциональные барьеры*

Люди, употребляющие наркотики, обычно не умеют осознавать свои эмоциональные проявления. Поэтому достаточно сложной задачей для них является аффективное обучение (обучение способности проявлять и осознавать эмоции). Только после того, как человек сможет осознать свои истинные чувства, он приходит к мысли о том, что наркотики мешают ему нормально жить, и может принять решение о необходимости изменения своего поведения в направлении продвижения к здоровью.

*Когнитивные барьеры*

Когнитивные барьеры мешают человеку адекватно осмысливать жизненные ситуации. В распоряжении потребителя психоактивных веществ имеется целый арсенал когнитивных уловок, мифов, защитных механизмов, направленных на самообман, создание иллюзорно-компенсаторной субъективной действительности. Человек начинает жить в несуществующем в реальности мире. Ему кажется, что он может контролировать ситуацию, управлять ею. На самом деле - реальность другая. Это - формирующаяся или уже сформировавшаяся зависимость от психоактивных веществ. Поэтому столь важен процесс преодоления когнитивных барьеров, который приводит к переосмыслению ситуации, к осознанию, что выбранный путь ведет к заболеванию.

*Поведенческие барьеры*

После переосмысления ситуации человек становится способным иначе воспринимать свое поведение. Он приходит к осознанию факта, что



используемые формы поведения разрушают его самого и жизнь окружающих людей.

### **2. Изменение нарушенных, дезадаптивных форм поведения.**

После того, как индивид преодолел эмоциональные и когнитивные барьеры, у него формируется мотивация на изменение своего эмоционального и когнитивного реагирования, форм своего поведения и собственной жизни.

### **3. Развитие здоровых, адаптивных форм поведения.**

Эту задачу можно осуществить при помощи психотерапевтических и психокоррекционных тренингов, направленных на развитие ресурсов личности и социальной среды, обучение навыкам проблем-преодолевающего поведения, резистентности к давлению наркоманической среды.

### **Социальные технологии вторичной профилактики**

**Цель этих технологий - психосоциальная адаптация.** Их осуществление происходит путем формирования и развития мотивации на выздоровление, на полный отказ от употребления психоактивных веществ. Эта задача может решаться не только при помощи медицинских (психолого-психотерапевтических), но и посредством социальных технологий.

#### **К социальным технологиям относятся:**

1. Воздействие социальной средой, подготовка и включение в работу психотерапевтической группы консультантов (из числа выздоравливающих больных): Бывшие потребители наркотиков могут наиболее успешно создать постоянно функционирующее мотивационное поле, ориентирующее членов группы на прекращение употребления психоактивных веществ. Человеку, прекратившему употребление наркотиков, необходимо постоянное формирование мотивации на изменение себя и своего взаимоотношения с социальной средой. В противном случае рецидив неизбежен.

2. Развитие и формирование навыков проблем-преодолевающего поведения.

3. Формирование социально-поддерживающего поведения и создание социально-поддерживающей среды (12-ти шаговые программы, группы "Анонимные алкоголики", "Анонимные наркоманы").

### **Медико-биологические технологии вторичной профилактики**

**Цель этих технологий - нормализация нарушенного физического и психического развития, биохимического и физиологического функционирования.**

### **Технологии третичной профилактики**

Технологии третичной профилактики также условно можно подразделить на медико-психологические (психотерапевтические), социально-педагогические и медико-биологические.

Главными задачами третичной профилактики являются профилактика рецидивов и психосоциальная адаптация.

### **Организационные основы профилактики**

Принципы построения профилактических программ

Для создания профилактических программ необходимо четко представлять принципы, по которым строится профилактическая активность.

*1. Принцип системности.*

Этот принцип предполагает разработку и проведение программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной и наркотической ситуации в стране.

*2. Принцип стратегической целостности.*

Этот принцип определяет единую стратегию профилактической деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия и акции. Подход к профилактике должен быть стратегически целостным.

*3. Принцип многоаспектности.*

Предполагает сочетание различных аспектов профилактической деятельности: личностно-центрированного, поведенчески-центрированного, средо-центрированного. Личностно-центрированный аспект - это система воздействий, направленных на позитивное развитие ресурсов личности. Поведенческий аспект - целенаправленное формирование у детей и взрослых прочных навыков и стратегий адаптивного поведения. Средо-центрированный аспект - формирование систем социальной поддержки (т.е. системы социальных институтов, направленных на профилактическую и реабилитационную активность). Эта система может быть организована в отдельном округе, районе, городе, регионе и должна носить цельный характер.

*4. Принцип ситуационной адекватности профилактической деятельности.*

Означает соответствие профилактических действий реальной социально-экономической, социально-психологической и наркологической ситуации в стране.

*5. Принцип динамичности.*

Предполагает обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и усовершенствования профилактической деятельности.

*6. Принцип солидарности.*

Означает солидарное межведомственное взаимодействие между государственными и общественными структурами с использованием системы социальных заказов.

*7. Принцип легитимности.*

Предполагает реализацию целевой профилактической деятельности на основе принятия ее идеологии и доверительной поддержки большинством населения.

Профилактические действия не должны нарушать права человека.

*3. Принцип полимодальности и максимальной дифференциации.*

Предполагает гибкое применение в профилактической деятельности различных подходов и методов, а не центрирование только на одном методе или подходе.

**Основные стратегии и направленность профилактических программ**

Для построения профилактических программ важно понимать, на какую категорию населения направлено профилактическое воздействие, каковы его временные рамки, ориентировано ли оно на личность или среду, ее окружающую, и в какой форме это происходит. Учитывая все эти факторы, можно определять основные стратегии работы.

**Стратегии профилактического воздействия:**

1. Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях. Создание так называемой сети социально-поддерживающих учреждений.
  2. Профилактика, основанная на работе в школе, создание сети здоровых школ или включение программы обучения здоровью во всех школах.
  3. Профилактика, основанная на работе с семьей.
  4. Профилактика в организованных общественных группах молодежи и на рабочих местах.
  5. Профилактика с помощью средств массовой информации.
  7. Профилактика, направленная на группы риска в неорганизованных коллективах - на территориях, улицах, с безнадзорными, беспризорными детьми.
  8. Систематическая подготовка специалистов в области профилактики.
  9. Массовая мотивационная профилактическая активность.
  10. Краткосрочные или долговременные профилактические акции среди детей, подростков и других групп населения, направленные на формирование мотивации продвижения к здоровью или изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.
- В зависимости от времени воздействия профилактические программы делятся на 3 категории:
1. Постоянно действующие;
  2. Систематически действующие;
  3. Периодически действующие.

**1. Постоянно действующие программы**

Это модель профилактики, действующая постоянно в каком-либо определенном месте, например, на базе определенных школ, где проводятся регулярные профилактические занятия с детьми, подростками, учителями. Также осуществляется подготовка субспециалистов (лидеров-сверстников, лидеров-учителей, психологов, лидеров-родителей), которые будут осуществлять постоянную профилактическую активность.

**^Систематически действующие программы**

Эта модель предполагает проведение регулярных систематических профилактических мероприятий, рассчитанных на определенный промежуток времени (несколько месяцев, несколько раз в год и т.д.).

*^Периодически действующие программы*

Это профилактическая активность, которая проводится периодически и не имеет системы. Например, проведение мотивационных акций, заставляющих задуматься о здоровом образе жизни. Подобные акции имеют успех и для некоторых лиц могут оказаться поворотным пунктом начала новой жизни без психоактивных веществ. К таким акциям возможно привлечение в команду профессионалов "выздоровливающих зависимых" - лиц, имеющих в прошлом опыт употребления психоактивных веществ, поскольку они способны собственным примером убедить людей в превосходстве здорового стиля жизни. Обязательным является предварительное обучение этих людей.

**Программы когнитивного обучения** рассчитаны, прежде всего, на детей в возрасте от трех до шести лет и детей младшего школьного возраста. Они отличаются повышенной эффективностью. Суть этих программ заключается в обучении детей принятию адаптационных решений, ответственности за собственное поведение и осознанности поведенческого выбора.

**В основе программ аффективного обучения** заложена идея необходимости работы с эмоциями и системой эмоционального регулирования. По мнению авторов этого направления, переживаемый в подростковом возрасте кризис идентичности может спровоцировать поведенческие расстройства, в том числе и зависимость от психоактивных веществ. Цель данных программ - научить детей и подростков регулировать эмоции, не прибегая к формам саморазрушающего поведения.

**Программы интерперсонального обучения** являются попыткой предупредить у подростков возможность злоупотребления психоактивными веществами путем развития адекватного представления о себе, понимания своих ощущений и интерперсональных связей, обучения навыкам принятия решений и коммуникативной компетентности.

**Программы поведенческого обучения** или поведенческой модификации основываются на тренинге поведенческих навыков с целью повышения устойчивости к употреблению табака, алкоголя, наркотиков, к включению в антисоциальные компании. Человек, обученный определенным поведенческим навыкам, чувствует себя компетентным, эффективным, у него повышается самоуважение. Эти программы учат детей на осознанном или неосознанном и даже механическом уровне отказываться от употребления наркотиков, не принимать неизвестных препаратов, не входить в контакт с незнакомыми людьми.

**Программы формирования социальных альтернатив** базируются на идее о том, что альтернативная алкоголизации, наркотизации, делинквентности и т.д. активность подростков способствует их переориентации. Это - всевозможные формы занятости молодежи, рискованные виды спорта, путешествия с элементами научно-исследовательской деятельности и др. Наш опыт анализа таких программ говорит об их высокой эффективности.

**Общественные программы** подразумевают получение эффекта профилактического воздействия через средства массовой информации - радио, телевидение, газеты, журналы, через афиши и плакаты, поч-

товые открытки, лекции, конференции, встречи, книги, фильмы, видеоролики. Цель этих программ - увеличение информации о последствиях употребления алкоголя, табака и наркотиков. Они призваны действовать на установки, касающиеся употребления психоактивных веществ, а также на социальные и средовые факторы, поддерживающие установки в отношении изменения поведения.

**Программы, сфокусированные на школе,** включаются в национальную политику образования и представляют собой уроки в школьных классах, посвященные обучению здоровому поведению, предупреждению ВИЧ-инфекций, ранней беременности, курения табака, употребления наркотиков и алкоголя. Современные школьные программы усовершенствованы и не полагаются на тактику испуга. Исследования показывают, что знания лучше усваиваются, если они не вызывают сильного страха и воспринимаются в ситуациях доверительной коммуникации.

**Программы улучшения взаимодействия между учителями и школьниками** включают тренинг учителей с целью создания социально-поддерживающего климата в школе, работу с самооценкой и Я-концепцией учителя, тренинги личностного контроля и социальных навыков.

**Программы, сфокусированные на семье.** Специалисты признают особую важность роли семьи в процессе профилактики зависимости. В настоящее время развивается ряд сфокусированных на семье профилактических программ, которые показали свою эффективность: программы тренинга родителей, развития семейных и социальных навыков у детей и родителей, формирования семейного копинг-поведения.

**Программы создания групп социальной поддержки.** Следующим направлением превентивной профилактической активности является создание групп социальной поддержки лидеров-сверстников, лидеров-родителей и лидеров-педагогов, групп само- и взаимопомощи. В одиночестве трудно преодолеть сложную кризисную ситуацию. Если у ребенка отсутствует социальная среда, способная поддерживать его, такую среду необходимо создавать.

**Мультикомпонентные программы** учитывают индивидуальные и средовые аспекты профилактики (школьные, семейные, общественные и т.д.). Мультикомпонентный превентивный подход является наиболее перспективным, поскольку установлено, что **эффективность программ прямо пропорционально связана с количеством включенных в нее компонентов.** Цель мультикомпонентных программ получить синергический эффект при комбинации различных превентивных стратегий. (Wills TA, 1985).

Примером данного подхода может служить превентивная модель, основанная на интеграции социальной поддержки и психологического обучения. Эта модель использует тренинг социальных навыков и опирается на сети социальной поддержки сверстников и учителей. У обучающихся развиваются навыки позитивных межличностных взаимоотношений, повышения самооценки и интернального локуса контроля, навыки резистентности к давлению среды, формируется мотивация на успешную учебу в школе (Williams R. et al., 1985).

### **Глава 13. Профилактика алкогольного синдрома плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных**

***В.Д.Москаленко***

#### ***Профилактика алкогольного синдрома плода***

Чтобы такая профилактика была адресной, необходимо, прежде всего, очертить группу высокого риска формирования алкогольного синдрома плода (АСП). Кто может родить ребенка с признаками АСП или другими отклонениями от нормы, связанными с внутриутробным действием алкоголя? В первую очередь, это женщины, страдающие алкоголизмом и не прекращающие пить во время беременности. Но это могут быть и женщины, не больные алкоголизмом, однако в силу разных причин употребляющие алкоголь во время беременности.

Диагноз алкоголизма не так очевиден, как кажется. Поэтому полезно указать на косвенные признаки, по которым можно заподозрить, что женщины употребляют алкоголь во время беременности.

В Стратегической программе профилактики АСП и зависимых от алкоголя врожденных дефектов, разработанной в США, приводятся следующие признаки группы высокого риска АСП:

- некоторые одинокие женщины; молодые женщины, имеющие детей,
- женщины в возрасте 17-32 лет;
- не занятые на работе женщины;
- много пьющие женщины;
- курящие женщины;
- женщины - жертвы изнасилования или кровосмешения (инцеста);
- женщины, чьи мужья больны алкоголизмом;
- дочери матерей, больных алкоголизмом;
- женщины, имеющие среднее образование, более подвержены такому риску, чем женщины с высшим образованием;
- женщины, занятые на работе с высоким уровнем стресса.

Особое внимание следует обратить на девочек 15-19 лет. В США, как сообщалось, ежегодно рождается 1 миллион детей матерями этого возраста, т.е. каждый 5-й американец имеет столь юную маму. В этой возрастной группе потребление алкоголя очень распространено; более того, злоупотребление им может начаться в связи с такой травмой, как незапланированная беременность.

По результатам ряда исследований, идентификация женщин, которые не прекращают употреблять алкоголь во время беременности, возможна с учетом совокупности таких факторов, как: ранний возраст первого употребления алкоголя; наличие тяжелого пьянства или алкоголизма среди сибсов и особенно у матери; сообщение о высокой толерантности к алкоголю беременной женщины; наличие у нее болезней,

связанных с алкоголем, например, алкогольного гастрита, панкреатита, психоза. Продолжающие пить во время беременности отличаются социальным окружением - их мужья и друзья употребляют алкоголь и наркотики.

Во время беременности продолжают употреблять алкоголь те женщины, которые больны алкоголизмом и не могут преодолеть сильную зависимость от алкоголя; или те женщины, которые не знают о тяжелых последствиях для здоровья ребенка внутриутробного воздействия на него алкоголя и не верят разъяснениям врача.

В связи с этим необходимо обеспечить разъяснение вреда алкоголя для здоровья еще не родившегося ребенка женщинам, входящим в группу высокого риска родить ребенка с АСП, а также разъяснение этих же положений населению в целом. Необходимо также стремиться к своевременному направлению на лечение женщин, больных алкоголизмом, по возможности - до наступления беременности.

Меняется ли отношение к алкоголю женщин в связи с распространением информации о его вредных последствиях для их детей? Положительный опыт такой работы представлен в результатах научных исследований. Изменить отношение беременной женщины к алкоголю не только желательно, но и возможно. Для этого необходимы соответствующее обучение различных профессиональных групп - врачей, медицинских сестер социальных работников и др., а также разъяснительная работа среди населения - женщин детородного возраста, женщин из группы высокого риска, важна организация различных консультаций, реализация программ целевого обучения учащих-ся старших классов школы. Желательной аудиторией для распространения необходимых знаний на обсуждаемую тему следует считать и мужей, поскольку близкие люди лучше других могут повлиять на образ жизни и отношение женщины к своему здоровью вообще и к употреблению алкоголя в частности.

Информация лучше усваивается, если она преподносится в позитивной форме. При обращении к будущим матерям можно использовать следующие утверждения:

«Если Вы прекратите употреблять алкоголь, у Вас будет больше шансов иметь здорового ребенка».

«Если Вы заранее побеспокоитесь о своем ребенке, это Вам поможет стать хорошей матерью».

«Вы будете чувствовать себя лучше, если всегда будете трезвой, и Ваше дитя будет чувствовать себя хорошо».

Не рекомендуется запугивать будущую мать либо употреблять негативные формы убеждения типа: «Твое пьянство уже повредило твоему ребенку»; «Если ты действительно любишь свое дитя, ты не будешь выпивать так много»; «Продолжение пьянства разрушает твоё здоровье, и не позволит твоему ребенку развиваться нормально».

**Профилактика синдрома лишения наркотиков у новорожденных**

Если женщина во время беременности принимала наркотики, то весьма вероятно, что она родит ребенка с признаками неонатального синдрома лишения наркотиков. Профилактика этого состояния у новорожденных включает в себя широкий комплекс медико-социальных мероприятий.

Необходимо обучить врачей женской консультации умению своевременно выявлять и направлять на лечение к наркологу беременных из группы высокого риска. Женщины, употребляющие наркотики, обычно начинают рано курить, принимать алкоголь, иногда злоупотребляют различными медикаментами. Необходимо учитывать анамнестические сведения - полная или неполная семья, образование, социальное окружение, наличие наркологических заболеваний в семье и др.

В случае подозрения на то, что беременная женщина принимает наркотики и при невозможности получить от нее подтверждающие этот факт сведения, необходимо провести анализ мочи на содержание наркотиков и их метаболитов. Положительные результаты исследования мочи являются неопровержимым свидетельством приема наркотиков женщиной; в то же время отрицательный результат не снимает полностью возможности диагноза наркомании и факта приема наркотиков. В этом случае важное значение имеет уточнение наркотического и алкогольного анамнеза.

Раннее дородовое лечение, своевременная дезинтоксикация и внушение отрицательного отношения к наркотикам во имя здоровья ребенка с участием нарколога и психотерапевта могут привести к предупреждению неонатального наркоманического синдрома новорожденных.



## **Глава 14. Судебно-наркологическая экспертиза и принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями**

*А.Л.Игонин*

Освидетельствование наркологических больных с целью назначения принудительного лечения отнесено ныне действующей инструкцией Минздрава СССР\* к судебно-наркологической экспертизе. Указанный вид экспертизы включает в себя еще и решение вопроса об ограничении дееспособности лиц, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.

Судебно-наркологическую экспертизу проводят в соответствии с вышеупомянутой инструкцией как психиатры-наркологи, так и судебные психиатры. Последние, правда, используют термин "судебно-наркологическая экспертиза" далеко не всегда. Многие из них назначение наркологическим больным принудительного лечения считают частью судебно-психиатрической процедуры.

Инструкция 1988 года разграничивает полномочия в проведении судебно-наркологической экспертизы между психиатрами-наркологами и судебными психиатрами. Если вопрос о назначении наркологическому больному принудительного лечения является в постановлении (определении) о назначении экспертизы единственным, с которым следователь (суд) обращается к экспертам, освидетельствование осуществляется наркологами специальных комиссий наркологических диспансеров. Если же, наряду с назначением принудительного лечения, в постановлении (определении) ставятся вопросы, относящиеся к компетенции судебных психиатров (обычно это вопросы о вменяемости-невменяемости), то проводится судебно-психиатрическая экспертиза, которая отвечает на все вопросы - как наркологические, так и психиатрические. При этом не требуется дополнительного, кроме судебно-психиатрического, освидетельствования подэкспертного еще и специальной комиссией наркологического диспансера либо включения в СПЭК нарколога.

### **Современное законодательство и принудительное лечение наркологических больных**

Принятые в последнее десятилетие в Российской Федерации законодательные акты внесли заметные изменения в правовую базу, регламентирующую назначение принудительных мер медицинского характера, осуществляемых в отношении больных алкоголизмом и наркоманиями. Ранее принудительное лечение при наркологических заболеваниях назначалось: 1) лицам, не являющимся правонарушителями, но уклоняющимся от добровольного лечения; 2) лицам, совершившим преступление, в отношении которых принудительное лечение применяется наряду с исполнением уго-

\* Временная инструкция о производстве судебно-наркологической экспертизы. -М.: Минздрав СССР, -1988 -19 с.

ловного наказания (в соответствии с бывшей статьей 62 УК РФ). В 1993 г. принудительные меры, предпринимаемые в отношении первой категории лиц, были законодательно отменены, а лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) системы МВД, осуществлявшие эти меры, - ликвидированы.

Что же касается принудительного лечения наркологических больных, совершивших преступление, то данная мера сохраняется до настоящего времени. С ликвидацией ЛТП ее роль даже возросла. На тех мелких правонарушителей, которые ранее направлялись в упрощенном порядке в ЛТП, теперь стали заводиться уголовные дела с последующим назначением принудительной меры, соединенной с исполнением наказания. В результате этого число совершивших преступление наркологических больных, которым была проведена экспертиза в связи с назначением принудительного лечения, с 1993 по 2000 год возросло со 150 до 216 тысяч, т.е. примерно в полтора раза.

В соответствии с новым, вступившим в действие 01.01.97 Уголовным кодексом Российской Федерации, порядок назначения при психических и наркологических заболеваниях принудительных мер медицинского характера заметно изменен. Если раньше статья 62 УК РСФСР, регламентирующая принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями, была изолирована от статей Кодекса, посвященных аналогичным действиям в отношении психически больных, то в новом УК РФ принудительные меры в отношении обеих категорий больных рассматриваются как единый комплекс мероприятий. Об указанных мерах говорится в одних и тех же статьях нового Уголовного кодекса (97-104).

В результате принятия нового Уголовного кодекса на принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями распространились те регламентирующие положения, которые раньше касались лишь психически больных.

**Рисунок 1** иллюстрирует характер взаимоотношений между статьями, касающимися назначения принудительных мер больным с наркологическими и психическими заболеваниями.

Как видно из рисунка, в части 1 статьи 97 УК РФ изложены основания для назначения принудительных мер медицинского характера совершившим общественно-опасные деяния (ООД) подэкспертным с различными видами психической патологии. К числу лиц, в отношении которых могут быть применены такого рода принудительные меры, кроме страдающих собственно психическими расстройствами различного характера (пункты а, б и в), отнесены лица, нуждающиеся в лечении от алкоголизма и наркомании (пункт г).

1. В случаях, предусмотренных ч. 2 ст. 99 настоящего кодекса, принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказания - в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь.

Следует отметить, что следователь (суд) часто ставит перед экспертами вопросы, касающиеся как вменяемости испытуемого, так и необходи-

| Ч.1 ст. 97 УК РФ   |  |   |                               |  |
|--|--|---|-------------------------------|--|
| Наличие у лиц, совершивших общественно опасное деяние, психических расстройств |  |   |                               |  |
| Основания применения принудительных мер медицинского характера                 | а) в связи с которыми они признаны невменяемым | б) развившихся после совершения преступления и делающих наказание невозможным | в) не исключающих вменяемости | г) алкоголизма и наркомании (при признании их нуждающимися в принудительном лечении) |

  

| Ст. 99 УК РФ                                   |   | Ч. 1 [в соответствии с пунктами а и б ч 1 ст 97]                |                |                             | Ч. 2 [в соответствии с пунктами ей г ч 1 СТ.97]               |
|--|---|---|----------------|-----------------------------|---|
| Виды принудительных мер медицинского характера | а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра | принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа | б) общего типа | в) специализированного типа | г) специализированного типа с интенсивным наблюдением         |
|  |   |   |                |                             | Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра* |

Ст. 104. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания

**Рис: 1. Место принудительных мер наркологического характера в общей системе принудительных мер, предусмотренных УК РФ в отношении психически больных**

мости назначения ему принудительного лечения в связи с наркологическим заболеванием. Если при освидетельствовании такого лица эксперты придут к выводу, что испытуемого следует считать невменяемым в отношении совершенного деяния (пункта части 1 статьи 97), то принудительная мера медицинского характера в связи с наркологическим заболеванием (пункт г части 1 той же статьи) ему назначена быть не может. Это особенно часто бывает при совершении наркологическими больными общественно-опасных деяний в состоянии алкогольных психозов. В соответствии с формулировками ст.97 и последующих в данном разделе УК РФ статей сам принцип применения принудительных мер, предусмотренных пунктами а и г данной статьи, различен. В первом случае больные признаются невменяемыми по отношению к совершенному деянию и освобождаются от наказания. Принудительное лечение они проходят в учреждениях здравоохранения. Во втором же случае подэкспертные признаются вменяемыми и подвергаются пенитенциарным мерам, а их лечение проводится в исправительных учреждениях (за исключением многочисленных осужденных с наркологическими заболеваниями, наказание которых не связано с лишением свободы).

В последнем случае осужденные, по отношению к которым применен п.2 ст.97 УК, проходят амбулаторное лечение в учреждениях здравоохранения. В этих же учреждениях аналогичному лечебному воздействию под-

вергаются и невменяемые больные в тех случаях, когда назначенная им принудительная мера ограничивается амбулаторным лечением. Но при этом принудительное лечение двух указанных категорий больных, являясь и в том и в другом случаях амбулаторным, регламентируется разными частями - 1 и 2 - статьи 99 УК РФ. Это создает принципиальные различия в подходе к организации терапевтических мероприятий в отношении вменяемых и невменяемых лиц. Например, амбулаторная принудительная мера в отношении первых может быть изменена судом на стационарную и наоборот, тогда как в отношении вторых данная трансформация Кодексом не предусмотрена. Все указанные соображения делают одновременное применение пунктов а и г статьи 97 УК невозможным.

При проведении экспертизы возможна и другая дилемма, когда у испытуемого обнаруживается сочетание, с одной стороны, психических расстройств ненаркологической природы, не исключающих вменяемости (статья 22 УК, пункт в части 1 статьи 97 Кодекса), а, с другой - проявлений алкоголизма или наркомании (пункт г части 1 указанной статьи УК). Это, например, бывает в тех случаях, когда зависимость от ПАВ развивается у лица с психопатией (расстройством личности) или с органическим психическим расстройством. При этом возможно использование либо только одного основания для назначения принудительного лечения из двух перечисленных, либо их обоих. При возникновении данной дилеммы необходимо учитывать, что в Уголовном кодексе РФ отсутствуют какие-либо положения, исключающие одновременное применение пунктов в и г части 1 статьи 97 УК.

Часть 1 статьи 104 УК РФ содержит еще одно регламентирующее положение, касающееся условий проведения принудительного лечения совершивших преступление больных алкоголизмом и наркоманиями. Те лица, наказание которых связано с лишением свободы, должны подвергаться терапевтическим мероприятиям в исправительных учреждениях. Если же наказание не связано с лишением свободы, лечение проводится в учреждениях органов здравоохранения.

В соответствии со сложившейся в последние годы в России практикой подавляющее число наркологических больных, которым назначена принудительная мера (свыше 90%), проходят лечение в медицинских частях исправительных учреждений. И лишь небольшая часть из них (менее 10%) получают лечение в учреждениях здравоохранения, а именно в наркологических диспансерах (последние относятся к разновидности психиатрических учреждений).

**Подзаконные нормативные акты,  
регулирующие принудительное лечение  
при наркологических заболеваниях**

Назначение принудительного лечения наркологическим больным регулируется в первую очередь Уголовным и Гражданским кодексами, а также УПК и ГПК. Среди подзаконных актов главным является Постановление Пленума Верховного Суда РФ "О судебной практике по применению к осужденным

алкоголикам и наркоманам принудительных мер медицинского характера" от 20.12.73 № 10 (с изменениями и дополнениями, внесенными Постановлениями Пленума Верховного Суда РФ № 10 от 24.12.85 и № 11 от 21.12.93).

Основой для назначения наркологическим больным принудительных мер медицинского характера являются две инструкции: 1. "Инструкция о порядке освидетельствования лиц, привлеченных к уголовной ответственности на предмет применения к ним принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик" (- М.: Минздрав СССР, -1981. -7 с.) и 2. "Перечень заболеваний, препятствующих назначению принудительного лечения больным хроническим алкоголизмом или наркоманией, осуществляемого в соответствии со статьей 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик" (- М.: Минздрав СССР, -1981. - Ю с ).

Существует еще инструкция "Основные положения о работе специальных медицинских комиссий для проведения наркологических экспертиз" (- М., Минздрав СССР, -1985. -12 с ), в которой были введены некоторые положения, касающиеся проведения экспертиз указанного характера. Но наиболее полным документом, который вообрал в себя все принятые ранее положения, является "Временная инструкция о производстве судебно-наркологической экспертизы" 1988 года, о которой ранее уже говорилось в тексте данной главы. Инструкция 1988 года узаконила процедуру судебно-наркологической экспертизы, так как была согласована с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР, Министерством внутренних дел СССР и Министерством юстиции СССР.

Несколько инструкций касаются регламентации проведения принудительного лечения наркологических больных в учреждениях Минздрава РФ. Это, во-первых, "Инструкция о порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания" (-М., Минздрав СССР, -1988. -25 с ). Процедура продления или прекращения принудительного лечения наркологических (как и психических), больных, регламентируется известными для судебных психиатров методическими указаниями "Порядок заполнения медицинской документации по судебной психиатрии" (-М., Минздрав СССР -1981. -17 с ), а также методическим письмом "О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, общественно опасные деяния" (-М., Минздрав РФ, ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, -1999. -5 с ).

Наконец, в пособии для врачей "Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания, при алкоголизме и наркоманиях" (-М., Минздрав РФ, ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, -1999. -20 с.) даются разъяснения и комментарии по поводу того, как в работе врачей должны учитываться изменения, произошедшие в связи с введением 01.01.97 нового Уголовного кодекса РФ.

Для врачей мест лишения свободы были опубликованы: 1. Методическое письмо "Проведение принудительного лечения больным алкоголизмом и наркоманиями в условиях исправительных учреждений системы ГУИН Министерства юстиции Российской Федерации" (-М., Минздрав РФ, ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, Минюст РФ, ГУИН, Мед. управление, -2000. -20 с.); 2. "Инструкция по организации принудительного амбулаторного лечения от алкоголизма или наркомании осужденных, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исправительной системы Минюста РФ" (-М., Минюст РФ, -2001. -4 с.).

**Процедура назначения больным алкоголизмом и наркоманиями принудительных мер медицинского характера**

В соответствии с упоминавшимся Постановлением Пленума Верховного Суда России, а также инструкцией Минздрава СССР 1981 г. медицинское заключение о необходимости принудительных мер медицинского характера в отношении наркологических больных должно включать в себя ответы на следующие вопросы:

- 1) является ли лицо хроническим алкоголиком или наркоманом;
- 2) нуждается ли оно в принудительном лечении;
- 3) имеются ли противопоказания к нему.

Введенная в действие 1.01.99 МКБ-10 изменила ключевые термины, используемые при диагностике наркологических заболеваний.

Старые термины не могут быть просто проигнорированы после принятия новой классификации, так как вошли в тексты ряда законов и подзаконных нормативных актов. В первую очередь это относится к Уголовному Кодексу РФ.

В статье 23 УК, в которой говорится о том, что совершение преступления в состоянии опьянения не освобождает от уголовной ответственности, используются термины "алкоголь", "наркотическое средство" и "одурманивающее вещество". В статьях 228-233 УК упоминаются названия "наркотическое средство" и "психотропное вещество", за действия с которыми устанавливается уголовная ответственность. В статье 73 говорится об обязательном лечении условно осужденных, страдающих наркологическими заболеваниями трех видов: алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Наконец, в статьях 97 и 99 УК, которые нас в данном случае интересуют больше всего, используются только два из этих трех названий: алкоголизм и наркомания.

Таким образом, при назначении принудительного лечения используются термины "алкоголь" и возникающее при злоупотреблении им наркологическое заболевание "алкоголизм", а также "наркотическое средство", прием которого приводит к наркомании. Поскольку в статьях 97 и 99 Кодекса об одурманивающих и токсических веществах, а также о токсикомании, возникающей при злоупотреблении ими, не говорится, данные термины в медицинском заключении фигурировать не должны. То же относится к новым терминам, принятым в МКБ-10: "психоактивное вещество" и "зависимость от психоактивного вещества". Следует отме

| <b>Виды</b>  | <b>субстанций</b> | <b>Наркологические</b>   | <b>заболевания</b> |
|--|-------------------|--|--------------------|
| <i>Старые термины, применявшиеся, в частности, в УК РФ</i>                                   |                   |  |                    |
| алкоголь<br>(статья 3)   | —>                | япкпгппиям<br>(статьи 73, 97, 99)  |                    |
| наркотическое средство<br>(статьи 23, 228-233)   | —>                | наркомания<br>(статьи 73, 97, 99)  |                    |
| одурманивающее вещество<br>(статья 23)   | —>                | токсикомания<br>(статья 73)  |                    |
| психотропное вещество<br>(статьи 228-233)  | —>                | токсикомания<br>(статья 73)  |                    |
| <i>Новые термины, применяемые в МКБ-10</i>   |                   |  |                    |
| Все виды указанных выше<br>субстанций имеют единое<br>название - "психоактивное<br>вещество" | —>                | Все виды указанных выше<br>наркологических заболеваний<br>имеют единое название -<br>"зависимость от..." (название<br>психоактивного вещества) |                    |

тить, что в адаптированном для использования в России варианте классификации допускается применение как новых, так и старых терминов.

В соответствии с данным вариантом МКБ-10 диагноз наркологического заболевания (зависимости от психоактивного вещества) может быть установлен при обнаружении следующих клинических или социально-психологических критериев:

- а) сильное желание принять психоактивное вещество;
- б) сниженная способность контролировать его прием;
- в) состояние отмены (абстинентный синдром);
- г) повышение толерантности к веществу;
- д) "поглощенность" больного употреблением вещества;
- е) продолжение употребления вопреки вызываемым им вредным последствиям.

Наркологическое заболевание (его начальная стадия) диагностируется в том случае, когда наличествуют критерии, обозначенные буквами а, б, г, е. При этом не является обязательным обнаружение всех этих четырех признаков. Достаточно, чтобы имели место только два из них. Поскольку в классификации нет уточнения в отношении того, какие конкретно два признака из четырех являются достаточными для диагностики наркологического заболевания, то, по-видимому, могут быть использованы любые два из них.

Если на первый вопрос из указанного выше перечня о наличии наркологического заболевания дается отрицательный ответ, то необходимость в рекомендации принудительной меры медицинского характера, естественно, отпадает. Но если устанавливается диагноз алкоголизма или наркомании, тогда должен следовать ответ на второй вопрос о том, нуждается или нет подэкспертный в принудительном лечении.

Часть 2 статьи 97 УК РФ служит при наркологических, как и при любых психических заболеваниях основой для решения вопроса о необходимости принудительных мер медицинского характера. Напоминаем содержание части 2 статьи 97: "Принудительные меры медицинского характера назначаются только в тех случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц".

В соответствии с данной формулировкой принудительное лечение наркологическому, как и любому психическому больному может назначаться только при наличии первого и важнейшего условия: исходящей от данного лица социальной опасности. При этом речь идет не о той опасности, которая исходит от него просто как от антисоциальной личности, а об опасности, связанной именно с психическими расстройствами. В данном случае имеются в виду психические расстройства, обусловленные алкоголизмом или наркоманиями.

При наркологических заболеваниях социальная опасность обычно возникает при перенесении больными следующих состояний:

1. Острая интоксикация или абстинентный синдром с возбудимыми, дисфорическими, истерическими, аффективными, транзиторными бредовыми, рудиментарными галлюцинаторными или преходящими **Интеллектуально-мнестическими** нарушениями;

2. Обусловленные наркологическим заболеванием глубокие и стойкие изменения личности (аффективная неустойчивость, психопатоподобные проявления, морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение, выраженная некритичность к своему заболеванию и состоянию в целом);

3. Резко выраженные обострения патологического влечения к психоактивным веществам в периоды воздержания от них.

Среди приведенных в таблице состояний нет наиболее тяжелых видов психических расстройств, возникающих при алкоголизме и наркоманиях: психотических состояний и деменции. Это связано с тем, что при совершении ООД лицами, у которых выявляются указанные состояния, они обычно признаются невменяемыми. А назначение принудительной меры медицинского характера подэкспертным, признанным невменяемыми, исключает, как уже говорилось ранее, назначение им принудительного лечения еще и как наркологическим больным.

Существует связь между особенностями состояния наркологических больных и характером совершаемых ими общественно-опасных деяний. Для острой интоксикации наиболее характерными являются агрессивные действия с причинением вреда здоровью потерпевших (вплоть до убийств), нанесением и, им оскорнений, совершением актов хулиганства и сексуального насилия. Агрессивные действия могут при наркологических заболеваниях иметь связь и с другими видами психических расстройств. Например, такого рода ООД иногда совершаются больными в дисфорических состояниях, обусловленных абстинентным синдромом или выраженными изменениями личности. Однако при этих состояниях



агрессивные действия совершаются все же реже, чем при острой интоксикации психоактивными веществами.

К другому виду ООД, часто совершаемых наркологическими больными, относятся преступления против собственности (кражи чужого имущества, грабежи, разбой, акты вымогательства). Имущественные правонарушения чаще всего связаны с резко выраженным обострением патологического влечения к психоактивным веществам. Стремление добыть их любой ценой особенно характерно для больных с опийными наркоманиями, переносящих абстинентный синдром. При зависимости от опиоидов интенсивное влечение возникает иногда даже вне абстинентного синдрома в периоды воздержания от психоактивного вещества. В МКБ-10 таким состояниям, которые называются резидуальными или отсроченными, отведена специальная рубрика. Неожиданная интенсификация влечения возможна, в частности, в рамках состояния типа "флэшбэк" (симптомы острой интоксикации психоактивными веществами, проявляющиеся без их реального употребления). Другим возможным вариантом является возникновение так называемых псевдоабстинентных состояний.

Больные алкоголизмом могут также совершать имущественные преступления в связи с состоянием алкогольного опьянения, точнее, в связи с утратой количественного контроля, характерной для этих состояний. Во время выпивки такие лица могут испытывать сильную потребность, как говорят в этой среде, "добавить", то есть выпить еще. Если спиртного в наличии не оказывается, они предпринимают попытки его раздобыть любым путем. В этот момент как раз и могут совершаться имущественные преступления, обычно в виде мелких хищений.

Вторым условием выполнения при освидетельствовании больных пункта 2 статьи 97 УК является оценка прогноза заболевания с точки зрения возможности, как это формулируется в Кодексе, "причинения этими лицами иного существенного вреда". Под "иным вредом" при психических заболеваниях понимается вред, ущерб для общества, самого лица, который он, возможно, нанесет в будущем". Речь идет, естественно, об ущербе, который будет связан с сохраняющимися или возобновляющимися психическими расстройствами.

Таким образом, решение вопроса о необходимости принудительных мер определяется еще и оценкой прогноза заболевания. При алкоголизме и наркоманиях совершение на дальнейшем этапе течения заболевания ООД, связанных с психическими расстройствами, обычно происходит при возобновлении приема алкоголя или наркотиков, то есть в случае возникновения рецидива. При достижении же длительной ремиссии вероятность совершения повторных ООД сводится к минимуму.

Поэтому при проведении судебно-наркологической экспертизы важно оценить результаты предшествующего лечения больного алкоголиз-

• Более подробно на эту тему см.: Котов В.П. Принудительные меры медицинского характера. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. Ю.И.Скуратова и В.М.Лебедева. Том 1 - "Общая часть". - М.: Инфра М-норма, 1996. -С.268-297.

мом или наркоманией. Ведь если имеются неоспоримые свидетельства в пользу того, что он в будущем будет лечиться добровольно, необходимость применения по отношению к нему еще и принуждения отпадает. О такой вероятности свидетельствуют данные анамнеза, говорящие о том, что больной лечился в прошлом по собственному желанию и с хорошими результатами. Соответственно, имеющиеся сведения о нежелании больного лечиться, несмотря на выраженные клинические проявления наркологического заболевания, о случаях негативного отношения к предложениям близких или других лиц пройти такое лечение делают принудительные меры необходимыми.

Благоприятным с точки зрения возможности добровольного, а не принудительного лечения можно считать наличие у больного в анамнезе длительных (для больных алкоголизмом - свыше 1 года, наркоманиями - 6 месяцев) ремиссий, сопровождающихся полным воздержанием от психоактивных веществ. Данное положение не относится, однако, к воздержанию подэкспертного во время его пребывания в местах лишения свободы. Имеются в виду как период изоляции на этапе предварительного расследования перед проведением экспертизы, так и все иные ситуации пребывания подэкспертного под стражей. Такого рода вынужденные ремиссии не являются основанием для отказа от принудительной меры.

Следует отметить, что изменение законодательства и, в частности, появление в новом УК РФ положений, содержащихся в части 2 статьи 97, сделали невозможным при назначении совершившим преступление наркологическим больным принудительного лечения опору только на критерий длительности ремиссии, как это делается в упоминавшейся выше инструкции Минздрава СССР "Основные положения о работе специальных комиссий для проведения наркологических экспертиз" (1985). В этой инструкции говорится, что принудительная мера не назначается при алкоголизме в том случае, если ремиссия (полное воздержание от спиртных напитков) длится 3 года и более. В отношении больных наркоманиями такого рода сроки ни данной, ни другими инструкциями не устанавливались.

Освидетельствование наркологического больного должно включать в себя также оценку наличия у него установки на воздержание от психоактивных веществ. При оценке такого рода важно обращать внимание не на само по себе заявление больного о намерении отказаться от них (в экспертной ситуации даются, как известно, любые обещания), а на некоторые сопутствующие психологические феномены, которые свидетельствуют о глубине установки. В первую очередь учитывается наличие или отсутствие критического отношения больного к имеющемуся у него наркологическому заболеванию. Особенно важное значение имеет осознание им наличия у себя проявлений патологического влечения к психоактивным веществам и других скрытых симптомов заболевания. Следует также принимать во внимание характер установки на воздержание от психоактивных веществ: важно не столько предъявление намерения от них воздерживаться само по себе, но и наличие четкой аргументации необходимости отказа от применения психоактивных веществ, сопутствующих ей эмоциональных проявлений, а также конкрет-

ных планов на изменение образа жизни. Немаловажное значение имеет и оценка социальной ориентации больного в связи с новыми планами на будущее, в частности, определение им реальных позитивных социально значимых целей, которых он намерен достигнуть, воздерживаясь от приема одурманивающих веществ (восстановление семьи и служебного положения, продолжение учебы и другие серьезные изменения в жизни).

Ответ на третий вопрос из приведенного выше перечня, касающийся противопоказаний к назначению принудительных мер медицинского характера при алкоголизме и наркоманиях, регламентируется, как и прежде, упомянутой выше инструкцией Минздрава СССР 1981 г. Необходимо лишь подчеркнуть, что в состав судебно-психиатрических экспертных комиссий, в отличие от аналогичных комиссий наркологических диспансеров, не входят терапевт и невропатолог. Поэтому к обследованию испытуемых, которые будут проходить судебно-наркологическую экспертизу, должны привлекаться в качестве консультантов терапевт, невропатолог и, при необходимости, другие специалисты соматического профиля.

#### **Порядок применения мер медицинского характера при алкоголизме и наркоманиях**

##### **в учреждениях уголовно-исправительной системы**

Как отмечалось выше, в настоящее время в России свыше 90% осужденных наркологических больных, которым назначено принудительное лечение, проходят его в местах лишения свободы. Если осужденному наркологическому больному принудительное лечение не было назначено, это может быть сделано постфактум, в период отбывания им наказания. В соответствии с частью 2 статьи 101 Уголовно-исполнительного кодекса РФ для таких лиц должны быть созданы специальные "лечебные исправительные учреждения". К сожалению, в стране имеется очень ограниченное число таких учреждений (все они предназначены для больных наркоманией). Осужденные же, страдающие алкоголизмом, содержатся в неспециализированных исправительных учреждениях. Существующие правовые поло-

• Необходимо отметить, что в большинстве стран Западной Европы накоплен позитивный опыт использования специализированных лечебных отделений, создаваемых в системе исполнения наказания. Туда помещаются наркологические больные, совершившие относительно нетяжелые преступления, прямо связанные со злоупотреблением психоактивными веществами. В данные отделения переводятся из исправительных учреждений лица, давшие согласие на лечение. Если больные отказываются от перевода в специализированные отделения, они остаются в исправительных учреждениях. В случае недобросовестного отношения к лечению и многократных нарушений режима со стороны пациента, находящегося в специализированном отделении, возможна и обратная мера - возвращение его в то исправительное учреждение, откуда он прибыл. Осужденные наркологические больные в некоторых случаях нетяжелого криминала могут проходить лечение в обычных лечебных учреждениях. В проведении терапевтических, коррекционных и реабилитационных мероприятий принимают участие не только врачи, но и медицинские психологи, специалисты по социальной работе, юристы и даже бывшие больные алкоголизмом и наркоманиями.

жения дают возможность администрации исправительных колоний создавать в их структуре изолированные участки с лечебным режимом.

Как уже говорилось, статья 97 УК РФ допускает в отношении вменяемых наркологических больных только амбулаторную принудительную меру. Тем не менее, в соответствии с ведомственной инструкцией такие больные по прибытии в исправительные учреждения подвергаются госпитализации. В стационаре осуществляются карантинные меры, обследование пациентов и купирование тех острых или подострых психических расстройств, которые возможны у наркологических больных. Далее на протяжении всего времени их пребывания в исправительных учреждениях лечебные мероприятия имеют только амбулаторный характер. Лечение наркологических больных проводит психиатр-нарколог, психокоррекционную работу - медицинский психолог.

Если осужденный, к которому применены статьи 97-104 УК РФ, отказался от принудительного лечения, а по формулировке инструкции исчерпаны все методы психотерапевтического воздействия на него, он может быть лишен ряда послаблений в режиме исполнения наказания. К таким послаблениям относятся изменение на более легкие условия пребывания в исправительном учреждении, условно-досрочное освобождение, замена неотбытой части наказания более мягкой пенитенциарной мерой, а также направление в колонию-поселение.

***Порядок применения принудительных мер медицинского характера при алкоголизме и наркоманиях в медицинских учреждениях Министерства здравоохранения РФ***

Как уже говорилось выше, в соответствии с частью 1 статьи 104 УК РФ, в учреждениях органов здравоохранения Минздрава РФ принудительное лечение наркологических больных осуществляется в том случае, если их наказание за совершенное преступление не связано с лишением свободы. По формулировке указанной статьи Кодекса речь идет об учреждениях, "оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь". К такого рода учреждениям относятся наркологические диспансеры, на которые возлагаются обязанности по проведению принудительных лечебных мероприятий при алкоголизме и наркоманиях (с учетом принципа обслуживания больных по месту их жительства). В настоящее время, как уже ранее отмечалось, вне стен исправительных учреждений проходят принудительное лечение менее 10% осужденных наркологических больных. Контроль за выполнением наркологическими больными вынесенного в их адрес определения суда по прохождению курса принудительного лечения, равно как и обращение в суд с представлением о его продлении или прекращении, возлагаются на органы исполнения наказания (часть 4 статьи 104 УК РФ), а именно на уголовно-исполнительные инспекции Минюста РФ.

В соответствии с инструкцией по диспансерному учету больных в наркологических диспансерах на пациентов, проходящих в этих учреждениях принудительное лечение, должна быть заведена не только история болезни амбулаторного больного по форме № 025-5/у-88, но и контрольная карта наблюдения за психическим (наркологическим) боль-

ным - форма № 030-1/у. Указанных пациентов следует включать в первую группу учета, предполагающую регулярные, не реже одного раза в месяц, посещения диспансера. Далее лечение пациентов, подвергаемых принудительной мере, проводится по обычным схемам.

**Регламентация процедуры продления или прекращения принудительных мер медицинского характера при алкоголизме и наркоманиях**

В соответствии с частью 1 статьи 104 УК РФ продление или прекращение применения принудительных мер медицинского характера в отношении наркологических больных осуществляется судом по представлению органа, исполняющего наказание. Комиссия врачей психиатров (психиатров-наркологов) учреждения, осуществляющего принудительное лечение, составляет "Акт психиатрического освидетельствования" лица, находящегося на принудительном лечении, форма которого (104/у) приведена в цитировавшихся ранее методических указаниях Минздрава СССР 1981 г. "Порядок заполнения медицинской документации по судебной психиатрии".

В соответствии с частью 2 статьи 102 УК РФ комиссионное освидетельствование такого рода проводится не реже одного раза в шесть месяцев. При этом заключение о продлении принудительной меры представляется в суд ежегодно, за исключением первого продления, которое должно быть произведено через суд по истечении шести месяцев с момента начала принудительного лечения.

Заключение о необходимости продления принудительной меры принимается, в соответствии с частью 2 статьи 102 УК РФ, "при отсутствии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения [...] такой меры". Соответственно, заключение о целесообразности прекращения принудительной меры дается в том случае, когда "отпадает необходимость" в ее применении (часть 3 статьи 102 Кодекса). Критерии необходимости в применении такой меры сформулированы в ч. 2 ст. 97: она определяется, как уже ранее говорилось, во-первых, возможностью причинения иного существенного вреда и, во-вторых, опасностью для себя или других лиц.

Критерии для решения вопроса о продлении или прекращении принудительной меры в отношении лиц, проходящих лечение в медицинских частях исправительных учреждений и наркологических диспансерах Минздрава, различны. Данные критерии изложены в упоминавшихся ранее подзаконных актах, выпущенных ГУИН Минюста и Минздравом России.

В пенитенциарных условиях, в силу абсолютной или относительной изоляции находящихся в них больных от психоактивных веществ, редко наблюдаются развернутые рецидивы наркологического заболевания. Речь обычно идет лишь об эпизодических случаях употребления алкоголя, наркотиков, токсических веществ или даже просто о попытках получить к ним доступ. Такое поведение свидетельствует о сохраняющемся достаточно интенсивном влечении к психоактивным веществам, высокой вероятности рецидива заболевания в случае ослабления контро-

ля за больным и, соответственно, о повышенной возможности совершения им повторного противоправного действия.

Поэтому при получении сведений о случаях употребления подэкспертными психоактивных веществ или попытках получить к ним доступ правильным будет решение о продлении принудительного лечения. Отсутствие же попыток такого рода делает более предпочтительной рекомендацию о прекращении принудительного лечения.

Другим признаком, который следует учитывать при обследовании пребывающего в исправительном учреждении наркологического больного, является возникновение психопатоподобных проявлений: повышенной возбудимости, дисфорических эпизодов, истерического поведения и прочих видов расстройств. В пенитенциарных условиях такие состояния обычно расцениваются не как болезненные расстройства, а как обычные дисциплинарные нарушения. Между тем, именно на фоне таких состояний происходит обострение патологического влечения к психоактивным веществам. Поэтому наличие сохраняющихся психопатоподобных проявлений также является при решении вопроса о продлении или прекращении принудительного лечения аргументом в сторону выбора первого варианта заключения.

Вопрос о продлении или прекращении принудительной меры в отношении пациентов, проходящих лечение в наркологических диспансерах, решается на основании несколько иных критериев по сравнению с больными, находящимися в исправительных учреждениях. Наиболее веским основанием для отмены принудительной меры является объективно подтвержденная ремиссия в течение наркологического заболевания. Длительными считаются ремиссии с полным воздержанием от психоактивных веществ в течение более 1 года при алкоголизме и 6 месяцев - при наркоманиях. Принудительное лечение может быть отменено не только в связи с ремиссией, т.е. полным воздержанием от психоактивных веществ, но и в связи с выраженным клиническим улучшением в состоянии больных. В таких случаях эпизоды возобновления употребления психоактивных веществ все-таки наблюдаются ("срывы" в ремиссиях), но их продолжительность невелика - не свыше 2-3 суток. "Срывы" не переходят в рецидивы с многодневными периодами приема психоактивных веществ и разделяются продолжительными, не менее 2-3 месяцев, периодами воздержания от них.

Если же во время даже кратковременных "срывов" развиваются состояния, которые обуславливают повышенный риск совершения преступлений: измененные картины опьянения с грубыми нарушениями поведения, абстинентные состояния с выраженными психопатологическими проявлениями, то это следует расценивать как основание для продления принудительного лечения. С определенной осторожностью в смысле возможности прекращения принудительной меры следует относиться к ремиссиям, во время которых обнаруживаются глубокие и стойкие изменения личности, обусловленные злоупотреблением психоактивными веществами.

**"Обязательное" лечение при наркологических заболеваниях при условном осуждении**

Статья 3 УК РФ гласит:

часть 5: "Суд, назначая условное осуждение, может возложить на условно осужденного исполнение определенных обязанностей: [...] пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании [...]";

часть 6: "Контроль за поведением условно осужденного осуществляется уполномоченным на то специализированным государственным органом [...]".

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27.05.98 № 9 (касается только больных наркоманиями) уточняет некоторые положения статьи 73 УК РФ:

"Неисполнение условно осужденным [...] обязанности может служить основанием для решения в установленном законом порядке вопроса об отмене условного осуждения и исполнении наказания, назначенного приговором суда".

Таким образом, в соответствии с частью 5 статьи 73 УК РФ на условно осужденных лиц может быть "возложена обязанность" по прохождению курса лечения от алкоголизма, наркомании или токсикомании. Данная мера в правовом отношении существенно отличается от принудительного лечения, регламентируемого статьями 97-104 Кодекса. Она, в частности, не требует регулярных комиссионных освидетельствований, продления и отмены ее судом. В действующем уголовном законодательстве не говорится о том, в какой форме - амбулаторной или стационарной - должна осуществляться указанная обязанность. Таким образом, этот вопрос, очевидно, отнесен к компетенции специалистов, проводящих принудительное лечение.

В части 6 УК говорится о том, что контроль за поведением условно осужденного осуществляется уполномоченным на то специализированным государственным органом (имеется в виду орган, исполняющий наказание, - уголовно-исполнительные инспекции Минюста РФ). Это дает дополнительную возможность дисциплинарного воздействия на условно осужденных наркологических больных.

Неисполнение условно осужденным лицом возложенной на него обязанности по прохождению курса лечения служит, как это видно из приведенного выше текста Постановления, основанием для решения в установленном законом порядке вопроса об отмене условного осуждения и исполнении наказания, назначенного приговором суда. Данное разъяснение, применительно к больным наркоманиями, содержится в Постановлении Пленума Верховного суда РФ от 27 мая 1998 г.

## **Глава 15. Медико-социальная экспертиза при хроническом алкоголизме**

*Г.П. Киндрас*

Произошедшие за последнее десятилетие в России кардинальные политические и социально-экономические преобразования обусловили существенные изменения социальной политики государства в отношении инвалидов, которые носят радикальный, можно сказать, революционный характер. Эти изменения базируются на принципиальных положениях современной концепции инвалидности и касаются формирования организационных и методических подходов к решению проблем инвалидности и социальной защиты инвалидов, к установлению инвалидности, критериям её оценки, к статусу и структуре учреждений медико-социальной экспертизы.

Создание новой концепции инвалидности и медико-социальной экспертизы было предопределено необходимостью пересмотра прежних традиционных подходов к понятиям «инвалидность», «инвалид», приведении их в соответствие с нормами международного права. Разработанная научным коллективом Центрального НИИ экспертизы трудоспособности и организаций труда инвалидов современная концепция инвалидности содержит новые теоретические и методологические подходы к оценке биологического, медицинского и социального статуса человека. Она нашла своё отражение в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (№ 181 от 24.11.1995 г.), реализующем основные положения государственной политики по отношению к инвалидам.

Инвалидность рассматривается сегодня как сложное социальное явление, зависящее от присущих обществу многообразных материальных и духовных факторов, необходимых для полноценной социальной жизни, социальной достаточности личности. Инвалидность - это потеря или ограничение возможности принимать участие в жизни общества наравне с другими. В значительной мере влияние инвалидности на повседневную жизнь человека определяется средой.

Инвалидность - это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и к необходимости социальной защиты. В связи с этим инвалидность определяется как ограничение не только трудоспособности (в прежнем понимании), но и других сфер жизнедеятельности - самообслуживания, передвижения, обучения ориентации, общения, контроля за своим поведением.

Основанием для признания лица инвалидом является нарушение здоровья, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности, социальной недостаточности и необходимости социальной защиты. Наличие у лица лишь одного из указанных



факторов не является достаточным основанием для признания его инвалидом.

Всё это определило потребность формирования новых общих принципов и частных положений медико-социальной экспертизы, реформирования структуры учреждений экспертной службы. Постановлениями Правительства Российской Федерации «О государственной службе медико-социальной экспертизы» (№ 392 от 03.04.1996 г.) и «О порядке признания граждан инвалидами» (№ 965 от 13.08.1996 г.) прекращается деятельность ВТЭК (врачебно-трудовых экспертных комиссий); вместо них создаются Бюро медико-социальной экспертизы. На основе современной методологии произошло трансформирование узконаправленной врачебно-трудовой экспертизы в медико-социальную экспертизу, охватывающую широкий спектр биологических, медицинских и социальных проявлений жизнедеятельности человека. Министерство труда социального развития РФ и МЗ РФ своим Постановлением № 1/302 от 29.01.1997 г. отменило «Инструкцию по определению групп инвалидности» от 02.08.1956 г. и утвердило новую инструкцию «Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы», по которой в настоящее время работают все бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Российской Федерации.

Ведущим методологическим подходом при проведении медико-социальной экспертизы является экспертно-реабилитационная диагностика. Она осуществляется исходя из комплексной оценки состояния здоровья, нарушений функций организма, вида и степени ограничения жизнедеятельности, основанной на клинко-функциональной, психологической и социальной диагностике.

Клинко-функциональный диагноз содержит клиническую (нозологическую) форму основного и сопутствующего заболевания, его осложнения, стадию и характер течения патологического процесса, вид нарушения функций организма и его степень, клинический прогноз. Нарушения функций организма человека объединены в 6 основных групп:

- нарушения психических функций;
- языковые и речевые нарушения;
- нарушения сенсорных функций;
- нарушения статодинамических функций;
- нарушения висцеральные и метаболические, расстройства питания;
- уродующие нарушения.

Предусматриваются четыре степени выраженности нарушения функции - незначительные, умеренные, выраженные и значительно выраженные.

Клинический прогноз оценивается как благоприятный, неблагоприятный и сомнительный.

Психологический диагноз устанавливается психологом и основывается на оценке состояния высших психических функций и динамики психической деятельности, эмоционально-волевой сферы, особенностей личности.

Социальный диагноз предполагает анализ социально-бытовых и профессионально-трудовых данных.

Комплексная оценка результатов клинико-функциональной, психологической и социальной диагностики позволяет определить наличие, характер и степень выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности - способности к самообслуживанию, передвижению, обучению, трудовой деятельности, ориентации, общению, контролю за своим поведением.

Наличие ограничений жизнедеятельности и степень их выраженности, приводящая к социальной недостаточности и потребности освидетельствуемого в социальной защите, служат основанием для установления инвалидности (I-й, II-й или III-й группы), что является следующим этапом и основной задачей медико-социальной экспертизы.

Не менее важна другая ее задача - определение степени сохранности, возможности восстановления, замещения или компенсации нарушенных функций, оценка реабилитационного потенциала инвалида (с учетом социально-средовых факторов, позволяющих реализовать его способности). Реабилитационный потенциал лежит в основе реабилитационной программы, которая составляется специалистами бюро МСЭ. Реабилитация инвалидов включает медицинскую, профессиональную, социальную, психологическую реабилитацию.

Таким образом, медико-социальная экспертиза на базе комплексной оценки основных ее составляющих позволяет вынести заключение о социальных последствиях нарушений здоровья, а также о возможностях и способах их преодоления.

Представленные общие принципы, методология и методы медико-социальной экспертизы применимы при любой инвалидизирующей сомато-неврологической и психической патологии, в том числе - при хроническом алкоголизме. Алерголизм рассматривается с позиций биологического и социального здоровья человека как хроническое заболевание, наносящее личности соматический, психологический и социальный ущерб. При развитии тяжелых форм хронического алерголизма у больных нередко наступает социальная дезадаптация, утрата трудоспособности и как следствие - инвалидность.

При относительно небольшой численности инвалидов вследствие алерголизма с психическими нарушениями, которая составляет 2-3% в структуре контингента психически больных инвалидов, им должно уделяться пристальное внимание в связи с клинико-патогенетическими особенностями данного заболевания.

Экспертная тактика в отношении больных хроническим алерголизмом имеет ряд особенностей. Необходимо учитывать, что при этом заболевании функциональные и адаптационные возможности больных длительный период как бы блокированы в силу хронической интоксикации. При прекращении алерголизации у большинства из них обнаруживаются значительные компенсаторные возможности - сохранившиеся трудовые

навыки, профессиональный опыт могут быть использованы при возвращении к трудовой деятельности.

На медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) направляются больные алкоголизмом только в тех случаях, когда при длительном лечении и наблюдении в стационарных условиях у них выявляются выраженные необратимые органические нарушения психики или тяжёлая патология со стороны внутренних органов. Наблюдение в процессе стационарного лечения позволяет уточнить имеющиеся у больных функциональные ресурсы.

Больные, направляемые на МСЭК, должны быть комплексно обследованы врачами разных специальностей. Особое внимание уделяется сбору объективной информации, касающейся поведения больных в быту, на производстве, а также изучению медицинских сведений из лечебных учреждений, что важно для уточнения динамики состояния. Важное значение при данной патологии имеет оценка врачом-экспертом личности больного и степени его социальной дезадаптации.

Если ограничения жизнедеятельности при хроническом алкоголизме обусловлены в большей мере нарушениями не психических функций, а функций других органов (травмы, заболевания внутренних органов туберкулез, неврологические расстройства и др.), такие больные освидетельствуются в бюро МСЭ соответствующего специализированного общего профиля.

Больные, у которых ведущими в клинической картине являются органические изменения психики, освидетельствуются в бюро МСЭ психиатрического профиля.

Психические нарушения при хроническом алкоголизме у лиц, направляемых на медико-социальную экспертизу, многообразны и проявляются в эмоциональных расстройствах, истощаемости, нарушениях психомоторного темпа и мнестико-интеллектуальных функций, изменениях личности. Грубо страдает поведение, снижается критика, «жизнь подчинена стихийному потоку». Утрачивается способность к целенаправленной активности, резко падает продуктивность в любых сферах деятельности, суживается круг интересов, снижается запас знаний, изменяется круг потребностей. Страдают как умственная, так и физическая работоспособность человека. Дефект работоспособности больных обуславливают, в частности, нарушения внимания (сужение его объёма, затруднения переключения, совмещения, падение активности и устойчивости), замедление психомоторного темпа, утрата способности к точным и быстрым реакциям, нарушения памяти (затруднение воспроизведения старого, запоминания нового), снижение уровня мыслительной деятельности. Резко снижается способность к инициативе, творчеству и т.п. Страдают как профессиональные навыки, так и возможность адаптации к производственным условиям. Последняя, по большей части, нарушается в силу неправильного поведения больных. У лиц физического труда, квалификация которых не требует тонких моторных функций и быстрого темпа, особого напряжения внимания, профессиональ-

ные навыки сохраняются дольше, но у них грубее выражены нарушения социально-психологической адаптации. Лица интеллектуального труда сохраняют специальность даже при наличии дефекта работоспособности, пытаясь приспособиться к требованиям и условиям работы, регулируя нагрузку, распределяя ее с учётом своего состояния. Состояние больных утяжеляется в связи с перенесенными алкогольными психозами. Лица, перенесшие алкогольные психозы или алкогольную эпилепсию, могут направляться на МСЭК только после проведенного комплексного противоалкогольного лечения (с учётом профессии и реально выполняемой работы). В немалой степени утяжелению и декомпенсации состояния способствует прогрессирование таких соматических заболеваний, как хронические гепатиты, панкреатиты, гастриты, бронхиты, пневмосклероз, эмфизема и туберкулез лёгких, алкогольная миокардиопатия, авитаминозы, диабет.

Степень выраженности многообразных клинических проявлений и ограничений жизнедеятельности определяется стадией заболевания.

При первой стадии хронического алкоголизма психические и соматические нарушения, обусловленные алкогольной интоксикацией, носят функциональный характер. Больные становятся менее выносливы к напряжению, утрачивают способность к волевым усилиям. Изменяется отношение к окружающим, выявляются признаки морально-этического огрубения и снижения социальных ресурсов личности. Происходящие изменения более ощутимы в семейных отношениях, чем в производственных. Больные в состоянии компенсировать имеющиеся нарушения. Дефекта работоспособности еще не возникает, трудовые навыки не утрачиваются, трудоспособность остается сохранной. Однако социально-трудовая адаптация может уже оказываться сниженной.

Вторая стадия болезни отличается началом формирования более выраженных изменений психики и изменений личности. Сомато-неврологические нарушения представлены, в основном, в рамках начальной стадии различных заболеваний внутренних органов, вегетативной, периферической нервной системы и нерезко ограничивают функциональные возможности больных. На этой стадии заболевания выражены аффективные расстройства, колебания настроения, раздражительность, достигающая степени эксплозивности, вздорность, склонность к истерическим реакциям. Часты дисфории. Нарастает апатия, эмоциональная тупость. Выражены изменения личности - лживость, утрата прежних интересов, привязанностей, чувства долга. Появляется истощаемость, невыносимость к напряжению, наблюдается ослабление памяти и внимания.

Больные перестают отвечать требованиям общественно-производственных отношений, снижаются продуктивность и качество работы, профессиональный уровень, прекращается профессиональный рост, нередко утрачивается профессиональная пригодность, рвутся социальные связи, в коллективе, распадается семья.

Если направленность на труд сохраняется, больные продолжают работу, меняя её места, снижаясь в должности, переходя на работу более низкой квалификации.

На этой стадии профессиональные знания и опыт как таковые, несмотря на имеющиеся нарушения психики, ещё не утрачиваются, однако не могут быть использованы из-за грубых нарушений личности и поведения. Именно последнее обуславливает снижение профессиональной пригодности и социальную деградацию этих лиц. Они перестают быть компенсированными в профессиональном плане, оказывается все более выраженной социальная дезадаптация.

После полного прекращения алкоголизации трудоспособность и другие виды жизнедеятельности восстанавливаются, в связи с чем на этой стадии заболевания больные не подлежат направлению на медико-социальную экспертизу. Необходимые рекомендации, касающиеся противопоказанных видов труда, профессиональной пригодности, трудовых возможностей, выносятся клинико-экспертными комиссиями (КЭК) лечебных учреждений. Вовлечение больных в трудовую деятельность является обязательным. При решении вопросов трудоспособности и трудоустройства этого контингента бюро МСЭ могут оказывать консультативную помощь.

Третья стадия хронического алкоголизма определяется многими авторами как «конечная стадия болезни», при которой отмечается глубокая степень социально-трудовой дезадаптации. На этой стадии возникают не только функциональные, но и органические изменения со стороны внутренних органов и нервной системы.

Психические нарушения носят полиморфный характер, патоморфологические и клинические нарушения соответствуют токсической энцефалопатии, ведущим в клинической картине болезни является психоорганический синдром. Изменения личности достигают выраженной степени. Полностью утрачиваются привязанности, прежние интересы, распадаются семейные и социальные связи, наблюдаются резкое морально-нравственное огрубение, патологическая лживость, обнажаются инстинкты. Больные неспособны контролировать свое поведение, нередко паразитируют, живут на средства своих престарелых родителей или сожителей, всё чаще вступают в конфликт с законом.

В силу имеющихся изменений личности и особенностей поведения они могут удерживаться лишь на неквалифицированных, подсобных работах, где предъявляются минимальные требования к качеству и режиму труда. Их поступки, как правило, несовместимы с требованиями общественно-производственных отношений (прогулы, опоздания, алкоголизация в рабочее время), они не только ненадежны в работе, но и невыносимы к любым нагрузкам - резко падает «энергетический потенциал» личности. При превалировании в клинической картине выраженных органических изменений психики, мнестико-интеллектуального снижения больные оказываются непригодны к профессиональному труду, они беспомощны, могут существовать лишь при наличии членов семьи,

одинокие нуждаются в помещении в психоневрологический интернат. Способность к самообслуживанию сохраняется. В условиях лечебно-трудовых мастерских доступны легкие виды ручного труда.

Больные с третьей стадией хронического алкоголизма, когда ведущими в клинической картине являются органические изменения психики, должны освидетельствоваться в специализированном психиатрическом бюро МСЭ. Если преобладает сомато-неврологическая патология, больные освидетельствуются в бюро МСЭ общего или соответствующего специализированного профиля.

Третья группа инвалидности при хроническом алкоголизме устанавливается при третьей стадии заболевания, если, несмотря на выраженные органические изменения психики, сохраняется возможность привлечения больных к несложным видам подсобного физического или ручного труда низкой квалификации.

Вторая группа инвалидности устанавливается, когда в связи с мнестико-интеллектуальными и другими психическими нарушениями органического характера больные непригодны к любым видам профессиональной деятельности.

Первая группа инвалидности устанавливается при слабоумии, Корсаковском психозе и других состояниях, когда больные утрачивают способность к ориентации, контролю за своим поведением, самообслуживанию и нуждаются в постоянном постороннем уходе и надзоре.

Анализ психических нарушений при хроническом алкоголизме, приводящих к инвалидности, показывает, что алкоголизм как единственный этиологический фактор выявляется в примерно 20% случаев. В остальных случаях органическое заболевание головного мозга имеет сложный генез - это сочетание хронического алкоголизма с черепно-мозговыми травмами, церебрально-сосудистой патологией и т.п. Среди всех поражений ЦНС органического характера, ставших причиной инвалидности, на долю их сочетания с алкоголизмом приходится до 50% случаев.

Очень важно, чтобы в отношении лиц, признанных инвалидами, были приняты меры реабилитационного характера с учетом индивидуальных особенностей каждого больного, клинических и микросоциальных факторов.

Практика показывает, что даже при тяжёлых формах хронического алкоголизма не утрачивается значение активного реабилитационного воздействия и вовлечения в трудовую деятельность. Это позволяет больным в какой-то степени восстанавливать и даже приобретать новые профессиональные навыки, что в периоды ремиссий (включая третью стадию заболевания) даёт возможность достичь относительно удовлетворительного уровня социально-трудовой адаптации.

## Глава 16. Медико-генетическое консультирование в наркологии

*В.Д. Москаленко*

Как верный диагноз в медицине является основой правильного лечения, так прогноз вероятности развития заболевания обеспечивает адекватность первичной профилактики. В наркологии накоплено немало точных данных, которые могут быть использованы для прогнозирования вероятности развития наркологических заболеваний как в различных группах населения, так и в отдельных семьях. Имеются данные, представленные в ряде обзоров, о том, что наличие в семье больного с зависимостью от психоактивных веществ повышает риск развития наркологического заболевания для его биологических родственников (В.Д. Москаленко, 1991; В.Д. Москаленко, М.М. Ванюков, 1988; В.Д. Москаленко, В.И. Полтавец, 1991; K.R. Mericangas, 1990).

В исследованиях последних лет было показано, что родственники больных с зависимостью или лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, в 8 раз чаще могут злоупотреблять психоактивными веществами, чем родственники здоровых в этом отношении индивидов. Примечательно, что результаты оказались сходными при изучении семей в США и Швейцарии. Эти данные еще раз показывают, что семейный анамнез с наличием отягощенности семьи зависимостью от психоактивных веществ является мощным фактором риска (A.I. Leshner, 1999). Ранее было установлено, что сыновья больных алкоголизмом родителей - одного или обоих - имеют повышенную (в три-девять раз) вероятность развития алкогольных проблем в течение жизни, по сравнению с сыновьями родителей без алкогольных проблем (C.R. Cloninger, 1983; C.R. Cloninger, T. Reich, S. Sigvardson et al., 1988).

В связи с повышенной частотой употребления психоактивных веществ, развития различных проблем, связанных с употреблением, и большой вероятностью развития зависимости у детей больных алкоголизмом (наркоманией) группа их взрослых детей обрела в литературе прочное название **группы высокого риска**.

Сформировалось целое направление исследований, называемое стратегией высокого риска (C.R. Cloninger, T. Reich, S. Sigvardson et al., 1988).

Подвергаются сравнительному изучению разнообразные характеристики детей больных алкоголизмом (наркоманией) и детей не больных в этом отношении родителей. Накопленные эмпирические данные могут использоваться в медико-генетическом консультировании.

Медико-генетическое консультирование - это специализированный вид медицинской помощи населению по уяснению риска заболевания для будущего или уже имеющегося потомства (либо других родственников) в семье, где один из членов семьи болен этим заболеванием. Научной основой прогнозирования здоровья потомства являются кли-

нико-генетические исследования и их результаты. Как показали результаты генетических исследований, зависимость от психоактивных веществ - это мультифакториальное заболевание, в развитии которого генетическое предрасположение имеет существенное значение. Следовательно, она может составлять предмет медико-генетического консультирования по методикам, принятым для мультифакториальных заболеваний (В.Д.Москаленко, И.В.Шахматова, В.М.Гиндилис, 1981).

К компетенции медико-генетического консультирования относятся следующие вопросы, которые могут ставить перед наркологом-генетиком обратившиеся за консультацией:

Имеет ли наследственность определяющее значение при алкоголизме, наркомании и прочих видах зависимости?

Каков риск заболеть для будущего или уже имеющегося потомства?

Как уменьшить степень риска?

Каковы факторы защиты от болезни?

Какова вероятность иметь здоровое потомство в наследственно отягощенной семье?

В каких случаях следует консультировать родственника у нарколога или психолога?

Какие существуют виды помощи для членов семьи больного страдающего зависимостью от психоактивных веществ?

По мере распространения знаний о роли наследственности в развитии зависимости от психоактивных веществ как среди врачей, так и в населении, будет повышаться обращаемость за консультативной помощью.

Медико-генетическое консультирование направлено на первичную профилактику заболевания. Когда речь идет об алкоголизме одного из членов семьи, то консультирование имеет целью профилактику как любых форм зависимости от психоактивных соединений, так и тех заболеваний, которые закономерно чаще встречаются в семьях больных алкоголизмом: депрессий, психосоматических нарушений, психопатических состояний (коморбидность).

### **Этапы медико-генетического консультирования**

В процессе медико-генетического консультирования врач-генетик последовательно решает ряд задач, которые могут составить содержание этапов работы. Обязательными этапами являются следующие:

1. Установление правильного диагноза пробанду.

2. Составление генеалогии и изучение психического, наркологического состояния родственников. Для правильной диагностической оценки в этом случае особенно важна полнота сведений о состоянии членов семьи.

3. Определение риска заболевания с использованием таблицы расчета рекуррентного риска, учета различных факторов риска и факторов защиты.

4. Оценка степени риска, как в процентах вероятности, так и в понятиях "высокий-низкий".



5. Сообщение степени риска консультирующимся. Важно учитывать при этом намерения, потребности и психическое состояние консультирующихся лиц. Врач должен сообщить не только степень риска, но и помочь правильно оценить полученную информацию. Следует устранить у родственников чувство вины либо стремление обвинять других родственников за передачу наследственного предрасположения.

6. Формирование плана действий. Врач помогает принять решение в выборе профилактического направления. Лицу с высоким риском развития зависимости необходимо сообщить об особой опасности употребления психоактивных веществ, другим членам семьи можно посоветовать воспользоваться различными видами помощи для них, как-то: консультации у психолога, посещение семейных программ реабилитации, групп Ал-Анон, Нар-Анон, Алатин.

7. Катамнез. Наблюдение за семьей, обратившейся за консультацией, может дать врачу новые сведения, способствующие уточнению степени риска.

#### **Прогнозирование здоровья потомства**

Чтобы прогнозировать здоровье потомства, необходимо определить рекуррентный риск заболевания, в данном случае - зависимости от психоактивных веществ. Рекуррентный риск - это вероятность повторного возникновения аналогичного заболевания в данной семье. Основу расчета рекуррентного риска составляют эмпирические данные, полученные при генеалогических, близнецовых исследованиях, а также с применением других методов. Фактически устанавливаемую в исследованиях частоту заболевания в различных группах родственников корректируют применением поправки на возраст и получают риск заболеть в течение жизни (life-time risk) (K.R.Mericangas, 1990).

Приводим таблицу расчета рекуррентного риска зависимостей (**табл. 1**). При составлении таблицы использованы данные многочисленных генеалогических исследований алкоголизма и наркомании, а также данные, полученные с применением генетических эпидемиологических методов, позволяющие оценить частоту повторных случаев заболевания в наиболее репрезентативных выборках семей (А.А.Гулько, 1992; В.Д.Москаленко, 1991; В.Д.Москаленко, М.М.Ванюков, 1988; В.Д.Москаленко, В.И.Полтавец, 1991; В.Б.Поздняк, 1991; Т.М.Рожнова, 1996; J.Stabenau, 1990).

Таблица рекуррентного риска может служить основой для ориентировочного определения вероятности заболевания детей больных родителей либо других родственников. Однако следует иметь в виду, что определение рекуррентного риска с помощью таблицы дает лишь средний риск для данной группы родственников. Что касается индивидуального риска, то к нему можно лишь приближаться с большей или меньшей степенью точности. Учет различных факторов риска и факторов защиты способствует уточнению индивидуального прогноза.

Таблица 1

Расчет рекуррентного риска развития зависимости от психоактивных веществ у взрослых сыновей и дочерей больных алкоголизмом родителей (% вероятности)

| Родственники | Психопатия | Больные алкоголизмом |      | Рекуррентный риск(%) |
|--------------|------------|----------------------|------|----------------------|
|              |            | мать                 | отец |                      |
| Сыновья      | -          | +                    | -    | 40                   |
|              | -          | ±                    | +    | 50                   |
|              | ±          | +                    | +    | 60                   |
|              | +          | ±                    | ±    | 65                   |
|              | +          | ·                    | +    | 80                   |
| Дочери       | -          | +                    | -    | 20                   |
|              | -          | ·                    | +    | 15                   |
|              | ·          | +                    | +    | 20                   |
|              | +          | ±                    | ±    | 35                   |
|              | +          | ±                    | +    | 20                   |
|              |            |                      |      | 35                   |

### Факторы риска

Наркологическое заболевание - это результат взаимодействия генетических и средовых факторов. Факторы риска можно подразделить на семейные, индивидуальные и факторы, относящиеся к характеристике общества, т.е. среды в более широком, чем семья, смысле.

К семейным факторам относятся как генетические, так и средовые характеристики (внутрисемейная среда). Доказано, что следующие факторы, обнаруживаемые в семьях, повышают риск развития наркологических заболеваний:

- Алкоголизм (наркомания) отца или матери.
- Алкоголизм (наркомания) других родственников.
- Злоупотребление матерью психоактивными веществами во время беременности.
- Отсутствие эмоциональной привязанности между родителями.
- Отсутствие эмоционально теплых взаимоотношений между родителями и ребенком.
- Терпимое либо потакающее отношение родителей к употреблению детьми алкоголя и к девиантному поведению.
- Хаотический уклад жизни семьи без соблюдения ритуалов и традиций.

Важнейшими индивидуальными факторами риска наркологических заболеваний являются следующие:

- Психопатическая структура личности возбудимого круга со склонностью к агрессии, антисоциальным поступкам, импульсивным действиям, неоправданному риску.
- Мужской пол.
- Синдром гиперактивности в детстве.

- Низкий интеллект либо слабость мотиваций в учебе, результатом чего явилась бедность интересов.
- Эмоциональная разобщенность с родителями.
- Девиации поведения - пропуски занятий, плохая дисциплина и прочее.
- Юношеская делинквентность.
- Отсутствие знаний о факторах риска либо пренебрежение знаниями о них.
- Биологические факторы риска - маркеры.

Помимо семейных и индивидуальных факторов риска следует придавать значение этнической и культурной принадлежности индивида, распространению в его окружении традиций употребления алкоголя и других психоактивных веществ, среднему количеству потребляемого алкоголя на душу населения в данном обществе, отношению окружающих к тяжелому пьянству (осуждающее, терпимое).

Подчеркнем общность факторов риска алкоголизма, наркомании, токсикомании, т.е. любых наркологических заболеваний. Единство этиологии, закономерностей их развития, ряда клинических проявлений, а это, например, эйфория, абстинентный синдром, доказывается закономерным как интраиндивидуальным, так и интрасемейным сочетанием различных форм зависимости. Иными словами, как один и тот же индивид может болеть и алкоголизмом, и наркоманией, так и родственники, члены одной семьи, могут заболеть либо одной, либо другой формой зависимости. Отсутствие специфичности в передаче от поколения к поколению отдельных форм зависимости доказано в исследованиях (J.Stabenau, 1990).

В одном из обзоров выделены 10 факторов риска употребления наркотиков учащимися: отставание в учебе; недостаток религиозности; наличие какой-либо психопатологии или девиантного поведения; стремление к новизне впечатлений; раннее начало употребления алкоголя; низкая самооценка; плохие взаимоотношения с родителями; знание о том, что сверстники употребляют наркотики; знание о том, что знакомые взрослые употребляют наркотики (G.E.Climent, L.V. de Aragon, R.Plutchik, 1989.).

Перечисленные факторы риска зависимости обычно накапливаются в каждом отдельном случае. Так, в выше приведенной работе было обнаружено, что 80% больных имели несколько семейных и индивидуальных факторов риска. Только 1,3% больных наркоманией не имели ни одного из выше перечисленных факторов риска.

Алкоголизм одного или обоих родителей следует рассматривать как фактор риска употребления любых одурманивающих веществ, а не только алкоголя. Это положение подтверждено в ряде работ. Результаты одной работы приведем в качестве иллюстрации высказанного положения.

Сравнивали частоту употребления одурманивающих веществ в трех группах подростков. В 1 группе отцы были больны алкоголизмом, во 2

группе отцы были больны депрессией, в 3 группе родители были здоровы. Оказалось, что все три группы подростков не различаются между собой частотой и стилем потребления алкоголя, но дети больных алкоголизмом резко отличались от двух других групп высокой частотой употребления наркотиков. По-видимому, отсутствие различий в потреблении алкоголя объясняется молодым возрастом обследованных детей - от 10 до 18 лет, средний возраст 14 лет. Кокаин употребляли 15,6% детей больных алкоголизмом отцов, 0% детей больных депрессией отцов и 2,7% детей здоровых родителей; частота употребления марихуаны составила 37,7%, 14,3% и 16,2% соответственно (S. Johnson, K.E. Leonard, T. Jacob, 1989).

#### **Факторы защиты**

Следует помнить, что в организме и в окружающей среде наряду с патогенными факторами всегда есть и саногенные. Это важно для профилактики мультифакториальных заболеваний, к которым относится и зависимость от психоактивных веществ. В отличие от моногенных заболеваний, при мультифакториальных болезнях можно рассчитывать на определенный успех профилактики.

Классическим генетическим фактором защиты от алкоголизма является такая структура генов, в которой имеется дефицит альдегиддегидрогеназы (АлДГ-1), что обеспечивает непереносимость алкоголя. Однако для европейской популяции этот фактор практического значения не имеет. Дефицит АлДГ-1 распространен преимущественно среди лиц монголоидной расы.

Некоторые факторы риска зависимости динамичны, изменяемы. Лишь генотип изменить нельзя. Алкоголизм отца - событие уже состоявшееся, его не изменишь. Но взаимоотношения в семье, т.е. внутрисемейную среду, можно изменить к лучшему. Личностные характеристики довольно устойчивы, но при этом индивид может овладеть знаниями о том, что он унаследовал предрасположение к развитию зависимости, и эти знания могут склонить его к отказу от употребления любых психоактивных веществ. Не будет встречи с алкоголем и наркотиками - не будет и зависимости.

Совместное проживание с больным, воспитание ребенка больным родителем не повышают риск развития зависимости (риск в этом случае высок в силу биологического родства с больным и разделения общих генов). Было показано, что в подобной внутрисемейной среде риск зависимости может существенно снижаться у детей (W.L. Cook, J.W. Goethe, 1990).

Следовательно, внутрисемейная среда имеет не только патогенное значение. В семьях с наличием больного с зависимостью можно обнаружить и саногенные, т.е. защитные факторы. Некоторые факторы риска можно устранить либо изменить, что и составляет суть профилактики.

Факторами защиты от развития зависимости являются следующие:

- Вера в самопомощь.
- Внутренний локус контроля, умение брать на себя ответственность.

- Позитивная концепция своего Я, отсутствие пониженной самооценки.
- Ориентация на достижения.
- Хороший или, по меньшей мере, средний интеллект и адекватные навыки коммуникации.
- Наличие знаний о зависимости от психоактивных соединений как о семейной болезни.
- Социально-психологическая поддержка в семье и в кругу друзей.
- Наличие трезво живущих друзей.

Подобно тому, как факторы риска относятся либо к семье, либо к личности индивида, а реально это всегда комбинация тех и других моментов, так и факторы защиты можно находить в тех же областях. Если один из родителей болен алкоголизмом (наркоманией), то второй родитель может вносить свой вклад в повышение риска в силу того, что он страдает созависимостью. Но второй родитель может вносить свой вклад в понижение риска зависимости для детей, если будет преодолевать свою созависимость в семейной программе либо в группе Ал-Анон.

Таким образом, к факторам защиты от развития зависимости относятся те, которые устраняют или нейтрализуют факторы риска. Они могут быть выявлены как во внутрисемейной, так и во внесемейной среде. Однако нам представляется, что надежнее всего защищают от развития зависимости индивидуальные факторы, определяющие выбор жизненного стиля без алкоголя и наркотиков.

## **Глава 17. Парентеральные вирусные гепатиты в наркологической практике**

*М.З.Шахмарданов, А.В.Надеждин*

В настоящее время наблюдается рост уровня заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами. Основной его причиной является увеличение числа внутривенных потребителей наркотических средств: по данным специалистов НИИ наркологии МЗ РФ, на сегодняшний день до 90% лиц, употребляющих наркотические и токсические средства, инфицированы вирусами парентеральных гепатитов. Этиологическая структура вирусных гепатитов у парентеральных наркоманов разнообразна, однако в настоящее время преобладают вирусные гепатиты В (HBV, ВГВ), Дельта (HDV, ВГД) и С (HCV, ВГС). Несмотря на значительные успехи, достигнутые современной гепатологией, лечение вирусных гепатитов все еще представляет большую и во многом нерешенную проблему. К сожалению, в большинстве случаев у парентеральных наркоманов приходится сталкиваться с уже сформировавшейся хронической формой заболевания. Одна из основных причин - это перенесенная ранее, как правило, безжелтушная форма вирусного гепатита. В связи с этим у лиц, потребляющих наркотики, большое значение приобретает быстрая и правильная диагностика с помощью современных методов исследования. Не менее важно обеспечение непрерывности и адекватности терапевтического процесса у этой группы больных в лечебно-профилактических учреждениях как инфекционного, так и наркологического профилей, повышение уровня профессиональной информированности врачей психиатров-наркологов и инфекционистов, рациональная лечебная тактика при сочетании гепатита с парентеральными нарко- и токсикоманиями. Проблема парентеральных вирусных инфекций находится на стыке наркологии и инфекционных болезней и требует комплексного и междисциплинарного подхода, что нашло отражение в Приказе Минздрава России № 290, регламентирующем оказание помощи упомянутому контингенту больных в стационарах указанных профилей, с привлечением соответствующих специалистов. Данный организационный принцип подразумевает необходимость высокой степени информированности врачей психиатров-наркологов и инфекционистов в вопросах диагностики и лечения больных наркоманиями и вирусными парентеральными гепатитами.

### **Эпидемиологические аспекты и распространенность вирусных гепатитов**

Источником инфекции при вирусных гепатитах, в том числе парентеральных вирусных гепатитах, является больной с острой, подострой или хронической формой инфекции, сопровождающейся присутствием вируса в крови больного. Механизмы передачи вируса - парентеральный или перкутанный (чрезкожный) - реализуются путем "кровь в кровь", т.е.

кровь больного, содержащая вирус, должна попасть в кровь здорового человека.

При высокой концентрации вируса минимальных следов крови (0,0001) оказывается достаточно, чтобы вызвать острый вирусный гепатит В. Риск передачи гепатита В в случаях инъекций, выполненных шприцами и иглами, содержащими его вирус, достигает почти 20%.

Учитывая вышесказанное, особой опасности заражения ВГВ подвержены медицинские работники, по роду своей профессии часто контактирующие с кровью и/или ее препаратами, а также потребители парентеральных наркотических веществ. Кроме того, оказалось, что особенно высок риск развития этой инфекции у больных с хроническими заболеваниями кожи. Это объясняется возможностью проникновения вируса через пораженную кожу.

Наркоманы отличаются более высокой восприимчивостью к ВГВ в связи с иммуносупрессивным состоянием, формирующимся на фоне наркотизации. Наличие вторичного иммунодефицита вследствие употребления наркотиков приводит к тому, что наркоманы значительно чаще болеют хроническими формами HBV-инфекции, а, следовательно, представляют собой постоянный резервуар вируса и, тем самым, служат постоянным источником инфекции.

Вероятность передачи ВГВ половым путем составляет 30%. В этой связи проститутки представляют группу риска по ВГВ. Женщины, много лет занимающиеся проституцией, часто оказываются инфицированными ВГВ. Учитывая широкое распространение в среде проституток употребления парентеральных наркотиков, частота выявления маркеров ВГВ у них достигает 80-90%. Дети старшего возраста и взрослые молодые люди в нашей стране составляют до 80% всех больных острым ВГВ. Это объясняется как высокой сексуальной активностью, так и распространением парентерального потребления наркотиков в этой возрастной группе. Риск инфицирования вирусами парентеральных гепатитов у взрослых наркоманов, вводящих наркотик внутривенно, чрезвычайно высок и достигает в течение 1 года уровня около 90%.

Эпидемиологические аспекты ВГС аналогичны ВГВ, но имеют особенности, связанные, прежде всего, с тем, что уровень вирусемии при HCV-инфекции значительно ниже, чем при HBV-инфекции. Распространенность инфекции ВГС в группах риска следующая: доноры - 0,5%; медицинский персонал - 1%; гетеросексуальные партнеры - 2-6%; гомосексуальные партнеры - 4-15%; больные отделений гемодиализа - 10-25%; больные гемофилией - 60%; наркоманы, вводящие наркотики внутривенно - 70-90%; больные с гепатоцеллюлярной карциномой (рак печени) - 50-70% (К.-П.Майер, 1999).

Риск передачи инфекции ВГС с единичной случайной инъекцией намного ниже, чем риск развития ВГВ. Инфицирование тем более вероятно, чем больше введено крови, содержащей вирус.

Повторное использование одних и тех же игл и/или шприцов в среде наркоманов повышает риск инфицирования вирусами парентеральных

гепатитов. При контакте неповрежденных слизистых оболочек и кожи с инфицированной кровью заражения ВГВ или ВГС не происходит.

Роль половых контактов в передаче ВГС, в отличие от ВГВ, незначительна. При отсутствии больных наркоманией в моногамных парах риск передачи ВГС не выше 7%. В случаях инфицирования половым путем вирус чаще передается от мужчины женщине и реже - наоборот. Частота инфицирования ВГС и ВГВ у гетеросексуальных партнеров заметно возрастает при одновременном присутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови.

### **Клинические проявления парентеральных вирусных гепатитов**

Инкубационный период при ВГВ составляет от 2 до 6 месяцев, а при ВГС - от 1 до 5 месяцев.

При всех вирусных гепатитах, вне зависимости от этиологического фактора, вызвавшего заболевание, часто наблюдаются следующие клинические синдромы: интоксикационный, холестатический, гепатолиенальный, геморрагический (последний - чаще при тяжелом течении болезни). При острой циклической желтушной форме заболевания первые клинические проявления возникают в преджелтушном (продромальном) периоде. Его длительность составляет в среднем 1-2 недели, реже - до 1 месяца и более. До настоящего времени известны 6 вариантов течения преджелтушного периода.

**Астеновегетативный вариант** характеризуется различного рода астеновегетативными расстройствами: слабостью, вялостью, утомляемостью, снижением работоспособности, анорексией.

**Артралгический вариант** проявляется ломотой и болями в суставах и позвоночнике, имеющих нередко "летучий" характер.

**Диспептический вариант** сопровождается снижением аппетита, тошнотой, рвотой, неприятными ощущениями в эпигастрии и правом подреберье и, возможно, послаблением стула.

**Гриппоподобный вариант** течения имеет черты, присущие гриппу: фебрильная лихорадка в течение 2-4 дней, головная боль и другие симптомы интоксикации.

**Смешанному варианту** течения присущи отдельные признаки, перечисленные в предыдущих вариантах течения преджелтушного периода.

**Латентный вариант** протекает бессимптомно.

Следует отметить, что при ВГВ чаще встречаются астеновегетативный, артралгический и смешанный варианты течения преджелтушного периода, а при ВГС - латентный. В то же время у наркоманов чаще наблюдаются диспептический и смешанный варианты, по-видимому, за счет токсического действия потребляемого наркотического вещества.

К концу преджелтушного периода у больных увеличивается печень и часто - селезенка, появляются темная моча, ахоличный стул. Затем наступает желтушный период заболевания, с началом которого, как правило, происходит их госпитализация в профильный стационар. Видимые слизистые оболочки и кожа приобретают желтый цвет различной



степени интенсивности, больных может беспокоить кожный зуд. Печень и часто селезенка увеличены, наблюдаются симптомы интоксикации, анорексия, сохраняется темный цвет мочи и ахоличный стул. Геморрагический синдром развивается при тяжелом течении ВГ и характеризуется наличием носовых, маточных кровотечений, кровоточивостью десен, геморрагиями на коже. С наступлением периода реконвалесценции вышеуказанные симптомы регрессируют, а состояние и самочувствие больных улучшаются.

При сочетании химической зависимости и парентеральных гепатитов наблюдается взаимовлияние хронического вирусного поражения печени и тех или иных клинических проявлений наркологического заболевания. На сегодняшний день наиболее часто встречающейся формой "парентеральных" наркоманий является героиновая наркомания. Героиновый абстинентный синдром и обострение вирусного гепатита - самое распространенное сочетание, как в наркологическом, так и в инфекционном стационаре. Абстинентный синдром представляет собой комплексную психовегетативную реакцию в ответ на критическое для данного индивида снижение концентрации наркотика в заинтересованных структурах ЦНС и имеет, по сути, адаптивный характер, направленный на восстановление нарушенного гомеостаза. Клинические проявления героиновой абстиненции под влиянием интоксикации в остром периоде вирусного гепатита (вне зависимости от его этиологии) нивелируются. Степень их редукции находится в прямой связи с тяжестью течения инфекционного процесса. При выраженности явлений интоксикации: астении, анорексии, тошноты, рвоты, субфебрилитета, инверсии сна, тахикардии - симптомы абстиненции незначительны. Наблюдаются специфические для синдрома лишения героина алгические феномены - боли в крупных мышечных массивах (спины и нижних конечностях), которые не сопровождаются психомоторным возбуждением; отсутствуют активные жалобы, характерные для этого периода абстиненции, поведенческие нарушения (например, агрессия по отношению к окружающим). Существенно реже наблюдаются случаи интрагоспитального потребления наркотических и других психотропных веществ. Поисковое по отношению к героину поведение блокировано соматогенной астенией. Аффективный компонент абстиненции также редуцируется, но не в полном объеме. Сохраняется общая дисфорическая окраска настроения, но "энергический заряд" злобно-тоскливого аффекта отсутствует. Характерная для абстинентов неусидчивость, "вольерность" не наблюдаются.

Достаточно редко отмечаются состояния помрачения сознания по типу делирия, которые проявляются психомоторным возбуждением различной степени выраженности, отдельными истинными зрительными галлюцинациями, амнезией на происходящие события, частично сохраненной ориентировкой в месте и собственной личности, стойкой инсомнией. Наблюдается усиление вышеописанной симптоматики в вечернее и ночное время. При адекватной терапевтической тактике явления психоза купируются в течение 2-3 дней.

По мере регресса симптомов интоксикации, обусловленных инфекционным процессом, наблюдается появление характерной для героинной наркомании клинической картины. В зависимости от периода синдрома отмены преобладают различные ее проявления. Так, этапу редукции острых проявлений абстинентного синдрома присущи рекуррентные алгические проявления, усиление аффективных расстройств, инсомнии, постепенное нарастание синдрома патологического влечения к наркотику и, вследствие этого, появление различных нарушений поведения. Для постабстинентного синдрома характерны редукция основной "массы" алгических и вегетативных проявлений острого периода лишения героина и доминирование в клинической картине синдрома патологического влечения, выраженных аффективных нарушений (депрессивно-дисфорического полюса), более "тонкое" содержание которых находится в зависимости от типа личности больного. Как правило, в стационарах инфекционного профиля отсутствует должный контроль за поведением этой группы больных, что зачастую приводит к интрагоспитальному потреблению наркотиков. Наличие симптомов интоксикации и снижение функциональных возможностей печени часто приводят к уменьшению толерантности к потребляемому наркотическому веществу, что, в свою очередь, повышает риск возникновения передозировок.

Отдельно следует остановиться на влиянии потребления наркотических веществ на клинику острых вирусных гепатитов у наркоманов. При потреблении дериватов опия и, в частности, героина возможны следующие особенности клинического течения. Принимая во внимание иммуносупрессивное действие героина и учитывая, что в механизмах цитолиза, как известно, отражающего активность процесса при вирусных гепатитах, значительную роль играет Т-киллерное звено иммунной защиты макроорганизма, у части больных возможно снижение активности цитолиза, сопровождающееся уменьшением интоксикации и проявлений холестаза. Однако мнимое клиническое улучшение связано не с разрешением патологического процесса, а с формированием его хронизации в силу возникающего вторичного (на фоне приема героина) иммунодефицита. С другой стороны, в связи с токсическим действием дериватов опия возможно усиление интоксикации и нарастание тяжести клинических проявлений.

Однако заболевание может закончиться не выздоровлением, а перейти в затяжное, а затем и хроническое течение. Сохранение свыше 6 месяцев часто неотчетливой или, наоборот, ярко выраженной клинической симптоматики и (или) отсутствие нормализации лабораторных показателей (АлАт, АсАт, ГГТП и др.) позволяют диагностировать переход болезни в хроническую форму. Одной из существенных причин более частого формирования хронического течения вирусных гепатитов у больных наркоманией, по сравнению с лицами, не потребляющими наркотики, является, по-видимому, вышеупомянутое иммуносупрессивное состояние макроорганизма, связанное с наркотизацией дериватами опия.

Вирусный гепатит В - воспалительное заболевание печени, вызываемое ДНК-содержащим вирусом. Инкубационный период от момента заражения до первых клинических проявлений (при желтушной форме) составляет от 45 дней до 6 месяцев. У большинства больных не наркоманов или прекративших употребление наркотических средств ВГВ чаще заканчивается выздоровлением. В то же время частота хронического ВГВ среди населения составляет 5%, а среди больных, перенесших острую желтушную форму, - около 3%. Частота хронизации ВГВ у мужчин выше, чем у женщин. Хронический гепатит В может протекать в виде хронического активного (ХАГ) или персистирующего, доброкачественного вирусного гепатита (ХПГ). Это разделение, в первую очередь, основано на характере гистологической картины биоптатов печени. Однако выполнение гистологических исследований в ряде случаев затруднено, поэтому с практической точки зрения более актуальны вирусологические и иммунологические исследования. Вне зависимости от течения заболевания (ХАГ, ХПГ), но с учетом характера репликации вируса можно выделить 3 категории хронического ВГВ:

1. С высоким уровнем репликации вируса:
2. С определяемым уровнем репликации вируса.
3. С не определяемым обычными методами уровнем репликации вируса.

Показатели активности репликации вируса, дополняя гистологическую картину и биохимические исследования, позволяют дать более объективную клиническую оценку состояния больного.

Высокий уровень репликации вируса отмечается примерно у 20-30% больных хроническим ВГВ. Как правило, у них повышена активность трансаминаз и выражена клиническая симптоматика (астено-вегетативный, артралгический, диспепсический, холестатический и другие синдромы).

Определяемый уровень репликации вируса также отмечается приблизительно у 30% пациентов, страдающих хроническим ВГВ. При этом наблюдается волнообразное течение заболевания, клиническая симптоматика выражена нечетливо, повышенная активность трансаминаз нормализуется и вновь повышается, а вирусная ДНК определяется в низкой концентрации, а иногда вообще не определяется.

В 40% случаев хронического ВГВ выявить вирусную ДНК не удастся. Этих пациентов можно отнести к третьей группе, когда обнаружить репликацию вируса обычными методами не удастся. Как предполагают, у этих больных хроническим ВГВ, скорее всего, произошла интеграция вирусной ДНК в геном хозяина.

Таким образом, у больных с высокой и определяемой репликацией вируса присутствует клиническая симптоматика, что укладывается в понятие ХАГ, а у пациентов с неопределяемым уровнем репликации ее нет, что соответствует ХПГ.

Клиника ХАГ может быть различной, и при первом обследовании у 70% больных можно не найти выраженных клинических проявлений заболе-

вания. О наличии хронического активного гепатита, его активной фазы можно сделать вывод лишь на основании лабораторных исследований (ПЦР ДНК-БТВ, АлАт, АсАт, ГГТП).

Вирусный гепатит Дельта - это воспалительное заболевание печени, вызываемое РНК-содержащим, неполным вирусом гепатита Дельта, существование которого невозможно отдельно от вируса гепатита В. Возможны два варианта инфекции: инфекция, вызванная одновременно двумя вирусами ВГВ и ВГД (коинфекция); инфекция ВГД у больных с хроническим ВГВ (суперинфекция). Инкубационный период с момента заражения длится от 45 дней до 6 месяцев, как при ВГВ. Хронический ВГВ с суперинфекцией ВГД протекает, как правило, тяжелее, чем обычный хронический ВГВ. Заподозрить присоединение к хроническому ВГВ Дельта-инфекции достаточно трудно. У таких больных часто ухудшается состояние, нарастают симптомы интоксикации, присоединяется лихорадка, наблюдается более быстрое прогрессирование заболевания. Однако клинические и гистологические признаки хронического гепатита Дельта неспецифичны и не позволяют надежно дифференцировать его с обострением Хронического ВГВ.

Вирусный гепатит С вызывается РНК-содержащим вирусом. Инкубационный период составляет от 14 дней до 6 месяцев. Вследствие значительной вариабельности вируса гепатита С организм, по-видимому, не способен выработать длительный защитный иммунитет. В связи с этим у большинства больных наблюдается персистенция вируса, что приводит к высокой частоте хронизации процесса - от 50 до 80% и более. В настоящее время доля ВГС наибольшая среди других парентеральных вирусных гепатитов, он встречается чаще приблизительно в 4 раза по сравнению с хроническим ВГВ. Хронический процесс при ВГС развивается в большинстве случаев после перенесенной (обычно в скрытой форме) острой инфекции. Клиническая симптоматика обычно скудная. Больных беспокоят слабость, утомляемость, снижение аппетита, реже - боли в животе или правом подреберье, снижение массы тела и желтуха. Приблизительно у 50-60% больных при обследовании можно выявить гепатомегалию. Спленомегалия встречается реже. Активность трансаминаз превышает нормальные значения, но у 30% больных они могут оставаться на уровне нормы длительное время. Естественное течение хронического ВГС может быть различным. Процент самопроизвольного выздоровления невысокий. Присоединение или сочетанная инфекция ВГВ ухудшают гистологическую картину печени и, соответственно, прогноз заболевания. По различным оценкам у 70% пациентов с выраженной активностью гепатита С по истечении в среднем 7 лет выявлялся полностью сформировавшийся цирроз печени. При длительном наблюдении за больными, перенесшими острый ВГС в манифестной (желтушной) форме, было показано, что в среднем через 13 лет развивался хронический гепатит; через 18 лет от начала заболевания он становился хроническим активным; через 21 год у больных формировался цирроз печени, а через 28 лет - гепатоцеллюлярная карцинома. В

то же время следует отметить, что через 25 лет наибольшая смертность зарегистрирована у больных, перенесших посттрансфузионный ВГС, а при гепатите с другими путями передачи - в 3 раза меньше. Развитие цирроза печени связано с возрастом больного. У пациентов пожилого возраста следует помнить о возможности быстрого формирования цирроза печени. Как было сказано выше, суперинфицирование другими вирусами утяжеляет клиническую картину ВГС. У 22-30% внутривенных потребителей наркотических средств в крови определяются ВГВ и ВГС. Так же высок процент одновременного выявления в крови у наркоманов ВГС и ВИЧ.

### **Осложнения**

Осложнением тяжелого течения вирусного гепатита является острая печеночная недостаточность (печеночная энцефалопатия), которая может развиваться у больного на любой стадии заболевания. Это нарушение функций головного мозга, которое возникает у больных с острым или хроническим заболеванием печени и часто приводит к летальному исходу. Частота встречаемости острой печеночной недостаточности в порядке убывания: микст-инфекция HBV+HDV, HBV-инфекция, HCV-инфекция.

Острая печеночная недостаточность - комплексный клинический и биохимический синдром, в основе которого лежат тяжелые функциональные и морфологические изменения в печени, а ведущими симптомами являются неврологические нарушения, приводящие на завершающем этапе болезни к печеночной коме.

Патогенез развития печеночно-клеточной недостаточности связан с усилением процессов перекисного окисления мембран гепатоцитов, в результате которых происходит массивный некроз, распад гепатоцитов, нарушение микроциркуляции с развитием ДВС-синдрома (2 стадии - гипер- и гипокоагуляции). Церебротоксический комагенный эффект связан с накоплением патологических белков при распаде гепатоцитов, а также метаболитов, образующихся в избытке при выпадении печеночных функций: билирубина, желчных и жирных кислот и их производных, фенола, аммиака, серотонина, ложных медиаторов, приводящих к нарушению процессов нервной передачи в синапсах.

Прогностические признаки развития печеночной комы: короткий преджелтушный периоде высокой лихорадкой, боли в животе, быстрая динамика ухудшения основных биохимических показателей функции печени, быстрое сокращение размеров печени, нарастание интоксикации и желтухи, нарушение ритма сна (бессонница ночью и сонливость днем). Предвестниками этого грозного осложнения часто являются "немотивированное" появление тахикардии, сильное головокружение, субфебрилитет, многократная рвота, появление или усиление геморрагического синдрома, острое желудочно-кишечное кровотечение, снижение протромбинового индекса.

Предрасполагающими к развитию острой печеночной недостаточности факторами могут быть прием пищи с высоким содержанием белка

(высокий уровень аммиака в кишечнике), лихорадка (повышенный распад белков), прием седативных средств и диуретиков (нейроингибирование бензодиазепиновых рецепторов, индуцирование гиповолемии или торможение синтеза мочевины).

Клинические проявления острой печеночной недостаточности имеют следующие стадии:

**Прекома 1.** Астенизация психики, чувство внутренней тревоги, тоски, обреченности. Адинамия, заторможенность, замедление речи, снижение ориентации, забывчивость. Нередко - психическое возбуждение. Инверсия сна, тяжелые сновидения, вегетативные расстройства (обмороки, головокружения, "мушки" перед глазами, шум в ушах, икота, зевота, повышенная потливость). При неврологическом исследовании отмечаются вегетативные расстройства, нарушение координации движений, изменение почерка. Больные сохраняют ориентацию во времени и пространстве, дают адекватные, правда, замедленные ответы, узнают персонал отделения, выполняют простые команды, однако легко сбиваются при их усложнении. Характерны низкие показатели протромбина и сулемового титра; возможно появление геморрагии, незначительных изменений энцефалограммы. У лиц, страдающих героиновой наркоманией, на стадии прекомы 1 может наблюдаться состояние резкого психомоторного возбуждения вследствие делириозного помрачения сознания, что требует немедленной фиксации больного.

**Прекома 2.** Усиливается интоксикация, наблюдается повторная рвота. Сознание становится спутанным. Больные дезориентированы, сонливы, большую часть времени дремлют. Реакция на словесные обращения замедлена, на болевые - сохранена. Сокращаются размеры относительной тупости печени, появляется "печеночный" запах изо рта. Усиливается или появляется геморрагический синдром. Снижаются сухожильные и зрачковые рефлексы, нередко возникают расстройства функций тазовых органов (непроизвольное мочеиспускание, стул под себя). Характерны признаки дискоординации движений, хлопающий тремор рук (хаотичное подергивание пальцев, сгибание и разгибание запястий, крупное дрожание мышц рук), оральный автоматизм. На фоне сонливости может возникать острое психомоторное возбуждение - так называемый печеночный делирий. Падает уровень протромбина, нарастает тромбоцитопения.

**Кома 1.** Сознание угнетено, реакция на окрик отсутствует, на сильные раздражители - сохранена. Характерны широкие зрачки с полным отсутствием реакции на свет, плавающие глазные яблоки, выраженные патологические рефлексы Бабинского, Гордона, клонусы мышц стоп, флопинг-симптом (крупный тремор стопы при приведении ее к голени), отсутствие корнеальных рефлексов.

**Кома 2.** Полная потеря сознания, арефлексия, утрата реакции на любые раздражения. В неврологическом статусе отклонения те же, что и при коме 1. Появление периодического дыхания типа КуССмауля или Чейн-Стокса.

На различных стадиях хронического вирусного гепатита возможно появление кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

У больных с циррозом печени длительная и высокая активность трансаминаз, явно выраженная клиническая картина часто приводят к развитию гепатоцеллюлярной карциномы. При наступлении декомпенсации прогноз заболевания неблагоприятен. Пятилетняя выживаемость больных с декомпенсированным циррозом печени уменьшается в 2 раза по сравнению с пациентами, имеющими компенсированные цирротические изменения в печени.

#### **Биохимическая лабораторная диагностика вирусных гепатитов**

Наличие при первичном обследовании больного клинических проявлений вирусного гепатита требует для оценки активности вирусного процесса в печени, а также проведения дифференциальной диагностики обязательного биохимического исследования крови. В биохимическом анализе крови можно выделить следующие основные лабораторные синдромы:

1. Синдром холестаза - повышение содержания билирубина (преимущественно за счет прямой фракции), холестерина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтрансферазы.
2. Синдром цитолиза - повышение уровней аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АлАт и АсАт).
3. Мезенхимально-воспалительный синдром - снижение количества альбумина, повышение бета-2- и гамма-глобулинов; повышение показателей тимоловой и снижение - сулемовой проб.
4. Синдром нарушения белкосинтетической функции печени - снижение уровня протромбинового индекса, изменение показателей коагулограммы.
5. Синдром печеночной гиперазотемии - появляется, как правило, у больных с выраженными проявлениями острой печеночной недостаточности и характеризуется нарастанием уровня азотсодержащих веществ в крови.

#### **Серологическая лабораторная диагностика парентеральных вирусных гепатитов**

Задачами специфической серологической лабораторной диагностики вирусных гепатитов являются: 1) верификация диагноза; 2) определение фазы вирусного процесса в печени (острая, подострая, хроническая, обострение). Установление фазы вирусного процесса в печени важно для индивидуализации тактики лечения больного; динамика серологических маркеров вирусных гепатитов используется для контроля эффективности проведения противовирусной терапии. Исследование специфических серологических маркеров парентеральных вирусных гепатитов доступно для лечебно-профилактических учреждений общего профиля, сравнительно недорого, так как предполагает применение отечественных тест-систем и оборудования для иммуноферментного анали-

за; оно несложно в исполнении и может быть реализовано для пациентов наркологических учреждений. Сложнее технически и дороже определение уровня виремии у больных вирусными гепатитами, предполагающее применение полимеразной цепной реакции. Однако этот метод в настоящее время широко и повсеместно внедрен в практику работы лабораторно-диагностических центров.

#### **Вирусный гепатит В**

Основными серологическими маркерами HBV-инфекции служат HBsAg, HBeAg, anti-HBcor-IgM, anti-HBcor-IgG, anti-HBe, anti-HBs, ВГВ-ДНК.

**HBsAg.** Появляется в сыворотке крови перед клинической манифестацией заболевания и достигает максимальной концентрации обычно в момент развертывания клинических симптомов. HBsAg сохраняется в течение всего периода существования симптомов заболевания и исчезает в фазу реконвалесценции. При неосложненном течении заболевания HBsAg элиминируется из сыворотки крови в течение 2 месяцев. Наличие этого маркера в крови более 3 месяцев после перенесенной острой HBV-инфекции предполагает возможность хронизации процесса. Однако по одному HBsAg нельзя сделать вывод об острой или хронической форме ВГВ.

**HBeAg.** Является маркером репликации вируса гепатита В. Его присутствие в сыворотке крови свидетельствует о высокой контагиозности пациента. При остром ВГВ HBeAg обнаруживается в сыворотке крови, как правило, в конце инкубационного периода, в продромальном периоде и иногда - в начальной стадии периода разгара заболевания. HBeAg элиминируется из крови значительно раньше HBsAg. При повторном обнаружении этого маркера в течение более длительного времени у большинства HBeAg-положительных больных выявляется хроническое течение ВГВ.

**Anti-HBcor-IgM.** Выявляется в острую фазу ВГВ и сохраняется, как правило, 6 месяцев и более после перенесенной острой инфекции. Этот маркер обнаруживается также и у хронических больных ВГВ при обострении процесса. При этом различия касаются показателей титра: во время острой инфекции anti-HBcor-IgM обнаруживаются в высоком титре, при хронической инфекции, напротив, в низком.

**Anti-HBcor-IgG.** Являются антителами против ядерного антигена вируса гепатита В. Появляются в сыворотке крови больных в начальной стадии манифестации заболевания и сохраняются в течение всей жизни. Изолированное определение указанного маркера не позволяет ответить на вопрос о наличии в настоящем у больного активного процесса в печени.

**Anti-HBe.** Обычно обнаруживается в сыворотке крови больных острым и хроническим ВГВ. Его присутствие является дополнительным подтверждающим диагноз маркером ВГВ, свидетельствует о снижении репликативной активности вируса гепатита В. У реконвалесцентов anti-



HBe циркулируют чаще на протяжении 2-5 лет, реже - нескольких месяцев.

**Anti-HBs.** У большинства больных острым ВГВ начинает обнаруживаться в сыворотке крови только в отдаленном периоде, спустя длительное время после исчезновения HBsAg. Продолжительность фазы "окна" (интервал между исчезновением HbsAg и появлением anti-HBs) чаще составляет 3-4 месяца, с колебаниями от месяца до года. Обнаружение anti-HBs, особенно в сочетании с anti-HBe, рассматривают как надежный критерий развития постинфекционного протективного иммунитета, выздоровления после острого ВГВ.

**ВГВ-ДНК.** Обнаружение ВГВ-ДНК в сыворотке крови больных, имеющих какой-либо из вышеперечисленных маркеров, свидетельствует об активной репликации ВГВ, происходящей в организме больного острым или хроническим гепатитом В. Определение ВГВ-ДНК проводится высокочувствительным методом ПЦР (полимеразная цепная реакция).

**Табл. 1** приводится клиническая интерпретация возможных комбинаций полученных маркеров ВГВ.

#### Вирусный гепатит D

Основными серологическими маркерами HDV являются anti-HDV-IgM, anti-HDV-IgG, ВГД-РНК. Их индикация целесообразна параллельно с индикацией маркеров ВГВ.

**Anti-HDV-IgM.** Могут присутствовать в острой фазе гепатита D как при ко-инфекции, так и при суперинфекции. Острый вирусный гепатит D может с высокой долей вероятности рассматриваться как ко-инфекция, если в сыворотке крови больного присутствует anti-HBcIgM. Присутствие anti-HDV-IgM при ко-инфекции преходяще, в то время как при суперинфекции они обнаруживаются постоянно.

Таблица 1

| HBe | HBe-MI | Anti-HBe | Anti-HBc | Anti-HBe | Anti-Hem | ВГВ-ДНК | Интерпретация результата                  |
|-----|--------|----------|----------|----------|----------|---------|---|
| +   | +      | -        | -        | -        | •        | +       | Инкубационный период                      |
| +   | +      | +        | -        | -        | -        | +       | Продромальный период                      |
| +   | -      | +        | +        | -        | -        | +       | Разгар болезни                            |
| -   | -      | +        | +        | +        | -        | -       | Ранняя реконвалесценция                   |
| -   | -      | -        | +        | +        | +        | -       | Поздняя реконвалесценция                  |
| -   | -      | -        | +        | -        | +        | -       | Состояние после перенесенного гепатита В  |
| +   | +      | +        | +        | -        | -        | +       | Хронический гепатит В репликативного типа |
| +   | -      | +        | +        | +        | -        | +       |   |
| +   | -      | -        | +        | +        | -        | -       | Хронический гепатит В интегративного типа |
| -   | -      | -        | -        | -        | +        | -       | Состояние после вакцинации                |

**Anti-HDV-IgG.** Anti-HDV-IgG, определяемые в сыворотке крови, свидетельствуют либо о присутствии в организме HDV, либо о перенесенном в прошлом процессе.

**ВТD-РНК.** Является маркером активной репликации ВТD.

В табл. 2 приводится клиническая интерпретация возможных комбинаций маркеров ВТD в сочетании с маркерами ВГВ.

#### Вирусный гепатит С

Основными серологическими маркерами ВГС являются anti-HCV-IgM, anti-HCV-IgG, ВГС-РНК.

**Anti-HCV-IgM.** Появляются в сыворотке крови больных в острую фазу ВГС и значительно снижаются в количестве ко 2-3 месяцу острого ВГС. При обострении хронического ВГС anti-HCV-IgM могут нарастать в титрах.

**Anti-HCV-IgG.** Решают задачу этиологического диагноза, появляются в остром периоде ВГС и могут сохраняться на протяжении всей жизни. Anti-HCV-IgG не свидетельствуют о продолжающейся репликации вируса, не характеризуют ее активность и течение инфекции, не решают задачу прогноза, могут соответствовать пастинфекции.

**ВГС-РНК.** Присутствие ВГС-РНК в сыворотке крови больных свидетельствует об активной репликации ВГС, которая происходит как при остром, так и при хроническом гепатите С. Обнаружение в крови ВГС-РНК является основным арбитражным критерием, характеризующим наличие вирусемии.

#### Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов проводится с надпеченочными видами желтух (чаще - гемолитического характера), паренхиматозными желтухами невирусного генеза (алкогольные циррозы печени, токсические гепатиты, медикаментозные гепатиты), подпеченочными желтухами (механические препятствия оттоку желчи при опухолях, желчных камнях и др.). Появление желтухи возможно также при иерсиниозах, лептоспирозе, инфекционном мононуклеозе. Дифференциальная диагностика перечисленных нозологий с парентеральными вирусными гепатитами особенно затруднительна у лиц, несущих в сыворотке крови маркеры вирусных гепатитов В, D, С, так как серологическое исследование неинформативно в плане правильности постановки диагноза у указанной группы больных.

Таблица 2

| ни<br>Ля | Нет<br>Лд | Ш-<br>ИВсг<br>до | Лив-<br>HBeor<br>tad | Anti-<br>HBe | Anti-<br>IBш | ВГВ-<br>АНК | яяппммцмгпцп<br>рвзуюьтйтм |
|----------|-----------|------------------|----------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------------|
| +        | +         | +                | -                    | -/+          | -/+          |             | HDV/HBV-ко-инфекция        |
| +        |           |                  | +                    | +            | +            | +           | HDV/HBV-суперинфекция      |
| -        | -         | -                | +                    | -            | +            | -           | HDV-пастинфекция           |

Гемолитические желтухи у наркоманов, возникающие в связи с гемолитическим действием токсических субстратов, используемых при приготовлении наркотического вещества, встречаются редко. При гемолитических желтухах отсутствует продромальный период, встречающийся у большинства больных вирусными гепатитами, проявления интоксикации умеренны, гепатоспленомегалия отсутствует или не выражена. Лабораторные показатели при гемолитическом характере желтухи представлены снижением уровня эритроцитов при высоком цветовом показателе, повышением уровня ретикулоцитов; в биохимическом исследовании крови возрастает непрямая фракция билирубина (при нормальной прямой) и отсутствуют проявления цитолиза печеночных клеток (т.е. уровень трансаминаз - АлАТ и АсАТ - не повышен или повышен незначительно из-за токсического воздействия на печень фактора, вызвавшего гемолиз).

Паренхиматозные или "печеночные" желтухи, если они своим появлением не обязаны вирусному поражению печени, у наркоманов возникают чаще как проявление токсического гепатита, а у алкоголиков - как проявление алкогольного гепатоза или цирроза печени. Прогномический период при токсических гепатитах и декомпенсации алкогольных гепатозов и циррозов печени не выражен. Интоксикация умеренная. Обращает на себя внимание гепатомегалия, характеризующаяся плотной, бугристой консистенцией печени. Нередко, особенно при алкогольных циррозах, имеются системные признаки поражения печени: расширение сосудистой сети на коже живота, пальмарная эритема, телеангиоэктазии, спленомегалия и др. В биохимическом анализе крови отмечается, прежде всего, высокая активность ГГТП (гаммаглутамилтранспептидазы), активность трансаминаз значительно ниже, чем при вирусных поражениях печени.

Подпеченочные желтухи у наркоманов и алкоголиков, связанные с механическим препятствием оттоку желчи, отличительных от здоровых людей особенностей клинического течения не имеют. В случае желчно-каменной болезни начало острое, чаще - с болевого синдрома в правом подреберье, иногда - с желчной колики, повышения температуры, нередко развития симптомов раздражения брюшины. Размеры печени и селезенки нормальные. В случае онкопатологии гепатодуоденальной зоны, сопровождающейся окклюзией или ущемлением желчевыводящего протока, болезнь развивается постепенно и сопровождается анемией, кахексией и другими проявлениями опухолевого процесса. Независимо от причины механической желтухи при биохимическом исследовании крови обнаруживаются высокие показатели прямой фракции билирубина, значительное повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ), ГГТП, при нормальных значениях трансаминаз.

Дифференциальная диагностика желтух, развивающихся при таких инфекционных заболеваниях, как иерсиниозы, лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, должна учитывать эпидемиологические данные, предполагающие возможность наличия соответствующего источника инфекции и путей передачи возбудителя. Основопологающими призна-

ками в дифференциальной диагностике вирусных гепатитов и перечисленных других инфекционных заболеваний, сопровождающихся желтухой, являются наличие у последних проявлений интоксикации, лихорадка, патогномичные клинические симптомы, отсутствие при лабораторном обследовании выраженных проявлений цитолиза гепатоцитов, положительные специфические лабораторные исследования.

### **Лечение**

При всех видах вирусных гепатитов больные должны соблюдать режим с ограничением физической нагрузки и диетой №5, а при обострении процесса - столом №5а. Этиотропная терапия при острых вирусных гепатитах не применяется, однако имеются сведения о целесообразности использования при прогрессирующем течении парентеральных вирусных гепатитов с превентивной целью препаратов интерферона 2 "альфа" (роферон А, интрон А, велферон и др.). В большей степени при острых вирусных гепатитах показано назначение индукторов интерферонов и иммуномодуляторов. Это такие препараты, как циклоферон, иммунофан, и др. Патогенетическая терапия включает применение дезинтоксикационных средств (гемодез, неогемодез, реомакродекс, 5% раствор глюкозы и др.). Показаны антиоксидантные препараты (рибоксин, аскорбиновая кислота), витамины группы В, энтеросорбенты, при необходимости - дезагреганты (гепарин). В периоде реконвалесценции индивидуально решается вопрос о целесообразности назначения холекинетики средств (магния сульфат, фламин, берберин и др.), холеретических препаратов (аллохол, холензим и др.). Применяемые в прошлом гепатопротективные средства, такие, как эссенциале, карсил, легалон и другие, в настоящее время не используются ввиду их сомнительной эффективности при вирусных поражениях печени. При тяжелом течении вирусных гепатитов и развивающихся симптомах острой печеночной недостаточности патогенетическая терапия, в первую очередь, дезинтоксикационная, усиливается проведением следующих мероприятий:

1. Преднизолон до 360 мг/сут. в зависимости от тяжести состояния в/в капельно.
2. Инфузионная терапия коллоидными и кристаллоидными растворами: гемодез, физиологический раствор, глюкоза 10% в/в капельно (до 3-х л/сут. с учетом диуреза).
3. 5-20% растворы альбумина по 100-200 мл в/в капельно.
4. Сифоновые содовые клизмы - до чистой воды.
5. Панангин 10% - 10 в/в 2-3 раза в сутки, 10% хлористый калий в/в, аскорбиновая кислота 5% - 20,0 в/в 2-3 раза в сутки, рибоксин 2% - 10,0/сут. в/в, ко-карбоксилаза до 150 мг/сут. в/в.
6. При олигурии, гипергидратации - лазикс 20% - 4,0, при отсутствии эффекта - маннитол 10% - 500,0 в/в капельно (после восстановления диуреза - вновь лазикс), реоглюман 400,0 в/в капельно.
7. При геморрагических явлениях - аминокaproновая кислота 5% - 100,0 в/в капельно, тромбоцитарная масса 200,0 в/в капельно, викасол 1% - 4,0 в/м, соли кальция; свежемороженая плазма.

8. При психомоторном возбуждении - оксibuтират натрия 20% - 10,0 в/в медленно, сульфат магния 25% - 10,0 в/в струйно, дроперидол 0,25% - 10,0 в/в струйно.

Медикаментозная терапия хронических вирусных гепатитов включает в себя, в первую очередь, назначение интерферонов. В многочисленных исследованиях выявлено, что наибольшей эффективностью обладают интерфероны  $\alpha$ -2b. При хроническом ВГВ показаниями для назначения интерферонов являются: перенесенный гепатит В в анамнезе не позднее 6 лет; высокая активность ГГТП 300-400 Ед/л, низкая активность ДНК - полимеразы; гистологическая активность поражения печени; преимущественно женский пол; отсутствие коинфекции ВИЧ, ВГД; однако самым существенным параметром является концентрация ВГВ ДНК в сыворотке. Противопоказания для назначения интерферонов: декомпенсированный цирроз печени; аутоиммунный гепатит; лейкопения и/или тромбоцитопения; больные с ослабленным иммунитетом получающие гемодиализ; состояние после трансплантации печени; сопутствующие инфекции (ВИЧ); психозы; эпилепсия; беременность; тяжелые общие заболевания.

При монотерапии интерферонами в обычных дозах положительная динамика наблюдается не более чем у 50% больных с невысокой концентрацией ДНК ВГВ (менее 100 пг/л); если концентрация ДНК ВГВ превышает 200 пг/л, то лечение эффективно лишь в 7% случаев. Средняя доза интерферона- $\alpha$  оставляет 5 млн ЕД 3 раза в неделю в течение 6 месяцев. При этом достигается исчезновение ДНК ВГВ из циркуляции в крови приблизительно у 40-50% пациентов. На начальном этапе терапии возможны повышение температуры, озноб, ломота в мышцах, т.е. симптомы интоксикации, которые легко купируются приемом парацетамола, обычно в дозе 1,0, или других антипиретиков. Рекомендуемые противовирусные препараты интерферона  $\alpha$ 2: реаферон, роферон А, интрон А, реалдирон.

Контроль за ходом лечения включает в себя: клиническое обследование 1 раз в 2 недели; клинический анализ крови, АлАт, АсАт, ГГТП 1 раз в 2 недели; определение ВГВ-ДНК 1 раз в 3 месяца. Показателями эффективности лечения являются: нормализация трансаминаз, отрицательная ПЦР на ВГВ-ДНК.

У больных, получающих интерфероны, к лечению целесообразно добавлять препараты с противовирусной активностью: фамвир - 2 курса по 5-7 дней, в дозе 5,0-5,5 г на курс, ламивудин в аналогичной дозе, зедфис по 100 мг в сутки в течение 6 месяцев, циклоферон по стандартной схеме.

Лечение хронического вирусного гепатита Дельта сопряжено с рядом трудностей. Интерфероны следует назначать в высоких дозах: 9-10 млн ЕД 3 раза в неделю. Важно начинать терапию как можно раньше, поскольку в раннюю фазу хронизации заболевания ответ на нее лучше, чем при длительном течении болезни. Длительность лечения - 12 месяцев. Часто после отмены лечения возникают рецидивы заболевания. Отсутствие

в сыворотке при контрольном исследовании ВГ Дельта РНК не является абсолютно достоверным признаком элиминации вируса. Прекращение терапии показано лишь при исчезновении из сыворотки HBsAg и (или) анти-BrD-IgM. При возникновении рецидива лечение должно быть продолжено в дозе, подавляющей репликацию вируса.

При лечении хронического ВГС показаниями к проведению терапии интерферонами являются: повышенная активность трансаминаз в сыворотке; положительные результаты определения ВГС-РНК в сыворотке; гистологические признаки септального фиброза и (или) хронического гепатита (умеренной или выраженной активности). Наиболее оптимальные параметры для назначения интерферонов - это: небольшая продолжительность заболевания; отсутствие гистологических признаков цирроза печени; молодой возраст больного - до 45 лет; низкий титр ВГС-РНК в сыворотке крови; генотип ВГС, отличный от 1b; низкое содержание железа в ткани печени.

Исследования показали, что при исходном уровне ВГС-РНК менее  $1$  на  $10^6$  эквивалентов генома/мл частота длительной ремиссии составляет около 50%, а при более высоком титре - снижается до 17%. При проведении терапии интерферонами уже через 14 дней необходимо исследовать активность трансаминаз в сыворотке крови. Если она остается высокой, лечение прекращают. При снижении активности трансаминаз лечение продолжают.

Таким образом, в течение 3 месяцев интерфероны вводят в дозе 5 млн ЕД 3 раза в неделю; затем, при достижении эффекта, лечение продолжают в дозе 3 млн ЕД 3 раза в неделю в течение 9 месяцев. Общая продолжительность лечения составляет 12 месяцев.

Осложнения при терапии интерферонами иногда требуют их отмены; это, в первую очередь, возникновение лейкопении (менее 2000 в мкл), тромбоцитопении (менее 50000), развитие депрессии.

Терапию интерферонами целесообразно проводить в комбинации с рибавирином в дозе 1-1,2 г/сутки в течение 6-12 месяцев. Возможно применение лавимудина, амантадина и ремантадина в высоких дозах до 1000 мг в день в течение 6 месяцев.

Перспективным для длительной противовирусной терапии у героино-наркоманов является препарат виферон из группы рекомбинантных интерферонов  $\alpha$ -2b, в виде суппозиторий. Терапевтическое действие виферона обеспечивается не только эффектами входящего в него состав рекомбинантного интерферона, а всем комплексом компонентов препарата, активно дополняющих друг друга:  $\alpha$ -токоферола ацетата (витамин Е) и аскорбиновой кислоты. Такой состав виферона обуславливает ряд новых эффектов: в сочетании с мембраностабилизирующими препаратами противовирусная активность рекомбинантного интерферона возрастает в несколько раз, усиливается его иммуномодулирующее действие на Т и В лимфоциты. Как уже упомянуто выше, депрессия Т-киллерного звена иммунитета является облигатным следствием систематического потребления героина и занимает важное место в

формировании хронизации вирусного процесса. Кроме того, при приеме виферона, в отличие от парентеральных форм интерферонов, значительно реже имеют место побочные эффекты (гриппоподобные явления, головные боли, артралгии, диарея). Важным является отсутствие на фоне приема виферона образования антител, нейтрализующих антивирусную активность рекомбинантного интерферона  $\alpha 2$ . Ректальная форма введения является более предпочтительной у лиц с инъекционным потреблением наркотика, так как при воздержании от приема психоактивных веществ даже незначительный семантически связанный с атрибутикой наркотизации раздражитель (шприц) способен вызвать резкое обострение синдрома патологического влечения и привести к возобновлению потребления наркотиков. Применение виферона в широкой клинической практике экономически рентабельно ввиду его относительно низкой стоимости по сравнению с другими препаратами интерфероновой группы. Виферон назначается от 1 до 3 млн МЕ ежедневно до 1 года - в зависимости от тяжести течения и эффективности терапии.

В случае сочетанного течения вирусного гепатита и героиновой наркомании терапевтическая тактика должна сочетать в себе как терапевтический, так и наркологический подходы. Она строится в зависимости от того, проявления какого процесса (вирусного поражения печени или психические и поведенческие расстройства, вызванные героиновой наркоманией), доминируют в клинической картине.

Как было отмечено выше, в острой фазе вирусных гепатитов, при наличии выраженных симптомов интоксикации, клинические проявления героинового абстинентного синдрома нивелируются и практически не требуют медикаментозной коррекции. Вместе с тем, представляется целесообразным присоединение к патогенетической терапии вирусного процесса адекватных небольших доз агонистов-антагонистов опиатных рецепторов, не относящихся к наркотическим средствам, в частности, трамала в дозе 200-400 мг в сутки (перорально или внутримышечно), с литической отменой в течение 4-7 дней, с целью нормализации гомеостатических нарушений, обусловленных героиновой абстиненцией, что благотворно сказывается на клиническом течении острой фазы вирусного гепатита. Применение в этом случае психотропных препаратов: нейролептиков, транквилизаторов, гипнотиков, антидепрессантов - нецелесообразно и даже противопоказано в связи с их гепатотоксическим действием и кумуляцией по причине снижения детоксикационной функции печени и, как следствие, резким утяжелением проявлений печеночной энцефалопатии и нарушением функций жизненно важных органов и систем организма больного.

В том случае, если проявления интоксикации умеренны, а клинические проявления героинового абстинентного синдрома нарастают, то возможно присоединение к вышеуказанной терапии трамалом таких транквилизаторов, как диазепам в дозах до 40 мг в сутки (перорально или внутримышечно), феназепам в дозе до 2-4 мг перорально, и неко-

торых нейролептиков: соннапакс в дозах от 50 до 100 мг в сутки или хлорпротиксен в дозах до 60 мг в сутки. В случае выраженной бессонницы рекомендовано применение гипнотических средств: нитразепам в дозе 5 мг или реладорм по 1 таблетке на ночь. Психофармакологическая терапия должна проводиться у таких больных с осторожностью, а дозировка препаратов подбираться строго индивидуально в зависимости от тяжести проявлений вирусного гепатита, с учетом динамики биохимических показателей функции печени. Использование на этапе острых проявлений героинового абстинентного синдрома антидепрессантов, особенно обладающих выраженной холинолитической активностью (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин и других), клинически нецелесообразно и в ряде случаев может привести к развитию делириозного помрачения сознания.

В подострой фазе вирусных гепатитов объем терапевтических мероприятий, направленных на коррекцию психических и поведенческих расстройств, вызванных синдромом отмены героина, может быть несколько расширен, так как переносимость пациентами психофармакологической терапии улучшается.

При сочетании вирусных гепатитов, требующих стационарного лечения, с так называемыми постабстинентными расстройствами у героиновых наркоманов тактика лечения меняется. Постабстинентный синдром оказывается более "чувствительным" к нивелирующему действию симптомов интоксикации, обусловленных вирусным поражением печени. В том случае, если он достаточно выражен, необходимы терапевтические мероприятия, направленные на купирование его основных проявлений: синдрома патологического влечения, аффективных и поведенческих расстройств, что достигается сочетанным применением нейролептических препаратов (сонапакса, хлорпротиксена), транквилизаторов (феназепама) и антидепрессантов (трипτικό и/или миансерина) с учетом состояния функции печени.

В фазе ремиссии вирусного гепатита психофармакологическая коррекция больных героиновой наркоманией проводится по общим для наркологии принципам.

#### **Организация медицинской помощи больным с героиновой наркоманией**

Согласно Приказу Минздрава России № 290 от 06.10.98 медицинская помощь больным наркоманией и парентеральными вирусными гепатитами должна оказываться в специализированных отделениях, которые могут быть развернуты как в рамках наркологической службы, так и в инфекционных больницах. Вместе с тем, фактически данное положение выполнено только для ВИЧ-инфицированных наркоманов в ряде территорий Российской Федерации. Медицинская помощь больным ВГ и наркоманиями оказывается в зависимости от тяжести вирусного поражения печени. Если имеет место наличие интенсивных проявлений интоксикации, симптомов холестаза, а при биохимическом исследова-



нии крови обнаруживается выраженный синдром цитолиза, то больные нуждаются в незамедлительной консультации врача-инфекциониста и в переводе в инфекционный стационар. Если клинико-лабораторные данные вирусного поражения печени соответствуют фазе ремиссии или затухающего обострения, больные могут находиться на курации в учреждении наркологического профиля, но при регулярном наблюдении врачом-инфекционистом, лабораторном контроле показателей, отражающих активность вирусного процесса в печени и проведении адекватной терапии. В случае возникновения неотложных наркологических состояний (абстинентный синдром, выраженная актуализация патологического влечения к наркотику, аффективные нарушения и т.д.) у больного с ВГ, находящегося на лечении в стационаре инфекционного профиля, необходимо обеспечить динамическое наблюдение врача психиатра-нарколога и соответствующее лечение, проводимое по вышеизложенным принципам.

Однако пункт 5.2.2 упомянутого Приказа регламентирует оказание помощи больным наркоманией с парентеральными вирусными гепатитами в инфекционном стационаре с организацией в них в необходимом объеме наркологической помощи за счет штатов наркологических учреждений. Массовый характер заболеваемости парентеральных наркоманов вирусными гепатитами (до 90%) и отсутствие у значительной части из них в момент обращения за наркологической помощью манифестных проявлений острого вирусного процесса или обострения хронического делают затруднительным исполнение пункта 5.2.2 как для инфекционных, так и наркологических учреждений, что подтверждается существующей практикой курации упомянутого контингента больных на местах и создает предпосылки для разработки уточненной редакции данного Приказа.

### **Профилактика**

В профилактике вирусных гепатитов ведущая роль отводится разъяснительной работе, касающейся путей передачи инфекции и соответствующих гигиенических мер. Следует помнить о том, что пути передачи вирусов парентеральных гепатитов не ограничиваются только парентеральными манипуляциями медицинским инструментарием. Попадание вируса в здоровый организм возможно при использовании таких предметов личной гигиены больного, как бритвы, зубные щетки, принадлежности для маникюра, т.е. через предметы, содержащие инфицированную кровь больного. Последние пути передачи вируса особенно актуальны для внутрисемейных очагов инфекции. Учитывая возможность передачи вирусов парентеральных гепатитов при половых контактах, половым партнерам больных вирусными гепатитами следует с профилактической целью использовать презервативы из синтетических материалов, которые препятствуют передаче всех вирусов, в отличие от естественных презервативов, которые в плане предупреждения передачи вирусов гепатитов половым путем могут оказаться недостаточно надежными.

**Специфическая профилактика**

Специфическая профилактика при вирусном гепатите С не разработана.

Специфическая профилактика вирусного гепатита В до контакта с инфекцией предполагает вакцинацию, которую обычно проводят в 3 этапа. Ее рекомендуют проводить в первую очередь следующим группам "риска": работники здравоохранения, контактирующие с продуктами крови и ее компонентами; обитатели и обслуживающий персонал учреждений для умственно отсталых; гомосексуалисты; проститутки; наркоманы; новорожденные от матерей-вирусоносителей, не больные вирусным гепатитом В; заключенные; половые партнеры больных острым и хроническим ВГВ; члены семей больных хроническим ВГВ.

После контакта с инфекцией (в случае возможного заражения после укола иглой, полового контакта и пр.) необходимо введение гипериммунной анти-В-сыворотки.

Если в семье выявляется острый вирусный гепатит В, а контактировавший с больным партнер был ранее здоровым, то ему показано возможно более раннее введение анти-В-иммуноглобулина. Вопрос о том, может ли это теоретически очень хорошо обоснованное требование найти реальное воплощение в клинической практике, вызывает сомнения. Большинство пациентов, у которых диагностируется острый вирусный гепатит В (часто только после появления желтухи), можно считать потенциальным источником инфекции, существовавшим задолго до установления диагноза. Если в это время они вступали в половые контакты, то к применению очень дорогой иммунной сыворотки следует подходить весьма критически, поскольку инкубационный период при вирусном гепатите В может быть очень коротким. Иначе выглядит ситуация, когда половой партнер неинфицированного лица выписывается из стационара после стихания клинических явлений острого гепатита В с сохраняющимся положительным вирусоносительством. Для предупреждения передачи ВГВ половым путем целесообразно быстро вакцинировать полового партнера. С помощью активно-пассивной иммунизации еще не инфицированного полового партнера можно резко снизить частоту инфекции, которая у невакцинированных колеблется в пределах от 20% до 25% (К.-П.Майер, 1999).

## Глава 18. ВИЧ-инфекция в практике нарколога: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение

*М.З.Шахмарданов, А.В.Надеждин*

ВИЧ-инфекция - заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, оказывающим повреждающее действие на иммунную систему организма, в силу чего развиваются инфекционные и онкологические процессы, завершающиеся в конечном итоге летальным исходом.

### Этиология

Вирус иммунодефицита относится к лентивирусам (медленным вирусам), к подгруппе ретровирусов. Его изображают похожим на противолодочную мину, сердцевину которой составляют геном из двух нитей РНК, связывающие их белки и ферменты - обратная транскриптаза и эндонуклеаза, а на поверхности вируса расположены 72 гликопротеиновых шипа, взаимодействующие с молекулами CD-4 на мембранах клеток и способствующие слиянию вируса с клеткой крови человека. Попадая в организм, ВИЧ атакует определенные клетки крови - Т-лимфоциты - "хелперы". На поверхности этих лимфоцитов находятся молекулы CD-4, поэтому их называют также CD-4-лимфоциты (или клетки CD-4). Хотя в CD-4-лимфоците в 100 000 раз больше генетической информации, чем в самом вирусе, при попадании ВИЧ в клетку под действием фермента обратной транскриптазы происходит образование ДНК-матрицы ВИЧ, встраивающейся в ДНК клетки-хозяина, которая начинает синтезировать РНК-частицы вируса.

У большинства людей вскоре после заражения ВИЧ наступает период острой инфекции: резко увеличивается количество вируса в крови (виремия), а количество Т-4 лимфоцитов снижается на 20-40%. Часто, но не во всех случаях, при этом развиваются симптомы, похожие на грипп. Острый период вскоре проходит; через 1-3 месяца после заражения в организме вырабатываются антитела к ВИЧ, количество вируса значительно снижается, а число Т-4 лимфоцитов восстанавливается до 80-90% прежнего уровня. ВИЧ продолжают размножаться, производя каждый день миллиарды новых патогенных агентов, а иммунная система активно борется с инфекцией, удерживая ее под контролем. Однако человек, в организме которого идет борьба с болезнью, до определенного времени даже не подозревает об этом, поскольку не ощущает никаких ее симптомов. Клиническое прогрессирование заболевания напрямую связано со снижением количества и функциональной активности иммунокомпетентных клеток, несущих CD-4-рецептор, что сопровождается развитием иммунодефицита - отсутствием возможности противостоять инфекционным агентам и элиминировать опухолевые клетки.

ВИЧ быстро гибнет при использовании всех известных дезинфицирующих средств, под воздействием солнечного и УФ-излучения, инактивируется при 56°C в течение 30 минут, но длительно сохраняется в препаратах крови, замороженных сыворотке и сперме

Спасением от вируса может также служить то, что заражение происходит только в определенных ситуациях и его можно предотвратить. Даже если ВИЧ проник в организм, современные лекарства способны остановить его размножение.

#### **Эпидемиологические аспекты ВИЧ-инфекции**

**Риск заражения.** Заражение ВИЧ-инфекцией может произойти при попадании крови, спермы, влагалищного секрета зараженного человека в кровь незараженного - либо непосредственно, либо через слизистые оболочки. Возможно заражение младенца от матери во время беременности (внутриутробное), при родах или при грудном вскармливании. Других путей заражения ВИЧ-инфекцией (в том числе посредством укуса кровососущими насекомыми) не зарегистрировано.

**Доля заражения ВИЧ по различным путям передачи.** Все зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в мире распределяются по путям заражения следующим образом:

- половым путем - 70-80%;
- инъекционные наркотики - 5-10%;
- профессиональное заражение медработников - менее 0,01%;
- переливание зараженной крови - 3-5%;
- от беременной или кормящей матери ребенку - 5-10%.

В разных странах и регионах преобладают различные пути заражения (гомосексуальный, гетеросексуальный, инъекционные наркотики). В России, по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, преобладает путь заражения через инъекционное введение наркотиков (до 80% от всех известных случаев).

**Риск для медработников.** Среднестатистический риск заражения при случайном уколе иглой составляет 0,3%, при попадании вируса на поврежденную кожу, в глаза или на слизистые оболочки - 0,1%.

**Риск при половом контакте.** Среднестатистический риск передачи ВИЧ в результате однократного незащищенного анального контакта для «принимающего» партнера составляет от 0,8% до 3,2%. При однократном вагинальном контакте - 0,15%.

Результаты недавно опубликованного исследования дают более подробную картину риска при незащищенном анальном сексе:

- для «принимающего» партнера, когда второй партнер ВИЧ+, - 0,82%;
- для «принимающего» партнера, когда ВИЧ-статус второго партнера неизвестен - 27%;
- для «вводящего» партнера - 0,06%.

При незащищенном оральном сексе с мужчиной риск для «принимающего» партнера составляет 0,04%. Для «вводящего» партнера риск практически отсутствует, поскольку он соприкасается только со слюной (если, конечно, во рту «принимающего» партнера нет кровотечения или открытых ран).

Риск заражения для обоих партнеров возрастает при сопутствующих венерических заболеваниях (ЗППП). Заболевания, передающиеся половым путем, справедливо называют «воротами для вируса», поскольку

они вызывают язвы или воспаление слизистой оболочки половых органов. При этом к поверхности слизистой оболочки поступает большое количество лимфоцитов, в особенности тех, которые служат мишенью для ВИЧ (Т-4-лимфоцитов). Воспаление также вызывает изменения в мембране клеток, что увеличивает риск проникновения вируса.

Вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в три раза выше, чем мужчины от женщины. У женщины при незащищенном половом акте в организм попадает большое количество вируса, содержащегося в семенной жидкости мужчины. Площадь поверхности, через которую вирус может проникнуть внутрь, у женщины значительно больше (слизистая оболочка влагалища). Кроме того, в семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем в секретах влагалища. Риск для женщины возрастает при ЗППП, эрозии шейки матки, ранках или воспалениях слизистой оболочки, при менструации, а также при разрыве девственной плевы.

Риск заражения и для мужчины, и для женщины увеличивается, если у партнерши эрозия шейки матки. Для женщины - поскольку эрозия служит «входными воротами» для вируса. Для мужчины - поскольку у ВИЧ-положительной больше клеток, содержащих вирус.

Риск заражения при анальном контакте значительно выше, чем при вагинальном, поскольку высока вероятность травм слизистой оболочки ануса и прямой кишки, что создает «входные ворота» для инфекции.

**Перинатальная передача ВИЧ-инфекции.** ВИЧ-инфекция может передаваться от инфицированной матери младенцу во время беременности (через плаценту), при родах (через контакт с кровью матери) или при грудном вскармливании (через материнское молоко). Это называют вертикальной или перинатальной передачей ВИЧ-инфекции.

**Факторы, влияющие на риск вертикальной передачи ВИЧ:** 1) состояние здоровья матери. Чем выше уровень вируса в крови или влагалищных секретах матери и чем ниже ее иммунный статус, тем выше риск передачи вируса ребенку. Если у матери есть болезненные симптомы - риск выше; 2) условия жизни матери, питание, отдых, витамины и другие - очень важный фактор. Характерно, что среднестатистический риск рождения ребенка с ВИЧ в индустриально развитых странах Европы и США примерно вдвое ниже, чем в странах третьего мира; 3) наличие предшествующих беременностей: чем их больше - тем выше риск; 4) доношенность ребенка: как недоношенные, так и переношенные дети чаще бывают инфицированными; 5) длительность второй стадии родов: риск тем меньше, чем короче промежуток времени до появления ребенка на свет; 6) воспаление или преждевременный разрыв околоплодных оболочек - повышенный риск передачи ВИЧ новорожденному; 7) кесарево сечение: многие исследования показали, что при таком вмешательстве, особенно если оно производится до разрыва околоплодных оболочек, риск рождения ребенка с ВИЧ снижается; 8) язвочки и трещины слизистой оболочки влагалища (обычно они возникают в результате инфекций) повышают риск рождения ребенка с ВИЧ; 9) грудное вскармливание:

матерям с ВИЧ не рекомендуется вскармливать детей грудью, поскольку при этом повышается риск передачи ВИЧ. Единственное исключение составляют те редкие случаи, когда у матери нет условий для приготовления детских смесей.

Как показывают исследования, плод может быть инфицирован ВИЧ уже на 8-12 неделе беременности. Однако в большинстве случаев заражения младенцев происходит в процессе родов.

Одним из главных достижений профилактики ВИЧ-инфекции за последние несколько лет была разработка методов снижения риска передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку во время родов. Если без специального лечения среднестатистический риск рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией составляет 15-25% в Европе и США и 30-40% в Африке, то с помощью профилактического курса лечения противовирусным препаратом АЗТ (ретровир) риск можно снизить на 2/3. В данном случае лечение проводится не с целью добиться стабильного улучшения здоровья матери, а для того, чтобы снизить риск рождения ребенка с ВИЧ. После родов лечение прекращается.

#### **Клинические проявления ВИЧ-инфекции**

Уже через год после первичного выявления этого заболевания было сформулировано определение болезни, основанное на клинических проявлениях, обнаруженных у больных гомосексуалистов. Заболевание включало ряд состояний, вызванных условнопатогенными возбудителями, что указывало на дефект в иммунной системе, лежащий в основе болезни в целом. В 1985 году определение болезни было пересмотрено в связи с расшифровкой этиологии заболевания. Тогда же эксперты ВОЗ для экономически слаборазвитых стран, не имеющих возможности широко внедрять этиологическую расшифровку болезни, разработали клинические критерии для постановки диагноза. Они включали: а) большие признаки: потеря массы тела >10% от исходной, хроническая диарея в течение >1 месяца, длительная лихорадка в течение >1 месяца (постоянная или интермиттирующая); б) малые признаки: упорный кашель >месяца, генерализованный зудящий дерматит, герпес зостер в анамнезе, ротоглоточный кандидоз, хроническая прогрессирующая или диссеминированная герпетическая инфекция (herpes simplex), генерализованная лимфаденопатия.

В 1987 году в это описание были внесены очередные изменения; к этому времени уже четко было определено, что заболевания, вызванные условнопатогенными возбудителями, ассоциируются с последней стадией СПИДа. Определение 1987 года включает 23 СПИД-ассоциируемые заболевания. Группа экспертов ВОЗ предложила среди СПИД-индикаторных заболеваний выделять заболевания 1-й и 2-й категории (**табл. 1**). Если СПИД-индикаторные болезни первой категории позволяют диагностировать СПИД без лабораторного подтверждения, то при выявлении заболеваний второй категории СПИД можно лишь предполагать, но окончательно диагноз может быть подтвержден лабораторными тестами.

Таблица 1

## СПИД-индикаторные заболевания

**Заболевания 1 группы \***

1. Кандидоз пищевода, бронхов или легких.
2. Внелегочной криптококкоз (европейский бластомикоз).
3. Криптоспориоз с диареей, продолжающейся более 1 мес.
4. Цитомегаловирусные поражения каких-либо органов (за исключением печени, селезенки и лимфатических узлов) у больного старше 1 мес.
5. Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса, с язвенным поражением на коже и/или слизистых оболочках, которые персистируют дольше 1 мес; герпетические бронхиты, пневмонии или эзофагиты любой продолжительности у больного старше 1 мес.
6. Саркома Капоши у больного моложе 60 лет.
7. Лимфома головного мозга у больного моложе 60 лет.
8. Лимфоцитарная интерстициальная пневмония и/или легочная лимфоидная гиперплазия у детей в возрасте до 14 лет.
9. Диссеминированная инфекция, вызванная бактериями группы *Mycobacterium avium intercellulare* или *M. kansasii*. с поражением различных органов (за исключением или помимо легких, кожи, шейных или прикорневых лимфатических узлов).
10. Пневмоцистная пневмония.
11. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
12. Токсоплазмоз ЦНС у больных старше 1 мес.

**Заболевания II группы "**

1. Бактериальные инфекции, сочетанные или рецидивирующие, у детей до 14 лет (более 2 случаев за 2 года наблюдения): септицемия, пневмония, менингит, поражения костей и суставов.
2. Кандидомикоз диссеминированный (внелегочная локализация).
3. ВИЧ-энцефалопатия («ВИЧ-деменция», «СПИД-деменция»).
4. Гистоплазмоз диссеминированный с внелегочной локализацией.
5. Изоспориоз с диареей, персистирующий более 1 мес.
6. Саркома Капоши у людей старше 60 лет.
7. Лимфома головного мозга (первичная) у людей старше 60 лет.
8. Другие В-клеточные лимфомы (за исключением болезни Ходжкина) или лимфомы неизвестного иммунофенотипа.
9. Микобактериоз диссеминированный (не туберкулез) с поражением помимо легких, кожи, шейных или прикорневых лимфатических узлов.
10. Туберкулез внелегочной (с поражением органов помимо легких).
11. Сальмонеллезная септицемия рецидивирующая, обусловленная не *S. typhi*.
12. ВИЧ-дистрофия (истощение, резкое похудание)

**Примечания:** \* для постановки диагноза СПИД не требуется лабораторное подтверждение; "для постановки диагноза требуется лабораторное подтверждение.

Одна из первых классификаций, рекомендованных ВОЗ (1988), рассматривала 4 стадии болезни, и все классификации более позднего времени, практически модернизируют ее, сохраняя основные положения. Эта классификация выделяла стадии: 1. Начальная (острая) ВИЧ-инфек-

ция; 2. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия; 3. СПИД-ассоциированный комплекс - преСПИД; 4. Развернутый СПИД.

В странах СНГ получила распространение классификация, предложенная В.И.Покровским (1989):

I. Стадия инкубации.

II. Стадия первичных проявлений:

А - острая лихорадочная фаза

Б - бессимптомная фаза

В - персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

III. Стадия вторичных заболеваний:

А - потеря массы тела менее 10%, поверхностные грибковые, бактериальные, вирусные поражения кожи и слизистых оболочек, опоясывающий герпес, повторные фарингиты, синуситы;

Б - прогрессирующая потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более 1 мес, повторные или стойкие бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши;

В - генерализованные бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные, паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внелегочный туберкулез, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения центральной нервной системы различной этиологии.

IV. Терминальная стадия.

VI стадии (инкубации) диагноз может носить только предположительный характер, так как основывается исключительно на эпидемиологических данных: половой контакт с инфицированным ВИЧ партнером, переливание крови серопозитивного к ВИЧ донора, использование нестерильных шприцев при групповом введении наркотиков и т.п.

Инкубационный период при инфицировании ВИЧ продолжается от 2-3 недель до нескольких месяцев или даже лет. Клинических проявлений болезни нет, сохраняется нормальная активность, антитела к ВИЧ не определяются. Но уже в этот период возможно выявление вируса методом полимеразной цепной реакции.

II стадия (первичных проявлений): МА стадия - острая лихорадочная. Она же - начальная (острая) ВИЧ-инфекция. У части зараженных спустя 2-5 мес. после проникновения вируса в организм может развиваться острое заболевание, протекающее нередко с повышением температуры тела, выраженной интоксикацией, тонзиллитом и мононуклеозоподобным синдромом. Помимо лихорадки, в этой фазе болезни часто встречаются кореподобная или краснухоподобная сыпь на коже, миалгии, артралгии, язвы в горле, реже - в ротовой полости. Иногда заболевание протекает по типу острой респираторной инфекции, в этих случаях больных беспокоит кашель. У части больных развивается лимфаденопатия с увеличением 2-3 групп лимфатических узлов. Увеличение поверх-



ностных лимфатических узлов чаще начинается с затылочных и заднешейных, затем уже увеличиваются подчелюстные, подмышечные и паховые узлы. При пальпации лимфатические узлы эластичные, безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и окружающей тканью, размерами от 1 до 5 см, чаще - 2-3 см в диаметре. Иногда этим явлениям сопутствуют немотивированные утомляемость, слабость. Кроме того, регистрируются переходящие нарушения деятельности ЦНС - от головных болей до энцефалита.

В крови больных в этот период выявляется лимфопения, но количество С04-лимфоцитов более 500 в 1 мкл. К исходу второй недели в сыворотке крови могут быть обнаружены специфические антитела к антигенам ВИЧ. Продолжительность этого лихорадочного состояния - от нескольких дней до 1-2 мес, после чего лимфаденопатия может исчезнуть и болезнь переходит в бессимптомную фазу (II Б).

Длительность IIБ фазы от - 1-2 мес. до нескольких лет, но в среднем около 6 мес. Никаких клинических проявлений заболевания не отмечается, хотя вирус остается в организме и размножается. Иммунный статус при этом сохраняется в пределах нормы, количество лимфоцитов, в том числе CD4, нормальное. Результаты исследований в ИФА и иммуноблоттинге положительны.

II В фаза - персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Единственным клиническим проявлением болезни в этой стадии может быть только увеличение лимфатических узлов, сохраняющееся месяцы и даже годы. Увеличиваются почти все периферические лимфатические узлы, но наиболее характерно увеличение заднешейных, надключичных, подмышечных и локтевых лимфатических узлов. Особенно характерным истораживающим врача следует считать увеличение подчелюстных лимфатических узлов при отсутствии патологии полости рта. Нередко увеличиваются мезентериальные лимфатические узлы, которые при пальпации болезненны, иногда симулируя картину «острого» живота. Но лимфатические узлы, увеличенные, размером до 5 см в диаметре, могут оставаться безболезненными, с тенденцией к слиянию. У 20% больных выявляются увеличенными печень и селезенка.

В этой фазе болезнь необходимо дифференцировать с острым токсоплазмозом, инфекционным мононуклеозом, сифилисом, ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, лимфогранулематозом, саркоидозом.

При иммунологическом обследовании в этой стадии болезни общее количество лимфоцитов выше 50% региональной и возрастной нормы, количество С04-лимфоцитов - более 500 в 1 мкл. Трудовая и половая активность больных сохранена.

III стадия (вторичных заболеваний) характеризуется развитием бактериальных, вирусных и протозойных заболеваний и/или опухолевого процесса, чаще лимфомы или саркомы Капоши. IIIА фаза является переходной от персистирующей генерализованной лимфаденопатии к СПИД-ассоциированному комплексу. В этот период иммуносупрессия

выражена стойко и глубоко: в сыворотке крови нарастает содержание гаммаглобулинов (до 20-27%), растёт уровень иммуноглобулинов, преимущественно за счёт класса IgG, снижена фагоцитарная активность лейкоцитов, снижается РБТЛ на митогены. Количество CD4-лимфоцитов падает ниже 500 и на протяжении этой и следующей фаз - до 200 клеток в 1 мкл. Клинически выявляются признаки вирусной интоксикации, лихорадка с повышением температуры тела до 38°C носит постоянный или перемежающийся характер, сопровождается ночными потами, слабостью и быстрой утомляемостью, диареей. Потеря массы тела до 10%. В этой фазе ещё нет присоединения выраженной оппортунистической инфекции или инвазии, не развиваются ещё и саркома Капоши или другие злокачественные опухоли. Но, тем не менее, СПИД-маркерные инфекции уже налицо - в виде инфекции, вызванной вирусом простого герпеса, токсоплазмоза, кандидозного эзофагита. На коже процесс в виде кандидоза, лейкоплакии, кондилом. Так как фаза IIIA, по сути - неосложнённая генерализованной инфекцией или злокачественным опухолевым процессом форма, некоторые клиницисты полагают, что она может под влиянием адекватной терапии завершиться выздоровлением, и считают целесообразным выделение её в самостоятельную форму. Некоторые клиницисты обозначают эту фазу как продромальный период СПИД.

III Б фаза по клиническим проявлениям близка к понятию СПИД-ассоциированного комплекса. Именно в этой фазе появляются симптомы выраженного нарушения клеточного иммунитета: отсутствие реакции ГЗТ на три из четырёх кожных проб (внутрикожное введение туберкулина, кандидина, трихофитина и др.). Клиника характеризуется лихорадкой длительностью более 1 мес, упорной необъяснимой диареей, ночными потами, сопровождается интоксикацией, снижением массы тела свыше 10%. Персистирующая лимфаденопатия приобретает генерализованный характер. Лабораторно выявляется снижение коэффициента CD4/CD8, нарастают лейкопения, тромбоцитопения, анемия, в крови растут циркулирующие иммунные комплексы, идёт дальнейшее снижение показателей РБТЛ, угнетение ГЗТ. В этой фазе наличие двух из набора характерных клинических проявлений и двух лабораторных показателей, особенно с учётом эпидемиологии, позволяет с высокой степенью достоверности диагностировать ВИЧ-инфекцию.

III В фаза клинически представляет развернутую картину СПИДа. За счёт глубокого поражения иммунной системы (количество CD4-лимфоцитов - менее 200 в 1 мм), оппортунистическая инфекция приобретает генерализованный характер, развиваются или наслаиваются на инфекционный процесс новообразования в виде диссеминированной саркомы и злокачественной лимфомы. Из инфекционных возбудителей чаще всего встречаются пневмоцисты, кандиды, вирусы герпетической группы (вирус простого герпеса, герпес зостер, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр). Инфекционный процесс также вызывают микобактерии, легионеллы, кандиды, сальмонеллы, микоплазмы, а в южном реги-

оне - токсоплазмы, криптоспоридии, стронгилоидии, гистоплазмы, криптококки и ряд других возбудителей. В зависимости от преимущественной локализации очага выделяют ряд клинических форм: а) с преимущественным поражением легких (до 60% случаев); б) с поражением желудочно-кишечного тракта; в) с церебральными поражениями и/или психоневрологическими проявлениями; г) с поражением кожи и слизистых оболочек; д) генерализованные и/или септические формы; е) недифференцированные формы, в основном с астеновегетативным синдромом, длительной лихорадкой и потерей массы тела. В целом заболевание характеризуется развитием гнойных осложнений, астенией. Больной более половины времени вынужден находиться в постели. В процессе болезни этиологические факторы могут меняться.

IV (терминальная) стадия протекает с максимальным развертыванием клиники, развивается кахексия, держится лихорадка, выражена интоксикация, больной все время проводит в кровати. Развивается деменция. Нарастает вирусемия, содержание лимфоцитов достигает критических величин. Болезнь прогрессирует, и больной погибает.

В 2000 году В.И.Покровским с соавторами, с учетом современных особенностей течения ВИЧ-инфекции и сведений о патогенезе, клинике, диагностике и лечении данного заболевания, предложен новый вариант российской классификации ВИЧ-инфекции:

1. Стадия инкубации.

2. Стадия первичных проявлений:

Варианты течения:

А - бессимптомная сероконверсия;

Б - острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний;

В - острая инфекция с вторичными заболеваниями;

3. Латентная стадия.

4. Стадия вторичных заболеваний:

А - потеря массы тела менее 10%; грибковые, бактериальные, вирусные поражения кожи и слизистых; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы;

Фазы - прогрессирование (спонтанное, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии);

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии);

Б - потеря веса более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца; волосистая лейкоплакия; туберкулез легких; повторные или стойкие бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши;

В - кахексия; генерализованные бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные, паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внегочный туберкулез, диссеминированная саркома Капоши, поражения центральной нервной системы различной этиологии;

Фазы - прогрессирование (спонтанное, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии);

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии);

##### 5. Терминальная стадия

ВИЧ-инфекция не имеет своего собственного, клинически очерченного статуса, ее клиника в развернутой фазе болезни - это клиника тех, преимущественно оппортунистических, инфекций или опухолей, которые накладываются на иммунологически дефицитный организм. Поэтому сформировалось понятие «СПИД-ассоциируемые заболевания», куда входят те наиболее часто развивающиеся инфекционные, паразитарные, грибковые или неопластические процессы, которые чаще всего являются клиническим проявлением ВИЧ-индуцированного вторичного иммунодефицита.

Инфицированные ВИЧ лица в большинстве случаев в течение длительного времени не имеют каких-либо клинических проявлений болезни, у части инфицированных имеется слабо выраженная клиническая картина, и лишь у небольшой части клиника проявляется ВИЧ-зависимыми заболеваниями или СПИДом.

При всей полиморфности клинической картины ВИЧ-инфекции для нее характерна определенная, наиболее часто встречающаяся органическая патология или нозология: лимфаденопатия (100%), поражения кожи (84%), пневмоцистная пневмония (50%), саркома Капоши (25%), поражение ЦНС (30%).

**Синдром острой сероконверсии.** Первичная ВИЧ-инфекция (синдром острой сероконверсии, начальная стадия) клинически манифестирует острым ретровирусным синдромом, который традиционно охарактеризован как мононуклеозоподобная болезнь с лихорадкой, фарингитом, лимфаденопатией и сыпью. Позже было установлено, что она имеет ряд других проявлений, включая оппортунистические инфекции. Первичное инфицирование ВИЧ-1 знаменует начало инфекционного процесса, у одних протекающего как асимптомная первичная инфекция, а у других - в виде острого ретровирусного синдрома. В дальнейшем у одних больных процесс приобретает характер длительного непрогрессирующего течения, у других быстро разворачивается клиника тяжелой болезни со смертельным исходом.

Первичная ВИЧ-инфекция характеризуется интенсивной вирусной диссеминацией, ВИЧ-специфическим клеточным и гуморальным иммунным ответом и более чем у половины больных - характерной клинической картиной - синдромом острой сероконверсии.

С тех пор, как распознали наличие первичной ВИЧ-инфекции, были изучены особенности клинических проявлений, вирусологических, иммунологических и прогностических характеристик синдрома острой сероконверсии; причем выводы обосновывались не только данными ретроспективного анализа, но и непосредственным наблюдением за больными, выявленными в период первичной ВИЧ-инфекции. Так, было ус-

становлено, что у больных первичной ВИЧ-инфекцией с клиникой синдрома острой сероконверсии быстрее идет прогрессирование болезни с переходом в СПИД. Те больные, у которых в период сероконверсии выявляются высокая вирусная нагрузка на плазму и низкие показатели CD4-лимфоцитов, также характеризуются прогрессирующим течением заболевания.

Внедрение активной антиретровирусной терапии позволило высказать идею, что ВИЧ-инфекцию можно перевести в форму хронической вирусной инфекции.

Синдром острой сероконверсии (СОС), по наблюдениям различных авторов, развивается у 53-92% больных. Такой широкий диапазон регистрации частоты СОС обусловлен тем, что используемые для его характеристики признаки весьма варьируют. Более критическим является подход к оценке клиники в различных группах риска (мужчины-гомосексуалисты; наркоманы; реципиенты крови и трансплантатов; медицинские работники, поранившиеся иглой для инъекций; гетеросексуалы). Тщательное сопоставление проявлений болезни у пораженных ВИЧ с контрольной группой серонегативных лиц позволило считать, что СОС имеет место у 34-53% инфицированных ВИЧ.

После инфицирования ВИЧ инкубационный период длится примерно 2-6 недель, после чего у части больных манифестирует клиника первичной инфекции, которую лабораторно позволяют подтвердить в этой фазе методы ИФА или иммунного блота (выявление IgG-антител). Также можно диагноз уточнить, используя методы выявления специфических IgM-антител, определения уровня ВИЧ-1 ДНК и РНК в полимеразной цепной реакции (ПЦР), выделения вируса в культуре клеток. В типичных случаях антитела выявляются через 1-2 мес. после инфицирования.

Острый синдром сероконверсии обычно длится 1-6 недель и, как правило, редуцируется самостоятельно без специфического лечения.

К наиболее характерным симптомам острой сероконверсии относятся: лихорадка, ночной пот, артралгии, недомогание, головная боль, тошнота, рвота, диарея и анорексия, а также фарингит, сыпь, потеря массы тела, лимфаденопатия, лейкопения, тромбоцитопения, у части больных - менингит, нейропатии и энцефалопатии. Сыпь при СОС выявляется более чем у половины больных, и чаще всего это макуло-папулярные высыпания, преимущественно на верхней половине туловища, шеи и лица. Сыпь не шелушится и обычно исчезает в течение 2-3 недель. Реже по характеру сыпь розеолезная или везикулярно-папулезная. Гистологически сыпь идентична высыпаниям, индуцированным другими вирусами или лекарствами. Неврологическая симптоматика СОС включает лимфоцитарный менингит, энцефалопатию. Уже в первые годы наблюдения у больных в стадии СОС был обнаружен энцефалит с судорожным синдромом, позже были описаны такие неврологические проявления СОС, как синдром Guillain-Barre, неврит плечевого сплетения, ганглионеврит, вызывающий атаксию и нейропатию.

В период острой сероконверсии клинику могут дополнять суперинфекции, развивающиеся в результате глубокой иммуносупрессии, в частности оральный кандидоз и кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония, цитомегаловирусный колит, церебральный токсоплазмоз и туберкулез. В отдельных случаях в этой фазе возможно развитие острой пневмококковой пневмонии, лимфоцитарного альвеолита, апластической анемии, васкулита, а в единичных наблюдениях - нефроз, острая почечная недостаточность.

При лабораторном обследовании у больных чаще выявляются транзиторная лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения, инверсия соотношения хелперы/супрессоры. У части больных повышается активность трансфераз; анализ спинномозговой жидкости выявляет плеоцитоз и повышение уровня белка.

Наблюдения большинства авторов показали, что наличие клиники синдрома острой сероконверсии характеризует быстрое прогрессирование болезни с неблагоприятным исходом в ближайшие 2-3 года. Среди наиболее прогностически неблагоприятных симптомов синдрома острой сероконверсии, ассоциированных с быстрым прогрессированием ВИЧ-инфекции в СПИД, различные авторы отмечают лихорадку выше 38°C, лимфоцитарный менингит, острый энцефалит; среди последних в 42% случаев СПИД развивался в ближайшие 4 года, а среди не имевших эти проявления СОС - в 18%, у лиц без клиники СОС - в 8% случаев.

#### **Лабораторная диагностика**

Самый распространенный метод диагностики ВИЧ-инфекции - иммуноферментный анализ (ИФА). Иммуноферментные тест-системы используются для выявления в сыворотке крови антител к ВИЧ. По наличию антител делают вывод о том, что в организме присутствует вирус.

Поскольку антитела к ВИЧ появляются лишь через некоторое время (от трех недель до трех месяцев) после заражения, проходить это обследование сразу же или через несколько дней после опасного контакта бесполезно.

ИФА может дать ложноположительные или ложноотрицательные результаты. Ложноположительные данные могут быть получены при обследовании больных хроническими инфекционными, аутоиммунными, онкологическими заболеваниями и в некоторых других случаях.

Если получен положительный результат скринингового теста (ИФА), необходимо его перепроверить на более чувствительном тесте - иммуноблоте.

Существует также метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). ПЦР используют для определения ДНК и РНК вируса. Это очень эффективная и чувствительная реакция, позволяющая получить результат, исследуя ДНК всего одной клетки, путем умножения (амплификации) специфических последовательностей ДНК. ПЦР позволяет определить наличие вируса независимо от появления антител, однако у этого метода есть серьезный недостаток, вызванный как раз его сверхчувствительностью.

ПЦР с достаточно большой вероятностью может дать ложноположительный результат.

Определенное значение в лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции имеет выявление снижения уровня CD-4-лимфоцитов и снижение иммунорегуляторного индекса (соотношения CD-4-клеток/CD-8-клеток)

Следует учитывать, что у ребенка, рожденного от ВИЧ-положительной матери, независимо от ВИЧ-статуса ребенка, материнские антитела к ВИЧ сохраняются в крови до 1-3 лет, и только после этого, если антитела полностью исчезли, ребенок признается ВИЧ-отрицательным. ПЦР может показать наличие или отсутствие вируса в крови ребенка раньше этого срока, но данный результат не может служить официальным основанием для снятия диагноза.

#### **Вопросы социально-психологической адаптации больных ВИЧ-инфекцией**

Любое заболевание способно нарушить привычные контакты человека с окружающим миром, снижает возможности трудовой деятельности, нередко лишает его прежних перспектив и вызывает необходимость перестройки всей личностной ориентации. ВИЧ-инфекция вызвала к жизни целую группу неблагоприятных социально-психологических факторов: нарушение системы общения заболевшего, снижение уровня его самооценки, его настроения. Недостаточная осведомленность населения о механизмах и путях передачи ВИЧ-инфекции привела к появлению в обществе предубеждения по отношению к инфицированным людям. ВИЧ-инфицированные обнаруживают высокий уровень негативных последствий указанных воздействий. Психосоциальное неблагополучие у больных усугубляет психогенные реакции на проявления заболевания и прогноз, усиливает тягостные воспоминания о прежней жизни, способствует появлению страха по поводу социальной стигматизации и изоляции, вызывает тревогу по поводу зависимости от окружающих по мере нарастания беспомощности и умственной несостоятельности. Психика ВИЧ-инфицированного подвержена выраженному истощению. Переживания больных фиксируются, прежде всего, вокруг беспокойства о будущем, о возможной продолжительности жизни и ее содержании, опасений по поводу работы и материального положения, утраты самостоятельности, чувства одиночества, социальной изоляции, сексуальной неудовлетворенности. Ведущим психологическим феноменом у большинства больных является тревога.

Социально-психологическая дезадаптация больных проявляется в алкоголизации, употреблении психотропных средств, появлении большого числа патологических психоэмоциональных реакций. Крайней степенью социально-психологической дезадаптации являются суицидальные попытки, в большинстве случаев завершающиеся летальным исходом, наступающим намного раньше, чем при естественном течении болезни.

У ВИЧ-инфицированных наркоманов, находящихся на излечении в стационарах наркологического или инфекционного профиля, социаль-

но-психологическая дезадаптация связана с длительной изоляцией и характеризуется утратой жизненных, бытовых, практических навыков, психологической перестройкой в сознании больного и представителей окружающего его общества. К неблагоприятному влиянию пребывания в наркологической больнице также относят бездействие пациентов, недостаточный приток информации, недостаточность общения, лишение самостоятельности, надзор медицинского персонала. Указанные факторы затрудняют выписку и адаптацию в условиях жизни вне больницы.

Таким образом, в оптимизации терапевтического процесса важную роль играет владение медицинскими работниками навыками консультирования и определенными психотерапевтическими приемами.

### **Лечение**

В настоящее время в клинической практике применяют 3 основных класса антиретровирусных препаратов.

1. Нуклеозидные аналоги обратной транскриптазы ВИЧ: АЗТ (азидотимидин, тимазид, ретровир, зидовудин), никавир (фосфазид), d4T (ставудин, зерит), ABC (абакавир, зиаген), ADV (адефовир, превеон), ddI (диданозин, видекс), ddC (зальцитабин, хивид), ЗТС (ламивудин, эпивир).

2. Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ: NVP (невирапин, вирамун), DLV (делавердин, рескриптор), EFV (эфавиренц, суства, стокрин).

3. Ингибиторы протеазы ВИЧ: саквинавир, IDV (индинавир, криксиван), RTV (ритонавир, норвир), NFV (нелфинавир, вирасепт), 141W94 (ампрегнавир, агенераза).

Несмотря на довольно большой выбор лекарственных препаратов, терапевтические подходы к проведению антиретровирусной терапии до настоящего времени окончательно не разработаны. Международное научное общество по лечению больных ВИЧ-инфекцией ежегодно пересматривает свои рекомендации.

Основным критерием для начала комбинированной антиретровирусной терапии является наличие клинических симптомов, которые могут свидетельствовать либо об острой ВИЧ-инфекции (стадия 2А), либо о наличии выраженного иммунодефицита (стадия вторичных заболеваний). В этом случае пациентам назначают антиретровирусную терапию независимо от уровня вирусной нагрузки и количества CD-4-лимфоцитов. На стадии бессимптомной ВИЧ-инфекции или при наличии генерализованной лимфоаденопатии главным ориентиром для начала комбинированной антиретровирусной терапии является снижение количества CD-4-лимфоцитов менее 500 в 1 мкл.

В качестве методов выбора используются комбинация из ингибиторов протеаз ВИЧ и сочетания 2 нуклеозидных аналогов обратной транскриптазы. Альтернативной схемой может быть комбинация одного ненуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы и сочетания 2 нуклеозидных аналогов обратной транскриптазы.

В случае далеко зашедшей ВИЧ-инфекции (стадия СПИДа, снижение количества CD-4-лимфоцитов до менее 100 в 1 мкл) и, особенно, при



отсутствии эффекта от ранее назначенной схемы рекомендуется сочетание 2 ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ и 2 ингибиторов протеазы вируса.

Комбинированная антиретровирусная терапия признается высокоэффективной в том случае, если в течение 1-2 месяцев от начала лечения отмечается нарастание уровня CD-4-лимфоцитов в периферической крови, которое сочетается с падением вирусной нагрузки до неопределяемого уровня или, по крайней мере, с ее 10-кратным снижением.

Схему комбинированной антиретровирусной терапии необходимо изменить в случае: 1) появления новых клинических симптомов вторичных заболеваний; 2) при сохраняющемся низком уровне РНК ВИЧ в плазме, но прогрессирующем снижении количества CD-4-лимфоцитов; 3) при сохраняющемся уровне CD-4-лимфоцитов, но повышении концентрации РНК ВИЧ до исходного (до начала лечения) уровня; 4) при появлении побочных (токсических) эффектов приема одного из применяемых препаратов.

При проведении комбинированной антиретровирусной терапии больному запрещено принимать алкогольные напитки, наркотики, пропускать прием препаратов, принимать двойную дозу любого препарата в том случае, если пропустил предыдущий прием препаратов, снижать дозу или прекращать прием препаратов без разрешения лечащего врача. Антиретровирусные препараты могут находиться между собой в противоречивом взаимодействии или иметь сходный профиль нежелательных явлений. Не рекомендуется применять следующие комбинации лекарственных средств: ставудин+АЗТ, диданозин+зальцитабин, ставудин+зальцитабин, ламивудин+зальцитабин.

Лечение заболеваний, возникших на фоне иммунодефицита у больных СПИДом, проводится по соответствующим общим принципам.

### **Профилактика**

Специфическая профилактика ВИЧ-инфекции до настоящего времени не разработана, несмотря на то, что в мире ведется активный поиск соответствующей вакцины. Поэтому главным орудием в борьбе с распространением инфекции является работа по предотвращению новых случаев заражения. Профилактика ВИЧ-инфекции имеет несколько направлений.

Социальная профилактика направлена на преодоление действия факторов, способствующих ВИЧ-инфицированию молодежи: неадекватная оценка своего поведения; низкая оценка угрозы заражения и неосведомленность по проблеме СПИДА; ранний возраст сексуальной инициации; промискуитет; превалирование опасных форм секса над безопасными и отказ от презервативов; наркотизация; пораженность заболеваниями, передающимися половым путем; занятия сексом за вознаграждение и половое партнерство с лицами, употребляющими инъекционные наркотики (И.Е.Таджиев, 2001).

Поскольку наибольшее число заражений ВИЧ в мире происходит половым путем и при инъекциях наркотиков - в процессе поведения, которое человек в большинстве случаев может изменять и контролировать

вать по собственной воле, основную часть профилактической работы составляют так называемые «поведенческие вмешательства», то есть просвещение, обучение и поддержка, направленные на снижение индивидуального риска заражения.

Попытки изменить поведение людей, особенно когда речь идет о таких сферах, как секс и употребление наркотиков, сталкиваются с множеством препятствий на уровне государственной политики, традиционной культуры и религии, общества и конкретного сообщества, а также, разумеется, на уровне отдельной личности. Нередко, например, такие действия, как обмен игл и заместительная терапия для наркопотребителей, сексуальное просвещение молодежи и другие, потребность в которых диктует эпидемия СПИДа, входят в противоречие с существующими представлениями об охране общественного здоровья и нравственности. В таких случаях обществу рано или поздно приходится ради спасения жизни своих граждан отказываться от устаревших стереотипов мышления и от запретительного законодательства и дискриминационной политики, мешающих борьбе с эпидемией. К сожалению, во многих случаях такие изменения предпринимаются лишь в критической ситуации, когда эпидемия уже нанесла огромный урон.

Химиопрофилактика перинатальной передачи ВИЧ, т.е. снижение риска передачи вируса от инфицированной матери младенцу: 1) во время беременности (через плаценту), 2) при родах (через контакт с кровью матери), 3) после родов - проводится антиретровирусными препаратами наиболее эффективно при реализации всех трех ее компонентов. Профилактика антиретровирусными препаратами начинается не ранее 14 недели беременности из-за возможности тератогенного эффекта.

Химиопрофилактика парентерального и полового заражения ВИЧ должна начинаться как можно раньше и сочетаться с местной обработкой. Необходимо выдавить кровь из раны и обработать ее раствором йода, промыть слизистые оболочки, на которые попал зараженный материал (не тереть!), и обработать их растворами антисептиков - спирта, борной кислоты и т.д. Начало химиопрофилактики целесообразно не позднее 72 часов от момента возможного инфицирования и осуществляется антиретровирусными препаратами (азидотимидином перорально по 0,23 раза в сутки в течение 4 недель), а в случае попадания крови, содержащей ВИЧ, - комбинацией азидотимидина (0,23 раза в сутки) + ламивудина (0,15 2 раза в сутки) + индинавира (0,83 раза в сутки) в течение 4 недель (В.В.Покровский и др., 2000).

## Глава 19. Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ

*Н.А.Должанская, Т.С.Бузина*

К наиболее серьезным последствиям, связанным с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), следует отнести парентеральные вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекцию. На фоне роста наркоманий и отсутствия специфической профилактики для гепатита С и ВИЧ-инфекции процессы распространения этих инфекций быстро приобретают эпидемический характер (А.Я.Лысенко, М.Х.Турьяновидр., 1996; К.-П.Майер, 2000; В.В.Покровский, Т.Н.Ермак и др., 2000).

Во многих странах прослеживается связь эпидемии ВИЧ-инфекции с употреблением ПАВ. Так, из 129 стран и территорий, в которых широко распространено внутривенное употребление наркотиков, обусловленные этим случаи ВИЧ-инфицирования отмечались в 1993 году в 53 странах, в 1996 году - в 83, а в 2000 году - уже более чем в 100 странах мира. Внутривенное употребление наркотиков стало основной причиной распространения ВИЧ-инфекции в ряде областей Южной Африки, Соединенных Штатов Америки, Северной Африки, Ближнего Востока и других регионов Азии, а также в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Начиная с 1995 года в странах СНГ отмечался стремительный рост распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков (Пандемия ВИЧ-инфекции..., 1994; В.В.Покровский, 1996).

В России начало эпидемии ВИЧ-инфекции среди потребителей ПАВ относится к 1996 году, когда среди них было зарегистрировано 442 случая ВИЧ-инфекции; к августу 2001 года в стране было выявлено уже свыше 140 тысяч ВИЧ-инфицированных, из которых почти 60% были потребителями наркотиков (ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень № 20, 2001).

Такой характер распространения вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции связан с тем, что при употреблении ПАВ происходит активизация основных путей их передачи: парентерального, полового и вертикального (от матери к плоду).

**В таблице 1** представлены изменения соотношения преобладающих путей передачи ВИЧ-инфекции в процессе развития ее эпидемии в России.

В последние годы к перечню инфекционных заболеваний, наиболее часто ассоциируемых с ВИЧ-инфекцией, прибавился туберкулез. Это обстоятельство вызывает особую озабоченность, так как в нашей стране отмечается неуклонный рост заболеваемости туберкулезом, в том числе и среди больных алкоголизмом и наркоманиями.

В результате употребления ПАВ изменяется состояние психики, прием любого психоактивного вещества приводит к снижению контроля над собственным поведением и провоцирует его формы, связанные с вы-

Таблица 1

Показатели распространения ВИЧ-инфекции в России в зависимости от основных путей ее передачи

| Годи | Випитю<br>ВНЧ-инфици- | Основные арт передачи ВИЧ                   |                      |                                   |                              |                                      |
|------|-----------------------|---|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
|      |                       | Гетеро-<br>сетуиющий                        | Гомосек-<br>суальным | Дет от напрей<br>Беремен-<br>иооп | гру/мо»<br>иширишт-<br>шение | Перентержлыое<br>введение<br>МКОЯНОМ |
|      |                       | Показатели в%от общего числа инфицированных |                      |                                   |                              |                                      |
| 1993 | 107                   | 49,5  | 31,8                 | 0,9                               | 0,9                          | 0                                    |
| 1994 | 161                   | 33,5  | 44,1                 | 1,2                               | 0                            | 1,9                                  |
| 1995 | 196                   | 30,1  | 43,4                 | 0,5                               | 0                            | 3,1                                  |
| 1996 | 1518                  | 5,6   | 5,9                  | 0,3                               | 0                            | 66,7                                 |
| 1997 | 4360                  | 4,8   | 1,1                  | 0,9                               | 0                            | 57,4                                 |
| 1998 | 4032                  | 6,8   | 1,6                  | 1,8                               | 0                            | 43,7                                 |
| 1999 | 20150                 | 3,3   | 0,3                  | 1,0                               | 0                            | 53,5                                 |
| 2000 | 56471                 | 2,0   | 0,1                  | 0,4                               | 0                            | 59,2                                 |

соким риском инфицирования парентеральными гепатитами и ВИЧ. Это, прежде всего, поведение, связанное с парентеральным употреблением ПАВ, и рискованное сексуальное поведение (И.Г.Савченко, В.В.Покровский, 1993; M.L.Cooper, 1992).

#### Инъекционный риск

Факторами риска инфицирования, связанными с потреблением ПАВ, могут быть: вид употребляемого наркотического вещества, его доза, способ и длительность применения. К наиболее значимым факторам риска относятся использование общих игл и шприцев, кустарное изготовление наркотиков с добавлением инфицированной крови, использование общей посуды, продажа зараженных наркотических растворов в шприцах и др.

Необходимо обратить внимание на высокий риск инфицирования при эпизодическом внутривенном введении наркотиков. Это связано с тем, оно, как правило, происходит в группе, когда инъекции делаются не самостоятельно и обычно не контролируется стерильность раствора, шприца и иглы. В результате происходит заражение «неопытных», случайных лиц и увеличивается его риск для лиц молодого возраста, вовлекаемых в наркотизацию, или подростков, находящихся на стадии поискового наркотического поведения (Н.А.Должанская, Т.С.Бузина, С.А.Андреев и др., 1997; И.С.Лозовская, Н.А.Должанская, 1999).

#### Сексуальный риск

При употреблении ПАВ происходит активизация полового пути передачи парентеральных инфекций, прежде всего из-за потери контроля над сексуальным поведением, которое изменяется по мере развития заболевания.

Наркотическое одурманивание при приеме гашиша и стимуляторов, как правило, сопровождается повышением либидо и потенции. Несмотря на распространенную точку зрения о снижении полового влечения и потенции при длительном приеме препаратов опийной группы, последние исследования показали наличие среди опийных наркоманов группы так называемого «сексуально-экстатического» типа, характеризующейся сохранением сексуальности даже при большом стаже наркотизации и усилением полового влечения в состоянии абстиненции (С.Г.Копоров, 1994).

Происходят и качественные расстройства сексуальной сферы - такие, как нарушения сексуальной ориентации. В однополых группах наркотизирующихся часто провоцируются гомосексуальные отношения. Для наркоманов характерны и такие сексуальные инверсии, как педофилия (сексуальное влечение к детям), особенно при злоупотреблении стимуляторами. Очень быстро становятся обычными промискуитет и групповой секс в наркоманической "семье", что также значительно повышает вероятность ВИЧ-инфицирования.

Установленный последними исследованиями высокий уровень распространенности у потребителей наркотиков вирусов гепатитов В и С в сочетании с ВИЧ-инфекцией обусловлен аналогичными путями передачи. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции половым путем составляет 10-15%, вирусного гепатита В - 30%, вирусного гепатита С - около 5%.

Употребление алкоголя также связано с угрозой распространения парентеральных инфекций. Под его влиянием утрачивается разборчивость в выборе партнера, критичность к использованию средств предохранения. Нередко алкоголь используется как средство для облегчения вступления в половые отношения.

Длительное злоупотребление алкоголем сочетается с частой сменой партнеров (промискуитетом), проституцией и чревато высоким риском заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) (В.П.Адашкевич, 1999).

#### **Вертикальный риск (от матери к плоду)**

Третий широко распространенный путь передачи парентеральных инфекций - "вертикальный", или от инфицированной матери к плоду, тоже чаще всего встречается у женщин, употребляющих ПАВ, и является серьезной медико-социальной проблемой.

По данным разных авторов, частота передачи ВИЧ от инфицированной матери к плоду при первой беременности колеблется в пределах от 7% до 42%; при последующих беременностях этот риск возрастает до 50-60%. Случаи трансплацентарного заражения доказываются обнаружением у плода ВИЧ уже на 8-12 неделях беременности.

Для женщин актуальны все пути распространения ВИЧ-инфекции, однако, необходимо отметить существование ряда факторов, повышающих для них риск ВИЧ-инфицирования. Это, прежде всего, *биологические, анатомо-физиологические и возрастные особенности*, определяющие высокую подверженность женского организма заражению, а также протекающие бессимптомно ИППП.

Значительно увеличивают риск распространения парентеральных инфекций среди женщин и *поведенческие факторы*, к которым относятся: традиционно сложившиеся стереотипы половых ролей; сексуальное поведение с высоким риском инфицирования; невозможность контролировать сексуальное поведение партнера и др.

Существенная роль в процессе распространения парентеральных инфекций среди женщин принадлежит и *социальным факторам* - таким, как: экономическая зависимость; социальное неравенство; особенности организации медицинского обслуживания; высокий риск насилия; приобщение к сексу, непосредственно связанное с приемом ПАВ; проституция и торговля сексом для приобретения наркотиков.

Установлено, что женщины чаще, чем мужчины, вовлекались в наркотизацию под давлением партнера, употребляли более широкий спектр ПАВ, в более высоком проценте случаев использовали парентеральный способ введения наркотиков и переходили от единичных проб к систематической наркотизации в более раннем возрасте.

Женщины чаще, чем мужчины, сочетали алкоголь с другими ПАВ; при этом была установлена корреляция между распространенностью ИППП и употреблением женщинами наркотиков и алкоголя.

Женщины, употреблявшие ПАВ, значительно чаще болели вирусными гепатитами - 22%, по сравнению с теми, кто их не употреблял, - 2%. При этом возростал риск заражения ВИЧ не только через инъекции, но и из-за беспорядочных половых связей без предохранения (К.К.Борисенко, 1996; Н.А.Должанская, Т.С.Бузина, С.А.Андреев и др., 2000; Г.А.Заболотная, О.Е.Попова, Н.А.Топчиев и др., 2001).

Эти факты свидетельствуют о том, что женщины, употребляющие ПАВ, являются группой повышенного риска заражения и передачи парентеральных инфекций и других ИППП в силу многообразных биологических, социальных и поведенческих факторов.

#### ***Поведенческая природа риска инфицирования потребителей ПАВ***

Изучение факторов, способствующих инфицированию, выявило существование так называемого "рискованного" поведения, способствующего реализации основных путей передачи возбудителей парентеральных инфекций - через кровь, половые контакты и от матери к плоду. Однако для потребителей наркотиков характерно особое рискованное поведение, проявляющееся не только в отношении этих заболеваний (M.Zuckerman, 1986).

"Рискованное поведение" является выражением потребности в "острых ощущениях" и может проявляться в различных формах. Общество обладает определенным набором средств и форм отреагирования потребности в острых и необычных переживаниях через определенные виды социально приемлемой деятельности. Это сфера физического риска (спорт, служба в армии и органах правопорядка, экспедиции и т.п.), сфера социального риска (политика, юриспруденция, финансовые операции) и знаково-символическая форма отреагирования (решение

сложных интеллектуальных задач, восприятие сложных произведений искусства, чтение захватывающей литературы, просмотр боевиков и т.п.). Однако, по ряду причин, не каждому субъекту доступны эти социализированные способы реализации потребности в риске. У таких людей эта потребность выражается в различных формах асоциального поведения, в том числе в употреблении наркотиков, в беспорядочной половой жизни, сопровождающейся пренебрежением мерами безопасности и создающей угрозу распространения парентеральных инфекций и ИППП (Т.С.Бузина, 1994).

Наши исследования показали, что способы отреагирования потребности в риске у больных наркоманиями отличаются от социализированных форм рискованного поведения. Их неспособность реализовывать потребность в активности в конкретных видах деятельности приводит к тому, что они оказываются подверженными различным случайным происшествиям.

Многие больные наркоманиями осведомлены о ВИЧ-инфекции, ее природе и последствиях и хорошо понимают, что риск заражения зависит от их сексуального и наркотического поведения. Однако информированность потребителей наркотиков об опасности инфицирования, как правило, не приводит к существенным изменениям в поведении из-за свойственной им склонности к риску (Т.С.Бузина, 1998).

#### **Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением ПАВ**

Профилактика парентеральных инфекций в наркологии осуществляется в соответствии с общей стратегией медицинской профилактики, с учетом: существующего законодательства в здравоохранении; эпидемиологии наркоманий и парентеральных инфекций; социальных, психологических и поведенческих факторов; наличия профилактических вакцин и специальных методов лечения и др.

Основные формы профилактической деятельности подразумевают разработку профилактических программ как для потребителей ПАВ, так и для медицинского персонала ЛПУ наркологического профиля, и определяются характером и особенностями каждой целевой группы (Н.А.Должанская, С.А.Андреев, Т.С.Бузина, 1996).

Профилактические программы для потребителей ПАВ базируются на индивидуальной консультативной работе с привлечением разнообразных адресных просветительских материалов и ориентируются на выработку мотивации к изменению форм рискованного поведения в отношении парентеральных инфекций и потребления ПАВ и отказу от них. Они предполагают дифференцированный подход в зависимости от условий их реализации - в рамках медицинских учреждений, общественных и неправительственных организаций, СПИД-сервисных служб, в местах лишения свободы и др.

В лечебно-профилактических учреждениях наиболее эффективной и адекватной профилактической мерой является до- и послетестовое консультирование (В.В.Беляева, Е.В.Ручкина, 1993; А.А.Давыдова,

Д.Д.Исаев, Н.А.Чайка, 1993; Консультирование потребителей ПАВ..., 2001; Руководство по оказанию консультативной помощи..., 1993). Это связано с тем, что все госпитализируемые в наркологические стационары проходят тест на ВИЧ, который, по существующему в России законодательству, должен обязательно сопровождаться таким консультированием. Основными целями консультирования являются:

- оказание психологической и информационной поддержки пациенту;
- предотвращение распространения ВИЧ-инфекции;
- предотвращение распространения других парентеральных инфекций;
- вовлечение потребителей психоактивных веществ (ПАВ) в лечебные, реабилитационные программы;
- вовлечение потребителей ПАВ в программы снижения вреда;
- вовлечение потребителей ПАВ в социальные программы помощи.

Наиболее приемлемой и эффективной формой консультирования является индивидуальная беседа, которая проводится в два этапа: перед тестированием на ВИЧ и после получения результатов теста.

*Дотестовое консультирование* - это:

- сообщение достоверной информации о ВИЧ (пути передачи, формы рискованного поведения, меры безопасности);
- выявление факторов риска для данного пациента (тип и доза употребляемого ПАВ; способы и ритуалы его введения; частота и типы сексуальных отношений; половые отношения с лицами из групп повышенного риска; количество и постоянство половых партнеров; использование презервативов при сексуальных отношениях и т.д.);
- прогноз индивидуального риска ВИЧ-инфицирования;
- информирование о возможных результатах исследования, их значении и необходимости повторного тестирования через определенное время;
- ориентировка пациента на изменение рискованного поведения (отказ от рискованных форм сексуального поведения без использования презервативов, безопасные формы употребления наркотических средств, отказ от употребления ПАВ).

Очевидно, что идея обсуждения с пациентом методов стерилизации и правил пользования инъекционными инструментами может встретить крайне негативное отношение со стороны врача-нарколога. Ведь конечной целью наркологической помощи является полный отказ больного от приема ПАВ. Но, к сожалению, в реальной практике у больных после окончания лечебного курса чаще можно ожидать лишь более или менее продолжительную ремиссию с последующим возобновлением приема ПАВ. Поэтому во время консультации необходимо подробно обсудить с пациентом безопасные способы употребления ПАВ.

Чтобы снять противоречие между необходимостью ориентировать пациента на полный отказ от употребления ПАВ и обучением навыкам безопасного введения наркотических средств, беседу целесообразно проводить во время сбора анамнеза. Выясняя типы употребляемых веществ, дозы и другое, врач может расспросить больного о способах и



ритуалах употребления, оценить их с точки зрения ВИЧ-инфицирования и разъяснить, каким образом можно избежать его риска (другие способы введения, методы стерилизации инъекционного инструментария, использование только индивидуальных средств для введения и др.).

*Послетестовое консультирование* во многом определяется полученными результатами тестирования. Сообщение любого результата должно быть конфиденциально.

Необходимо учитывать, что получение отрицательного ответа на антитела к ВИЧ не всегда свидетельствует об отсутствии инфекции, так как тестирование может проводиться во время «окна» или в другие периоды, когда антитела не обнаруживаются. Поэтому пациенту следует рекомендовать повторное исследование в течение ближайших 3-6 месяцев. Нужно еще раз обсудить с ним те формы его поведения, которые связаны с риском ВИЧ-инфицирования (инъекционное употребление наркотиков, рискованное сексуальное поведение и др.), и объяснить, что, несмотря на отрицательный результат теста, он может быть инфицирован и поэтому должен соблюдать меры предосторожности для защиты себя и окружающих.

Сообщение о положительном результате теста должно происходить в строго конфиденциальной обстановке. Формулировка сообщения должна быть короткой и нейтральной. Пациенту надо дать время на обдумывание информации и помочь принять ее. Нужно выяснить, правильно ли он понимает смысл результата, и еще раз разъяснить, что означает диагноз ВИЧ-инфекции; однако не стоит обсуждать возможный прогноз заражения и оценивать вероятную продолжительность жизни.

Известие об обнаружении ВИЧ-инфекции воспринимается, обычно, как смертельный приговор, и у больного может развиваться целый комплекс психогенных реакций:

- страх смерти и одиночества;
- боязнь заразить близких;
- чувство утраты стабильности и перспективы;
- тревога из-за возможного разглашения диагноза;
- чувство вины перед теми, кто мог оказаться зараженным;
- суицидальные мысли и действия;
- агрессивность по отношению к возможному источнику заражения и др.

В наркологической практике известие о ВИЧ-позитивности может привести к отказу от лечения. Считая себя обреченным, пациент не видит больше смысла бороться с зависимостью.

Можно выделить три этапа консультирования после получения и предъявления положительного результата:

- консультирование в период эмоционального кризиса;
- консультирование по решению проблем;
- консультирование по принятию решений.

В период эмоционального кризиса, растерянности и беспомощности пациента консультант должен быть способен к сопереживанию и уча-

стию. Он должен правильно реагировать на страхи больного, помогать ему овладеть своими чувствами. При этом нельзя давать пациенту ложные заверения и преуменьшать тяжесть его положения. Нужно признать серьезность проблемы и предложить помощь.

После периода адаптации следует подробнее рассмотреть возникающие перед пациентом проблемы, наметить пути их решения и ориентировать его на ответственное и взвешенное поведение.

Больной должен четко осознать, что дальнейшее течение ВИЧ-инфекции во многом зависит от его поведения и образа жизни. Нужно удерживать больного от отказа от лечения и убедить, что оно существенно увеличивает его шансы продолжительно и эффективно бороться с ВИЧ. Прием наркотических средств должен рассматриваться не как способ «ухода от реальности», а как фактор, усугубляющий развитие ВИЧ-инфекции и способствующий ее более тяжелому течению. Практика показывает, что для некоторых пациентов диагноз ВИЧ-инфекции становится серьезным мотивом отказа от дальнейшей наркотизации и стимулом к лечению обоих заболеваний.

На следующем этапе консультирования необходимо наметить стратегию дальнейшего поведения пациента и сориентировать его на принятие самостоятельного и ответственного решения в отношении своего будущего. Полезно очертить с пациентом круг близких людей, которые могли бы оказать ему поддержку и помощь, а также предложить ему информацию о медицинских, социальных и общественных организациях, помогающих ВИЧ-инфицированным.

Консультирование потребителей ПАВ должны осуществлять специалисты, владеющие приемами психологического консультирования и методами профилактики парентеральных инфекций (R.Brooner, M.Kidorf, V.King et al., 1998).

Профилактика парентеральных инфекций среди потребителей ПАВ, не обращающихся в ЛПУ, реализуется через специальные программы «Снижения вреда» ("Harm Reduction").

К ним, прежде всего, следует отнести широко распространенные и с успехом применяемые в таких странах, как Австралия, Канада, Нидерланды, Новая Зеландия, Швеция, Великобритания и других, программы обмена игл и шприцов и распространения дезинфицирующих средств. В этих программах используются различные формы информирования и просвещения, методики обучения добровольцев и бывших наркоманов, внедрения волонтеров в сообщества, так называемая уличная работа с потребителями ПАВ («outreach work») и др. (В.Зверев, Ю.Саранков, 1999; Centers for Disease..., 1998; Heroin Addiction in Europe, 1997; D.Paone, J.Clark, Q.Shi et al., 1999; R.Robles, H.Colon, T.Matos et al., 1998).

Основной задачей этих программ является сведение к минимуму вреда, наносимого употреблением наркотиков, - риска ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, постинъекционных абсцессов, эндокардитов и др. Исследователи, участвующие в реализации таких программ, считают, что они позволяют устанавливать контакт с теми наркоманами, у ко-

торых до этого отсутствовала мотивация к обращению за помощью, а посещение пунктов обмена игл и шприцев со временем должно способствовать их приобщению к медицинским и социальным услугам (R.Brooner, M.Kidorf, V.King et al., 1998; D.S.Des Jarlais, T.Perlis, S.R.Friedman et al., 1998; R.Heimer, K.Knoshnood, D.Bigg et al., 1998; B.Junge, D.Vlahov, E.Riley et al., 1999).

К методикам, используемым с целью снижения вреда от внутривенного введения наркотиков, следует также отнести и различные виды заместительной терапии (Н.А.Должанская, В.Ф.Егоров, Н.В.Харькова, 1994). Так, D.R.Gibson (1999) с соавторами указывает, что метадонотерапия является эффективным средством снижения риска заражения ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные ПАВ, что было подтверждено подавляющим большинством проведенных исследований в этой области.

Программы обучения персонала наркологических учреждений всех уровней, начиная с администрации и заканчивая младшим медицинским персоналом, предусматривают систематические занятия, опирающиеся на современные представления о парентеральных инфекциях и последние достижения в области их профилактики. Программы ориентированы на подготовку персонала для работы в условиях повышенного риска инфицирования и вооружают медицинских работников методиками оказания консультативной помощи пациентам и способами самозащиты и предотвращения возможного распространения внутрибольничной инфекции (О.П.Сараджева, Н.А.Должанская, Н.В.Харькова, 1994; Подготовка среднего медицинского персонала, 1999).

Необходимо учитывать, что медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений относится к контингенту повышенного риска заражения вирусными парентеральными гепатитами и ВИЧ-инфекцией.

Работа медицинского персонала наркологических учреждений (подразделений) должна строиться с учетом того, что **любой** пациент может быть заражен ВИЧ-инфекцией (а также ВГВ и ВГС), хотя сам факт заражения не всегда удается подтвердить методами лабораторной диагностики. Поэтому основополагающим следует признать принцип универсальности мер профилактики, подразумевающий отношение к каждому больному как к потенциальному источнику этих инфекций, что требует соответствующего обращения с ним и с его биологическими жидкостями независимо от конкретного диагноза.

Этим же принципом следует руководствоваться при проведении дезинфекции в случае разбрызгивания крови больного или других биологических жидкостей.

Универсальные меры профилактики предусматривают использование индивидуальных средств защиты и правильное обращение с используемыми острыми (колющими и режущими) медицинскими инструментами. Индивидуальные средства защиты (барьерные методы) должны обязательно применяться при контактах медицинского работника со слизистыми оболочками больного или раневыми поверхностями, а также

при работе на соответствующем оборудовании. Барьерные методы могут быть непосредственными (например, использование защитной одежды в частности, перчаток) и косвенными (использование специального оборудования).

Универсальные меры профилактики должны применяться при работе с кровью, препаратами крови и другими биологическими жидкостями.

Учитывая то обстоятельство, что вирус гепатита В из трех указанных возбудителей является наиболее контагиозным и максимально устойчивым к воздействиям внешней среды, обеспечение противоэпидемических мероприятий, предупреждающих распространение гепатита В, одновременно «перекрывает» и пути передачи ВИЧ-инфекции и гепатита С. Поэтому соблюдение принятых противоэпидемических стандартов для гепатита В в настоящее время является универсальной мерой профилактики парентеральных внутрибольничных инфекций.

В заключение следует подчеркнуть, что парентеральные инфекции и их профилактика стали неотъемлемой составной частью наркологической практики, и врачи-наркологи являются связующим звеном между небольшой частью пациентов, прибегающих к медицинской помощи, и многочисленными потребителями ПАВ, остающимися вне поля зрения специалистов. Их деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов среди пациентов диспансеров и стационаров может опосредованно влиять на значительно большее число людей, в той или иной степени вовлеченных в потребление психоактивных веществ и входящих в группу высокого риска заражения этими инфекциями.

## **Глава 20. Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ**

*В.Д.Москаленко, Т.В.Агибалова*

Диагноз алкоголизма и болезней, развившихся вследствие хронического злоупотребления алкоголем, несложен лишь в резко выраженных случаях. На ранних стадиях заболевания и при мягко выраженных клинических его картинах возникают сложности.

В общемедицинской практике врачи едва ли распознают от 20 до 50% больных алкоголизмом, обратившихся за помощью (M.A.Schuckit, M.Irwin, 1988). Между тем, проведенное в 1997 г. в России сплошное обследование больных, поступивших в терапевтическое отделение городской больницы, показало, что 33% мужчин трудоспособного возраста систематически употребляют алкоголь в опасных для здоровья дозах, а их соматическая патология прямо или косвенно обусловлена хронической алкогольной интоксикацией (П.П.Огурцов, В.П.Нужный, В.С.Моисеев, 1997).

Случаи тяжелого алкоголизма с выраженной социальной деградацией, так называемые «подзаборные» или «бездомные» больные, когда диагностика совершенно ясна, составляют лишь 5% или меньше от всех больных алкоголизмом в любой стране.

Диагноз алкоголизма устанавливают путем сбора информации о клиническом анамнезе, о комбинации симптомов болезни и ее клиническом течении. При этом используют три направления получения информации:

1. Оценка особенностей отклоняющегося от нормы «питейного поведения» с учетом частоты потребления и количества потребляемых спиртных напитков.

2. Оценка вызванных употреблением алкоголя нарушений в соматической, неврологической, психической областях, а также учет его социальных последствий.

3. Оценка характера и степени выраженности зависимости от алкоголя.

Необходимость сбора сведений от больного выдвигает вопрос о надежности сообщаемых им сведений. В специальных исследованиях правдивость информации тестировалась различными путями. Повторное интервьюирование больных и не больных алкоголизмом через различные промежутки времени от первичного интервьюирования - от 6 недель до 12 месяцев - показало, что данные о потреблении алкоголя, об основных связанных с алкоголем жизненных проблемах совпадали с ранее полученными сведениями на уровне 75-98% (M.A.Schuckit, M.Irwin, 1988; T.P.Whitehead, C.A.Clarke, A.G.W.Whitfield, 1978). Совпадение содержания информации от больного и от других лиц составляло 75% (S.S.O'Malley, S.A.Maisto, 1985). Это означает, что по возможности

данные о клиническом анамнезе следует собирать как у самого больного, так и у других информированных о его жизни лиц, а также привлекать уместную документацию.

Предложена прагматическая схема ориентировочного диагноза алкоголизма (M.A.Schuckit, M.Irwin, 1988).

Диагноз алкоголизма предполагается, если человек продолжает употреблять алкоголь в большом количестве, несмотря на одно из нижеследующих обстоятельств: 1) нарушение важных для него взаимоотношений (например, супружеских), связанное с пьянством, по мнению партнера либо, по мнению самого пьющего, или 2) потеря работы из-за пьянства, или 3) два или более привода в милицию, связанных с употреблением алкоголя, или 4) признаки ухудшения соматического здоровья, включая алкогольный абстинентный синдром, алкогольную кардиомиопатию, цирроз печени, периферическую полинейропатию и прочее.

В диагностике алкоголизма не существует полноценной замены тщательному изучению клинического анамнеза и состояния больного. Тем не менее, разрабатываются другие инструменты диагностики, имеющие целью повысить результативность скринирования либо идентифицировать лиц, злоупотребляющих алкоголем, и, возможно, больных алкоголизмом.

#### **Лабораторные тесты, помогающие идентифицировать больных алкоголизмом**

Лабораторные тесты помогают идентифицировать лиц, злоупотребляющих алкоголем, но они не устанавливают диагноз алкоголизм как таковой. Эти тесты используются для повышения точности выявления больных алкоголизмом и применяются в дополнение к клиническим данным.

Для лиц, воздерживающихся от алкоголя, либо малопьющих результаты индивидуальных тестов будут находиться в границах нормы. Они повышаются в различной степени по мере роста тяжести злоупотребления алкоголем. Повышение показателей одних тестов коррелирует непосредственно с потреблением алкоголя и указывает на алкогольную индукцию активности ферментов, а повышение значений других тестов прямо или косвенно отражает токсическое влияние алкоголя на органы и ткани. Взятые вместе, эти тесты оценивают изменения в органах и тканях, включая печень, скелетную мускулатуру, кровь и др.

При выборе диагностических тестов необходимо учитывать их чувствительность и специфичность. Чувствительность - это способность теста правильно идентифицировать больных алкоголизмом, она выражается в процентах. Идеальным был бы тест со 100-процентной чувствительностью. Специфичность - это способность теста исключать ложнопозитивные случаи. Чем выше специфичность, также выражаемая в процентах, тем надежнее тест. Ни один тест не обладает 100-процентными чувствительностью и специфичностью. Учитывается их комбинация. Одновременное использование ряда тестов приводит к желаемому результату, т.е. высокой чувствительности и высокой специфичности "батареи" тестов.

Для диагностики алкоголизма либо злоупотребления алкоголем разработан довольно широкий спектр лабораторных тестов, из которых мож-

но рекомендовать для наркологической практики некоторые. Взятые в совокупности они обеспечивают хорошую аппроксимацию диагноза.

#### **Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)**

Это фермент, вовлеченный в абсорбцию аминокислот из кишечных ворсинок и почечных канальцев. Фермент содержится в различных тканях человека, включая печень, мозг, почки, кровь.

Общепринятым уровнем «нормальных» значений ГГТ в плазме крови считаются уровни, лежащие ниже 30-40 единиц на литр (Е/л). Активность ГГТ в среднем колеблется в границах от 5 до 35 или 48 Е/л. При этом у мужчин активность несколько выше, и составляет по среднеевропейским нормам от 7-10 до 42-48 Е/л, а у женщин - от 5-7 до 35 Е/л (Т.В.Чернобровкина, 1992).

Повышение уровней ГГТ происходит при разнообразных состояниях, например, при беременности, ожирении, и при различных заболеваниях, например, гепатитах, опухолях печени, а также после употребления антидепрессантов, бензодиазепинов, барбитуратов, опиатов и при политоксикоманиях. И все же наиболее распространенным фактором, ассоциированным с повышенным содержанием ГГТ в сыворотке крови, является злоупотребление алкоголем. Более 70% лиц с высоким уровнем ГГТ составляют лица с хронической алкогольной интоксикацией (Н. Kristenson, E. Trell, J. Fex, 1980).

Период полужизни этого фермента составляет примерно от 26 до 30 дней, а возвращение уровня ГГТ к базисному значению наблюдается через 2-4 недели воздержания от алкоголя (H. Orrego, J. E. Black, Y. Israel, 1985). Т.В.Чернобровкина (1992) приводит и более длительные сроки нормализации уровня ГГТ в сыворотке крови после начала воздержания от алкоголя: у некоторых больных она происходит лишь после 80-90 суток воздержания. Период нормализации активности ГГТ после однократного алкогольного эпизода колеблется от 20 до 100 часов.

Среди больных алкоголизмом, продолжающих пить, от 50 до 90% имеют отклоняющиеся от нормы уровни ГГТ. В то же время около 10% здоровых лиц (контрольная группа) также имели повышенные значения активности ГГТ (M. A. Schuckit, M. Irwin, 1988).

Таким образом, измерение активности фермента гамма-глутамилтрансферазы в сыворотке крови может быть использовано в качестве раннего индикатора злоупотребления алкоголем и для выявления больных алкоголизмом.

#### **Средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ)**

СКОЭ является показателем размера эритроцита. Отклонения от нормы указывают на изменения в зрелости эритроцитов и на деформацию эритропоэза (S. L. Rapaport, 1971).

Повторяющееся, систематическое злоупотребление алкоголем может воздействовать на зрелость, количество и размеры эритроцитов, что приводит к повышению СКОЭ. Дефицит фолиевой кислоты и витамина В12 вносит свой вклад в изменения эритроцитов, алкоголь же оказывает пря-

мой токсический эффект, и повышенные значения СКОЭ не исчезают при восполнении витаминов до тех пор, пока больной алкоголизмом не прекратит употребление алкоголя (J.Lindenbaum, C.S.Leiber, 1969).

Повышенные значения СКОЭ коррелируют с частотой и количеством потребляемого алкоголя - с коэффициентами корреляции 0,34 и 0,44 соответственно (M.Irwin, S.Baird, T.Smith et al., 1988; T.P.Whitehead, C.A.Clarke, A.G.W. Whitfield, 1978), что, возможно, отражает 120-дневный период полужизни эритроцита (S.L.Rapaport, 1971).

Отклонения от нормы размеров эритроцитов не возникают вслед за недавним (в течение последнего месяца) алкогольным эксцессом. Требуется пролонгированное злоупотребление алкоголем в дозе не менее 60 г чистого алкоголя в день, чтобы в результате СКОЭ повысился сверх нормального уровня от 80 до 90 и<sup>3</sup>.

Значения СКОЭ свыше 98 и<sup>3</sup> у мужчин и 100 ц<sup>3</sup> у женщин считаются отклонениями от нормы и указывают на злоупотребление алкоголем как у больных алкоголизмом, так и у лиц, много пьющих. Сообщалось о 45% чувствительности теста СКОЭ при обследовании гетерогенных групп: но чувствительность теста повышалась до 90%, когда сравнивали стационарных больных алкоголизмом с контрольной группой, составленной из представителей общей популяции (P.Cushman, G.Jacobson, J.J.Barboriak et al., 1984; H.A.Skinner, S.Holt, R.Schuller et al., 1984).

Если принимать во внимание любые группы обследованных, то чувствительность теста составит по меньшей мере 50%.

Специфичность повышенных значений СКОЭ также довольно высокая, так как непьющие люди или пьющие в социально приемлемых нормах редко обнаруживают высокие значения СКОЭ. Сообщали о 90% специфичности при идентификации больных алкоголизмом в сравнении с пьющими в социально приемлемых нормах (H.A.Skinner, S.Holt, R.Schuller et al., 1984).

Таким образом, комбинация высокой чувствительности и высокой специфичности теста СКОЭ позволяет идентифицировать больных алкоголизмом с 96% вероятностью. Это означает, что лица с повышенным СКОЭ в 96 случаях из 100 окажутся больными алкоголизмом.

**Добавочные тесты функции печени.** Для идентификации лиц, злоупотребляющих алкоголем, но еще не имеющих явных признаков алкогольного поражения внутренних органов, в том числе и печени, был предложен целый ряд лабораторных тестов, среди которых важное место занимает исследование энзимных показателей сыворотки крови.

**Аспартатаминотрансфераза (АСТ).** Содержание этого фермента часто оказывается повышенным в плазме лиц, которые имеют относительно мягкие и часто обратимые поражения печени, например, алкогольный жировой гепатоз. Повышение содержания АСТ может наблюдаться при ряде соматических заболеваний неалкогольного генеза - гепатиты, заболевания сердца, недавняя травма скелетной мускулатуры. Тем не менее, клинические исследования показали, что АСТ может быть умеренно чувствительным и специфическим тестом злоупотреб-



ления алкоголем. По данным Т.В.Чернобровкиной (1992), значение АСТ при норме 40 Е/л в группе лиц с клинически установленным бытовым пьянством в среднем составило  $62,3 \pm 15,29$  Е/л, у больных с 1 стадией алкоголизма -  $46,3 \pm 2,18$  Е/л, у больных со 2 стадией алкоголизма -  $68,1 \pm 9,08$  Е/л и у больных с 3 стадией алкоголизма -  $92,6 \pm 14,54$  Е/л. Повышение АСТ выше нормы отмечали и зарубежные авторы. У амбулаторных больных алкоголизмом повышение АСТ выявлено было только у 28% из изученных 543 больных алкоголизмом (Р.Cushman, G.Jacobson, J.J.Barboriak et al., 1984).

У больных хроническим алкоголизмом доля лиц повышенным содержанием АСТ достигала 56% (E.Nemesansky, S.B.Rosalki, A.Y.Foo, 1981).

В целом специфичность повышенного содержания АСТ расценивают примерно в 80%.

Целый ряд других сывороточных тестов указывают на вероятное поражение печени под влиянием злоупотребления алкоголя. Об избирательном гепатотропном действии алкоголя в организме злоупотребляющего можно думать при сопоставлении гиперферментемии АСТ с активностью других сывороточных ферментов «печеночного профиля»: щелочной фосфатазы (ЩФ), лейцинамино-пептидазы (ЛАП), холинэс-

Таблица 1  
Лабораторные тесты, полезные для идентификации лиц, злоупотребляющих алкоголем

| Тест   | Норма                     | Чувствительность (%) | Специфичность (%) | Примечания  |
|--|---------------------------|----------------------|-------------------|---|
| 1. ПТ  | <40ед/л                   | 80                   | 80                | При употреблении 5 условных доз и более часто является единственным повышенным тестом                           |
| 2. СКОЭ  | <90±7р <sup>1</sup>       | 50                   | 90                | Неприменим для мониторинга абстиненции  |
| 3. добавочные тесты печеночной функции:<br>Аспартаттрансаминаза<br>Алкалинофосфатаза | 10-40 ед/мл<br>21 –90 и/л | 40<br>60             | 80<br>50          | Повышение отражает поражение печени и не обязательно коррелирует с потреблением алкоголя                        |
| 4. ЛХВП  | <30ng/dl                  | 60                   | 75                | Повышается через 2 недели злоупотребления и снижается с такой же скоростью                                      |
| 5. Мочевая кислота   | 2-8 мг/dl                 | <50                  | 50                | Многие факторы могут влиять на уровень мочевой кислоты, применение теста полезно в комбинации с другими тестами |

**Сокращения:** ГГТ- гамма-глутамил-трансфераза; СКОЭ - средний корпускулярный объем эритроцитов; ЛХВП - липопротеины холестерина высокой плотности; и/л - единиц/литр

теразы (ХЭ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Содружественная реакция этих ферментов сыворотки крови подтверждает наличие алкогольного поражения печени и указывает на степень его тяжести (Т.В.Чернобровкина, 1992). Однако использование этих тестов как единственных маркеров злоупотребления алкоголем не обеспечивает высокую чувствительность и специфичность исследования.

Известны не менее 35 лабораторных тестов исследования крови для выявления лиц с подозрением на алкоголизм. Если необходимо ограничиться наименьшим количеством тестов, то можно рекомендовать комбинацию двух из них - ГГТ и СКОЭ. Двумя этими тестами были правильно идентифицированы 91% больных алкоголизмом в общей популяции лиц, обратившихся за медицинской помощью (V.Chick, N.Kreitman, M.Plant, 1981). Комбинация тестов ГГТ и АСТ способна правильно идентифицировать 100% злоупотребляющих алкоголем и 90% лиц, полностью воздерживающихся от алкоголя (M.A.Schuckit, M.Irwin, 1988).

**Углевод-дефицитный трансферрин.** Сравнительно недавно предложен тест - определение уровня углевод-дефицитного трансферрина (УДТ) в сыворотке крови. Повышение уровня УДТ может свидетельствовать о злоупотреблении алкоголем. Человеческий трансферрин присутствует в высоких концентрациях в сыворотке крови и в небольших количествах в спинномозговой и амниотической жидкостях. В основном он синтезируется в печени. Биологическое время полужизни сывороточного трансферрина 6-12 дней.

Регулярный прием больших доз алкоголя приводит к появлению изоформ трансферрина, дефицитных по углеводному компоненту и отличающихся по своим характеристикам от нормального сывороточного трансферрина. Ежедневный прием алкоголя в дозе, превышающей 60 г этанола в течение по меньшей мере 1 недели, сопровождается заметным повышением уровня УДТ в сыворотке крови. По оценкам разных авторов, чувствительность теста УДТ колеблется от 80 до 90%, а специфичность - от 90 до 100% (Н.Н.Иванец, Л.Ф.Панченко, И.Р.Андерсен и др., 1994).

Было показано, что средний показатель уровня сывороточного УДТ в группе здоровых добровольцев мужчин составил  $17,4 \pm 1,3$  ед/л, в группе здоровых женщин -  $22,2 \pm 0,8$  ед/л, а средний показатель в группе больных алкоголизмом при поступлении на стационарное лечение составил  $38,6 \pm 3,8$  ед/л. Эти данные свидетельствуют о значительном повышении уровня УДТ у больных алкоголизмом. При повторном обследовании через 9-12 дней после поступления в стационар у больных алкоголизмом отмечено значимое снижение УДТ крови, которое, однако, не достигло контрольных значений у 80% больных и составило в среднем  $28,7 \pm 2,1$  ед/л (Н.Н.Иванец, Л.Ф.Панченко, И.Р.Андерсен и др., 1994).

На основании результатов определения УДТ, полученных в России и в ряде других стран, авторы рекомендуют использовать тест УДТ для определения наличия злоупотребления алкоголем, для диагностики абстинентного алкогольного синдрома, при наблюдении за больными алкоголизмом в процессе лечения и для контроля качества ремиссии. Ут-

верждается, что метод УДТ обладает большей чувствительностью и специфичностью, чем до недавнего времени считавшийся лучшим тест определения активности гамма-глутамилтранспептидазы. Однако этот метод имеет меньшую чувствительность у женщин (находится на уровне общепринятых методов) и у лиц, недавно начавших злоупотреблять алкоголем.

#### **Лабораторные тесты, применяемые для диагностики употребления наркотиков и наркоманий**

Наркотическая интоксикация либо факт употребления наркотиков могут быть объективизированы путем обнаружения в биологических жидкостях (кровь, моча, слюна) либо в ткани трупа наркотических веществ или их метаболитов. Однако время, прошедшее с момента поступления препарата в организм до отбора пробы, лимитировано 1-3 днями.

Период обнаружения психоактивных веществ и их метаболитов в моче колеблется от 6-8 часов до нескольких дней.

Токсикологическая экспертиза биологических жидкостей дает информацию лишь об однократном факте употребления наркотика. Обнаружение в конкретной пробе мочи наркотика в низкой концентрации служит доказательством попадания его в организм человека. Однако, является ли такая низкая концентрация следствием однократного употребления малой дозы препарата или она обусловлена большим сроком, прошедшим после его интенсивного приема, решить трудно. Поэтому разрабатываются все новые и новые методы лабораторной диагностики употребления наркотиков и наркоманий.

**Быстрый одномоментный стрип-тест для обнаружения морфина и его производных в моче.** Этот тест предназначен для быстрого и качественного выявления морфина и его производных в человеческой моче в пределах 300 нг/мл. Тест представляет собой иммунохроматографическое устройство, в котором искомые вещества, находящиеся в образце мочи, конкурируют с веществами, находящимися на мембране стрип-полоски. Они вступают в реакцию со специфическими антителами, связанными с частицами коллоидного золота, образуя комплекс антиген-антитело. Результаты теста считываются визуально. Отрицательный результат анализа: выявление двух розовых полосок. Это указывает либо на отсутствие морфина и его производных в исследуемом образце, либо на то, что их концентрация ниже порогового значения - 300 нг/мл.

Положительный результат: выявление одной розовой полосы в контрольной зоне указывает на то, что в исследуемом образце мочи концентрация морфина и его производных превышает пороговое значение (300 нг/мл).

**Тест для иммунологического полуколичественного определения метаболитов каннабиса (марижуаны) в моче.** Принцип теста: иммунологическое определение производных каннабиса (марижуаны). При погружении тест-полоски в образец абсорбируется необходимый для

Таблица 2

**Примерная продолжительность возможности обнаружения  
психоактивных веществ и их метаболитов в моче  
(на основании принятых лабораторных граничных значений)  
(Wolf R., Farrell M., Marsden J. et al., 1999)**

| Вещество  | Продолжительность обнаружения |
|---|-------------------------------|
| <b>СТИМУЛЯТОРЫ</b>                                      |                               |
| Амфетамины  | 2-3 дня                       |
| МДМА (экстази)  | 30-48 часов                   |
| Метамфетамины   | 48 часов                      |
| Кокаин  | 6-8 часов                     |
| Метаболиты кокаина                                      | 2-3 дня                       |
| <b>БАРБИТУРАТЫ</b>                                      |                               |
| Краткосрочного действия<br>(циклобарбитон)              | 24 часа                       |
| Среднесрочного действия<br>(пентобарбитон)              | 48-72 часа                    |
| Долгосрочного действия<br>(фенобарбитон)                | 16 и более дней               |
| <b>БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ</b>                                   |                               |
| Краткосрочного действия<br>(темазепам, хлордiazепоксид) | 24 часа                       |
| Среднесрочного действия<br>(триазолам)                  | 40-80 часов                   |
| Долгосрочного действия<br>(дiazепам, нитразепам)        | 7 и более дней                |
| <b>ОПИАТЫ</b>   |                               |
| Метадон   | 7-9 дней                      |
| Кодеин/морфин   | 24 часа                       |
| 6-моноацет-морфин                                       | 2-4 часа                      |
| Морфин глюкоронид                                       | 48 часов                      |
| Кодеин глюкоронид                                       | 3 дня                         |
| Пропоксифен/норпропксифен                               | 6-48 часов                    |
| Дигидрокодеин   | 24 часа                       |
| Бупренорфин   | 48-56 часов                   |
| Бупренорфин конъюгат                                    | 7 дней                        |
| <b>КАННАБИНОИДЫ (марижуана)</b>                         |                               |
| Единственное употребление                               | 3 дня                         |
| Умеренное употребление                                  | 4 дня                         |
| Тяжелое употребление(ежедневно)                         | 10 дней                       |
| Хроническое тяжелое употребление                        | до 36 дней                    |
| <b>ДРУГИЕ</b>   |                               |
| Метаквалон  | 7 и более дней                |
| Фенциклидин   | 8 дней                        |
| ЛСД   | 24 часа                       |

проведения хроматографии объем мочи. Моча проходит через зону, содержащую растворимый конъюгат антитела-золото, специфично реагирующий с производными каннабиса, особенно с тетрагидроканнабиноловой карбоновой кислотой. Излишек конъюгата удерживается в зоне захвата иммобилизованным тетрагидроканнабинолом (ТГК), в результате только конъюгат производных каннабиса, соединенных с золотом, достигает зоны детекции, в которой происходит цветовая реакция с образованием цветового окрашивания зоны считывания от кремового до красного цвета. Интенсивность окрашивания зависит от концентрации производных каннабиса в моче. Другие наркотические вещества не вызывают окрашивания.

Специфичность теста: присутствие следующих веществ в соответствующих концентрациях в образце приводит к положительному результату:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 11 -Нор-й9 ТГК карбоновая кислота | 50 нг/мл                               |
| 11 -Нор-й8 ТГК карбоновая кислота | 50 нг/мл                               |
| 11 -Гидрокси-Л9 ТГК               | 500 нг/мл                              |
| Д-8ТГК                            | 700 нг/мл                              |
| Д-9ТГК                            | 1000 нг/мл                             |
| Каннабинол                        | 1000 нг/мл                             |
| Каннабидиол                       | до 5000 нг/мл - реакция отрицательная. |

**Тест для иммунологического полуколичественного определения кокаина в моче.** Принцип теста: иммунологическое определение кокаина: при погружении тест-полоски в образец абсорбируется необходимый для проведения хроматографии объем мочи. Моча проходит через зону, содержащую растворимый конъюгат антитела-золото, специфично реагирующий с кокаином, особенно с его метаболитом - бензоиллеггомином. Излишек конъюгата удерживается в зоне захвата иммобилизованным бензоиллеггомином: в результате только конъюгат производных кокаина, соединенных с золотом, достигает зоны детекции, в которой происходит цветовая реакция с образованием цветового окрашивания зоны считывания от кремового до красного цвета. Интенсивность окрашивания зависит от концентрации производных кокаина в моче. Другие наркотические вещества не вызывают окрашивания.

Специфичность теста: присутствие следующих веществ в соответствующих концентрациях в образце приводит к положительному результату:

|                        |  |
|------------------------|--|
| Бензоиллеггонин        | 300 нг/мл                                |
| Кокаин                 | 100 нг/мл                                |
| Метиловый эфир жгонина | до 5000 нг/мл - результат отрицательный. |
| Экгонин                | до 5000 нг/мл - результат отрицательный. |

**Диагностика хронической опийной интоксикации по выявлению в крови антител к морфину.** В 1990-х годах исследователям удалось обнаружить антитела к морфину в сыворотке крови людей. На основе этого явления в НИИ наркологии МЗ РФ разработан иммунологический метод диагностики интоксикации наркотиками опийной группы (Н.Б.Га-

малея, 1994). Для оценки диагностической значимости теста проведено сравнительное определение уровня антител к морфину в сыворотках здоровых доноров и больных различными наркоманиями. Наиболее высокие уровни антител отмечены в группе больных опийной наркоманией. Если частота положительных реакций в группе здоровых была  $4,5 \pm 3,1\%$ , то у больных опийной наркоманией она достигала  $49,3 \pm 5,8\%$ .

Н.Б.Гамалея приходит к выводу, что предлагаемый ею способ диагностики опийной интоксикации хотя и не может иметь экспертного значения, поскольку клинически подтвержденные диагнозы опийной наркомании составляют 50-75%, но может быть полезным для клиницистов в следующих случаях:

1. При подозрении на длительное злоупотребление наркотическими препаратами опийной группы;
2. Для проведения контроля качества ремиссии у больных опийной наркоманией;
3. При организации скрининга для выявления случаев скрытой наркомании;
4. Для выявления таких серьезных осложнений хронической опийной интоксикации, как иммунодефицит по Т-клеточному типу.

Для обнаружения антител к морфину в сыворотке крови людей в НИИ наркологии МЗ РФ разработан набор реактивов «Морфоскрин», предназначенный для качественного или полуколичественного определения антител методом иммуноферментного анализа с визуальным учетом реакции.

**Метод обнаружения морфина и кодеина в волосах и ногтях наркоманов.** Исследование волос на наркотики является быстро развивающимся направлением. Преимущества анализа волос перед анализом биожидкостей на присутствие наркотиков: возможность обнаруживать употребление наркотиков в организме человека спустя недели и месяцы после прекращения их приема; возможность проследить во времени «историю» поступления наркотика в организм; возможность выявления различных концентраций; простота отбора и хранения проб. Ногти как объект исследования в этом плане менее изучены.

Е.А.Симонов, Б.Н.Изотов (1993) разработали методику обнаружения морфина и кодеина в пробах волос и ногтей больных наркоманией. Авторы сделали вывод, что указанные объекты исследования являются весьма перспективными для наркологии и судебной токсикологии. Их данные показывают, что кодеин можно обнаружить после однократного приема дозы 50 мг спустя неделю в волосах и через 2-3 недели - в ногтях. При этом в моче он перестает определяться на 3 день. Содержание морфина в ногтях равно либо превышает уровень его в волосах. В основе данной методики лежит метод хромато-масс-спектрометрии.

## Глава 21. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения

*А.Г.Зеренин, Н.В.Стрелец*

Обеспечение безопасности на современном высокотехнологичном производстве при управлении техническими средствами повышенной опасности, а также при управлении транспортными средствами требует строгого ограничения в употреблении работником психоактивных веществ. Это требование нашло отражение в законодательстве многих стран. Реализация законов осуществляется путем проведения в установленном законом порядке медицинского освидетельствования работников производств и участников дорожного движения.

В западных странах употребление алкоголя водителями транспортных средств регламентируется предельным уровнем концентрации алкоголя в крови. Этот уровень обычно выражается в массе на единицу объема, например, миллиграмм на 100 миллилитров (мг/100 мл), миллиграмм на литр (мг/л). Концентрация в 8 частей на тысячу выражена в юридической терминологии США как 0,08%, в Скандинавии - как 0,8 промилле, в Канаде и ряде других стран - как 80 мг/100 мл.

Предельные уровни концентрации алкоголя в крови, ограничивающие его потребление водителями транспортных средств, в разных странах определяются законодательством с учетом социальных последствий пьянства за рулем, национальных традиций и ряда других факторов. Они представлены в **табл. 1**.

Кроме того, в некоторых странах отдельным категориям водителей и, в первую очередь, водителям, работающим по найму, совсем запрещается употреблять спиртные напитки.

В последние годы в подходах к контролю трезвости водителей за рубежом отмечаются две тенденции. Первая - снижение уровней предельных концентраций алкоголя в крови. Так, во Франции предельная концентрация снижена с 0,8 до 0,5 промилле, в Швеции - с 0,5 до 0,2 про-

Таблица 1

**Уровень концентрации алкоголя в крови водителей транспортных средств, запрещенный законами ряда стран, в промилле (1)**

| <b>Страна</b> | <b>Предел</b> | <b>Страна</b> | <b>Предел</b> | <b>Страна</b>  | <b>Предел</b> |
|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| Австрия       | 0,8           | Финляндия     | 0,5           | Швеция         | 0,2           |
| Бельгия       | 0,5           | Франция       | 0,5           | Великобритания | 0,8           |
| Дания         | 0,8           | Италия        | 0,8           | США            | 1,0           |
| Германия      | 0,8           | Люксембург    | 0,8           | Япония         | 0,5           |
| Греция        | 0,5           | Нидерланды    | 0,5           |                |               |
| Испания       | 0,8           | Португалия    | 0,5           |                |               |

милле. Подготавливается снижение этого предела с 0,8 до 0,5 промилле в странах Европейского Союза.

Вторая тенденция - переход при определении концентрации алкоголя в организме водителя от исследования крови к исследованию выдыхаемого воздуха. Этому способствовали разработка и широкое внедрение в практику избирательных к алкоголю анализаторов паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, обладающих малой погрешностью, способностью регистрировать протоколы исследования и избегать каких-либо ошибок при пробоотборе.

В связи с последним, во многих странах законодательно введены альтернативные с пределами по крови уровни предельных концентраций алкоголя в выдыхаемом воздухе (**табл. 2**).

В Российской Федерации на сегодняшний день лимит потребления алкоголя водителями транспортных средств не установлен. В законодательных актах используются различные названия состояния, вызванного потреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ.

Наиболее широкий контингент освидетельствуемых (более двух миллионов человек в год) - это водители транспортных средств. Их освидетельствование в настоящее время производится на основании ст. 111, 117, 120, 122, 124, 165, 245 Кодекса РСФСР об административных правонарушениях (КоАП). Подчеркнем, что статья 117 предусматривает санкции за "управление транспортными средствами водителями, находящимися в состоянии опьянения". Закон не разделяет алкогольное или наркотическое опьянение - он предусматривает санкции за пребывание за рулем в состоянии опьянения. Вместе с тем, инструкция и методические рекомендации, прилагаемые к приказу Минздрава СССР № 694 от 08 сентября 1988 года, при вынесении заключения об опьянении требуют указания на конкретное вещество, вызвавшее опьянение, - например, "алкогольное опьянение", "наркотическое опьянение (опийное)".

Следует иметь в виду, что статья 165 предусматривает штрафы и лишение водительских прав на срок от двух до трех лет (для водителей транспортных средств) либо исправительные работы "за уклонение от

Таблица 2

**Пределы концентрации алкоголя в крови и в выдыхаемом воздухе законодательно установленные в отдельных странах**

| Страна         | Алкоголь в крови | Алкоголь в выдыхаемом воздухе |
|----------------|------------------|-------------------------------|
| Швеция         | 0,20 мг/г        | 0,1 мг/л                      |
| Норвегия       | 0,50 мг/г        | 0,25 мг/л                     |
| Голландия      | 0,50 мг/мл       | 220 мкг/л                     |
| Великобритания | 80 мг/100 мл     | 35мкг/100 мл                  |
| США            | 0,10 г/100 мл    | 0,10 г/210 л                  |
| Япония         | 0,50 мг/мл       | 0,25 мг/л                     |
| Австрия        | 0,80 мг/мл       | 0,40 мг/л                     |



прохождения в соответствии с установленным порядком освидетельствования на состояние опьянения".

Помимо водителей транспортных средств, нередко на медицинское освидетельствование направляются работники предприятий, учреждений, организаций в связи с действием статьи 33 п.7 Кодекса законов о труде Российской Федерации. Пункт 7 статьи 33 предусматривает возможность расторжения трудового договора (контракта) по инициативе администрации в случае "появления на работе в нетрезвом состоянии, в состоянии наркотического или токсического опьянения".

Освидетельствование для установления состояния опьянения предусматривает Федеральный Закон "О занятости населения в Российской Федерации" с дополнениями от 17 июля 1999 г. № 175-ФЗ.

Согласно ст. 44 Федерального Закона от 08 января 1998 г. № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" на медицинское освидетельствование может быть направлено лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача.

Медицинское освидетельствование данного лица проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранением учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.

Для направления лица на медицинское освидетельствование, судьи, прокуроры, следователи, органы дознания выносят постановление.

Решение о направлении на медицинское освидетельствование может быть обжаловано в суд или опротестовано прокурором в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Необходимо обратить внимание на две формулировки, которые применяют законодатели: "состояние опьянения" (ст. 245, 117, 165 КОАП) и "нетрезвое состояние" (ст. 161 КОАП, ст. 33 п.7 КЗОТ). В первом случае ("состояние опьянения") сомнений не возникает, так как это состояние хорошо известно, отражено Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), многократно описано в отечественной медицинской литературе (Г.В.Морозов, А.К.Качаев, Г.Я.Лукачер, 1973; Г.В.Морозов, 1983; В.А.Балякин, 1962; Н.Н.Иванец, А.Е.Успенский, 1989; Т.Б.Дмитриева, А.Л.Игонин и др., 2000). Оно характеризуется, в первую очередь, запахом алкоголя изо рта, нарушениями поведения, речи, походки, появлением ништагма и, как правило, сопровождается рядом нарушений со стороны вегетативной сферы и нервно-мышечного аппарата.

"Нетрезвое состояние" - обывательское выражение. Законодатель не разъясняет, что он имеет в виду под этим термином, а в медицинской науке такого термина нет. Однако в ст. 161 законодатель приравнивает нетрезвое состояние к распитию спиртных напитков на производстве (подразумевается - в любых количествах). Это позволяет считать, что обнаружение запаха алкоголя и определение экзогенного алкоголя в

организме человека принятыми для этой цели методами являются подтверждением наличия нетрезвого состояния. Разумеется, и алкогольное опьянение любой степени также должно быть отнесено к нетрезвому состоянию. Иными словами, человек может быть трезв (если он не употреблял спиртного) либо нетрезв (если имеется запах алкоголя и алкоголь определяется в его биологических средах или выдыхаемом воздухе рекомендованными Минздравом методами).

Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения назначается в тех случаях, когда закон предусматривает административную ответственность за потребление алкоголя либо пребывание в состоянии опьянения.

При возбуждении уголовного дела (например, по факту дорожно-транспортного происшествия или уголовно наказуемого правонарушения) и возникновении необходимости в ретроспективной оценке состояния указанная оценка осуществляется в рамках судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы, назначаемой по постановлению следователя, прокурора или по определению суда.

На сегодняшний день основными документами, регламентирующими порядок направления и проведения медицинского освидетельствования граждан, являются:

- приказ Минздрава СССР от 08.09.1988 г. "О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения";
- "Временная инструкция Минздрава СССР от 01.09.1988 г. № 06-14/33-14 "О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения";
- "Инструкция о порядке направления граждан на освидетельствование для установления состояния опьянения и проведения освидетельствования", утвержденная 29.06.1983 г. МВД СССР, Минздравом СССР и Минюстом СССР.

Указанные документы в отдельных своих положениях противоречат действующему законодательству, что порождает многочисленные жалобы граждан. Вместе с тем, в этих документах четко сформулированы требования к процедурам направления на освидетельствование и его проведения. При нарушении этих требований проведение освидетельствования может быть в дальнейшем признано неправомерным.

Освидетельствование производится по направлениям от работников правоохранительных органов (лично) или по письменному направлению от предприятий, учреждений и организаций, т.е. места работы освидетельствуемого, с круглой печатью и подписью должностного лица, а также по письменному заявлению самого освидетельствуемого, если врач сочтет причины обращения за освидетельствованием убедительными.

Освидетельствование производится прошедшими подготовку врачи-психиатрами-наркологами и врачами других специальностей в медицинских учреждениях, определенных для проведения освидетельствования приказом вышестоящих региональных органов здравоохранения.

При проведении лабораторных исследований используются только методики и устройства, рекомендованные Минздравом РФ для применения в целях освидетельствования.

Руководитель учреждения, в котором производится освидетельствование, обеспечивает и контролирует строгое и точное соблюдение методики подготовки и использование приборов, выполнение правил отбора проб, проведения химических реакций на алкоголь, правильное заполнение протоколов освидетельствования и ведение журнала регистрации освидетельствований.

Врач, производящий освидетельствование, составляет протокол медицинского освидетельствования в установленной форме в двух экземплярах. В протоколе подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого, его поведении, эмоциональном фоне, речи, вегето-сосудистых реакциях, состоянии двигательной сферы, жалобы освидетельствуемого, его субъективная оценка своего состояния; отмечается наличие или отсутствие запаха алкоголя, указываются результаты лабораторных исследований.

Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести состояния испытуемого, отказа его от освидетельствования и т.д.), в протоколе медицинского освидетельствования указываются причины, почему не было выполнено то или иное исследование.

Основой медицинского заключения в отношении состояний, связанных с потреблением алкоголя, служат данные всестороннего медицинского освидетельствования. После его завершения производится отбор выдыхаемого воздуха или биологических жидкостей организма для исследования их на наличие алкоголя.

Лабораторные исследования (выдыхаемого воздуха, мочи, слюны) при проведении освидетельствования являются обязательными. Кровь для анализов на алкоголь берется в исключительных случаях и только по медицинским показаниям (например, тяжелые травмы, отравления и т.п.).

Определение алкоголя в выдыхаемом воздухе, слюне или другой биологической среде организма не позволяет окончательно судить о степени опьянения человека. Это связано с неодинаковой реакцией различных людей и непостоянной реакцией отдельного индивида на одни и те же дозы алкоголя, а также с фазой алкогольной интоксикации, в которой находится обследуемый.

Длительность нахождения алкоголя в организме человека обусловлена, в основном, количеством выпитого алкоголя и может быть определена с учетом окисления 7-10 г чистого алкоголя в 1 час. Например, в 100 мл водки содержится около 40 мл чистого алкоголя, т.е. алкоголь может определяться в выдыхаемом воздухе, слюне и крови в течение 4-5 часов с момента употребления напитка. В моче алкоголь может быть определен и позднее, так как в составе мочи он находится в мочевого пузыре неопределенно долгое время вплоть до момента его опорожнения.

Концентрация алкоголя в крови в фазу элиминации при невысоком его содержании (до 1,0-1,5 промилле) снижается примерно на 0,1 - 0,16 промилле в 1 час. При высоких концентрациях алкоголя в крови окислительные процессы активируются, снижение его концентрации в крови происходит быстрее и может достигать, например, 0,27 промилле в час. Окисление и выделение алкоголя повышаются также с ускорением обмена веществ, например, при физической работе, тепловых воздействиях, гипертермии (В.А.Балякин, 1962).

По результатам освидетельствования формулируется заключение, характеризующее состояние освидетельствуемого на момент обследования.

В связи с требованиями законодательных актов предусмотрены следующие формулировки заключений:

- трезв, признаков потребления алкоголя нет;
- установлен факт употребления алкоголя, признаки опьянения не выявлены;
- алкогольное опьянение;
- состояние одурманивания, вызванное наркотическими или другими веществами;
- трезв, имеются нарушения функционального состояния, требующие отстранения от работы с источником повышенной опасности по состоянию здоровья.

Заключение: "трезв, признаков потребления алкоголя нет" выносится при отсутствии запаха алкоголя, отсутствии каких-либо симптомов нарушения функционального состояния испытуемого и отрицательных результатах проб на алкоголь.

При вынесении заключения: "установлен факт употребления алкоголя, признаков опьянения не выявлено" решающими являются положительные результаты исследования на алкоголь выдыхаемого воздуха или биологических жидкостей в сочетании с запахом алкоголя изо рта. Могут наблюдаться и другие отдельные признаки потребления алкоголя. При этом следует учитывать, что формулировка "установлен факт употребления алкоголя, признаков опьянения не выявлено", по сути, обобщает два самостоятельных состояния, каждому из которых присуща своя микросимптоматика. Во-первых, это состояние, когда освидетельствуемый употребил спиртные напитки в небольшом количестве, недостаточном для проявления опьянения, а во-вторых, - когда состояние опьянения, развившееся после употребления значительной дозы алкоголя, уже редуцировалось.

Вынося заключение об установлении факта употребления алкоголя, эксперт должен быть уверен в результатах проведенных им исследований выдыхаемого воздуха или в достоверности других лабораторных данных. При оценке результатов исследований нельзя забывать, что применяемые в экспертной практике проба Рапопорта, индикаторные трубки Мохова-Шинкаренко и трубки "контроль трезвости", электронный индикатор алкоголя ППС-1 и ряд импортных индикаторов неизбирательны к алкоголю и могут давать ложные положительные реакции. В большей мере доказательными являются отрицательные результаты, полу-

чаемые с их помощью. Вероятность ошибок увеличивается при несоблюдении методик отбора проб и проведения исследования. Пробоотбор и исследования необходимо производить строго по методике, изложенной в утвержденных Минздравом методических указаниях.

При применении избирательных по отношению к алкоголю газоанализаторов или использовании газохроматографического метода для анализа биосред достаточно положительных результатов (100 мкг/л и выше) в двух пробах выдыхаемого воздуха или биологических жидкостей (0,2 промилле и выше), взятых с интервалом в 20 минут. Если же применяются химические реакции или неизбирательные к алкоголю электронные индикаторы, то для подтверждения наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе необходимо исследовать его двумя методами и повторить исследование через 20 минут одним из них.

Следует помнить, что применяемые в отечественной наркологической практике индикаторные средства: пробы Рапопорта, индикаторные трубки Мохова-Шинкаренко, "контроль трезвости" - дают положительную реакцию при концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе 0,2-0,3 промилле и выше. Такой же порог индикации алкоголя у электронных индикаторов ППС-1 и АГ-1200.

Поскольку возможность применения избирательных к алкоголю методов имеется далеко не везде, а отдельная полученная другими рутинными методами положительная реакция на алкоголь в выдыхаемом воздухе не может считаться абсолютно доказательной, заключение об установлении факта употребления алкоголя должно основываться на комплексной оценке ряда показателей.

В диапазоне концентраций алкоголя в крови от 0,2-0,3 до 0,8-1,0 промилле, как правило, синдрома опьянения выявить не удается, а определяются лишь отдельные признаки действия алкоголя, например, запах алкоголя изо рта, покраснение склер глаз, горизонтальный нистагм, отдельные нарушения при выполнении координаторных проб и др.

Заключение о выявлении факта употребления алкоголя выносится в тех случаях, когда при осмотре определяются отдельные признаки действия алкоголя (хотя и недостаточные еще вынесения заключения об опьянении) в сочетании с запахом алкоголя или перегара изо рта и выявлением алкоголя в выдыхаемом воздухе не менее чем двумя различными способами - при обязательном повторном проведении одной из проб через 20-30 минут. В тех случаях, когда при осмотре никаких симптомов, кроме запаха алкоголя или перегара изо рта и положительного результата исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь неизбирательными методами, не отмечается, факт потребления алкоголя может быть подтвержден результатами газохроматографического анализа биологических жидкостей, например, мочи или слюны. Забор для исследования последней целесообразно проводить дважды с интервалом в 20 минут, так как в первой порции слюны, так же, как и в выдыхаемом воздухе, может быть обнаружен фиксированный на слизи ротовой полости алкоголь. На слизистую он попадает из пищевых про-

дуктов, спиртосодержащих лекарств и в течение 10-15 минут определяется в выдыхаемом воздухе и в слюне.

Заключение: "алкогольное опьянение" выносится на основании выявления клинического синдрома опьянения и положительных результатов исследования выдыхаемого воздуха или биологических жидкостей на алкоголь. Степень опьянения не указывается, так как такого требования в законодательных актах нет. Тем не менее, врач может столкнуться с наличием у освидетельствуемого алкогольной интоксикации различной тяжести.

При вынесении заключения сложнее всего провести грань между установлением факта употребления алкоголя и выявлением состояния опьянения легкой степени. Наиболее информативными симптомами опьянения легкой степени являются нарушения психической сферы, речи и походки. Часто обследуемые бывают нарочито сдержанными, замкнутыми. При этом их речевая продукция обеднена. Отмечается эмоциональная напряженность. Одни осторожны в высказываниях, обдумывают ответы, стремятся скрыть проявление опьянения. В других случаях обследуемые начинают протестовать против привлечения их к экспертизе, угрожают, провоцируют конфликты. Из эмоциональных реакций, помимо напряженности, демонстративного поведения, могут отмечаться эйфоричность, неустойчивость настроения, раздражительность, апатия, тревожность. Выявляется нечеткость произношения слов при ответах на вопросы и, в особенности, при выполнении тестов со счетом. Легкое опьянение сопровождается пошатыванием при ходьбе, отклонениями в сторону при быстрых поворотах. Выявляются нарушения мимики, мелких движений, удержания вертикальной позы. Наблюдается горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок в сторону. Снижения или исчезновения зрачковых, корнеальных и сухожильных рефлексов при легкой степени опьянения не наблюдается. Они, как правило, отмечаются при более глубокой алкогольной интоксикации. Что касается вегетативно-сосудистых реакций, то они имеют менее доказательное значение. Измененные вегетативные реакции чаще выявляются у трезвых лиц и в этих случаях они в большей мере обусловлены реакцией на обстоятельства, повлекшие освидетельствование, и самим фактом освидетельствования. Проявления эмоциональных и вегето-сосудистых реакций в условиях проведения освидетельствования тем реже, чем выше содержание алкоголя в крови и чем менее критично относится освидетельствуемый к создавшейся ситуации (Э.А.Бабаян, В.В.Посохов, 1980).

Выявлению функциональных расстройств, возникших под влиянием алкогольной интоксикации, может способствовать проведение инструментальных психо-физиологических исследований, оценивающих функции внимания, памяти, зрительного восприятия, координацию движений, зрительно-моторные реакции. Такие результаты неоднократно были получены в лабораторных условиях. Однако в практике экспертизы опьянения проведение психо-физиологических исследований не нашло применения из-за значительных индивидуальных различий исследуемых показателей у трезвых лиц, а также из-за выраженной индивидуальное-

ти реакции на алкоголь (В.А.Балякин, 1962; Э.А.Костандов, Т.Н.Рещикова, 1973; В.П.Шильковский, Д.Л.Буртянский, А.Г.Зеренин, 1990).

Ошибки при вынесении заключения об алкогольном опьянении чаще всего связаны с тем, что врач, проводящий освидетельствование, не дифференцирует признаки употребления алкоголя в небольших количествах, не вызывающих функциональных расстройств, от признаков алкогольного опьянения, характеризующегося перечисленными функциональными расстройствами.

Многие исследователи отмечают, что в экспертной практике клиническая картина алкогольного опьянения выявляется при концентрации алкоголя выше 0,8-1,0 промилле (В.Б.Богуславский и др., 1980; В.И.Прозоровский, И.С.Карандаев, А.Ф.Рубцов, 1967; О.М.Зороастров и др., 1969).

В методических указаниях по диагностике алкогольного опьянения, как действовавших ранее (с 1953 по 1988 гг.), такие настоящее время, отмечено, что в случаях при вынесении заключения лицам, находящимся в бессознательном состоянии, алкогольному опьянению легкой степени соответствует содержание в крови алкоголя от 1,0 до 2,0 промилле.

Как правило, цифры в 0,8-1,0 промилле и выше алкоголя в крови - это определенный порог: такое минимальное содержание алкоголя в крови соответствует выявляемому при освидетельствовании состоянию опьянения.

При средней степени алкогольного опьянения наблюдаются выраженные изменения психической деятельности (неадекватное поведение, нередкие нарушения ориентировки в ситуации, месте, времени, заторможенность, быстрая смена настроения, агрессия, фрагментарность высказываний и др.).

Отмечаются резкий запах алкоголя изо рта, двигательные расстройства (неустойчивость при ходьбе и стоянии, выраженная дизартрия, грубые расстройства координации движений), выявляется снижение брюшных и сухожильных рефлексов, болевой чувствительности.

Для алкогольного опьянения тяжелой степени характерны: тяжелые расстройства психической деятельности (резкая заторможенность, сонливость, малая доступность контакту с окружающими, отрывочные, бессмысленные высказывания); тяжелые нервно-мышечные нарушения (неспособность стоять и выполнять целенаправленные действия, подавление сухожильных и снижение корнеальных рефлексов).

Опьянение тяжелой степени сопровождается выраженными вегетососудистыми расстройствами (бледность кожных покровов и слизистых оболочек, потливость, слюнотечение, хриплое дыхание, пульс частый, артериальное давление понижено), изо рта резкий запах алкоголя.

Развивающееся вслед за выраженной алкогольной интоксикацией астеническое состояние, так же, как и само опьянение, резко снижает трудоспособность, увеличивает риск совершения аварий. Очевидно, что головная боль, тошнота, вегетативная лабильность, тремор конечностей, повышенная утомляемость, сонливость - все эти проявления постинтоксикационного синдрома не могут не влиять на работоспособ-

ность человека. Для этого синдрома характерны не только специфическая клиническая картина, но и ряд биохимических сдвигов, например, метаболический ацидоз, гипогликемия, которые при подробном изучении их особенностей могут стать основой лабораторных приемов выявления данного состояния.

Выявление таких состояний является медицинским показанием для отстранения освидетельствуемого лица от деятельности, связанной с источником повышенной опасности по состоянию здоровья.

Показанием к отстранению от работы с источником повышенной опасности служит также выявление симптомокомплексов острых или обострения хронических заболеваний, переутомления или других выраженных нарушений функционального состояния, сопровождающихся снижением работоспособности и повышением риска возникновения несчастных случаев.

О нарушениях функционального состояния могут свидетельствовать:

- изменения в психической сфере (нарушения восприятия, сознания, ориентировки, мышления, выраженные эмоционально-волевые нарушения, сонливость);

- вегето-сосудистые нарушения (повышение температура тела, одышка, выраженная тахикардия или брадикардия, появление нарушений ритма сердца, несвойственное для освидетельствуемого выраженное повышение или снижение артериального давления, выраженный тремор век, языка, конечностей);

- нервно-мышечные расстройства (нарушения походки, неустойчивость в позе Ромберга, ошибки при выполнении координаторных проб, заторможенность реакций, появление нистагма, жалобы на головокружение, резкую головную боль).

Во всех этих случаях целесообразно отстранение освидетельствуемого от работы с источниками повышенной опасности и направление его в лечебно-профилактическое учреждение.

Состояние опьянения не всегда связано с употреблением алкоголя. В ряде случаев на освидетельствование доставляются лица в состоянии опьянения (одурманивания), вызванного наркотическими или иными веществами.

Следует иметь в виду и возможность сочетания приема алкоголя с другими психотропными средствами, например, снотворными, седативными, транквилизаторами и др. При этом картина опьянения обычно отличается по своим проявлениям от картины "чистого" алкогольного опьянения, а выраженность ее не соответствует, как правило, низкой концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе или биологических жидкостях.

Выявив характерные клинические признаки опьянения, и, определяя далее характер опьянения, врач, проводящий освидетельствование, должен стремиться получить доказательства, подтверждающие связь наблюдаемого клинического синдрома с употреблением конкретных веществ соответствующих групп. В заключении обязательно указывается установленное вещество и методы, которыми оно определено.



Такое заключение необходимо в случаях, когда, наряду с наличием клинических симптомов опьянения при отсутствии запаха алкоголя и отрицательных химических пробах на алкоголь, результаты химико-токсикологического исследования подтверждают употребление освидетельствуемого вещества или веществ, оказывающих одурманивающее действие. В зависимости от того, включено это вещество в список наркотических средств или не включено, выносится заключение о наркотическом опьянении либо об опьянении, связанном с употреблением одурманивающих веществ, вызывающих токсикоманию.

Большое значение при вынесении заключения об установлении факта употребления наркотического вещества или о состоянии наркотического опьянения имеют особенности клинической картины опьянения. Знание клинических признаков, появляющихся в связи с употреблением различных психоактивных веществ (ПАВ), наряду со сведениями, поступающими от лиц, сопровождающих освидетельствуемого, помогают целенаправленному выявлению одурманивающего вещества при направлении биологических сред на анализ.

Психоактивные вещества действуют практически на все органы и системы, но наиболее значимыми в диагностическом плане являются симптомы, отражающие воздействие ПАВ на центральную нервную систему (ЦНС). Употребление ПАВ приводит к различным нарушениям сознания, познавательной способности, восприятия, суждения, эмоционального состояния, поведения, других психофизиологических функций и реакций. Характер и степень интоксикации, прежде всего, зависят от типа и дозы ПАВ, индивидуального уровня толерантности, поэтому внешние клинические признаки интоксикации обычно более выражены у начинающих потребителей (низкая толерантность) или при передозировке. У высоко-толерантных больных наркоманиями и токсикоманиями состояние привычной интоксикации не имеет явных внешних клинических признаков (исключение составляют потребители ПАВ, интоксикация которыми сопровождается психическими расстройствами, - галлюциногены, кетамин, вещества с холинолитическим действием (паркопан), летучие органические соединения (ЛОС) и др.). В таких случаях о возможном факте употребления ПАВ можно заподозрить по следующим косвенным признакам: внешний вид либо ультрамодный в молодежной среде, либо неряшливый и запущенный; следы от внутривенных инъекций по ходу поверхностных вен, изменение самих вен (склерозирование, прокрашивание, следы от нагноительных процессов по ходу вен), следы от внутримышечных инъекций в необычных местах (плечи, передняя поверхность бедер и т.д.); признаки хронической интоксикации (дефицит веса, бледно-серые кожные покровы, тусклые и ломкие волосы, ногти в виде "часовых стекол", "запавшие" глаза, гнойничковая сыпь на коже лица, спины и т.д.); использование наркоманического сленга; резкий химический запах ПАВ или ингредиентов, используемых для его приготовления.

Кроме перечисленных выше неспецифических признаков употребления ПАВ, существуют признаки специфические, характерные для состо-

яний интоксикации веществами с определенной химической структурой (А.Г.Зеренин, 1990; Е.И.Цымбал, 1992; И.Н.Пятницкая, 1994; М.Г.Цвтлин, М.Л.Рохлина, Н.В.Стрелец, 1999; А.Г.Зеренин, Н.В.Стрелец и др., 2001).

**Внешние признаки острой интоксикации препаратами опиоидной группы - опиоидами (морфин, промедол, героин, метадон, кодеин и др.)**

Покраснение и зуд кожи лица, особенно кончика носа в начале интоксикации (около 5-10 минут после употребления наркотика), затем - бледность кожных покровов, сохраняющаяся до конца интоксикации. Иногда кожные покровы имеют желтоватый или зеленоватый оттенок. Зрачки резко сужены, реакция на свет ослаблена. Артериальное давление понижено, пульс редкий, иногда аритмичный. Изменение поведения встречается в двух вариантах: заторможенность, вялость, сонливость либо повышение двигательной и речевой активности, расторможенность. Как в первом, так и во втором случае интоксикация сопровождается немотивированным подъемом настроения, благодушием, иногда - нарушением памяти и внимания. При углублении интоксикации вследствие передозировки речь все более замедляется, делается смазанной, развиваются сопор и кома. Кожные покровы бледны, затем цианотичны. Сознание утрачено, зрачки узкие, не реагируют на свет. Рефлексы (корнеальный, глоточный, болевой) отсутствуют. Давление снижается, пульс редкий, дыхание редкое и поверхностное. Смерть чаще всего наступает из-за остановки дыхания вследствие паралича дыхательного центра.

**Внешние признаки острой интоксикации препаратами конопли**

Расширение зрачков, воспаление конъюнктивы, особенно век, гиперемия лица и слизистой ротовой полости, сухость во рту. Характерна тахикардия, иногда - гипертензия и гипертермия. Очень характерны чувство голода, жажды, немотивированные перепады настроения от веселости и безудержной смешливости до страха, подозрительности. Изменения поведения встречаются в двух вариантах: умеренное психомоторное возбуждение (бесцельные движения, гримасы, речь бессвязна, темп ее ускорен, говорливость, общительность) либо заторможенность, отрешенность от окружающего, когда контакт затруднен, координация нарушена, речь смазана. Иногда один вариант переходит в другой, тогда говорят о фазах интоксикации, как при алкогольном опьянении. Дополнительным признаком острой интоксикации препаратами конопли является характерный смолистый запах (в помещении от одежды пациента). Часто встречается сочетанное употребление препаратов конопли и алкоголя, усиливающее общий эффект. В отдельных случаях при передозировках состояние острой интоксикации может характеризоваться психотическими расстройствами, протекающими в виде делирия, делириозно-онейроидного состояния, острого параноида, сумеречного состояния.

**Внешние признаки острой кокаиновой интоксикации**

Расширение зрачков, блеск глаз, иногда гиперемия лица, бледные кончик, крылья и слизистые носа (при интраназальном приеме наркотика). Гипертензия, тахикардия (иногда тахикардия). Характерны бессонница, психомоторное возбуждение; фон настроения приближается к маниакальному, аффект часто смещается в сторону гневливости. Субъект в состоянии интоксикации говорлив, переоценивает свои способности и возможности, речь сбивчива, отрывочно до бессвязности, темп ее ускорен. Обычно наблюдается неусидчивость, движения носят стереотипный характер, координация их нарушена. Могут наблюдаться агрессивные тенденции, склонность к конфликтам, импульсивному сексуальному поведению. Критика снижена. При передозировке могут быть обмороки, судорожные припадки, носовое кровотечение; возможны психотические варианты интоксикации, протекающие по типу делириев, онейроидов, параноидов, характерны зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации.

**Внешние признаки острой амфетаминовой интоксикации и интоксикации наркотиками с амфетаминоподобным действием (эфедрон)**

Расширение зрачков и снижение их реакции на свет, нистагм, блеск глаз. Гипертензия, тахикардия (иногда тахикардия), гиперрефлексия, потливость, тремор пальцев рук, век. Характерны анорексия, сухость слизистых, тошнота, рвота. Изменения поведения характеризуются психомоторным возбуждением, агрессией. Высказываются идеи величия, субъект переоценивает свои возможности, критика отсутствует. Аффект приближается к маниакальному, очень лабилен, легко меняется от веселости к подозрительности и гневливости. Поведение импульсивно, непреодолима потребность в общении, говорливость, речь ускорена, прерывиста, временами бессвязна. Субъекты неусидчивы, часто меняют позу, стремятся к какой-либо деятельности. Могут встречаться психотические формы интоксикации в виде делирия, острого параноида.

**Внешние признаки острой интоксикации галлюциногенами (ЛСД, фенциклидин, псилоцибин и др.)**

Признаки интоксикации отличаются большим разнообразием. В начале часто наблюдаются расширение зрачков с фотофобией, анизокория (неравномерность зрачков), ритмическое расширение и сужение зрачков (иногда в такт дыхания). Гиперрефлексия, часто до спонтанного тонуса, спазм мышц челюсти. Характерны зрительные и тактильные, реже слуховые галлюцинации, в соответствии с которыми меняется и поведение больного. Больные всматриваются, прислушиваются, что-то стряхивают себя, вытягивают изо рта, прячутся, убегают, обороняются, нападают. Высказывания больного также соответствуют характеру переживаемых галлюцинаций.

**Внешние признаки острой интоксикации кетамином**

Характерен короткий эпизод психомоторного возбуждения в начале, сопровождающийся тахикардией и небольшим подъемом артериально-

го давления, гиперрефлексия. Очень часто наблюдаются зрительные и тактильные галлюцинации, крайне редко - слуховые. Взор обычно устремлен в одну точку, движения медленны и стереотипны. Речь смазана, неразборчива, лицо амимично, сознание спутано. На выходе из состояния интоксикации характерны растерянность, дисфория, иногда частичная антероградная амнезия.

**Внешние признаки острой интоксикации  
гипно-седативными средствами (барбитураты,  
бензодиазепины, оксибутират натрия и др.)**

Кожные покровы бледные, с сальным налетом. Зрачки сужены или расширены, вяло реагируют на свет, часто наблюдается нистагм, характерны расстройства аккомодации и конвергенции. Часто отмечаются тахикардия, гипотония, дыхание частое и поверхностное, рефлексы снижены. Походка неуверенная, шаткая. Движения неточные, размашистые. Речь смазана, внимание неустойчиво. Аффективные нарушения могут быть представлены как эйфорией, так и депрессией, аффект лабилен. При углублении интоксикации заторможенность нарастает, прогрессирует ухудшение координации, наблюдается помрачение сознания до степени сопора и комы.

**Внешние признаки острой интоксикации  
лекарственными препаратами с холинолитическим  
действием (паркопан, димедрол, пипольфен и др.)**

Отмечаются расширение зрачков (при употреблении димедрола обычно не бывает), нистагм, нарушения конвергенции и аккомодации, гиперемия кожных покровов, сухость слизистых, кожи. Характерны тахикардия, колебания артериального давления, немотивированная веселость, речь ускорена, внимание нарушено. При углублении интоксикации возникает оглушение, нарушается ориентировка в месте и времени. Очень характерны иллюзии и галлюцинации, чаще всего зрительные и слуховые, носящие сценopodobный характер. Поведение субъекта определяется характером галлюцинаций - он что-то ищет или прячет, обходит несуществующие предметы, с кем-то разговаривает, принимает окружающих за своих знакомых и т.д. Иллюзорно-галлюцинаторные расстройства обычно сопровождаются растерянностью, недоумением или страхом, иногда амнезируются.

**Внешние признаки интоксикации летучими  
органическими соединениями (бензин, толуол, бензол,  
ацетон и др.)**

Зрачки расширены, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы. Отмечаются тахикардия, тахипноз, колебания артериального давления. От одежды, волос, кожи исходит характерный химический запах. Походка шаткая, координация движений нарушена, часто тошнота, рвота. В начале интоксикации может возникнуть состояние неадекватной веселости, отмечаются зрительные галлюцинации, спутанность сознания, де-

зориентация в месте и времени. Поведение определяется характером галлюцинаций. При углублении интоксикации, как правило, развиваются делирий, судорожное состояние и кома.

### **Вынесение заключения об установлении состояния опьянения**

Заполнив протокол и переходя к анализу результатов медицинского освидетельствования, необходимо помнить, что ошибки при проведении медицинского освидетельствования, могут приводить к крайне неблагоприятным для освидетельствуемого последствиям, так как социальные меры воздействия при каждом из перечисленных состояний различны.

Как уже упоминалось выше, основой вынесения заключения об установлении состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного) является внимательное клиническое обследование освидетельствуемых, выявление клинического синдрома опьянения, который включает в себя патологические изменения в психической сфере и поведении, двигательные нарушения, расстройства в системе вегето-сосудистой регуляции.

Клиника опьянения приведена выше, а также описана в работах многих авторов. Каждый из исследователей обращает внимание на различные проявления эффекта приема того или иного ПАВ. Для соблюдения объективности при проведении медицинского освидетельствования во всех медицинских учреждениях страны должны применяться единый подход и одинаковые критерии при вынесении заключения об опьянении. Такой подход и критерии, на наш взгляд, содержатся в действующих в настоящее время нормативных документах Минздрава РФ. К клиническим проявлениям опьянения в первую очередь отнесены нарушения психической деятельности, например, такие, как эйфория, эмоциональная неустойчивость, замкнутость, замедленное реагирование, затруднения при концентрации внимания, отвлекаемость; поведение, сопровождающееся нарушением общественных норм, неправильная оценка ситуации. Характерны нарушения речи (дизартрия, невнятность, смазанность), походки (пошатывание, разбрасывание ног при ходьбе, покачивание при поворотах). Что касается других симптомов, например, изменения вегето-сосудистых реакций (появление нистагма, тремора, тахикардия, гипертензия), легких нарушений позной активности, координации мелких движений, оживления или снижения зрачковых, брюшных и сухожильных рефлексов, то они, в сочетании с нарушениями психической деятельности, речи, походки и положительными результатами лабораторных исследований, подтверждают заключение об опьянении, однако самостоятельно эти симптомы нередко наблюдаются в условиях освидетельствования у лиц, не находящихся в состоянии опьянения.

Наличие симптомов опьянения при отсутствии запаха алкоголя изо рта и отрицательных химических пробах на алкоголь заставляет предположить, что опьянение (одурманивание) вызвано наркотическим средством или другим психоактивным веществом. Врач при составлении

протокола медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения должен установить не только клиническую картину состояния опьянения, но и то вещество, которое его вызвало.

В этих случаях для подтверждения диагноза алкогольного, наркотического или иного опьянения, наряду с подробным описанием клинических симптомов опьянения, необходимы результаты лабораторных исследований, подтверждающих потребление освидетельствуемым конкретного вещества, на основании которых выносится заключение о состоянии опьянения.

Данные о скорости и форма экскреции различных ПАВ с мочой приведены в Приложении 1. Медицинское заключение "Состояние опьянения" (одурманивания) выносится после получения результатов лабораторных исследований.

С учетом того, что большинство химико-токсикологических лабораторий регионов не имеют современного оборудования и необходимых стандартов, позволяющих охватить весь спектр употребляемых в немедицинских целях наркотиков, допустимо при наличии у обследуемого клинических признаков опьянения (одурманивания), но невозможности лабораторно установить искомое вещество, вынесение заключения об установлении опьянения не установленным веществом (А.И.Вялков, 1999).

В случаях, если обследуемый отказывается от выполнения предусмотренных методикой освидетельствования проб или от участия в процедуре освидетельствования, врач, проводящий освидетельствование, делает в протоколе соответствующую запись о частичном или полном отказе освидетельствуемого от освидетельствования. При уклонении от прохождения в установленном порядке освидетельствования на состояние опьянения, согласно статье 165 КоАП, к водителю предъявляются санкции, соответствующие или даже превышающие таковые, предусмотренные статьей 117 за управление транспортным средством в состоянии опьянения.

В практике иногда возникает необходимость повторного освидетельствования. Повторные освидетельствования проводятся с соблюдением всех требований нормативных документов. Оценка протоколов первичного и повторного освидетельствования с вынесением заключения о состоянии освидетельствуемого проводится комиссионно.

Каковы перспективы совершенствования медицинского освидетельствования в нашей стране? Как уже говорилось выше, существует минимальный, достоверно констатируемый современными способами и устройствами уровень экзогенного алкоголя в крови (0,2 промилле) и выдыхаемом воздухе (100 мкг/л). Ниже этого предела находится зона неопределенности, которая, в основном, включает показатели концентрации эндогенного алкоголя и погрешности применяемых способов и устройств. Запах алкоголя изо рта при врачебном осмотре испытуемого начинает ощущаться при концентрации алкоголя в крови 0,2 - 0,3 промилле. Такую же чувствительность (0,2 - 0,3 промилле) имеют традици-

онно применяемые в России при наркологическом контроле индикаторные средства: проба Рапопорта, трубки «контроль трезвости» и Мохова-Шинкаренко, электронный индикатор алкоголя «АГ-1200» и др.

Показатель 0,2 промилле в 5 и более раз ниже действующего в настоящее время неопределенного критерия «состояние опьянения».

Концентрация 0,2 промилле в крови (100 мкг/л в выдыхаемом воздухе) свидетельствует о том, что в организме человека находятся 0,2 г чистого алкоголя на 1 кг веса тела. Например, при весе тела 70 кг это составит  $0,2 \text{ г} \times 70 = 14 \text{ г}$  (16,8 мл) чистого алкоголя или в пересчете на 40° напиток - около 42 мл водки.

Никаких других способов реализации объективных конкретных требований по лимитированию потребления алкоголя водителями транспортных средств, кроме введения количественного критерия недопустимых концентраций алкоголя в крови и выдыхаемом воздухе, в настоящее время не существует.

В связи с внедрением в наркологических и других лечебно-профилактических учреждениях современных методов и устройств для избирательного количественного определения алкоголя в биологических жидкостях и выдыхаемом воздухе, в целях объективизации результатов освидетельствования, ускорения и упрощения его процедуры, в дальнейшем целесообразно ввести количественный критерий, например, 0,2 или 0,5 промилле алкоголя в крови (100, 250 мкг/л в выдыхаемом воздухе), при превышении которого следует выносить заключение о наличии алкогольного опьянения. При этом определение концентрации алкоголя должно производиться с помощью избирательных количественных методов и устройств, обеспечивающих регистрацию результатов исследования. В этих случаях другие медицинские исследования можно не проводить. При исследовании выдыхаемого воздуха для подтверждения заключения требуется только повторное его исследование через 20 минут. В протоколе медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения должны обязательно указываться: исследованная биологическая среда, зафиксированная концентрация алкоголя, наименование и заводской номер прибора, дата его поверки. Применяемые для количественного определения концентрации алкоголя приборы должны быть рекомендованы для этой цели в установленном порядке Минздравом РФ. Рекомендации о применении прибора для количественного определения алкоголя при освидетельствовании должны также содержаться в Инструкции о применении прибора, утвержденной или согласованной в Минздраве РФ.

Введение количественного критерия содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе объективизирует освидетельствование и значительно повышает требования к контингентам лиц, управляющих средствами повышенной опасности. При отсутствии в кабинете освидетельствования избирательных анализаторов паров спирта и в ряде других случаев освидетельствование может проводиться в порядке, установленном ранее.

В заключение хотелось бы остановиться на еще одном виде освидетельствования, в организации которого приходится участвовать врачу

психиатру-наркологу: это - **предрейсовые (предсменные) медицинские осмотры**.

Широко известно, что аварийность и травматизм на производстве нередко связаны с нарушением здоровья и функционального состояния работников. Оценить состояние здоровья, выявить признаки употребления алкоголя и других психоактивных веществ позволяют практикуемые в нашей стране на производствах, связанных с повышенной опасностью, предсменные (предрейсовые) осмотры. Осмотры производятся медицинскими работниками. В зависимости от актуальности для данного производства, осмотру подвергаются все работники или выборочно некоторые из них, например, из определенной заранее группы риска или по направлению представителей администрации.

Контингенты работников, обязательно проходящих предсменный (предрейсовый) осмотр, как правило, определены законодательными актами или постановлениями Правительства РФ. Например, обязательные предрейсовые, послерейсовые и текущие осмотры водителей транспортных средств предусмотрены Законом РФ «О безопасности дорожного движения» (1995).

В ходе медицинских предсменных осмотров оценивается состояние здоровья работника путем расспроса его о самочувствии, исследуется пульс, а при необходимости - и артериальное давление и температура тела. Обязательно проводятся пробы на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе. Попытки введения в процедуру предсменного осмотра более сложных методов, таких, как плетизмография, измерение времени сенсомоторных реакций или других тестов из арсенала инженерной психологии, не оправдали себя, и в настоящее время эти методы, как правило, не применяются.

Предсменные (предрейсовые) медицинские осмотры позволяют выявить и отстранить от трудовой деятельности нетрудоспособных работников профессий повышенного риска. Одно из показаний для отстранения от работы - нетрезвое состояние.

Известно, что употребление алкоголя снижает работоспособность и может значительно повысить риск возникновения аварий. Например, риск совершения водителем аварии и тяжесть вызванных ею последствий находятся в определенной зависимости от концентрации алкоголя в крови водителя; при концентрации алкоголя в крови 1,0 промилле риск увеличивается в 2-9 раз, а при концентрации 1,5 промилле - в 8-30 раз.

Наибольшее влияние алкоголь оказывает на центральную нервную систему, причем степень нарушения ее деятельности определяется количеством принятого алкоголя, временем, прошедшим с момента принятия последней дозы алкоголя, и исходным функциональным состоянием ЦНС. В настоящее время известны факты увеличения под влиянием алкоголя времени сенсомоторных реакций, что снижает быстроту и правильность действий работника в ответ на изменения оперативной обстановки.

Не меньшую опасность представляют возникающие под влиянием алкоголя явления изменения настроения, переоценки собственных сил,



недооценки опасностей, ослабления способности контролировать и правильно оценивать свои поступки. Даже при употреблении небольших доз алкоголя в начальном периоде легкого алкогольного опьянения снижается способность к критическому осмысливанию, появляются беспечность, благодушие. Таким образом, имеют место, с одной стороны, субъективно: повышение настроения, переоценка своих сил, а с другой - реальное снижение основных функций, определяющих способность работника выполнять сложные рабочие операции. Все это приводит опьяневшего к некритической оценке окружающей обстановки, нарушениям установленных правил, совершению действий, несоответствующих реальным требованиям ситуации, особенно в экстремальных и сложных случаях, что, в конечном итоге, является одним из наиболее значимых факторов повышенного риска совершения аварий.

Предрейсовые медицинские осмотры обычно проводятся средним медицинским персоналом, однако их организация и методическое обеспечение ложатся чаще всего на врачей-наркологов. Подготавливая медицинских работников к проведению предрейсовых осмотров, необходимо их научить методикам определения алкоголя в выдыхаемом воздухе (А.Г.Зеренин и др., 2001). Конфликты, возникающие в ходе предрейсовых осмотров, чаще всего связаны с нарушением этих методик.

Наиболее частый конфликт заключается в том, что водитель, недопущенный к рейсу в связи с положительной реакцией на алкоголь, через 1-2 часа проходит освидетельствование в региональном кабинете медицинского освидетельствования и признается трезвым. В этом нет ничего необычного. За время, прошедшее между двумя обследованиями, произошло естественное вытрезвление, концентрация алкоголя в организме снизилась до уровня ниже порога индикации традиционно применяемыми средствами.

Для избежания конфликта необходимо при выявлении нетрезвого водителя провести второе исследование на алкоголь другим методом (например, прибором АГ-1200 и трубкой "контроль трезвости"), через 20 минут повторно провести одно из исследований и по результатам всех исследований составить протокол. В протокол следует внести также результаты осмотра водителя: сведения о поведении, цвете кожных покровов, потливости, треморе, частоте пульса, уровнях АД и др.

При наличии такого протокола заключение о состоянии водителя на момент проведения предрейсового осмотра выносится комиссионно с учетом обоих протоколов освидетельствования.

## Приложение 1

## Скорость и форма экскреции одурманивающих средств с мочой

(таблица опубликована в журнале «Вопросы наркологии»,  
1990 год, № 2, стр. 35)

| Наименование                       | Основные способы<br>прочищения<br>и экскреции   | См. также в примечаниях<br>к таблице   | Период  |
|------------------------------------|---|--|---|
| <b>Алкалоиды</b>                   |   |  |   |
| Морфин                             | Конъюгация с глюкуроновой кислотой, выведение 90% с мочой, 10% с желчью   | 90% общей дозы за 24 ч, в том числе 65-70% конъюгатов, 10% неизмененного вещества  | 2-3 ч   |
| Кодеин                             | Деметилирование до морфина, норморфина и норкодеина с последующей конъюгацией до глюкуронидов, выведение главным образом с мочой  | 85% общей дозы за 24 ч, в том числе 6-8% неизмененного вещества, 30-60% конъюгатов кодеина, 5-15% свободного и конъюгированного морфина, 10-20% свободного и конъюгированного норкодеина | 2-4 ч   |
| Героин (диа морфин, диацетоморфин) | В крови быстрая (за несколько минут) гидролизация до 6-моноацетилморфина, затем более медленная, до свободного морфина с последующей конъюгацией до глюкуронидов, выведение главным образом с мочой | 80% дозы за 24 ч, главным образом в форме глюкуронида морфина, 5-7% свободного морфина, 1% 6-моноацетилморфина, 0,1% неизмененного героина (морфин)                                      | 2-3 мин (героин), 2-3 ч (морфин)                        |
| Гидрокодон                         |   | 30-60% дозы за 24 ч  |   |
| Папаверин                          | Деметилирование с последующей конъюгацией до глюкуронидов и сульфатов, выделение главным образом с мочой  | 50-80% дозы за 48 ч в форме конъюгатов 6-гидроксипроизводного (37%) и 4-гидроксипроизводного, 1% неизмененного   | 7 ч   |
| Кокаин                             | Гидролиз до бензоилэктоина и метилового эфира экгоина, выведение главным образом с мочой  | За 24 ч 1-9% дозы в виде неизмененного кокаина, 16-36% бензоилэктоина и 30-60% метилового эфира экгоина  | 0,7-1,5 ч в зависимости от дозы                         |
| Атропин                            |   | 80-90% дозы за 24 ч, в том числе 50% неизмененного вещества и 30% неидентифицированных метаболитов   | 2-4 ч (длительная терминальная фаза элиминации 13-38 ч) |
| <b>Барбитураты</b>                 |   |  |   |
| Барбитал (веронал)                 | Метаболизм слабо выражен, выведение главным образом с мочой   | Медленная экскреция, почти исключительно в виде неизмененного вещества. 2% дозы за 8 ч, 16% за 32 ч. Вполне определимые количества заметны после 16 дней                                 | 48 ч  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Фенобарбитал (люминал)                                | Гидроксилирование с последующей конъюгацией, выведение главным образом с мочой  | При хроническом введении 25% дозы в неизменном виде и 7% в форме 4-гидроксипроизводного за 24 ч После однократной дозы 80-90% экскретируется за 16 дней | 50-150 ч<br>4 (в среднем 100ч)  |
| Барбитал (амитал-натрий, амобарбитал, амилбарбитал)   | Образование глюкозида и окисленных метаболитов, выведение главным образом с мочой   | 80-90% дозы за 6 дней, в том числе 1% неизменного вещества, 30% глюкозида (остальное - другие окисленные метаболиты)                                    | 24 ч  |
| Этаминал-натрий (пентабарбитал, нембутал)             | Окисление и конъюгация, выведение главным образом с мочой   | 80% дозы за 5 дней, почти исключительно метаболиты, неизменного вещества 1%   | 15-48 ч<br>(в среднем 27 ч)   |
| Циклобарбитал (фанодорм, гексэмал)                    | Окисление до кетопроизводного   | 10% неизменного вещества, главный метаболит кетопроизводное   | 8-17 ч<br>(в среднем 12 ч)  |
| Гексобарбитал   | Быстрый окислительный метаболизм  | 1% дозы за 24 ч в неизменном виде   | 3-7 ч   |
| <b>Снотворные и анальгетики небарбитуратного ряда</b> |   |   |   |
| Хлоралгидрат  | Очень быстрый метаболизм до трихлорэтанола (главный активный метаболит в крови), затем до его конъюгата с глюкуронатом (образуется урохлоралевая кислота) и окисление до трихлоруксусной кислоты, выведение главным образом с мочой | За 24 ч 10-30% дозы в виде урохлоралевой кислоты, 5% - трихлорэтанола, в более поздние сроки - главным образом в форме трихлоруксусной кислоты          | 4 мин хлоралгидрат, 8 ч хлорэтакол, урохлоралевая кислота, 4 дня хлоруксусная кислота |
| Хлорбутанолгидрат (хлорэтон)                          | Конъюгация с сульфатом и глюкуронатом, выведение главным образом с мочой  | 10% дозы за 17 дней, главным образом в конъюгированной форме  | 10 дней   |
| Карбомал  | Сильный метаболизм с отделением бромидов и гидролизом, выведение главным образом с мочой  | Неизменного вещества почти нет, главные метаболиты - бромид (пик экскреции после 48 ч) и 2-этил-2-гидроксипропанол                                      | 7-15 ч карбомал, 15 дней бромид   |
| Фентанил  | Быстрый метаболизм до норфентанила и делорилионифентанила   | 10-20% неизменного вещества за 48 ч, 70% за 72 ч (главным образом в виде метаболитов)   | 1-6 ч   |
| Фенадон (метадон)                                     | Окислительное деалкилирование, гидроксилирование, выведение - 70% с мочой, 30% с желчью   | До 60% дозы за 24 ч, в том числе 33% неизменного вещества, 76% экскретируемого материала неконъюгировано  |   |
| <b>Трициклические антидепрессанты</b>                 |   |   |   |
| Амитриптилин (триптизол)                              | Деметилирование и гидроксилирование с последующей конъюгацией до глюкуронидов, выведение главным образом с мочой  | За 24 ч 5% неизменного препарата, остальное конъюгированные метаболиты  | 8-51 ч<br>(в среднем 28 ч, увеличивается при передозировке)                           |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Нортритилин                               | Тоже   | За 24 ч 5% дозы в виде неизмененного вещества, 60% метаболитов (свободное и конъюгированное 10-гидроксипроизводное)   | 15-904<br>(в среднем 30 ч)  |
| Имипрамин<br>(имизин)                     | Тоже   | За 24 ч 40% дозы, за 72 ч 70%, в том числе 10% неизмененного вещества, остальное - главным образом свободные и конъюгированные гидроксилированные производные | 8-20 ч<br>(в среднем 10 ч)  |
| Хлорпротиксен                             | Окисление до сульфоксида, деметилирование, гидроксилирование с последующей конъюгацией, выведение примерно равное с мочой и с желчью | За 24 ч 30% в виде сульфоксида  | 8-12 ч  |
| <b>Производные 1,4- бензодиазепина</b>    |  |   |   |
| Диазепам<br>(седуксен, реланиум, сибазон) | Окислительное деметилирование, гидроксилирование, конъюгация   | Неизмененное вещество не экскретируется, главный метаболит - оксазепамглюкуронид (70%)  | 20-100 ч<br>(в среднем 40 ч)  |
| Хлордiazелоксид<br>(элениум)              | Тоже   | Неизмененное вещество составляет 1% экскретируемого материала   | 5-30 ч (в среднем 15 ч) неизмененное вещество, 4-95 ч (в среднем 40 ч) демоксепам |
| Нитразепам<br>(радедорм, эуноктин)        | Восстановление нитрогруппы, окислительное гидроксилирование  | До 4% неизмененного вещества  | 18-38 ч<br>(в среднем 28 ч)   |
| Оксазепам<br>(таназепам, нозепам)         | Конъюгация с глюкуронатом, выведение главным образом с мочой (до 10% с желчью)   | 70-80% дозы за 72 ч почти исключительно в форме глюкуронида исходного вещества  | 4-25 ч<br>(в среднем 8 ч)   |
| Медазепам<br>(рудатель, мезапам)          | Окислительное деметилирование, гидроксилирование, конъюгация с глюкуронатом  | В основном оксазепамглюкуронид  | 1-2 ч исходное вещество, 40-100 ч деметилдiazепам                                 |
| Бромдiazепам                              | 3-гидроксилирование с последующей конъюгацией с глюкуронатом, расщепление бензодиазепинового кольца с глюкуронизацией                | 70% дозы за 24 ч, в том числе 2% неизмененного вещества, 28% глюкуронида 3-гидрокси-производного, 40% глюкуронида 2-амино-3-гидрокси-5-бромбензотрипидина     | 8-19 ч<br>(в среднем 12 ч)  |
| Лоразепам<br>(ансилор)                    | Конъюгация с глюкуронатом  | 50% дозы за 24 ч, 75% - за 5 дней главным образом в форме глюкуронида исходного вещества  | 9-24 ч (в среднем 14 ч) лоразепам, 16 ч его глюкуронид                            |
| Клондiazепам                              | Восстановление нитрогруппы с последующим ацетилированием, гидроксилирование с последующей глюкуронизацией                            | Измененное вещество составляет 1% экскретируемого материала   | 18-454  |
| Флунидiazепам                             | Тоже   | В экскретируемом материале присутствуют только метаболиты   | 10-75 ч<br>(в среднем 75 ч)   |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Флуразепам  | N"-деалкилирование, гидроксилирование, конъюгация   | Тоже  | 2-3 ч, исходное вещество, 2-5 дней<br>N"-деалкильное<br>N - производное<br>(2-окси-этил)<br>производное<br>10-20ч |
| <b>Фенотиазины</b>                                |   |   |   |
| Хлорпромазин<br>(аминазин)                        | Окислительный метаболизм и конъюгация   | Неизмененное вещество составляет 1 % экскретируемого материала. Метаболиты обнаруживаются в моче в течение 18 мес после прекращения хронического введения   | 7-1204<br>(в среднем 15-204)  |
| Тиоридазин<br>(сонапакс, меллерил)                | Окислительный метаболизм и конъюгация, выведение 90% с желчью, 10% с мочой                    | Неизмененное вещество составляет 1% экскретируемого материала   | 10-36ч  |
| Левомепромазин<br>(тизергин)                      | Окислительный метаболизм и конъюгация   | Тоже  | 15-77ч (в среднем 27 ч) исходное вещество, 10-30 ч (в среднем 20 ч) сульфоксидный метаболит                       |
| Тримепразин<br>(терален, алимепазин)              | Тоже  | 70% дозы за 48 ч, главным образом в виде сульфоксидов и глюкуронидов  |   |
| Дипразин<br>(лупольфен)                           | Тоже  | 2% неизмененного вещества   | 10-15ч  |
| Этаперазин<br>(перфеназин, хлотириазин)           | Тоже  | За 24 ч 1-2% неизмененного вещества и 30% его глюкуронида   | 8-12 ч  |
| Трифазин<br>(триперазин, трифлуоперазин)          | Тоже  | Неизмененное вещество составляет 1% экскретируемого материала   | 7-18 ч<br>(в среднем 12 ч)  |
| <b>Природные одурманивающие средства</b>          |   |   |   |
| Каннабиноиды<br>(гашиш, марихуана)                | Окисление, деалкилирование. Конъюгация, основной путь выделения с желчью (66% дозы за 5 дней) | 25% дозы на 3 дня с мочой, главным образом в виде глюкуронида 11-нор-тетрагидроканнабиол-9-карбоксилата   | 20-36ч<br>тетрагидро-каннабинол   |
| ЛСД-25<br>(диэтиламид<br>лизергиновой<br>кислоты) | Быстрое гидроксилирование до неактивных метаболитов с последующей конъюгацией                 | 1 % неизмененного вещества в материале, экскретируемом за 24 ч, содержащем главным образом 2-, 13-, 14-гидроксильные производные и их конъюгаты. После однократных доз 0,2 и 0,4 мг концентрация ЛСД и его метаболитов в суточной моче 1-55 нг/мл | 3ч  |

| Прочие средства, способные вызывать одурманивание |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Галоперидол                                       | Окислительный метаболизм и конъюгация  | 40% дозы за 5 дней, в том числе 1% неизмененного вещества  | 10-404 (в среднем 20 ч)  |
| Мепробамат (мепротан)                             | Тоже   | 90% дозы за 24 ч, в том числе 0-20% неизмененного вещества   | 6-17 ч (в среднем 11ч), при хроническом приеме - больше  |
| Димедрол (бензгидрамин, дифенгидрамин)            | Окислительное дезаминирование и конъюгация   | 68% дозы за 96 ч, главным образом в виде дифенилметокискусусной кислоты в свободной и конъюгированной форме, неизмененное вещество почти не экскретируется | 9ч   |
| Метаквалон  | Гидроксилирование N-оксидирования с последующим образованием метиловых эфиров и глюкуронидов | 40-50% дозы за 72 ч в виде различных метаболитов, неизмененное вещество практически отсутствует  | 20-60 ч (в среднем 35 ч), более длительная терминальная элиминация (с периодом полувыведения 72 ч) |
| Новерил (дубензепин)                              | N-де метилирование, гидроксилирование  | 1% неизмененного вещества в материале, экскретируемом за 24 ч и состоящем главным образом из N-деметилированных метаболитов                                | 4ч   |
| Фенитоин (дифенин, дилантин)                      | Гидроксилирование и конъюгация   | 5% неизмененного вещества в экскретируемом материале   | 7-60 ч, увеличивается с ростом дозы  |
| Карбамазепин (финлепсин, тегретол)                |  | 10% неизмененного вещества в экскретируемом материале  | 18-65ч (в среднем 35 ч), при хроническом введении 10-30ч   |
| Пропранолол (обзидан, анаприлин)                  | Гидроксилирование и конъюгация   | За 48 ч 4% дозы в виде исходного вещества, 10% в форме его глюкуронида   | 2-6 ч  |
| Метилдофа (метилдопа)                             | Деметилирование и конъюгация с сульфатом, значительная часть дозы экскретируется с желчью    | 40% дозы за 48 ч, главным образом в форме неизмененного вещества и его O-сульфата (40%)  | 2 ч, длительная терминальная элиминация  |
| Кофеин  | Окисление до уратов, деметилирование   | 88% дозы за 48 ч главным образом в форме различных метилированных уратов, теофиллина, теобромина, 10% исходного вещества                                   | 2-10 ч (в среднем 4 ч)   |
| Эфедрин   | Деметилирование, гидроксилирование, конъюгация   | 90% дозы за 24 ч, в том числе 55-75% неизмененного вещества, 8-20% норэфедрина, 4-13% других метаболитов   | 3-11 ч, увеличивается при щелочной моче, уменьшается при кислой                                    |

|                         |  |  |   |
|-------------------------|--|--|---|
| Амфетамин               | Метаболизм относительно слабо выражен (главным образом происходит N-деметилирование, гидроксилирование и конъюгация) | 74% дозы в неизменном виде за 24 ч при кислой моче, 30% при щелочной моче. В щелочной моче повышено количество метаболитов | 4-8 ч при кислой моче, 12 ч при щелочной моче |
| Метамфетамин (первитин) | То же  | 70% дозы за 24 ч, в том числе 43% неизменного вещества, 5% амфетамина и 15% 4-гидроксиметамфетамина                        | 9 ч   |

## **Глава 22. Определение алкоголя, наркотических средств и токсикоманических веществ в биологических средах**

*А.Г.Зеренин*

При проведении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния алкогольного опьянения широко распространено определение алкоголя в выдыхаемом воздухе.

В настоящее время Минздравом РФ для определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе при предрейсовых осмотрах рекомендованы:

- проба Рапопорта;
- индикаторные трубки Мохова-Шинкаренко;
- трубки "Контроль трезвости";
- прибор ППС-1;
- индикатор паров алкоголя АГ-1200;
- анализатор концентрации паров этанола АКПЭ-01.

В выдыхаемый воздух алкоголь проникает из крови, диффундируя через стенки альвеол. Соотношение содержания алкоголя в крови и альвеолярном воздухе постоянно, оно определяется разностью плотности сред: крови и воздуха - и составляет в среднем 1:2100-1:2200 при колебаниях от 1:1300 до 1:3000. Это означает, что в 1 куб. см крови содержится такое же количество алкоголя, как в 2100-2200 куб. см альвеолярного воздуха.

Содержание паров алкоголя в выдыхаемом воздухе выражается в миллиграммах на 1 куб. м, миллиграммах на литр (мг/л) или в микрограммах на литр (мкг/л).

С учетом отношения плотностей крови и воздуха по содержанию алкоголя в выдыхаемом воздухе можно судить и о концентрации его в крови. При этом 45 мкг/л алкоголя в выдыхаемом воздухе соответствует примерно 0,1 промилле алкоголя в крови (Г.В.Морозов, Э.А.Бабаян и др., 1988).

Как правило, в выдыхаемом воздухе в небольших количествах может находиться ряд органических, так называемых редуцирующих веществ, таких, как ацетон, альдегиды, кетоны и др., которые так же, как алкоголь, могут влиять на результаты исследования при применении избирательных к алкоголю методов.

Следует отметить, что при исследовании выдыхаемого воздуха на алкоголь нередко допускаются ошибки. Чаще всего они обусловлены неточным выполнением методики исследования. Кроме того, имеются, по крайней мере, два обстоятельства, влияющие на результаты исследования.

Во-первых, иногда ошибочный результат исследования может быть получен за счет небольших количеств алкоголя, адсорбировавшегося на слизистой оболочке ротоглотки при употреблении накануне исследова-



ния спиртосодержащих лекарств или продуктов питания. Это так называемый фиксированный алкоголь. При употреблении небольших количеств, например, 20 капель спиртовой настойки валерианы на рюмку воды, алкоголь адсорбируется на слизистой оболочке ротовой полости и глотки и выделяется с выдыхаемым воздухом в течение 10-15 минут в значительной концентрации.

Во-вторых, ошибка может быть обусловлена наличием в окружающем воздухе паров спирта или иных летучих горючих веществ (при применении неизбирательных к алкоголю методов).

В течение 3-5 минут после курения на результаты исследования могут оказывать влияние выделяющиеся из дыхательных путей соединения углерода.

В целях недопущения ошибок, вызываемых изложенными выше причинами, следует соблюдать следующие правила:

- при положительной пробе на алкоголь через 20 минут проба повторяется;
- помещение перед проведением исследования должно быть хорошо проветрено; проведение исследования не допускается при наличии запахов спирта, эфира, бензина, ацетона, одеколона и других летучих горючих веществ от одежды, рук, лица обследуемого; до начала исследования запахи должны быть устранены (наличие летучих горючих веществ в окружающей атмосфере может быть оценено с помощью тех же методов и устройств, которые применяются для анализа выдыхаемого воздуха).

### **Химические реакции на алкоголь**

Для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе в настоящее время в наркологических учреждениях России широко применяются проба Рапопорта и индикаторные трубки Мохова-Шинкаренко и "Контроль трезвости".

#### **Проба А.М.Рапопорта**

Безусловно, это проба вчерашнего дня, и в настоящее время должны применяться более современные методы. Однако она до сих пор повсеместно проводится в регионах России. Так, при анализе протоколов медицинского освидетельствования, поступивших в Минздрав РФ в 1999 г. из 60 регионов, в 75% случаев освидетельствований исследование выдыхаемого воздуха проводилось с помощью пробы Рапопорта.

Поскольку методика проведения пробы в различных медицинских изданиях изложена по-разному, мы приводим ее подробно в редакции Методических указаний Минздрава СССР (1988 г.).

В две чистые сухие пробирки наливают по 2 мл дистиллированной воды. В одну из них опускают пипетку с узким вытянутым концом, и испытуемый выдыхает через нее 1,9-2,1 л выдыхаемого воздуха. Объем воздуха дозируется продолжительностью выдоха. Для продувания воздуха используют пипетку типа пастеровской, и воздух продувают в течение 20-30 секунд. Проходя через воду, алкоголь, содержащийся в

выдыхаемом воздухе, растворяется в ней, а затем наличие его определяется с помощью следующей химической реакции.

В обе пробирки приливают осторожно по 20 капель химически чистой концентрированной серной кислоты и после этого - по 1 капле 0,5% свежеприготовленного раствора марганцевокислого калия. Необходимо тщательное выполнение технологии проведения пробы: соблюдение последовательности операций, использование свежеприготовленных дистиллированной воды и 0,5% раствора перманганата калия, чисто вымытых и высушенных пробирок и пипеток, шлангов, проведение реакции в контрольной пробирке.

**Внимание!** Соблюдение описанной последовательности действий обязательно. Недопустимо продувание выдыхаемого воздуха через раствор, содержащий серную кислоту, так как в этих случаях возможно попадание кислоты в дыхательные пути.

Результаты исследования оцениваются в течение 1-2 минут с момента введения в пробирку раствора марганцевокислого калия. Если в течение 2 минут раствор в сравнении с контрольным не изменил цвета - экзогенного алкоголя в организме обследуемого нет, испытуемый на момент исследования под воздействием алкоголя не находится.

При полном или частичном обесцвечивании раствора пробу через 15-20 минут проводят повторно. Полное обесцвечивание раствора за 1-2 минуты при повторной пробе свидетельствует о наличии экзогенного алкоголя в выдыхаемом воздухе, что при точном соблюдении методики исследования может подтверждать факт потребления испытуемым спиртных напитков. Порог индикации методом Рапопорта - 0,2-0,3 промилле.

Если при повторной пробе полного обесцвечивания раствора в течение 2-х минут не наступило, результаты пробы расцениваются как отрицательные.

Изменение цвета раствора в контрольной пробирке свидетельствует о нарушении условий проведения пробы (загрязненная сосуда, некачественные реагенты) и опровергает результаты исследования.

#### **Индикаторные трубки Мохова-Шинкаренко**

##### **и «Контроль трезвости»**

Они отлично зарекомендовали себя за более чем три десятилетия применения при медицинском освидетельствовании.

Эти трубки имеют сухую индикаторную набивку (реагент), что исключает необходимость в проведении каких-либо манипуляций с реактивами в момент освидетельствования. Реагент индикаторных трубок состоит из носителя (силикагеля), импрегнированного раствором хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте. При воздействии на реагент парами этилового спирта происходит реакция, во время которой пары спирта восстанавливают ионы 6-ти валентного хрома до ионов 3-х валентного хрома, в связи с чем оранжевый или желтый цвет реагента изменяется на зеленый, что оценивается как положительная реакция.

Несмотря на некоторую неспецифичность метода, все же индикаторные трубки выгодно отличаются от других проб тем, что при воз-

действию на реагент парами некоторых веществ, лекарств и ядов отсутствует положительная реакция реагента, в то время как она имеет место, например, при пробе Рапопорта. Реагент изменяет цвет на зеленый при воздействии паров следующих веществ: этилового и иных спиртов, эфиров, ацетона, альдегидов, сероводорода. При воздействии бензина, скипидара, уксусной кислоты, камфоры, а также фенола, дихлорэтана реагент приобретает темно-коричневую или коричневую окраску. При воздействии паров валидола, ментола, воды, хлороформа, хлорангидрида, керосина, аммиака, щелочи, этиленгликоля, окиси углерода, чистого выдыхаемого воздуха и слюны цвет реагента - оранжевый.

Правила пользования индикаторными трубками изложены в прилагаемой к ним инструкции. Позеленение даже нескольких кристалликов реагента в процессе проведения пробы позволяет говорить о наличии в организме освидетельствуемого алкоголя в концентрации 0,3-0,4 промилле и выше. Порог индикации алкоголя с помощью индикаторных трубок Мохова-Шинкаренко и "Контроль трезвости" был подтвержден в НИИ наркологии в 2000 году в ходе их медицинских испытаний. Следует отметить, что в последние годы на трубку "Контроль трезвости" не наносится красная индикаторная полоса, упоминаемая в отдельных инструкциях по освидетельствованию. Это связано с тем, что отмечаемый ею количественный критерий (0,4-0,5 промилле) практически не подтвердился.

### **Электронные приборы**

Помимо химических реакций в практике освидетельствования все чаще применяются электронные приборы. В сравнении с химическими реакциями они имеют ряд преимуществ, одно из которых - дозируемый пробоотбор. Дело в том, что точное соответствие концентраций алкоголя между воздухом и кровью (динамическое равновесие) устанавливается в альвеоле, и для количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе необходима порция именно альвеолярного воздуха.

Эмпирически установлено, что для анализа альвеолярного воздуха необходимо сбросить первые 5 объемов вредного пространства (150 мл  $\times$  5=750 мл) и исследовать последующую порцию выдыхаемого воздуха, которая и будет содержать только альвеолярный воздух.

подавляющее большинство индикаторов и анализаторов паров алкоголя в выдыхаемом воздухе имеют пробоотборные устройства, которые позволяют не исследовать первые 750-1000 мл выдыхаемого воздуха и проводить анализ именно альвеолярного воздуха.

Первым из выпущенных в СССР индикаторов паров спирта в выдыхаемом воздухе был настольный индикатор - "Прибор паров спирта ППС-1". В настоящее время он не выпускается промышленностью, но все еще применяется на территории России и стран СНГ. Прибор основан на сорбции паров алкоголя выдыхаемого воздуха с последующей термодесорбцией и сжиганием на элементах чувствительного детектора.

Порядок работы на приборе ППС-1 подробно изложен в прилагаемой к нему инструкции по его медицинскому применению.

Следует отметить, что термokatалитический метод, реализуемый с помощью прибора ППС-1, так же, как и качественные пробы на алкоголь (проба Рапопорта, трубки Мохова-Шинкаренко и "Контроль трезвости"), неизбирательны к этиловому спирту. Указанные способы дают положительные результаты и при наличии в выдыхаемом воздухе ряда других летучих веществ, например, ацетона, эфиров, бензина. В связи с этим в практике медицинского освидетельствования перечисленные пробы используются как предварительные и их результаты должны подтверждаться другими. Доказательное значение имеет отрицательный результат качественных проб и исследований с помощью индикаторных приборов или сочетание положительных реакций с клинической картиной опьянения.

Следующим индикатором паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, разработанным и внедренным в производство в СССР, был "Индикатор паров алкоголя АГ-1200".

Индикатор паров алкоголя АГ-1200 предназначен для выявления наличия паров алкоголя при его концентрации 100 мкг/л и более в выдыхаемом воздухе (0,2 и более промилле в крови). Он широко используется в наркологических диспансерах, кабинетах медицинского освидетельствования, приемных покоях больниц, в травматологических пунктах, на транспортных предприятиях, а также работниками ГИБДД.

Принцип работы индикатора основан на преобразовании электрического сигнала датчика, изменяющего сопротивление чувствительного слоя при адсорбции паров этанола, воздействующих на его поверхность.

Прибор работает от сети переменного тока и от источника постоянного тока 12 вольт. Размеры 17х7х4,6 см, масса 450 г. Снабжен световой и звуковой индикацией, на передней панели 3 светодиода: желтый, зеленый, красный. Готовность к пробоотбору обеспечивается путем введения в прибор мундштука, через который производится пробоотбор. Никаких других элементов управления прибором нет, что защищает обследуемого от ошибок при неправильном управлении прибором.

Хотя метод полупроводниковой хемосорбции не обеспечивает избирательности к алкоголю, конструкция прибора исключает возможность влияния загазованности окружающей среды на показания прибора.

Через 1,5-2 мин после включения в сеть датчик прибора прогревается до 350°C и на него через открытую камеру поступает окружающий воздух. При наличии в окружающем воздухе летучих горючих веществ в концентрации более 25 мкг/л отключается светодиод "Готов" (зеленый) и исключается возможность введения пробы выдыхаемого воздуха.

Полный рабочий цикл индикатора АГ-1200 - около 40 сек, что позволяет обследовать с его помощью до 100 человек в час.

В последние годы в России разработан и начал производиться серийно анализатор концентрации паров этанола АКПЭ-01. Это избирательный к алкоголю, обладающий высокой точностью прибор, конструкция которого обеспечивает: исследование окружающего воздуха на алкоголь перед каждым взятием пробы выдыхаемого воздуха; исследование в выдыхаемом воздухе именно альвеолярной его порции; автома-

тический режим проведения всего рабочего цикла (без вмешательства оператора); распечатку на бумажном носителе результатов исследования с регистрацией номера прибора, даты его последней поверки, даты и времени проведения освидетельствования.

Как мы уже говорили, наиболее широко используемым в наркологической практике в настоящее время является индикатор АГ-1200. Особенно удобен этот прибор при проведении предрейсовых осмотров. Первоначально во время таких осмотров мы использовали импортные приборы: индикатор фирмы Дрегер (Германия), индикатор фирмы Хонда (Япония), Алкотестер фирмы Лайн Лабораториес (Англия) и др., однако позже остановились на АГ-1200 - в основном, в связи с простотой пользования им, четким порогом индикации паров алкоголя на уровне 100 мкг/л (0,2 промилле), высокой производительностью и наличием защиты от неизмеряемых компонентов.

В последние годы в НИИ наркологии по заданию Минздрава РФ проведены медицинские испытания еще нескольких моделей индикаторов паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, в том числе Алерт, Драйсейф и Инжури (Канада). Наш предшествующий опыт и проведенные испытания показали, что ни один из импортных индикаторов не удовлетворяет требованиям, предъявляемым к приборам предрейсового контроля. Это обусловлено тем, что зарубежные фирмы производят индикаторы алкоголя в основном для двух видов потребителей:

- для индивидуальных водителей (для самоконтроля) - упрощенной конструкции и относительно дешевые (до 100 долларов);
- для дорожных полицейских - более надежные, точные и дорогие (700-1200 долларов).

Оба типа приборов разработаны с учетом повышенной точности в пределах допустимых порогов концентрацией алкоголя в выдыхаемом воздухе, принятых в западных странах (0,5 и 0,8 промилле). В зоне констатации факта употребления алкоголя, как это необходимо для предрейсового осмотра (0,2 промилле), импортные приборы имеют либо повышенную (например, Драйсейф и Инжури), либо недостаточную чувствительность (например, Алерт). Кроме того, в настоящее время периодические проверки, калибровка, настройка импортных приборов (а они требуются для большинства приборов через каждые 2-4 недели) продавцами приборов или какой-либо организацией не обеспечены.

Все это приводит к получению принципиально ошибочных результатов при обследовании как трезвых, так и находящихся под влиянием алкоголя граждан с последующими конфликтами.

При выборе прибора для кабинета освидетельствования следует учесть, что, согласно установленному порядку, наличие регистрации Госстандарта России без дополнительной регистрации изделия Минздравом России и утверждения инструкции по медицинскому применению не дает права для официального использования изделия в медицинской практике.

**Методы количественного определения алкоголя  
в жидких биологических средах**

Из жидких биологических сред при освидетельствовании для установления факта употребления алкоголя и алкогольного опьянения наиболее часто исследуются моча и слюна. Кровь для определения алкоголя может забираться только при наличии соответствующих медицинских показаний.

Оценивая результаты исследований, следует иметь в виду, что даже при одновременном отборе проб различных биологических жидкостей количество алкоголя в них может быть неодинаковым (В.А.Балякин, 1962). Это обусловлено рядом причин:

- во-первых, плотностью среды, количеством в ней воды. В связи с гидрофильностью алкоголя, при равных условиях в среде с большим содержанием воды больше и алкоголя. Например, если определить концентрацию алкоголя в цельной крови, плазме и эритроцитарной массе из одной и той же пробы крови, то, соответственно, наибольшее количество алкоголя будет определено в плазме, меньшее - в цельной крови и еще меньшее - в эритроцитарной массе;
- во-вторых, имеет значение фаза опьянения. В фазе резорбции наибольшая концентрация алкоголя определяется в артериальной крови. В этой фазе алкоголь проникает из артериальной крови в ткани; в венозной крови, оттекающей от тканей, его концентрация ниже. В фазе резорбции артериовенозная разница по алкоголю при высоких концентрациях его в крови может достигать 0,6 промилле. Что касается мочи, то ее проба из мочеточников содержит алкоголь примерно столько же, сколько и омывающая почки кровь. Поскольку на практике для пробы отбирается пузырная моча, то концентрация алкоголя в ней зависит от времени отбора пробы и времени, предшествующего опорожнению пузыря, так как в пузыре идет постоянное смешивание порций мочи, поступающей в различные фазы опьянения. Тем не менее, определенно известно, что в фазе резорбции концентрация алкоголя в пузырной моче всегда ниже, чем в крови. В фазе элиминации содержание алкоголя в моче может быть выше, чем в крови. И, наконец, после опьянения, когда в крови экзогенный алкоголь уже не обнаруживается, он все еще может определяться в моче. Содержание эндогенного алкоголя в крови при хроматографическом его определении, согласно литературным данным, не превышает 0,02 промилле.

Результаты исследования во многом зависят от точности соблюдения методики пробоотбора биологической жидкости, условий хранения и транспортировки пробы, погрешности метода, ошибок при проведении исследований. С учетом сказанного, обнаружение алкоголя в биологической жидкости в концентрации ниже 0,2 промилле не может достоверно свидетельствовать о факте употребления алкоголя.

Количественное определение алкоголя в биологической жидкости производится методом газожидкостной хроматографии. Этот метод обладает высокой специфичностью и точностью.

**Химико-токсикологическое выявление наркотических и других психоактивных веществ в биологических жидкостях**

Все средства, вызывающие одурманивание, определены Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) как психоактивные вещества. Этим термином обозначается любое химическое вещество, способное при однократном приеме вызвать измененное состояние сознания с эйфорией либо с другими, желательными с точки зрения потребителя психотропными эффектами, а при систематическом приеме - психическую и физическую зависимость.

Психоактивные вещества подразделяются на:

- наркотические средства (наркотики);
- психотропные вещества.

Наркотики выделены особо в связи с большой социальной значимостью негативных эффектов их распространения и немедицинского применения, а также с широким кругом связанных с этим правовых норм.

Целью химико-токсикологического анализа является установление факта присутствия наркотических и других одурманивающих веществ в биологических объектах, независимо от количества найденных веществ. Главная задача - идентификация веществ, вызывающих одурманивание.

Высокая значимость социальных (правовых и моральных) последствий результатов освидетельствования диктует необходимость тщательного определения конкретного средства, вызвавшего одурманивание, и чрезвычайно тонкого химико-токсикологического анализа.

Определение наркотических и других одурманивающих веществ в биологических жидкостях производится в региональных химико-токсикологических лабораториях (ХТЛ). К сожалению, не во всех случаях эти лаборатории оснащены современными техническими средствами и необходимыми высококачественными реактивами, что ограничивает их возможности в достоверном определении всего круга наркотических и других веществ, применяемых наркоманами и токсикоманами.

Медицинские учреждения на местах, как правило, не располагают средствами предварительной проверки биологических жидкостей на наличие в них веществ, употребляемых для одурманивания.

При химико-токсикологическом анализе в региональной лаборатории выполняется два вида исследований: предварительный качественный скрининг для выявления искомых веществ и подтверждающие контрольные, чаще всего количественные анализы (АХЗеренин, 1990; С.К.Еремин и др., 1993).

В наших условиях скрининг осуществляется преимущественно с помощью тонкослойной хроматографии. Однако для этой цели существуют также автоматические приборы и наборы реагентов, реализующие иммуноферментный, иммунофлуоресцентный, радиоиммунный методы.

Результаты скрининговых исследований, даже при использовании самого чувствительного метода, должны быть подтверждены более специфическими аналитическими методами, основанными на других физико-химических принципах.

В качестве подтверждающих методов наиболее часто используются:

- газожидкостная хроматография (ГЖХ);
- высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ);
- хромато-масс-спектрометрия (ГХ/МС).

Выбор аналитических методов на содержание наркотических и других одурманивающих средств определяется химиком-токсикологом и обстоятельствами освидетельствования.

В последние годы в западных странах начали производиться и внедряться в медицинскую практику наборы индикаторных полосок, основанных на иммунохроматографическом анализе. Анализируемый образец (моча) абсорбируется поглощающими участками полосок, и при наличии в образце наркотика (или его метаболитов) они вступают в реакцию со специфическими антителами, образуя комплекс «антиген-антитело». В зависимости от того, чем метится антитело и какие предусмотрены цветные реакции, связанные с появлением комплекса «антиген-антитело», индикаторная зона при наличии искомого наркотического вещества приобретает или, наоборот, не приобретает, определенную окраску. Методика применения индикаторных полосок для определения наркотических веществ в биологических жидкостях описана в инструкции, прилагаемой к набору полосок. Там же может приводиться контрольная шкала для оценки положительных и отрицательных реакций. В настоящее время, в России налажен выпуск индикаторных полосок для определения различных наркотических веществ в моче по технологиям зарубежных стран.

В НИИ наркологии проводились медицинские испытания индикаторных полосок для определения широкого круга наркотических средств и их метаболитов нескольких зарубежных фирм. Испытания показали простоту, быстроту и удобство при пользовании полосками. В небольшой объем мочи (5-10-50) опускается на короткий срок (несколько минут) индикаторная полоска и через 5-15 мин (в зависимости от типа полоски) производится оценка результата.

Надо отметить, что реализованный в индикаторных полосках метод иммунохроматографического анализа обладает достаточной специфичностью. Это подтвердили и наши испытания индикаторных полосок. Только в нескольких случаях нами были получены ложноположительные результаты на опиаты при наличии в моче диметдрола и его метаболитов. Последнее еще раз показывает, что результаты каждого предварительного исследования должны контролироваться подтверждающим высокоспецифичным методом.

Предварительное исследование мочи на наркотические вещества с помощью индикаторных полосок может объективизировать диагностику наркотического опьянения непосредственно при проведении медицинского освидетельствования в медицинских учреждениях.

#### **Отбор биологических проб**

Вопрос о необходимости определения ПАВ в биологических жидкостях решается врачом, проводящим освидетельствование.



Выбор биологических сред производится на основе данных клинического осмотра с учетом предположительного употребления тех или иных психоактивных веществ. При подозрении на употребление веществ опийной группы, стимуляторов, снотворных, а также новых синтетических наркотиков и лекарственных препаратов производится отбор и исследование мочи.

При подозрении на употребление препаратов конопли (гашиш, ма-ригуана, анаша и т.п.) исследуются смывы с кожи лица, рук, слизистых поверхностей губ.

В случае, когда предполагается употребление летучих органических растворителей (бензин, толуол, перхлорэтилен и т.д.), производится исследование мочи и крови.

Когда имеется подозрение на смешанное опьянение (состояние одурманивания и алкогольного опьянения) производится забор биологических проб в соответствии с предполагаемым употреблением наркотических веществ и алкоголя, одновременно исследуется выдыхаемый воздух.

Склянки (пробирки), предназначенные для взятия крови и мочи, моются 2% раствором соды, ополаскиваются дистиллированной водой и стерилизуются обычным способом.

Моча для химико-токсикологического исследования на наличие ПАВ собирается в прозрачный стеклянный широкогорлый градуированный сосуд объемом 300-600 мл. Объем пробы должен быть не менее 200 мл. После завершения процедуры сбора мочи необходимо провести предварительное исследование:

- температуры мочи (не более чем через 4 мин после отбора) стеклянным ртутным термометром;
- измерение pH с помощью универсальной индикаторной бумаги для определения pH мочи;
- визуальное наблюдение (цвет, мутность).

Температура мочи должна находиться в пределах 32,5'-37,7"С, pH - в интервале 4-8 ед, визуально проба должна выглядеть естественно.

Если результаты предварительного исследования вызывают подозрение в фальсификации, необходимо провести повторную процедуру отбора пробы в условиях, исключающих фальсификацию.

Отобранную пробу мочи разливают в два стеклянных или пластмассовых, герметически закрывающихся сосуда ёмкостью 100-150 мл каждый.

При исследовании только на алкоголь достаточно 2-5 мл мочи, которую помещают во флакон из-под пенициллина. Флакон закрывают стандартной резиновой пробкой, которую фиксируют алюминиевым колпачком. Исследование на наличие алкоголя проводится в течение 1 часа после получения биологических проб. Допускается хранение пробы при условии асептического отбора в холодильнике при температуре 0°С не более суток!

Кровь отбирается в количестве не менее 10 мл из поверхностной вены через иглу самотёком в сухой пенициллиновый флакон, содержащий

раствор гепарина (3-5 капель на каждые 10 мл крови). Флакон закрывают стандартной резиновой пробкой, которую фиксируют алюминиевым колпачком. Содержимое флакона сразу же перемешивают. Для химико-токсикологических исследований необходимо не менее 10 мл крови, для исследования только на наличие алкоголя достаточно 2-3 мл крови.

Запрещается обрабатывать кожные покровы в местах укола эфиром, спиртом или спиртосодержащими растворами. Место укола обрабатывается водным раствором риванола или фурациллина.

Для отправки в ХТЛ готовятся два сосуда, в которых находится проба биожидкости одного освидетельствуемого. Первый образец предназначен для анализа, второй - «контрольный» - по прибытии в ХТЛ ставится на хранение без нарушения упаковки и используется для повторного анализа пробы в случае необходимости.

Для маркировки сосудов готовятся два ярлыка. Надпись на ярлыках содержит шестизначный код обследуемого (выбирается произвольно), дату и координаты пункта (по всероссийской системе кодирования). При этом ярлык контрольного образца содержит букву «К» после шестизначного кода, а также подпись обследуемого на оборотной стороне ярлыка. Освидетельствуемый не должен видеть своего кода. Ярлык крепится к сосуду с помощью клейкой ленты, так, чтобы лента проходила через дно, боковую поверхность и головку сосуда, а надпись располагалась на стенке. Место соединения концов ленты на головке сосуда заливается сургучом, на нем делается оттиск штампа кабинета.

Сосуд запаивается в полиэтиленовый мешочек и считается готовым к отправке в ХТЛ.

После подготовки пробы к транспортировке освидетельствуемому предлагают расписаться в Рабочем журнале (код при этом закрывают), и он может покинуть помещение кабинета.

В случае если обследуемый не согласен с правильностью производственного отбора пробы, он может:

- оставить запись в Рабочем журнале;
- потребовать повторного взятия пробы (безотлагательно);
- сделать заявление в вышестоящие органы.

Более подробно с особенностями отбора, хранения образцов, транспортировки, а также ведения документации можно ознакомиться в документах, приложенных к Приказу Минздрава РФ от 05.10.98 № 289.

## Глава 23. Этические аспекты наркологии

*В.Е.Пелипас*

### **Общие предпосылки развития этических отношений в сфере практической наркологии**

Проблемы медицинской этики и деонтологии в сфере наркологии в России практически не разрабатывались. Главным образом, потому, что в обществе и в профессиональной среде прямо или завуалированно ставится под сомнение сам факт возможности применения медицинских этических принципов и норм в отношениях с больными наркологическими заболеваниями. Те немногие работы по медицинской деонтологии, которые имеются в отечественной литературе, ориентированы на больных различного клинического профиля, последнее время - даже на душевнобольных, но совершенно не замечают наркологических больных. Последним фактически отказывают в праве быть субъектами этических отношений. Для "алкоголиков", "наркоманов" и "токсикоманов" статус медицинского больного, хотя формально и признается, но в действительности при этом предполагаются такие многочисленные оговорки и изъятия, которые ставят наркологических больных по сравнению с соматическими, неврологическими и даже психически больными в положение двойственное и противоречивое.

"Алкоголик" и "наркоман" хотя и называются больными, но в то же время они как бы и не больные, поскольку, с точки зрения обывателя, они сами виноваты в своей болезни, - ведь их же никто не заставлял пить или принимать наркотики? Более того, распространено мнение, что они чуть ли не получают удовольствие от своей болезни, так как, несмотря на очевидные негативные ее последствия для них, продолжают пить (принимать наркотики), тем самым постоянно усугубляя болезнь. Поэтому они должны и отвечать за свою вину, нести на себе весь груз последствий своего поведения.

Логика такого рода рассуждений неизбежно приводит к тому, что "алкоголик" или "наркоман", если и признается больным, то, по крайней мере, не таким, как другие - обычные, "законные" больные, а как условно больные или больные какого-то второго сорта. А раз так, то и применение к этим больным общемедицинских этических норм выглядит неадекватным или ненужным, нецелесообразным, по крайней мере, в полном объеме.

Так или примерно так формируется в отношении наркологических больных этический нигилизм, когда любая этическая норма берется под сомнение, приобретает относительный характер в зависимости от контекста ситуации, когда вместо профессиональной этической нормы руководствуются понятием целесообразности в произвольной, субъективной трактовке. При этом обычно игнорируется, что большинство болезней, за исключением, может быть, сугубо наследственных или врожденных, являются в значительной мере результатом патогенного поведения человека, будь то

его неосторожность или рискованность, легкомыслие или сознательный отказ следовать рекомендациям о здоровом образе жизни. Соответственно, и большинство заболевших в той или иной степени определенно "виноваты" в своей болезни; к тому же нарушая лечебный режим и врачебные предписания, они тоже бездумно усугубляют свое состояние. Что же касается условного "удовольствия" от болезни, то достаточно вспомнить о рентных установках многих больных самого широкого нозологического спектра, хорошо известных работникам трудовой экспертизы.

Таким образом, наркологические больные, по крайней мере, по этим параметрам, ничем не отличаются от других. Более того, они, как правило, хоть и манкируют своей болезнью, но ничего от общества не требуют и ни на что не рассчитывают.

Представление о наркологических больных как "ненастоящих", больных второго сорта распространено не только в обывательской среде, но, что особенно удивительно, среди психиатров-наркологов. Частично, в том числе из-за такого положения дел в обществе столь низок рейтинг самих наркологов как неких второсортных врачей по сравнению не только с такими грандами врачебной элиты, как, скажем, нейрохирурги или онкологи, но даже с психиатрами. Соответственно, и в обществе в целом, и в административных структурах в частности сложился определенный стереотип представлений о наркологической службе, как предназначенной не столько для лечения наркологических больных, сколько для защиты общества от таких больных путем их учета, ограничения в правах и изоляции. Поэтому к возможности эффективного лечения этих больных все привычно относятся с пессимизмом, исходя из установки: "Не вылечим, так хотя бы изолируем на время, поможем семье".

Таким образом, этический нигилизм ведет к терапевтическому нигилизму, и низкой эффективности лечения и к накоплению наркологических проблем среди населения. Возникает замкнутый круг. В то же время совершенствование этических отношений в практической наркологии может быть существенным резервом повышения эффективности наркологической помощи.

Сами наркологи часто не рискуют или стыдятся идти против общественного мнения большинства, защищая своих больных, и предпочитают больше заботиться именно об "интересах общества", "защите прав семьи" больного.

В основе реальной дискриминации наркологических больных лежит феномен, который можно определить как "общественную нарко-алкогольную анозогнозию" - явный или плохо скрытый отказ от признания алкоголизма и наркоманий болезнями в прямом смысле этого слова. Нет нужды в доказательстве этого тезиса. Достаточно вспомнить, что до недавнего времени составляло стержень наркологической помощи: наркологические отделения при промпредприятиях и лечебно-трудовые профилактики (ЛТП) системы МВД, где откровенно проводился в жизнь принцип перевоспитания обязательным (читай - принудительным) трудом, но никак не лечения. Наркологический больной уравнивался тем

самым не с соматическим или психически больным, а с правонарушителем, поскольку замена слова "труд" на "реабилитация" или "трудотерапия" на деле была не более чем игрой словами, которая вряд ли кого-либо вводила в заблуждение.

Ничего особенно удивительного здесь нет. Морализующий, амбивалентный и медицинский подходы к наркологической патологии последовательно пережили все цивилизованные страны. В России просто слишком затянулся второй этап, когда на словах признается концепция алкоголизма (наркомании, токсикомании) как болезни, а на деле она не реализуется или реализуется не в полной мере.

Этому способствуют как субъективно негативные психологические факторы - например, действительно "дурной характер", "отталкивающий образ" или "плохое поведение" (часто даже антисоциальное и преступное) многих больных наркологического профиля, так и объективные, социально-политические факторы и, прежде всего, законодательные и другие нормативные акты, определяющие место и права этих больных в обществе.

Еще 10 лет назад алкоголизм и наркомании признавались, наряду с карантинными инфекциями, лепрой и некоторыми другими заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Для них предусматривались обязательный диспансерный учет, обязательное лечение в государственных наркологических учреждениях и принудительное лечение в ЛТП, режим пребывания в которых был очень близок к режиму исправительно-трудовых учреждений, а правовой статус находящихся там лиц был во многом схож с правовым статусом лиц, отбывающих наказание за совершение уголовного преступления.

Обязанность медицинских работников хранить врачебную тайну распространялась не на всех больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, а только на тех из них, кто критически относился к своему состоянию, имел твердые установки на лечение и аккуратно выполнял все врачебные назначения. Тем самым ответственность за сохранение врачебной тайны странным образом перекладывалась с врача на самого больного.

Больные наркологического профиля не имели права на получение листка временной нетрудоспособности по основному заболеванию. Что касается инвалидности по основному заболеванию, то получение ее для наркологического больного и по сей день остается практически нереальным.

Финансирование и материальное обеспечение наркологической службы также всегда осуществлялось по остаточному принципу, за исключением, может быть, коротких периодов антиалкогольных кампаний.

Все эти факты достаточно ясно свидетельствуют о том, что в недавнем прошлом в стране существовала целая система нормативных актов, направленных на подчеркивание особого гражданского и медицинского статуса наркологических больных как "второсортных" граждан и "второсортных" больных. Нормативная политика государства в основном была ориентирована на ограждение общества от этих больных. Борьба с алкоголизмом и наркоманиями, по сути, принимала форму борьбы с больными

алкоголизмом и наркоманиями. Правовое положение наркологических больных в сфере оказания им медицинской помощи характеризовалось практически одними обязанностями, начиная с обязанности терпеть пренебрежение персонала общемедицинских учреждений, находиться на учете в наркологическом диспансере, терпеть унижение каждого публичного вызова к врачу-наркологу и кончая беспрекословным согласием с навязанной им формой лечения. Причем за неисполнение любой из этих обязанностей предусматривалось "наказание" в виде направления в ЛТП.

Естественно, что при такой правовой незащищенности наркологического больного, таком сужении его правового статуса, допускающем не только возможность, но и обязательность подавления личности больного, насильственное принуждение его к заведомо неэффективному, а порой и небезвредному лечению, всерьез говорить о какой-либо системе этических принципов и норм при оказании наркологической помощи было бы сплошным лицемерием.

С другой стороны, правовая ущербность наркологического больного не могла не отразиться негативным образом на этике практической наркологии в направлении ее дегуманизации, размывания и извращения этических норм, этической безответственности врачей. Немыслимые для любой врачебной специальности нарушения основных деонтологических правил были почти нормой в наркологии. Здесь и пренебрежение врачебной тайной, и обман и предательство больного, и заведомое причинение ему вреда, как в социальном, так и в медицинском плане, и угроза наказанием и наказание больного, и многое другое. В принципе, любые этические нормы врачебной деятельности могли быть нарушены врачом-наркологом, уверенным в своем праве действовать, исходя из своего субъективного понимания блага больного, убеждения в том, что цель оправдывает средства, и вопреки собственным желаниям больного.

Сейчас ситуация меняется, и интерес к этике практической психиатрии и наркологии растет. Это происходит по нескольким причинам. Во-первых, происходящие в законодательстве изменения характеризуются укреплением правового статуса гражданина в сфере оказания ему наркологической помощи, расширением объема его прав в этой области, увеличением возможностей по их защите. За больными наркологического профиля закрепился правовой статус медицинского больного без всяких изъятий из него, фактически произошло уравнивание наркологического больного со всеми другими больными.

Во-вторых, и это, возможно, главное, - государственная наркологическая служба утратила монополию на оказание наркологической помощи населению, и одновременно стала активно развиваться альтернативная - частная и кооперативная - наркологическая помощь. Конкурентная борьба "за больного" государственных и частных наркологических учреждений и отдельных врачей заставляет и тех, и других менять свои взгляды на то, что в прошлом было "против больного". Обычные этические нормы взаимоотношений врача и больного приобретают в таких условиях, как это ни парадоксально, коммерческое значение.

В-третьих, психиатр-нарколог приобрел статус профессионального деятеля взамен или в дополнение к статусу государственного служащего, в стране создаются профессиональные наркологические ассоциации и этические комитеты.

Все это формирует необходимые условия для развития этических отношений в практической наркологии, для усвоения наркологами принципов и норм современной биомедицинской этики и этики психиатрической.

### **Краткая история развития врачебной этики**

Для европейской культуры самым древним, распространенным и универсальным сводом важнейших норм врачебной этики является так называемая "клятва Гиппократ", почти в неизменном виде дошедшая до нас из IV века до н. э.

В клятве Гиппократ можно различить, по крайней мере, 10 этических врачебных норм: 1) уважать жизнь и 2) не способствовать посягательству на жизнь ("Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария"); 3) не причинять вреда больному и 4) не поступать несправедливо по отношению к больному ("Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости"); 5) уважать права больного и 6) руководствоваться только пользой для больного ("В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел и женщинами и мужчинами, свободными и рабами"); 7) не разглашать чужих тайн и 8) соблюдать врачебную тайну ("Чтобы при лечении, а также и без лечения я не увидел и не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу об этом, считая подобные вещи тайной"); 9) почитать своих учителей и 10) хранить нравственную чистоту и непорочность ("Клянусь считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство").

Основные положения этики Гиппократ вошли во все последующие кодексы врачебной этики, получившие распространение в европейских странах. В конце XVIII века в Англии был создан первый учебник врачебной этики (Т. Персиваль, 1797). На его базе сформировались этические позиции Американской медицинской ассоциации. В Германии в XIX веке появился учебник А. Моля "Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его профессиональной деятельности. Для врачей и публики".

В России не было аналогичных систематизированных разработок. Этические нормы врачебной деятельности складывались в значительной мере на основании высказываний выдающихся клиницистов, религиозных и философских деятелей, а также в результате судебных прецедентов и решений врачебных съездов.

Как пишет известный отечественный знаток медицинской этики А. Я. Иванюшкин, 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 60-х годах выпускники медицинских ВУЗов стали принимать врачебную клятву, основанную на максимах Гипократа, 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 приговоре 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 1948 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) приняла Женевскую декларацию, в которой подтверждается приверженность принципу конфиденциальности врачебной деятельности ("Я буду уважать секреты, которые доверяются мне, даже после того, как пациент умрет") и формулируются требования к врачу не допускать, чтобы соображения религиозной, национальной, партийной, политической принадлежности или социального положения препятствовали ему выполнять свой долг в отношении пациентов.

В 1949 г. ВМА приняла Международный кодекс медицинской этики, в котором, в частности, 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.

В Кодексе также 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.

Дальнейшее развитие Международный кодекс медицинской этики получил в результате принятия на Всемирных медицинских ассамблеях, организованных ВМА, таких исторических документов, как Хельсинкская декларация (1964), развивающая идеи Нюрнбергского кодекса 1947 г., Лиссабонская декларация (1981) о правах пациента, Венецианская декларация (1983) о терминальной стадии болезни и ряда других.



К сожалению, непреодолимые идеологические барьеры, а также отсутствие вплоть до самого последнего времени в стране национальной профессиональной врачебной ассоциации не позволили российским врачам участвовать в деятельности ВМА и внести свой вклад в развитие медицинской этики. Практически почти без участия отечественных специалистов проходило и формирование в последние десятилетия новой медицинской этики, вызванной к жизни все ускоряющимся научно-технологическим прогрессом в медицине.

Преодоление клинической смерти, возможность неопределенно долго поддерживать жизнь коматозных больных, массовая пересадка сердца и других органов, отбор и сохранение трансплантатов, приживление тканей, искусственное изменение пола, искусственное оплодотворение, возможность жизни зародыша в пробирке, генная инженерия - эти и другие достижения медицины и биологии поставили на повестку дня острейшие этические проблемы, с которыми человечество ранее не встречалось. В частности, такие как: дефиниция смерти и новая концепция смерти как смерти мозга; права умирающих как потенциальных доноров органов; право больных на эвтаназию, на достойную смерть при полной информированности о болезни; этическая допустимость применения современных методов медико-генетического контроля; необходимость социально-этического контроля за биомедицинскими экспериментами на людях - и многие другие.

В результате философского и этического осмысления такого рода проблемных ситуаций, возникающих в клинической практике, в 70-х годах появилась биоэтика (сам 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 девизом: "Благо больного - высший закон". Но при этом, как пишет А.Я.Иванюшкин (там же, с. 16), характер моральных взаимоотношений врача и пациента был "заведомо асимметричным: всю (или почти всю) полноту ответственности за принятие клинических решений врач берет на себя". Что касается пациента, то независимо от того, имеет он профессиональную медицинскую подготовку или не имеет, в принятии клинических решений он считался этически некомпетентным.

Новая биомедицинская этика или биоэтика - это непатерналистская врачебная этика. Приоритетной ценностью является здесь моральная автономия личности. Пациент 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.

#### **Основные принципы и нормы биомедицинской этики**

Биомедицинская этика опирается на четыре основных принципа (автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость), пять этических норм (правдивость, приватность, конфиденциальность, лояль-

ность, компетентность) и вытекающих из них этических стандартов поведения врача, которое может быть разным, поскольку оно представляет собой решения конкретных этических задач (этический выбор) в конкретной этической проблемной ситуации.

В отечественной литературе заслуга первого подробного изложения системы биомедицинской этики принадлежит профессору В.А.Тихоненко (1996). Воспользуемся канвой его рассуждений и попробуем их переосмыслить.

Все принципы биомедицинской этики имеют статус обязывающих при отсутствии доказательств в пользу противного. Принцип **автономии** предполагает уважение к самоопределению (свободе) личности. Различают автономную личность, автономный выбор и автономные действия. Личность считается автономной, когда она действует на основании свободно и самостоятельно избранного плана, опирающегося на необходимую информацию. В противоположность этому, неавтономная личность либо неспособна обдумать свои планы, либо неспособна действовать в соответствии с ними, либо находится под жестким контролем других лиц, как, например, тяжело психически больные или заключенные.

На практике принцип автономии в биомедицинской этике реализуется в праве 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. Признавая принцип автономии, врач обязан не только уважать личность больного, но и оказывать ему психологическую поддержку в затруднительных ситуациях, не только давать больному необходимую информацию о состоянии здоровья и методах лечения, но и предоставлять ему возможность выбора и возможность осуществления контроля за ходом медицинского вмешательства, а также вовлекать его в терапевтическое сотрудничество.

В то же время принцип автономии предполагает и осознание больным необходимости уважения достоинства и автономии других людей. Автономия не должна принимать характер своеволия, как пишут В.А.Тихоненко и Т.А.Покуленко (1996). И далее: "Свобода действий индивида допустима в той мере, в которой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. В противном случае вполне оправданы ограничительные санкции и установление контроля за поведением индивида". Этическими основаниями для этого, по мнению авторов, являются "утрата индивидуумом автономии и/или существенная угроза автономии окружающих", обусловленная, в частности, тяжелыми психическими расстройствами.

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. В работе врача может быть определенный риск, но он не должен быть средством для достижения цели. Действия врача могут иметь побочный эффект, но он не может быть целью, его нельзя оправдать, с ним приходится мириться. В таких случаях врач должен пользоваться "правилом двойного эффекта", который заключается в необходимости строго взвешивать возможные блага и ущерб для больного и поступать так, чтобы благо всегда перевешивало ущерб. В определенных ситуациях, когда отсутствует явная альтернатива добра и зла, приходится выбирать не между "хорошо" и "плохо", а между "нехорошо" и "очень плохо". В таких случаях принцип непричинения вреда может подразумевать действия по реализации "меньшего зла", поскольку в сравнении с "большим злом" оно будет благом для больного (например, дилемма: ампутация или жизнь). Причем во всех таких расчетах необходимо исходить не только из абстрактных догм и субъективных представлений врача, но считаться с представлениями самого больного о добре и зле для него в его конкретной проблемной ситуации.

Здесь начинается область этических решений, регулируемая этическим принципом **благодеяния**. Биомедицинская этика требует от врача учитывать нравственные ценности больного, который в конкретной ситуации сам выбирает для себя приоритеты в триаде: жизнь, здоровье, автономия (самоопределение, свобода, самовыражение). Принцип благодеяния реализуется в действиях бесспорно благих для больного, включая действия по устранению вреда, и в действиях относительно благих или полезных для больного, что предполагает перевес добра над злом, преимуществ 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.

Этический принцип **справедливости** призывает к доступности медицинской помощи для любого больного в соответствии со справедливым стандартом этой помощи, существующим в обществе. Реализация этого принципа нередко приводит к труднопреодолимым препятствиям, поскольку на практике предполагает определенное соответствие выделяемых обществом ресурсов социальной ценности данного больного (реальной или потенциальной), что само по себе этически сомнительно, - соответствие, которое становится все более жестким в случае ограниченности этих ресурсов. По сути дела, общество тем самым культивирует несправедливость в отношении определенных больных. Однако врачи не должны ее оправдывать и поддерживать.

Общие принципы биомедицинской этики реализуются посредством уже упоминавшихся выше более конкретных этических норм. Норма **правдивости** предполагает обязанность и врача, и больного говорить правду, чтобы наилучшим образом реализовать идеи уважения личности, создания атмосферы терапевтического сотрудничества и право

больного на информацию о своей болезни, лечении и прогнозе. Вместе с тем, норма правдивости не имеет абсолютного характера, поскольку применение ее в определенных ситуациях может причинить больному несомненный вред (ятрогении) и вступить в противоречие с соответствующим этическим принципом. В таких случаях, когда этическая норма противоречит этическому принципу, предпочтение следует отдавать принципу. Однако врачу следует всегда различать этическую разницу между умолчанием правды во благо больного и прямым обманом его.

Норма **приватности** подразумевает обязанность врача уважать право больного на личную жизнь и не вторгаться в нее, тем более, грубо, без согласия больного или строгой необходимости. Нарушение нормы приватности, не продиктованное строгой терапевтической необходимостью, считается неоправданным патернализмом, нарушением автономии личности.

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 по закону (например, в интересах следствия и суда). Кроме того, она может в определенных обстоятельствах противоречить интересам сохранения жизни и здоровья других лиц, нарушать их автономию. Например, при параноидных состояниях, в случаях вирусоносительства опасных инфекций и др. Обязанность врача - следить за тем, чтобы любые исключения из правила соблюдения нормы конфиденциальности, иными словами, соблюдения врачебной тайны, были действительно необходимы, и подвергать их строгому этическому контролю.

Норма **лояльности** - это верность врача больному и своему долгу благодеяния для него, а также добросовестное отношение к своим обязанностям перед больным, включая моральные обязательства и просто обещания. Это, наконец, приоритет отношений с больным перед отношениями с другими заинтересованными лицами и социальными институтами, если это не противоречит закону и общим этическим нормам.

Наконец, 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 специальности.

Проводниками этических принципов и норм призваны служить профессионально-этические стандарты оказания медицинской помощи, которые являются как бы типовыми оптимальными вариантами возможных конкретных этических решений врача в конкретных ситуациях.

По мере реализации этических взглядов от общих принципов через нормы к конкретным этическим решениям возрастает роль специальных знаний и накопленного опыта, заключенных в отдельных медицинских дисциплинах, имеющих свои специфические особенности.

**Психиатрическая этика как источник развития этических отношений в наркологии**

Психиатрия и наркология являются частью медицины, поэтому общие принципы и нормы профессиональной медицинской этики безусловно распространяются на сферу деятельности психиатров и психиатров-наркологов. Однако некоторые важные особенности психиатрии и наркологии создают определенную специфику практической деятельности врача. Возникающие в связи с этим этические проблемы часто не могут быть решены с помощью аналогий с другими областями медицины и требуют специального рассмотрения.

Психиатрия и наркология являются в наибольшей степени социально ориентированными медицинскими дисциплинами. Психиатр (нарколог) часто имеет дело с больными с социально деформированным, девиантным, асоциальным и антисоциальным поведением. Причем эти больные сильно отличаются по глубине и степени выраженности психических нарушений, интеллектуальному уровню, сохранности критики, возможности понимать значение своих действий и контролировать их, способности к волеизъявлению, выражению и защите своих интересов.

На одном полюсе - хронические больные, полностью недееспособные (в психологическом смысле слова), зависимые от других, несамостоятельные в выборе решений и действий. На другом - вполне автономные личности с нередко выраженными ситуационно обусловленными пограничными психическими нарушениями. Естественно, что в отношении столь разных больных у врача не может быть одной модели поведения.

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 части своих больных. Наконец, и та, и другая модели отношений могут замещать друг друга в зависимости от изменений в психическом состоянии пациента. Тем самым психиатры и психиатры-наркологи, в отличие от врачей других специальностей, обречены на существование одновременно в двух этических системах: классической и биомедицинской.

Вместе с тем, 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. В этой связи профессиональная деятельность психиатра-нарколога (освидетельствование, установление диагноза, постановка на учет, запрет на определенные виды деятельности, госпитализация, изоляция больных и др.), с одной стороны, - представляет для общества повышенный интерес, что налагает на врача большую социальную ответственность, а, с другой стороны, - невольно способствует тому, что их пациенты в большей или меньшей степени начинают испытывать социально негативное отношение общества и подвергаться социальным ограничениям, что создает определенные этические проблемы в отношениях врача и больного.

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. Насилие, применяемое в психиатрии, должно защищать интересы, как самого больного, так и общества. Так как эти интересы часто не совпадают, возникает противоречие, разрешение которого зависит не столько от психиатра, сколько от уровня нравственного и политического развития общества. Этика демократического общества предполагает, что забота о сохранении и укреплении психического здоровья отдельного (каждого) индивидуума есть также забота об интересах всего общества, что защита интересов отдельного больного не менее значима, чем защита интересов общества и государства.

Указанные особенности психиатрии и нартологии налагают на психиатрическую этику по сравнению с общемедицинской этикой, которой руководствуются в других медицинских дисциплинах, дополнительную нагрузку в виде необходимости решать задачи совершенствования нравственного облика врачей, повышения толерантности общества к лицам с психическими расстройствами, смягчения нравов общества, ограничения сферы принуждения и насилия в отношении больных до пределов строгой медицинской необходимости, достижения баланса интересов общества и больного.

Специфика психиатрии и нартологии 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. Есть такой кодекс, в частности, у американских психиатров.

19 апреля 1994 г. Пленум Правления Российского общества психиатров также принял "Кодекс профессиональной этики психиатров". Российское общество психиатров является также профессиональным объединением врачей психиатров-наркологов, которые представлены и в Правлении общества. Поэтому формально, юридически Кодекс распространяется и на них. Однако в среде наркологов это весьма знаменательное событие не вызвало как будто никакого отклика. За прошедшее время на страницах наркологических изданий о "Кодексе психиатров" сказано очень мало, а попытки рассмотреть возможности его применения в контексте реальной наркологической практики вообще не предпринимались.

Такое "умолчание" может быть следствием этической невосприимчивости или неразборчивости наркологов, но, скорее, оно связано с их дезориентацией, вызванной формальной принадлежностью к иной организационной структуре. Организационное разделение психиатрии и нартологии вызывает, по-видимому, у некоторых наркологов тенденцию к разделению концептуальному. Признавая закономерным и естественным дальнейший

дрейф наркологии от психиатрии к психологии и социологии, можно ставить под сомнение актуальность "Кодекса профессиональной этики психиатра" при оказании практической наркологической помощи. Однако это - глубокое заблуждение, если оставаться на твердой медико-биологической почве и признавать наркологию в качестве медицинской дисциплины.

Наркология развивается в рамках психиатрии, и было бы неверным утверждать, что она стала абсолютно самостоятельной. Группа наркологических заболеваний относится к экзогенным психическим расстройствам и в таком качестве является нераздельной частью психиатрии. Наркология пользуется теми же методами и средствами диагностики и лечения, что и психиатрия, у них общий понятийный аппарат. Базовая подготовка наркологов возможна только в рамках изучения психиатрии. Вся система подготовки психиатров предполагает изучение нозологических единиц наркологического профиля. Все современные отечественные и международные классификации болезней помещают алкоголизм и наркоманию (токсикоманию) в рубрику психических заболеваний.

Существование "чисто наркологических" больных, свободных от психических расстройств (психопатологической симптоматики), есть фикция. Попытки отделить наркологических больных от психически больных научно и клинически совершенно несостоятельны. Уже сам факт существования сложного синдрома расстройства влечений в виде зависимости от психоактивных веществ, как правило, сопровождающейся снижением критики и нарушениями поведения, ставит любого носителя этой симптоматики в разряд лиц психическими расстройствами. Вычленив у больного "собственно наркологическую" и "собственно психопатологическую" симптоматику невозможно. У большинства наркологических больных имеются и невротоподобная симптоматика, и психопатоподобны нарушения, и более или менее выраженные эмоциональные расстройства, и характерные изменения личности. У многих возникают острые, подострые и хронические психотические состояния и нарастает интеллектуально-мнестические снижение. Наркологические заболевания часто имеют прогрессирующее течение с отчетливыми признаками процессуальное™.

При таких обстоятельствах отказ признавать за больными алкоголизмом и наркоманиями (токсикоманиями) статус больных с психическими расстройствами или психически больных, что, по сути дела, одно и то же, - есть или проявление некомпетентности и непрофессионализма, или следствие борьбы бюрократических интересов, или отголоски уже упоминавшегося феномена "общественной нарко-алкогольной анозонозии", недопустимые в профессиональной медицинской среде.

Все сказанное кажется достаточно убедительным аргументом в пользу признания психиатрической этики нравственным ориентиром и для психиатров-наркологов в решении сложных с медицинской, правовой и этической точек зрения проблемных ситуаций, нередко возникающих в их практической деятельности.

## Глава 24. Вопросы алкогольной политики

*В.Е.Пелипас, Л.Д.Мирошниченко, М.Г.Цетлин*

### 1. Общие вопросы алкогольной политики

Алкогольная государственная политика представляет собой совокупность мероприятий, проводимых государством с целью воздействия на ситуацию, связанную с потреблением алкогольных напитков населением страны. Основы алкогольной политики могут быть выражены в законах, законодательных правовых актах или государственных программах, однако и без подобных документов могут проводиться конкретные действия в этом направлении. Иными словами, алкогольная политика может существовать де-факто без ее оформления де-юре или какой-либо государственной декларации по этому поводу. Эта политика в разных странах и в разные периоды времени может осуществляться с самой различной степенью активности: от фактического невмешательства в потребление алкоголя населением до полного запрета на производство и оборот алкогольных напитков. В первом случае позицию государства принято называть "пермиссивной" (разрешительной), во втором - "прогибиционистской" (запретительной). Могут значительно варьировать также главные цели алкогольной политики, основные мишени воздействия, формы целевых мероприятий.

Алкогольная ситуация включает четыре основных компонента: производство алкогольных напитков, их продажа, потребление их населением и последствия этого потребления. Мишенями осуществляемых мероприятий могут быть один из этих компонентов, два-три из них или вся цепочка. Такой выбор определяется движущими мотивами алкогольной политики и ее целями. Когда государство уделяет внимание преимущественно производству и продаже алкогольных напитков, главной целью являются обычно денежные доходы от продажи алкоголя, поступающие в государственный бюджет ("фискальный интерес"). В этом случае государство заинтересовано в высоком уровне алкогольного оборота, невзирая на распространенность и тяжесть негативных последствий массового потребления алкоголя, хотя и может прикрывать свой чисто фискальный интерес пустыми декларациями о борьбе с этими последствиями. Такая алкогольная политика была характерна для европейских государств в ХУП-ХІХ веках (в том числе России), причем в те времена проблемой негативных последствий чаще откровенно пренебрегали как на деле, так и на словах. В ряде стран власть присваивала себе монопольное право на производство и продажу алкоголя с целью получения максимальных доходов. Решение проблемы последствий и ответственность за них оставались самому населению.

Напротив, если государство заботится, главным образом, о здоровье населения, снижении уровня негативных последствий потребления алкоголя и хочет в связи с этим, чтобы население потребляло меньше алкоголя (т.е. мишенью государственных мер является потребление), то оно должно отказаться от фискальной заинтересованности в росте производства и продажи алкогольных напитков. В этом случае высокие



налоги и цены на алкоголь, а также государственная монополия на его оборот выполняют не столько задачу пополнения бюджета, сколько задачу снижения потребления алкоголя (за счет ограничения его доступности). Типичные примеры такой политики, представляющей собой различные варианты "сухого закона", на протяжении всего XX века являли США, скандинавские страны (Норвегия, Швеция, Финляндия), а также Россия в 1985-1988 гг. Крайним случаем является полный запрет на производство и продажу алкогольных напитков - "сухой закон" (Исландия, 1912-1923; Финляндия, 1919-1932; США, 1919-1933).

К последней четверти XX века в европейских странах определилась единая позиция в отношении формирования алкогольной политики, выражающаяся в том, что ее главной целью должно быть снижение негативных последствий потребления алкоголя, и это же должно быть главной мишенью проводимых государством мероприятий. Такой приоритетный подход определили реальные итоги многолетней алкогольной политики во многих странах, убедительно показавшие, что массированное "силовое" воздействие на потребление алкоголя не дает ожидаемого эффекта, так как в ответ на существенные ограничения доступности легального алкоголя население прибегает к массовому изготовлению и потреблению нелегального алкоголя и его суррогатов.

Именно такая реакция населения явилась причиной провала введения "сухого закона" в первой половине XX века в упомянутых выше странах. Подоплека такого рода алкогольной политики в те годы носила религиозно-моральный характер и совершенно не согласовывалась с реальностью. Политические решения о запрете на производство и потребление алкогольных напитков были подготовлены широкими трезвенническими движениями, развернувшимися в Северной Америке и Европе в конце XIX - начале XX веков, лидерами которых были представители духовенства либо бескомпромиссные приверженцы трезвеннической морали из прихожан.

В наше время становится все более ясным, что у населения, традиционно ориентированного на европейскую культуру, объективно всегда существует определенный уровень популяционной потребности в алкоголе, различный в определенные исторические периоды. Этот уровень стихийно устанавливается в результате сложного взаимодействия различного рода социально-психологических мотиваций, действующих на протяжении некоторого отрезка времени. Для лиц, ответственных за разработку и реализацию алкогольной политики, принципиальной ошибкой является отношение к алкоголю как к товару не первой необходимости, наличие которого в коммерческом обороте ввиду его потенциальной опасности может быть одномоментно значительно сокращено или вовсе упразднено "на благо населению". Никогда еще не оправдывался расчет на то, что население быстро привыкнет к вводимым значительным ограничениям доступности алкоголя и тем более, - к его отсутствию. Наглядным примером может служить Финляндия, прошедшая этап полного запрета на алкоголь (1919-1932), значительного ограничения его доступности (1932-1968) и последующего поэтапного смягчения ограничений. Несмотря на длительные антиалкогольные усилия властей, зарегист-

рированное среднелюдское потребление алкоголя в Финляндии устойчиво росло с каждым десятилетием, и к 90-м годам оно удвоилось по сравнению с 60-ми годами, приблизившись к среднелюдскому потреблению в Великобритании, где борьба с потреблением алкоголя в течение всего этого периода фактически не велась.

Специалисты, отстаивающие ту точку зрения, что основной мишенью государственной алкогольной политики должны быть отрицательные последствия алкогольного потребления, их предупреждение и снижение (минимизация), полагают, что такой подход в большей степени может способствовать снижению потребления алкогольных напитков населением, чем прямая борьба с потреблением путем возведения всяких препятствий к их приобретению. Подчеркивается, что указанная позиция становится все более актуальной в условиях преобладания в мире тенденции к демократизации, интернационализации и глобализации, в том числе в социально-культурном плане. Признание свободы выбора поведения для всех членов общества включает в себя и личный выбор в отношении потребления алкогольных напитков. При этом важно иметь в виду, что большая свобода в выборе поведения влечет за собой и большую личную ответственность за свое поведение, в том числе и за последствия потребления алкоголя.

В зарубежной литературе все чаще используются термины "ответственное употребление алкоголя" (responsible drinking), а также "разумное употребление" (sensible drinking). Уже состоялось несколько международных конференций на эту тему. Предполагается, что при ответственном или "разумном" потреблении алкоголя снизится уровень всевозможных форм злоупотребления им, произойдет "минимизация последствий" и, как следствие, возникнет тенденция к снижению общего уровня употребления алкоголя без какого-либо принуждения со стороны властей. Термин "минимизация последствий" поэтому некоторыми специалистами рассматривается как эквивалент понятия "снижение уровня злоупотребления".

Таким образом, результативность антиалкогольных действий государства зависит не только и не столько от их жесткости и интенсивности, а в значительной мере (иногда решающим образом) - от их "легитимности", т.е. приемлемости для населения и широкого общественного признания, от их ориентированности на исторически сложившееся отношение общества к алкоголю, с учетом социально-культурной подоплеку объективно существующей потребности населения в определенных формах алкоголизации.

Если рассматривать потребность в алкоголе не на индивидуальном, а на популяционном уровне, то можно выделить следующие основные группы факторов, влияющих на нее:

- 1) политическая ситуация (особенности государственной политической системы; уровень социальной и политической стабильности; идеологические приоритеты; степень политической активности населения; особенности алкогольной политики);

- 2) экономическая ситуация (трудовая активность и занятость населения; степень экономической стабильности; способность большинства населения обеспечить свои основные жизненные потребности);

3) социально-психологическая ситуация (структура социальных интересов и ценностные приоритеты; легитимность господствующих морально-политических установок и выраженность аномичности в обществе; развитость и уровень общего и профессионального образования; особенности исторически сложившихся национальной культуры и национального характера, включая традиции употребления алкоголя; уровень социально приемлемого рискованного поведения; развитость и доступность культурных форм общения, отдыха, досуга; характер и уровень общественной и религиозной активности населения);

4) демографическая ситуация (половозрастная структура населения; семейная ситуация, в том числе по показателям количества браков, разводов, детей и числу поколений в семье; уровень миграции и удельный вес мигрантов в зонах экстремального проживания);

5) медицинская ситуация (уровень здоровья населения; развитость системы здравоохранения; структура медико-социальных рисков; характер заболеваемости и смертности; санитарная культура населения);

6) экологическая ситуация (климатогеографические условия; качество продовольственной продукции; загрязнение среды).

Из этого перечня следует, что популяционная потребность в алкоголе обладает большой инерционностью. Большинство перечисленных выше факторов не поддаются простому прямому воздействию, ведущему к немедленному результату. В историческом плане они изменяются медленно, а если подвергаются драматическим переменам (например, при всякого рода "переломах" в политической ситуации), то результаты в отношении популяционной потребности в алкоголе бывают непредсказуемыми.

Изучение тенденций в потреблении алкоголя в разных европейских странах на протяжении XX века приводит к заключению, что существовавшие в начале века резкие различия в уровнях и структуре потребления между странами к концу века значительно сгладились. При этом страны с наиболее высоким в начале века уровнем потребления алкоголя к концу века значительно снизили его (Франция, Италия, Испания, Швейцария), причем без каких-либо серьезных антиалкогольных усилий со стороны их правительств. Напротив, целый ряд стран с более низким исходным уровнем потребления алкоголя к концу века существенно повысил его (причем на фоне роста благосостояния населения), несмотря на длительные и широкомасштабные усилия правительств по резкому ограничению доступности алкогольных напитков (Норвегия, Швеция, Финляндия). В странах, где уровень потребления в начале века был близким к 10 литрам абсолютного алкоголя (а.а.) на душу населения, потребление алкоголя в конце века незначительно отличалось от этого показателя. К этой же цифре в последние годы явно приближаются и страны с рекордными уровнями потребления алкоголя в начале века; например, Франция (21,7 л на душу населения в 1901-1905 гг. и 12,7 л - в 1990 г.).

В связи с указанными выше тенденциями можно сделать два вывода: 1) в ходе сглаживания различий в политических системах и экономических уровнях между отдельными европейскими странами происходит и сглаживание

различий в уровнях потребления алкоголя, совершающееся стихийно, нередко даже вопреки действиям политиков, не имеющих представления об этой тенденции; 2) существует некий, можно сказать, "стандартный", "средний" уровень потребности европейского населения в алкоголе, к которому оно объективно тяготеет, независимо от степени общественного осознания потенциального и реального ущерба, связанного с алкоголем.

Если за условный "стандарт" принять среднеевропейский уровень потребления алкоголя, то расчеты показывают, что в течение XX века он снизился, но незначительно: с 12,7 л а.а. на душу населения в 1901-1905 гг. до 9,75 л а.а. в 1990 г.

Разработка конкретной концепции алкогольной политики, выбор ее основных мишеней, очевидно, зависят существенным образом от того, по какую сторону от данного "стандарта" находится в данный момент реальный уровень потребления алкоголя в стране и какого рода динамика ему предшествовала. Если он превышает "стандарт", то можно применять достаточно активные ограничительные меры по розничной продаже алкоголя - и ожидать, что население в целом не проявит массового сопротивления этим мерам и примет их как должное. Если же уровень потребления алкоголя в стране существенно ниже "стандарта", то можно заранее предсказать, что снижение доступности алкоголя вызовет к жизни "компенсаторные" формы поведения населения в виде роста потребления алкогольных суррогатов, контрабанды и нелегального изготовления алкогольных напитков и т.д. В таком случае ситуация с негативными алкогольными последствиями в целом не только не улучшится, но и неизбежно осложнится. Кроме того, следует принимать во внимание, что резкое ограничение доступности алкоголя может также вызвать компенсаторный всплеск потребления наркотических и других одурманивающих веществ.

К началу текущего века для развитых и ориентирующихся на них развивающихся стран стало фактически бесспорным, что главной целью алкогольной политики должна быть защита здоровья, материального благополучия и безопасности населения. Однако концепция алкогольной политики в конкретной стране должна быть максимально "привязана" к существующей в ней актуальной алкогольной ситуации. Действия органов власти и общественных организаций могут быть направлены на все основные элементы этой ситуации (производство, продажа, потребление алкоголя, его последствия). Однако конкретный набор этих действий, их приоритеты и формы, их соотношение и интенсивность должны учитывать особенности объективно сложившейся потребности населения в алкоголе, ее социально-психологической подоплеку и степени удовлетворенности спроса на алкоголь. В таком случае можно рассматривать алкогольную политику как адекватную или сбалансированную и надеяться на ее легитимность у населения.

Набор возможных и наиболее часто применяемых мер контроля над алкогольной ситуацией довольно универсален для большинства развитых стран, в том числе и для России. Однако степень использования какой-либо конкретной меры в разных странах может отличаться достаточно значительно - в зависимости от целей и мишеней алкогольной

политики и от конкретных обстоятельств. Типичными являются следующие меры:

1) воздействие на объемы и структуру производства алкогольных напитков - путем введения налогов, определения условий лицензирования, сертификации, установления стандартов, квот, разворачивания борьбы с контрабандой спиртного, введения административной и уголовной ответственности за фальсификацию, нелегальное производство и оборот алкогольной продукции, а также путем введения прямой государственной монополии на производство алкоголя;

2) воздействие на оптовый и розничный торговый оборот алкогольных напитков - с помощью налогов и регулирования цен, контроля над импортом, включая квотирование, а также путем введения прямой монополии;

3) воздействие на доступность алкогольных напитков в розничной продаже - с помощью критериев лицензирования, определения числа и характера торговых точек и питейных заведений на данной административной территории, введения "нормативов" на расположение этих точек (полный или частичный запрет торговли алкоголем в определенных местах, например, вблизи школ, больниц, на вокзалах и в аэропортах и т.д.), применения таких мер, как установление дней и часов торговли алкоголем, полный или частичный запрет торговли алкоголем на массовых спортивно-зрелищных мероприятиях и в некоторые особые дни (выборы и др.), запрет или ограничение отпуска тех или иных напитков (обычно крепких) в определенных торговых точках или питейных заведениях и др.;

4) запрет на приобретение алкогольных напитков для определенных категорий лиц - несовершеннолетних (возрастной ценз), лиц в состоянии опьянения, водителей на дорогах, рабочих в спецодежде и др.;

5) запрет на употребление алкогольных напитков отдельными категориями лиц - водителями перед поездкой и во время нее, пациентами больниц и других лечебно-профилактических учреждений, военнослужащими, работниками военизированных учреждений и правоохранительных органов в служебное время и др.;

6) ограничение рекламы алкогольных напитков или ее запрет для определенных видов алкогольных напитков (обычно крепких), в определенных средствах массовой информации (например, на ТВ) или в тех или иных формах (например, на размещение на спортивной одежде, инвентаре, на спортивных площадках названия алкогольной фирмы, спонсирующей спортивное соревнование, а также запрет на спонсирование развития спорта такими фирмами) и др.;

7) система административных и уголовных наказаний в связи с употреблением алкоголя - за распитие алкогольных напитков и появление в пьяном виде в общественных местах, за вождение транспортными средствами в состоянии опьянения, за побуждение несовершеннолетних к распитию алкогольных напитков;

8) система правовых ограничений для злоупотребляющих алкоголем: лишение родительских прав, ограничение дееспособности, арест и принудительное лечение по приговору суда и др.;

9) система оказания консультативной медико-генетической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи лицам с нарушениями здоровья, вызванными употреблением алкоголя;

10) система профилактики злоупотребления алкоголем - путем внедрения различных образовательных программ, организации санитарного просвещения, привлечения и целевым акциям средств массовой информации и творческих работников, пользующихся широким авторитетом и др.;

11) поощрение различных инициатив населения, направленных на предупреждение негативных последствий употребления алкоголя и помощь пострадавшим от них лицам - начиная от трезвеннических движений и кончая группами так называемых "Анонимных Алкоголиков";

12) различные превентивные меры, направленные на снижение риска возникновения вредных последствий употребления алкогольных напитков - путем повышения культуры потребления, включения в рецептуру алкогольных напитков защитных компонентов - гепатопротекторов, витаминов, аминокислот, минеральных веществ и т.п.

Многие из этого обширного списка способов воздействия на алкогольную ситуацию применялись в разных странах достаточно настойчиво и постоянно в течение длительного времени. Однако заметную и подтвержденную специальными исследованиями эффективность показали лишь некоторые из них. Проводившие такие исследования эксперты ВОЗ отнесли к наиболее действенным подходам:

1) повышение "начального" возраста легального потребления алкоголя; 2) меры, препятствующие вождению транспортных средств в нетрезвом состоянии; 3) регулирование доступности алкогольных напитков в розничной продаже; 4) массовое распространение способов предотвращения или снижения вреда при употреблении алкогольных напитков.

Возраст легального приобретения алкогольных напитков ограничен законом во многих странах. Анализ практики в США и Канаде привел к заключению, что понижение возрастного предела увеличивает число связанных с алкоголем дорожных аварий, а повышение - сокращает их. Повышение возрастного предела приводило к заметному сокращению общего потребления алкоголя среди возрастной группы, подпадающей под действие закона. Однако в большинстве стран, где действуют юридические ограничения возраста на приобретение алкогольных напитков, реально они плохо соблюдаются [1]. Конкретная величина данного возрастного порога различается по странам довольно значительно: от 16 (Австрия, Испания, Италия, Швейцария) до 18 лет (Великобритания, Франция, Германия, Финляндия, Швеция и др.) и 21 года (США) [2]. Связь между величиной этого порога и уровнем злоупотребления алкоголем среди несовершеннолетних далеко неоднозначна. Так, межнациональное исследование потребления алкоголя среди учащихся, проведенное в 1997-1998 гг., выявило, что в Швеции, где возрастной ценз на приобретение алкоголя составляет 18 лет, к тому же при общих значительных ограничениях доступности алкоголя, 40% опрошенных мальчиков к возрасту 15 лет уже не менее двух раз напивались до состояния опьянения. В то же время в Швейцарии с возрастным

цензом 16 лет и при значительно более слабых ограничениях доступности алкоголя доля таковых среди 15-летних составила лишь 25% [3].

Меры, предупреждающие вождение транспорта в нетрезвом состоянии, относятся к категории немногих мер, эффективность которых является существенной и бесспорной. Во всех западноевропейских странах и большинстве центрально- и восточно-европейских государств применение этих мер реализуется с помощью контроля над содержанием алкоголя в крови водителей. Допустимая концентрация алкоголя в крови колеблется по странам довольно значительно: от 100 мг/100 мл в Ирландии, 80 мг/100мл в Австрии, Великобритании, Германии, Франции и др. до 20 мг/100 мл в Польше и Швеции и нулевой концентрации в Болгарии, Румынии, России и др. странах СНГ [4]. Считается, что при достаточно активном противодействии правоохранительных органов вождению в нетрезвом состоянии не только должна повыситься безопасность движения, но, с учетом растущей массовости автомобильного транспорта, может проявиться также влияние на общий уровень злоупотребления алкоголем, прежде всего среди молодой популяции.

Эффективность мер ограничения доступности алкоголя вызывает неоднозначную или спорную оценку. Традиционно здесь выделяют такие меры, как ограничение времени (часов и дней) розничной продажи алкогольных напитков, а также налогообложение, влияющее на повышение цен на них [5]. Сегодня принято считать, что ограничение доступности алкоголя должно проводиться в разумных пределах, чтобы не вступить в резкий конфликт со спросом населения на алкоголь, подталкивающий к поиску замещения его дефицита (с помощью суррогатов, нелегального изготовления алкоголя и т.д.). Опыт применения в ряде стран значительных ограничений в доступности алкоголя показал, что без достаточной поддержки со стороны населения такая политика не может проводиться длительное время, хотя на первых порах она может дать некоторые положительные результаты [6].

Сокращение часов розничной продажи алкогольных напитков декретировано во многих странах. Например, в скандинавских государствах не разрешена их продажа на вынос по выходным дням. Иногда ограничение распространяют только на крепкие напитки. Большинство авторов, исследовавших влияние изменения часов продажи или дней работы торговых точек на уровень потребления алкоголя, пришли к выводу, что расширение времени продажи приводит к повышению потребления, а сокращение - к снижению. Однако в некоторых исследованиях было показано (Норвегия, Швеция, Финляндия), что закрытие по субботам магазинов, торгующих ликероводочной продукцией, мало влияет на общий уровень потребления алкоголя, поскольку потребители быстро приспосабливаются к ограничениям, запасаясь алкогольными напитками в другие дни. При этом по субботам все же отмечалось снижение частоты правонарушений, связанных с алкоголем.

Меры, направленные на снижение вреда при употреблении алкогольных напитков, представляют собой относительно новый подход к алкогольной политике, который активно обсуждается в последнее десятилетие в европейских странах, и рекомендуется в соответствующих программах ВОЗ

для использования и развития. Пока существует ограниченное число таких мер, испытанных на практике, в том числе: обучение персонала питейных заведений навыкам обслуживания, снижающего риск негативных последствий у пьющих; повышение ответственности персонала за эти последствия; организация доставки транспорта пьющих и их самих до места жительства; обучение потребителей спиртного, в том числе через образовательные программы, навыкам самоконтроля над количеством принятого алкоголя или менее опасного потребления алкоголя и др. Этот подход можно рассматривать в рамках дискутируемой в последнее время темы "разумного" или "ответственного" употребления алкоголя.

Появились исследования по оценке эффективности такого подхода. В одном из них было показано, что после того, как в штате Орегон (США) было проведено соответствующее обязательное обучение не менее 50% персонала всех питейных заведений, произошло статистически значимое сокращение количества дорожных аварий за счет снижения концентрации алкоголя в крови клиентов, покидающих питейное заведение [1].

Все чаще высказывается мнение, что запрещение рекламы алкогольных напитков фактически не влияет на уровень их потребления населением. При этом исходят из того, что наличие рекламы стимулирует не столько решение выпить, сколько выбор предпочитаемой марки напитка.

Опыт ряда стран, в том числе России, показывает, что санитарное просвещение через средства массовой информации слабо влияет на уровень потребления алкоголя и его последствий [2].

Вместе с тем, применение целого ряда мер важно независимо от доказанности степени их влияния на общий уровень потребления алкоголя населением. К ним относятся, прежде всего, меры по защите здоровья и безопасности граждан от возможного вреда, связанного с алкоголем. Речь идет как о медицинских, так и всевозможных правоохранительных мерах, обеспечении техники безопасности на производстве и др.

Для сравнения степени разработанности и жесткости алкогольной политики в разных странах была предложена оценочная шкала, по которой баллами оценивается наличие или отсутствие определенной меры государственного контроля над алкоголем и подсчитывается общая сумма баллов [2, 7]. Усовершенствованный вариант этой шкалы был применен в европейских странах для их сравнения в динамике с 1950 по 2000 год [8]. В эту шкалу входят меры по контролю за производством и продажей алкогольных напитков, наличие возрастного ценза потребления, ограничений по рекламе и меры по предупреждению вождения в нетрезвом состоянии. Оценивается также наличие государственной программы по профилактике алкогольных проблем и наличие соответствующих специальных служб. Максимальная оценка - 20 баллов. Результаты оценки применения данной шкалы для разных стран показали, что самый строгий контроль над алкоголем существовал на протяжении всего указанного периода в Норвегии, Швеции и Финляндии. Еще в 1950 г. суммарный оценочный балл в этих странах составлял 17-17,5, в то время как в остальных странах он не превышал 9; причем в Португалии и Франции он был равен



1, а в Испании - 0. К 2000 году все "отсталые" в отношении развитости алкогольной политики страны значительно подняли свой суммарный балл, а в скандинавских странах, напротив, проявилась тенденция к его снижению. В результате, например, Франция (11,5 баллов), Италия (13) и Великобритания (14) сблизились с Финляндией (14,5 баллов), а среднеевропейский балл стал равен 11,4. За последние 10 лет он не изменился.

## **2. История алкогольной политики в России**

В России, если взять продолжительный исторический период, государственная позиция и практика в алкогольном вопросе проделали сложную эволюцию. До Николая II государство было озабочено, главным образом, алкогольным доходом, для обеспечения которого вводились различные формы контроля над оборотом алкоголя: частичная или полная государственная монополия, откупная или акцизная система взимания налогов, отпуск водки населению только в специальных заведениях ("царевы кабаки", "кружечные дворы" и т.п.) или, наоборот, полная свобода для частного питейного дела (при Александре II). Для предупреждения последствий потребления алкоголя использовались в основном, лишь чисто полицейские меры - в рамках поддержания общественного порядка. Правда, время от времени принимались некоторые постановления, направленные против злоупотребления алкоголем, но в жизнь они проводились слабо. Так, специальные "винные статьи" по "кабацкой части" содержалась в одном из указов Петра I, где предусматривалось наказание злостных пьяниц, а также персонала, допустившего смерть клиента от "безмерного питья" (на него накладывался большой штраф в пользу семьи опившегося).

По поводу вреда, наносимого алкоголем населению, беспокоилась православная церковь, которая постоянно проповедовала умеренность питья и трезвость и настаивала на необходимости ограничений в торговле спиртным. Так, при царе Алексее Михайловиче патриарх Никон добился указания продавать водку только по одной чарке (1/ 100 ведра - 0,123 литра) на человека. Священнослужители были инициаторами движения трезвенничества, принявшего в России широкие масштабы, особенно среди крестьян, во второй половине XIX века.

Принципиальным поворотом в российской алкогольной политике было введение в 1895 году винной монополии. Ее главным отличием от предшествующих прецедентов государственной (казенной) монополии было то, что первоочередной целью на этот раз объявлялось благополучие населения. И эта цель действительно реализовывалась - путем твердого и взвешенного регулирования розничной продажи крепких спиртных напитков. Производство водочного спирта оставалось в руках частных лиц, но они должны были сдавать всю свою продукцию по твердой цене на государственные, так называемые "винные склады", где водка изготавливалась и выпускалась в продажу в запечатанной гербовой печатью посуде. Был обеспечен контроль над качеством алкогольных напитков. Торговля водкой разрешалась в крупных городах с 7 до 22 часов, в сельской местности осенью и зимой - до 18 часов, весной и летом - до 20 часов. Запрещалась продажа водки в дни важных общественных мероприятий (сельских или волостных сходов, выборов в

Думу и т.п.) Запрещалось также открывать винные лавки ближе 40 сажений от зданий храмов, кладбищ, казарм, учебных заведений, тюрем и т.п.

Государственная монополия на реализацию алкогольной продукции распространялась только на крепкие напитки; торговля виноградным вином и пивом оставалась в частных руках. Серьезным новшеством было создание в губерниях и уездах "попечительств о народной трезвости" - специальных государственных учреждений с целью "ограждения населения от злоупотребления крепкими напитками". На их деятельность министерство финансов отчисляло около 1% от суммы, вырученной за продажу водки. Задачами этих попечительств было: вести надзор за правильной продажей спиртного, распространять знания о вреде пьянства, организовывать для этого лекции, народные чтения и собеседования, издавать антиалкогольную литературу, открывать чайные для простого народа и народные читальни, организовывать лечебные приюты для алкоголиков и др.

За время своего существования деятельность этих учреждений стала достаточно заметной. В проводимые ими культурные мероприятия (бесплатные концерты, танцевальные вечера, театральные постановки, народные гуляния) вовлекались широкие слои населения. Открывались доступные для населения просветительские центры и учреждения для оказания медицинской помощи пострадавшим от алкогольных заболеваний. В начале 1900-х годов министерство финансов учредило "Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма", какого в ту пору не было нигде в мире. Власти учитывали настроения в обществе и всячески поддерживали трезвеннические движения.

Для реализации такой алкогольной политики правительство пошло на большие расходы, которые в первые годы были сопоставимы с доходом казны от продажи водки. Кстати сказать, доход этот отличался стабильностью и составлял внушительную долю (более 25%) в доходной части государственного бюджета. При этом следует заметить, что в период действия водочной монополии (1895-1914 годы) уровень потребления алкоголя на душу населения в России оставался одним из самых низких в Европе - около 3,5-4 л а.а. на душу населения (ниже, чем в Швеции); хотя проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем, конечно, оставались. Для своего времени это была хорошо продуманная, сбалансированная и последовательно реализуемая политика. Инициатором ее был известный российский государственный деятель граф С.Ю. Витте.

В истории России был момент в 1914 году, который по недоразумению называют введением "сухого закона". На самом деле речь шла не о полном запрете на алкогольные напитки, а о том, что в связи с началом войны вводился запрет на продажу на вынос крепких (водка и др.) и крепленых (свыше 16%) алкогольных напитков, причем только в западных губерниях. В ресторанах и трактирах эти напитки по-прежнему подавались без ограничений. Аналогичный запрет на крепкие напитки на период войны был введен в большинстве европейских стран, участвовавших в 1-й мировой войне.

На протяжении советского периода (1917-1991 годы) алкогольная политика в России отличалась внутренней противоречивостью и не-

последовательностью, что не способствовало улучшению алкогольной ситуации. Источник противоречивости лежал в идеологизированности алкогольной политики, с одной стороны, и ее фискальности, - с другой. Пьянство объявлялось "наследием капитализма", которое по мере становления социализма исчезнет само собой (вместе с самой потребностью населения в приеме алкоголя). Тем не менее, на первых порах после прихода к власти большевиками был введен полный запрет на производство и продажу спирта и крепких спиртных напитков - со строгими санкциями за нарушение этого запрета в виде лишения свободы не менее чем на 5 лет. Население ответило на эти меры массовым самогонварением, причем в отдельные периоды крестьяне предпочитали изготавливать из своего зерна самогон и продавать его горожанам, поскольку это было выгоднее, чем продажа самого зерна.

Поняв утопичность надежды на быстрое отрезвление народа и оказавшись перед лицом крупных бюджетных потерь, правительство в 1923 году разрешило частникам изготавливать и продавать алкогольные напитки крепостью до 20%, а вскоре (в 1924 году) - до 30%.

В 1925 году государство взяло в свои руки обеспечение населения алкоголем, введя государственную монополию на изготовление и продажу водки, и стало быстро наращивать объемы производства. Было объявлено, что доход от продажи водки пойдет на восстановление крупной промышленности, развитие просвещения и другие важнейшие задачи. В 1927-1928 годах этот доход составил уже 12% от всей доходной части бюджета. Одновременно через средства массовой информации, органы образования и культуры была развернута широкая антиалкогольная пропаганда, а с помощью правоохранительных органов и создаваемых по всей стране соответствующих обществ началась борьба с пьянством и алкоголизмом.

В начале 30-х годов был сделан новый поворот: отказ от борьбы за трезвость при дальнейшем наращивании производства спиртных напитков. До самого начала войны (1941 год) водка продавалась свободно, без ограничений места, времени и дней недели, даже в столовых при предприятиях, учреждениях и вузах. Во время войны водка входила в солдатский рацион фронтовой зоны (100 граммов в день). В первые послевоенные годы (1945-1958 годы) продолжалась прежняя, либеральная по своей сути, политика по отношению к потреблению алкоголя населением. Водка продавалась в розлив без наценки даже в киосках уличной продажи газированной воды. Быстро развивались отечественное виноградарство и виноделие.

В отношении последствий злоупотребления алкоголем правительство не проявляло явного беспокойства. Напротив, широко пропагандировались и рекламировались всевозможными средствами (включая уличные стенды) новые отечественные алкогольные напитки. Хотя статистика производства, продажи и потребления алкоголя в те времена была закрытой, различные косвенные оценки говорят о том, что потребление алкоголя не превышало 4 л а.а. на душу населения.

На фоне относительно стабильной алкогольной ситуации в стране и сравнительно невысокого среднестатистического уровня потребления алко-

толя правительство в 1958 году инициировало новый виток борьбы с пьянством и алкоголизмом. В этом году вышло постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР "Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле", которое резко ограничивало доступность алкогольных напитков, прежде всего водки. Запрещалась ее продажа в розлив в столовых, буфетах, киосках, т.е. там, где ранее никаких ограничений не существовало. Розничная продажа водки разрешалась только в магазинах определенного типа. Особенно чувствительной для населения была ликвидация многочисленных дешевых пивных павильонов.

Инициаторы этих решений, несомненно, не ожидали последовавшей реакции населения. Поскольку большинство доступных для масс питейных заведений было закрыто, пить стали на улицах, в скверах, во дворах, в подъездах и прочих непригодных местах, часто стоя, без закуски, в спешке, украдкой, без соблюдения санитарных и культурных норм поведения. В результате уже в первые годы после этой реформы в 2,3 раза возросло количество связанных с алкоголем преступлений. Среднедушевое потребление алкоголя в Российской Федерации также стало быстро расти. В 1960 году оно составило 4,5 л а.а., а в 1970 году достигло 8,2 л а.а.

Создалась парадоксальная ситуация. Пока при максимальной доступности алкогольных напитков власти не предпринимали никаких действий по ее ограничению, потребление алкоголя фактически не росло. Население стихийно выработало определенные стереотипы и некоторую культуру потребления алкоголя, что способствовало возникновению состояния своеобразного питейного равновесия, можно сказать - алкогольного гомеостаза. Но стоило властям вмешаться, как у населения возникла реакция сопротивления с поиском обходных путей, и равновесие оказалось нарушенным.

Вместо того чтобы изменить тактику, власти ответили на это еще большим ограничением доступности алкогольных напитков. В 1972 году вышло очередное постановление "О мерах по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом", которое еще больше обострило ситуацию. Усиление преследования пьющих и нетрезвых на улицах привело к расцвету коллективного пьянства по месту работы. Развертывание широкомасштабной акции по принудительному лечению алкоголиков в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) сопровождалось значительным ростом числа больных алкоголизмом в стране. Вместо спада потребления алкоголя продолжался его рост, и в 1979 году в Российской Федерации уже потреблялось 10,6 л а.а. на душу населения.

Параллельно с усилением борьбы с пьянством правительство наращивало производство водки (с 1680 млн. л в 1970 году до 2080 млн. л в 1980 году), цинично используя повышенный спрос на нее, несмотря на существенное увеличение розничной цены.

Пришедшее в 1985 году к власти новое руководство страны не стало принципиально пересматривать неэффективную алкогольную политику и решило идти прежним, но еще более жестким путем: не только еще больше ограничить доступность алкогольных напитков, но только усилить и

расширить формы преследования потребителей спиртного, но и резко снизить производство алкогольных напитков. Число магазинов, торгующих алкогольными напитками, было уменьшено в целом по Российской Федерации в 4,7 раза, а в некоторых регионах - в 30-40 раз. Производство водки за два года снизилось в 2,4 раза. Производство плодово-ягодных вин было вообще запрещено. Третья часть плодоносящих виноградников оказалась вырубленной. Чтобы приобрести алкоголь, нужно было выстоять длинную очередь в сотни людей, собиравшихся задолго до открытия магазинов. В 1988 году продажа водки была рационирована путем введения месячных талонов на ее покупку, что превратило этот товар для населения в своеобразный условно-расчетный эквивалент рубля.

Легальная продажа алкогольных напитков за два года сократилась в 2,7 раза (в пересчете на 100% алкоголь). Однако это сокращение было практически полностью компенсировано за счет повсеместного беспрецедентно бурного роста нелегального самогонварения и массового потребления всевозможных алкогольных суррогатов (парфюмерных, бытовых и технических жидкостей, содержащих спирт). Продажа сахара - основного сырья для производства самогона - возросла в Российской Федерации с 1985 по 1987 годы на 964 тыс. тонн, из которых было произведено более миллиарда литров самогона, что эквивалентно примерно 3 л а.а. на душу населения в год. В 1987 году населением СССР было выпито, по экспертным оценкам, около 1 млрд. флаконов парфюмерных изделий и около 900 тыс. литров стеклоочистительных жидкостей.

Антиалкогольная кампания 1985-1988 годов, по сути дела, была энергичной и широкомасштабной борьбой не столько со злоупотреблением алкоголем, как это было раньше, сколько - с его употреблением; причем в ситуации, когда население было абсолютно не готово снизить на него спрос. Это была неудачная попытка принудительного отрезвления народа, приведшая, в частности, к тяжелой конфронтации властей с населением. В 1987 году в Российской Федерации за различные нарушения антиалкогольного законодательства было привлечено к административной и уголовной ответственности около 7 млн. человек, или 6,5% населения в возрасте старше 16 лет.

В 1989 году руководству страны пришлось признать крах этой уникальной по масштабам и интенсивности государственной антиалкогольной кампании и нанесенный ею огромный экономический и политический ущерб.

После распада СССР и провозглашения в России с начала 1992 года свободного рынка, производство и продажа алкогольной продукции стали переходить в частные руки. В мае 1992 года государственная алкогольная монополия была упразднена. Однако это не дало государству ожидаемого экономического выигрыша. Налоги на производство и торговлю алкогольной продукцией не обеспечили стабильный и высокий уровень поступлений в государственный бюджет. Главным образом по этой причине в июне 1993 года указом Президента Российской Федерации государственная монополия на алкоголь была частично восстановлена. Снова бралась под строгий контроль государства вся цепочка - от произ-

водства спирта до розничной продажи алкогольных напитков населению. Приватизированные алкогольные предприятия в государственный сектор не возвращались, но подлежали контролю путем лицензирования.

Принятый в июле 1995 года федеральный закон "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции" регламентировал основные направления деятельности в сфере алкогольного бизнеса, начиная с получения лицензии, и определил широкие полномочия государства. Было введено государственное регулирование отпускных цен на этиловый спирт, квотирование экспорта и импорта алкогольной продукции. Производство спирта разрешалось только предприятиям, в которых государство обладало контрольным пакетом акций. Допускалось домашнее изготовление алкогольных напитков, но без цели сбыта. Закон установил также порядок реализации алкогольных напитков, ввел ряд ограничений доступности алкоголя, запретил розничную продажу питьевого спирта и рекламу алкогольных напитков в средствах массовой информации.

При том, что этот закон не опирался на какую-либо научную концепцию алкогольной политики, в нем усматривается сильный крен в сторону интересов государства, а интересы потребителей только упомянуты в виде формальных заявлений о защите его прав и здоровья. Поэтому дальнейшая реализация данного законодательного акта свелась к ужесточению всех видов контроля за производством и легальным оборотом спирта и алкогольной продукции - в целях выжимания всеми способами максимального дохода, как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Такой односторонний подход не мог не привести к крупным негативным последствиям. С одной стороны, неоднократное повышение и без того высоких, как нигде в мире, акцизных налогов на алкогольную продукцию (для водки, например, размер акциза в 3-4 раза превышает ее себестоимость) и других государственных налогов и сборов подтолкнуло дальнейшее развитие массового подпольного производства водки, несмотря на постоянное ужесточение борьбы с ним. Если в 1993-1994 годах правоохранительные органы выявили около 1,5 тысяч подпольных водочных цехов, то в 1999 году было ликвидировано уже 4,9 тысяч таких цехов. Из оборота было изъято 3,3 млн. декалитров нелегальной алкогольной продукции, привлечено к административной ответственности 568 тыс. человек, заведено 9,4 тыс. уголовных дел. Несмотря на эти меры, согласно оценке налоговых и правоохранительных структур, из проданных населению в 1999 году 216 млн. декалитров водки не менее 40% имели нелегальное происхождение. Причем легальному производству из-за чрезмерно высоких налогов становится все труднее конкурировать с нелегальным. Чтобы не обанкротиться, многие легальные предприятия стали все в больших объемах прибегать к тайному выпуску неучтенной водки, несмотря на то, что налоговое ведомство поставило на все алкогольные предприятия 2,5 тыс. своих контролеров для постоянного слежения за объемом продукции. Для пресечения "левого" производства МВД России только в 1999 году провело 2776 тыс. проверок предприятий, участвующих в производстве и обороте алкоголя.

Помимо прямых налогов (акцизный налог, налог с прибыли, налог на добавленную стоимость) вводятся разные сборы, являющиеся, по сути дела, дополнительными косвенными налогами. Это - оплата акцизных и так называемых "региональных" марок, обязательных для наклеивания на бутылки с алкогольными напитками, высокая плата за лицензию, сертификацию, аккредитацию и др. Указанные условия производства и продажи существенно увеличивают розничную цену алкогольной продукции. Так, расходы на покупку и наклеивание на бутылку только одной марки увеличивают ее розничную стоимость на 10%.

С другой стороны, частое повышение налогов и соответствующий рост розничных цен делают алкогольные напитки все менее доступными для населения, которое вновь все чаще прибегает к самогоноварению и употреблению суррогатов алкоголя, особенно в сельской местности. Замечено, что в первые месяцы после очередного повышения акцизного налога во многих регионах России наблюдается всплеск количества отравлений алкоголем со смертельным исходом. Как показывают данные судебно-медицинской экспертизы, причиной отравлений чаще являются технические жидкости на основе спирта с примесью ядовитых компонентов (этиленгликоля, метанола и др.). В 1998 году в России было зарегистрировано 21,8 тыс. смертей по этой причине, в 1999 году - 24,1 тыс., в 2000 году - 37,2 тысячи. С 1992 года резко возросла заболеваемость алкогольными психозами: с 13,3 на 100 тыс. населения до 42,4 в 2000 году.

Такого рода серьезных негативных явлений в России, возможно, было бы меньше, если бы действия государства в сфере алкогольной политики вытекали из хорошо продуманной ее концепции, в которой учитывались бы не только интересы бюджета, но и потребителей алкоголя. Иными словами, практической алкогольной политике не хватило научно обоснованной концепции алкогольной политики, разработанной с учетом современных представлений о месте алкоголя в жизни общества и богатого предыдущего организационно-законодательного опыта.

Вопрос о разработке такой концепции в последние годы вышел на парламентский уровень. В апреле 1998 года на специальных парламентских слушаниях в Совете Федерации было заявлено, что основным принципом алкогольной политики в России должно являться "признание права каждого на определение своего отношения к потреблению алкоголя". Это было бы важным шагом вперед к разумному прагматизму от застарелой бесплодной позиции так называемого "государственного патернализма", когда власть оставляла за собой право определять за своих граждан, как они должны относиться к потреблению алкоголя.

В июне 1998 года в Государственной Думе состоялись парламентские слушания, на которых обсуждался проект федерального закона "О социальных основах алкогольной политики в России". Но в этом законопроекте преобладающей тональностью звучала по-прежнему борьба с потреблением алкоголя. Характерна, например, включенная в него статья, предусматривающая возможность объявления того или иного района в России "районом чрезвычайной ситуации, вызванной алко-

лизацией". Законопроект существенно противоречил действующему законодательству, получил отрицательный отзыв администрации Президента и не дошел даже до первого слушания в Государственной Думе.

В то же время Минздравом России была предложена "Концепция государственной алкогольной политики в Российской Федерации", разработанная в Научно-исследовательском институте наркологии. Она отличалась от вышеуказанного законопроекта тем, что исходила из не-реальности в обозримой исторической перспективе полного вытеснения алкоголя из жизни общества, а также из того, что эффективная алкогольная политика возможна лишь при условии сознательной и активной поддержки ее населением. Профилактика злоупотребления алкоголем, согласно этой концепции, должна опираться на формирование в массах ответственного отношения к алкоголю, на культивирование тех человеческих ценностей, которые при условии их реализации составили бы социально приемлемую альтернативу алкогольному потреблению.

Эти положения созвучны тенденциям, которые стали плодотворно развиваться в последнее десятилетие на Западе при обсуждении возможностей государства влиять на алкогольную ситуацию. Следует, однако, отдавать себе отчет в том, что подобный сбалансированный, гуманитарно акцентированный и, в целом, прогрессивный способ государственного воздействия на потребность населения в алкоголе в сторону ее снижения путем поощрения альтернативных интересов и форм социальной и культурной активности населения (спорт, творчество, общественная и политическая деятельность и т.д.) требует не просто больших, а крупномасштабных инвестиций в создание соответствующей инфраструктуры, подготовку многочисленных квалифицированных кадров и поддержку позитивных общественных инициатив. Россия экономически пока к этому не готова, но это не снимает необходимости определиться в этом вопросе политически. Выбор сегодня адекватной стратегии алкогольной политики должен гарантировать от повторения прежних ошибок завтра и способствовать процветанию страны в будущем.

### **3. Перспективы развития алкогольной политики**

Вопросы концептуального характера в сфере алкогольной политики предстоит решать не только России. Фактически ни одна страна, даже из числа наиболее развитых и экономически благополучных, не реализовала такой модели алкогольной политики, которая могла бы считаться более или менее образцовой. Во всяком случае, международная практика показывает, что когда главной задачей ставится сокращение потребления алкоголя населением, то, как правило, успех бывает незначительным, временным или мнимым. Об этом убедительно свидетельствует опыт скандинавских стран и России. Несмотря на многолетние усилия, направленные на снижение потребления, в Норвегии, например, в настоящее время не менее одной трети сверх регистрируемой продажи алкогольных напитков потребляется населением в обход государственного контроля и только 9% мужчин полностью воздерживаются отупот-



ребления алкоголя, а около 3% пьют ежедневно. В Швеции воздерживаются от алкоголя 7% мужчин, а пьют ежедневно - 5% [9].

На протяжении нескольких десятилетий алкогольная политика, формируемая в русле ответственности правительств за масштабы алкогольных проблем населения своих стран, была в центре внимания Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В своей программе для Европы "Здоровье для всех" ВОЗ ставила перед странами-участницами в качестве одной из главных задач уменьшение потребления алкоголя за 20 лет (с 1980 по 2000 годы) на 25%, "обращая особое внимание на уменьшение потребления, ведущего к наибольшему ущербу". В соответствии с этой задачей был принят "Европейский план действий в отношении алкоголя" (European alcohol action plan) [10]. Проведенная в конце 90-х годов оценка выполнения этого плана показала, что потребление алкоголя снизилось на 25% только в 3 странах-участниках, в 11 странах потребление снизилось менее значительно, а еще в 11 странах - наоборот, возросло. В 1997-1998 годах в 26 европейских странах по инициативе ВОЗ изучалось по единой программе потребление алкоголя среди 16-летних подростков. Оно выявило в большинстве стран рост потребления алкоголя среди подростков обоего пола, а также тенденцию к изменению формы потребления в сторону большей частоты алкогольных эксцессов с выраженным опьянением [11].

В новом варианте "Европейского плана действий в отношении алкоголя" на 2001-2005 года, принятого ВОЗ в 1999 году, главной целью ставилось уже не сокращение потребления алкоголя, а "предотвращение и уменьшение вреда, который может нанести потребление алкоголя". Для этого предлагалось предусмотреть при разработке национальной алкогольной политики следующие задачи: 1) повышение знаний населения о политике здравоохранения, направленной на предотвращение вреда, наносимого алкоголем, просвещение населения по вопросам потребления алкоголя; 2) уменьшение вероятности возникновения в разных ситуациях (дома, на работе, в общественных местах) проблем, связанных с алкоголем; 3) уменьшение масштабов и выраженности связанного с алкоголем вреда, например, числа смертельных или несчастных случаев, случаев насилия, недопустимого обращения с детьми, семейных кризисов; 4) предоставление доступного и эффективного лечения людям с опасными и вредными питейными привычками или лицам, страдающим алкогольной зависимостью; 5) обеспечение большей степени защиты от внешнего давления, подталкивающего к выпивке, которому подвергаются дети и молодежь, а также лица, предпочитающие воздерживаться от алкоголя [12]. Эти рекомендации почти буквально повторяют "этические принципы", сформулированные в "Европейской хартии по алкоголю", принятой в 1995 году на парижской конференции "Здоровье, общество и алкоголь" с участием всех 49 стран европейского региона ВОЗ, включая Россию.

Для содействия реализации перечисленных в Хартии этических принципов ВОЗ рекомендует придерживаться следующих стратегических направлений ("Десять стратегий действий по алкоголю"):

1. Информировать людей о последствиях потребления алкоголя для здоровья, семьи и общества и об эффективных методах, способных предотвратить или минимизировать ущерб от него путем выполнения включенных в школьное образование широких просветительных программ, начиная с самого раннего возраста.

2. Содействовать созданию общественной, личной и рабочей среды, защищенной от связанных с алкоголем несчастных случаев, насилия и других негативных последствий потребления алкоголя.

3. Принять и строго соблюдать законы, эффективно противодействующие вождению транспорта в нетрезвом состоянии.

4. Содействовать укреплению здоровья путем контроля доступности алкогольных напитков и цен на них, используя налогообложение.

5. Ввести строгий контроль, с учетом существования в некоторых странах полного запрета, на любую прямую и косвенную рекламу алкогольных напитков, добиваясь в особенности того, чтобы никакие виды рекламы не поощряли потребление алкоголя детьми и подростками, например путем связывания алкоголя со спортивными мероприятиями.

6. Добиваться широкого распространения доступных и эффективных лечебных и реабилитационных служб укомплектованных надлежащим образом обученным персоналом для людей, у которых потребление алкоголя представляет опасность или особый вред, а также для членов их семей, которых затронули вызванные алкоголем проблемы.

7. Усиливать этическую и юридическую ответственность тех, кто работает в области маркетинга и распространения алкогольных напитков, а также осуществлять строгий контроль качества алкогольной продукции.

8. Усилить способность общества противостоять алкогольным проблемам путем обучения профессиональных работников различных секторов, таких как здравоохранение, социальное обеспечение, просвещение и охрана общественного порядка, а также содействовать развитию действий на коммунальном уровне и руководства ими.

9. Поддерживать движения взаимопомощи и неправительственные организации, способствующие здоровому образу жизни, в особенности те, деятельность которых направлена на профилактику и снижение связанного с алкоголем ущерба.

10. Сформулировать в странах широкие противоалкогольные программы, учитывая вышеприведенные стратегические направления и Европейскую Хартию по Алкоголю, определить ясные цели, задачи и результаты, проследить степень их выполнения и способствовать периодическому обновлению этих программ на основе проводимых оценок их эффективности.

Очевидно, что российская антиалкогольная политика должна в концептуальном плане учитывать именно эти организационные задачи и опираться на данные многолетнего мониторинга и анализа реальной алкогольной ситуации в стране. Эта политика должна быть взвешенной, исходить из представлений о традиционном месте алкоголя в нацио-

нальной бытовой культуре, ориентироваться на конкретные финансовые возможности государства, отталкиваться от актуальной социальной (социально-экономической, социально-психологической) ситуации в стране в целом и в отдельных группах населения.

Заметный сдвиг в благоприятном направлении произойдет, по-видимому, в том случае, когда будет ясно и убедительно обозначена главная цель алкогольной политики, опирающаяся не только на интересы населения вообще, но и на интересы потребителей алкогольных напитков. Все другие интересы, сопутствующие обороту алкоголя, в том числе фискальные, должны подчиняться этой главной цели.

## Литература

### Список литературы к главе 1

1. Анохина И.П. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам под ред. Н.Н.Иванца. - М., 2000. - С. 17-21.
2. Альциулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. - М., 1994. - С.71-73
3. Александровский Ю.А., Аведисова А.С. с соавт. // Современная психофармакотерапия психогенных расстройств сна (пособие). - 1998. - С. 1-24.
4. Борисова Е.О. // Ж. В мире лекарств. - №3. - 2000. - С.52-56
5. Борисова Е.О. // Ж В мире лекарств. - Xs4. - 2000. - С.52-56.
6. Иванец Н.Н. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. - М., 2000. - С.8-16.
7. Иванец Н.Н., Анохина И.П. и др. // Вопросы наркологии. - 1991. - № 3. - С. 13-16.
8. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. // Вопросы наркологии. - 1997. - №3. - С.3-12.
9. Иванец Н. Н , Надеждин А.В. и др. // Вопросы наркологии -2000. - № 3. -С.7-13.
10. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии М.: Изд. дом "Восток". - 1996. - 206 с.
11. Надеждин А.В.// Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам под ред. Н.Н.Иванца. - 2000. - С.3-7.
12. Осипова Н.А. Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков: Методические указания. - М. - 1999 - 18 с.
13. Сиволап Ю.П , Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии (краткое справочное рук-во). - М : Медицина. - 2000. - С.24-44.
14. Рохлина М.Л с соавт. Принципы фармакотерапии наркоманий: Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М. - 1997. -18 с.
15. Geoffrey Searly // Psychiatric bulletin. - 1998. - Vol.22. - P.548-551.
16. Hebenstreit G. F. // 8 World Congress of Psychiatry. - Ath. -1 989 - P.37^16
17. Weismann M.M., Myers J.K. // Am. J. Psychiatry. - 1980. - V. 137 - P.372-373.
18. Guelfy J. D., Pichot P. et al. // Neuropsychobiology. -1989. - V.22. - P.41^48
19. Loc H., Malka R. et al. // Neuropsychobiology. - 1988. - V.19. -P .78-85.
20. Kranzler H. R., Butteson G. A. et al. // American J. of Psychiatry. -1995. - V. 152. - № 3. -P.391-397.
21. Ganzoni et al. // J. of Intemation. Medic. Research. - № 23. - P.61-73.
22. Hajak G., Bandelow B. // Intemation. Clin. Psychofarm. - Vol. 13. - №4. - P. 157-167.
23. Rickels K. et al. // JAMA. - 1983. - Vol.250. - P.767-771.

### Список литературы к главе 2

1. Иванец Н.Н. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. Под ред. Н.Н.Иванца. - М., 2000. - С.8-16
2. Иванец Н.Н. // Вопр. наркологии. - 1993, № 4. - С.6-10.
3. Пшук Н.Г. Обоснование и дифференцированное применение гастральной оксигенотерапии в комплексном лечении алкоголизма: Автореф. дисс. канд. мед наук. - М., - 1991.
4. Этин Г.М. Лечение алкоголизма. -М.: Медицина. - 1990. - 416 с.
5. Babor T. et al. // Arch. Gen. Psychiat. - 1992. - V.49. - P.614-619.

6. Ballenger J.C., Post R.M. // Brit. Journ. Psychiat. - 1978. - V.133. - P. 1-14.
7. Baum R., Iher F. // In: Alcoholism. A practical treatment guide/ Ed. S.Gitlow, H. Peyser. - 1988. - P.54-66.
8. Benkelfat C. et al. // Arch. Gen. Psychiat. - 1991. - V.48. - P.383-390.
9. Borg V. // Acta Psychiatr. Scand. - 1983. - V.68. - P.100-110.
10. Buydens-Branchey L. et al. // Arch. Gen. Psychiatry. - 1989. - V.46. - P.231-236.
11. Daoust M. et al. // Pharmacology, Biochemistry and Behavior. - 1992. - V.41. - P.669-674.
12. Dongier M. et al. // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 1991. - V.15, № 6. - P.970-977.
13. Gordis E. // Alcohol Alert. - 1989. - NIAAA. - №6. - P.4.
14. Jaffe A. et al. // J. Consult. Clin. Psychol. - 1996. - V.64, № 5. - P.1044-1053.
15. Lhuintre J. et al. // Alcohol. Alcohol. - 1990. - V.25 - P.613-622.
16. Linnoila M. et al. // Psychopharmacol. Bull. - 1987. - V.23. - P.452-457.
17. Littleton J. // Addiction. - 1995. - V.90. - P.1179-1188.
18. Mason B. // Alcoholism: Clin. Exp. Res. - 1996. - V.20. - P.10A-16A.
19. Mason B. et al. // J. Am. Med.Assoc. - 1996. - V.20. - P.1-7.
20. McCaul M. et al. // Alcoholism: Clin. Exp. Res. - 1996. - V.13 - P.631-633.
21. Modell J. et al. // Alcoholism: Clin. Exp. Res. - 1993. - V.17. - P.234-240.
22. Naranjo C.A. et al. // Clin. Pharmacol. Ther. - 1987. - V.41. - P.266-274.
23. Naranjo C.A. et al. // J. Clin. Psychiatry. - 1986. - V.47(4 suppl.). - P.16-22.
24. Paille F. et al. // Alcohol. Alcohol. - 1995. - V.30 - P.239-247.

### Список литературы к главе 3

1. Воронин К.Э. Фармакотерпия зависимости от психоактивных веществ: Дисс. ... докт. мед. наук. - М., —1993. — 254 с.
2. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Черняховский Д.А. и др. Наркомании, токсикомании и их лечение (методические рекомендации). - М. - 1979. - 27 с.
3. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Меликова Е.А., Алексеева Ю.А. Применение мексидола в комплексном лечении и реабилитации больных опиной (героиновой) наркоманией. Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М., - 2001. - 15 с.
4. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Глушко А.А., Ревенко В.А. Применение кеторола (кеторолак, трометамин) в комплексном лечении и реабилитации больных героино-вой наркоманией. Пособие для врачей психиатров-наркологов.-М.,-2001. - 18 с.
5. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсокова. - 1999. - Т.97.-№9.-С.4-10.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Опыт применения ксефокама (лорноксикама) для купирования болевого синдрома у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. - 2001. - № 4. - С.3-9.
7. Иванец Н.Н., Надеждин А.В., Тетенюва Е.Ю., Авдеев С.Н. Лечение острых проявлений алкогольного абстинентного синдрома нейролептиком флюанксолом // Вопросы наркологии. - 2000. - № 1. - С.22-28.
8. Карпец А. В., Изаак А.Г. Лечение интоксикационного психоза, вызванного злоупотреблением индийского дурмана (*datura indica*). // VII Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". - М., - 2000. - С.107.
9. Козлов А.А. Лечение инсомнических расстройств у больных наркоманиями. // V Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". - М., 1998. - С.97-98.

10. Митрофанова Г.М. Состояние центральной гемодинамики у больных опиоидной наркоманией и алкоголизмом: Автореф. дисс. ... канд мед. наук. - М., - 1995. - 20 с.
11. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб, -1995. - 556 с.
12. Петракова Л.Б. Клинические закономерности нарко(токсико)маний, вызванных гипно-седативными препаратами у больных алкоголизмом: Автореф. дисс. канд... мед. наук. - М., - 1992. - 24 с.
13. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. -М.: Изд. "Анахарсис". - 2001. - 208 с.
14. Lohmer N., Schmid R., Presslich O., Lenz K. // Br. J. Psychiatry. -1988. - Vol.153. - P.851-852.
15. O'Connor P.C., Carroll K.M., Shi J.M., Schottenfeld R.S., Kosten T.R., Rounsaville B.J. // Ann. Intern. Med. - 1997. - Vol.127. - P.526-530.
16. O'Connor P.G., Fiellin D.A. // Ann. Intern. Med. - 2000. - Vol.133. - № 1. (Перевод с англ. в сб.: Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. - Киев, - 2001. - С.7-33).
17. Resnik R.B., Kestenbaum R.S., Washton A., Pool D. // Clin. Pharmacol. Ther. -1977. - vol.21.-P.409-413.

#### **Список литературы к главе 4**

1. Гофман А.Г., Шамота А.З. // Социальная и клиническая психиатрия - 1994 - № 4. - С.51-56.
2. Польшковский А.А., Чирко В.В. Лекции по клинической наркологии под ред. Н.Н.Иванца. - М.,-1995. - С.121-134.
3. Стрелец Н.В., Уткин С.И. // Вопросы наркологии - 1998 - № 2. - С.19-22.

#### **Список литературы к главе 5**

1. Алкогольная болезнь. //Под ред. Моисеева В.С. -М.: Изд. Ун-та дружбы народов -1990.-130 с.
2. Библин Д.П., Дворников В.Е. Патофизиология алкогольной болезни и наркоманий. -Москва, Университет дружбы народов. - 1990. - 104 с.
3. Косенко Е.А., Каминский Ю.Г. Углеводный обмен, печень и алкоголь. - Пушкино - 1988.- 148 с.
4. Ливанов Г.А., Бонитенко Е.Ю., Калмансон М.Л., Бучко В.М. //Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации. - М. - РАОЗ. -2000 -С.62-106.
5. Лужников Е.А. // Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации. // - М. - РАОЗ. - 2000. - С.53-61.
6. Нужный В.П. Проблема алкогольной болезни. - Новости науки и техники. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь: // - ВИНТИ. - 1998. - № 5. - С. 1-7.
7. Нужный В.П., Тезиков Е.Б., Успенский А.Е. // Вopr. наркологии. - 1995. - № 2. - С.51-59.
8. Огурцов П.П. Скрытые потери здоровья населения и бюджета здравоохранения РФ от хронической алкогольной интоксикации (алкогольной болезни). // Новости науки и техники. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь //ВИНТИ.-1998 - № 5. - С. 8-20.

9. Огурцов П.П., Нужный В.П. // Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации. - М. - РАОЗ - 2000. - С.113-155.
10. Огурцов П.П., Жиров И.В. Неотложная алкогольная патология (пособие для врачей многопрофильного стационара) / Под. ред. Моисеева В.С. - М.: СТАНД-АРТ, -2001. -80 с.
11. Успенский А.Е. Токсикологическая характеристика этанола. -Итоги науки и техники. Сер. Токсикол. // - ВИНТИ. - М, - 1984. - Т. 13. - С.6-56.
12. Rueff B. Alcoologie clinique. -Paris: Flammarion. - 1995. - 147 p.
13. Sanchez-Turet M. Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol. - Barcelona, -1999. -223 p.

#### **Список литературы к главе 6**

1. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии - СПб.: Питер, - 2001. - 352 с.
2. Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В. Семейная терапия. - Воронеж: НПО "МОДЭК", - 1993 - 128 с.
3. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // В кн.: Лекции по наркологии (под ред. Н.Н. Иванца) - М.: "Нолидж", - 2000. - С.309-340.
4. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ // Там же. - С.341-364.
5. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций: Пер. с англ. - СПб.: "Речь", - 2000.
6. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта / Пер. с англ. М.И. Завалова. - М. Независимая фирма «Класс», - 1998. - 208 с.
7. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. Избранные труды. - М.: Медицина, - 1964.
8. Даренский И.Д. и др. Применение психотерапевтического режима в стационарном лечении больных алкоголизмом // VI Всероссийский съезд психиатров. Тезисы докладов. - М., - 1990. - Т. 2. - С. 123-124.
9. Даренский И.Д. Семантика аддитивных представлений больных алкоголизмом // Психологический журнал. - 1996. - Том 17, N 5. - С. 106-115.
10. Даренский И.Д. Личностная типизация аддитивного поведения // Там же. - С.34-35.
11. Даренский И.Д., Агибалова Т.В. Значение преморбидных особенностей характера для психотерапии больных алкоголизмом // XIII съезд психиатров России. - М., -2000. -С.225-226.
12. Зыков О.В., Цетлин М.Г. Духовно ориентированные методы лечения наркологических заболеваний. // В кн. Лекции по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). - М., - 2000. - С.406-411.
13. Иванец Н.Н. Значение конституционально-биологических факторов для формирования различных клинических вариантов алкоголизма. // В кн. Алкоголизм и наследственность. - М., - 1987. - С.72-75.
14. Иванец Н.Н. О роли личностного фактора при хроническом алкоголизме // Вопросы психопатологии. - 1980. - В. 8. - С.54-56.
15. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). - М.: Медпрактика. -2000.

16. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Некоторые аспекты проблемы «личность и алкоголизм» // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. - М., - 1978. - С.21-28.
17. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Значение преморбидных характерологических черт для формирования алкоголизма // Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. - М., - 1981. - Т. I. - С.236-239.
18. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - М.: Медицина. - 1985. - 304 с.
19. Келли А.Дж. Теория личности. - СПб: Речь. - 2000 - 249 с.
20. Кернберг О.Ф. (Kernberg O.F.) Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии // Пер. с англ. М.И.Завалова - 2000. - 464 с.
21. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., изд. перераб. и доп. / Гл. ред. Т.Б.Дмитриева. - М., - 1999 - 602 с.
22. Куттер П. (Kutter P.) Современный психоанализ / Пер. с нем. В.В.Зеленского - СПб. - 1997. - 351 с.
23. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина. - 1983.
24. Маданес К. Стратегическая семейная психотерапия / Пер. с англ. Т.В.Снегиревой. - М.: "Класс", - 1999. - 272 с.
25. Мак-Вильямс Н. (McWilliams) Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. - М. - 1998. - 480 с.
26. Маслоу А. Г. (MaeLow A.H.) Мотивация и личность. / Пер. с англ. Татлыбаевой А.М. - СПб.: Евразия, - 1999. - 478 с.
27. Мучник М.М. Психотерапия шизофрении (обзор литературы) // Форум психотерапии. - № 1. - 1996. - С.5-22.
28. Психология и психоанализ характера: Хрестоматия по психологии и типологии характеров. - Самара. Издательский Дом «Бахрах», - 1997.
29. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С.Даулинга // Пер. с англ. Р.Р.Муртазина. - М. - "Класс", - 2000. - 240 с.
30. Рудестам К. (Rudestam K.E.) Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ. - М., - 1990. - 368 с.
31. Сатир В. Психотерапия семьи. - СПб.: «Ювента». - 1999.
32. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). // В кн. Депрессии и коморбидные расстройства (под ред. А.Б.Смулевича). - М. - 1997. - С.28-53.
33. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии - М., - 1983.
34. Томэ Х., Кэхеле Х. (Thomae H., Kaeschele H.) Современный психоанализ. - Т.2, Практика / Пер. с англ./Общ. ред. А.В.Казанской. - М. - 1996. - 776 с •
35. Фильц А. Место психотерапии между психиатрией и психологией // Сб. ст. "Психотерапия - новая наука о человеке" (под ред. А.Прица) / Пер. с нем. - Екатеринбург "Деловая книга", - 1999. - С.281-296.
36. Эйдемиллер Э.Т., Александрова Н.В., Юстицкий В. Семейная психотерапия - СПб: Питер, - 2000. - 512 с.
37. Хейли Дж. Терапия испытанием: Необычные способы менять поведение/Пер. с англ. В.М.Сариной. - М.: "Класс", - 1998. - 208 с.
38. Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У. Гипнотерапия вредных привычек // Пер. с англ. Л.В. Ерашовой. - М.: "Класс", - 1998. - 192 с.
39. Эволюция психотерапии. Сб. ст. под ред. Дж.К.Зейга (J.K.Zeig). 4 тома / Пер. с англ. Т.К.Кругловой. - М.: "Класс", - 1998.



40. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: ЗАО Издательство "Питер", - 1999. - 656 с.
41. Эриксон М., Хейли Дж. Стратегии семейной терапии / Пер. с англ. - М.: Институт Общегуманитарных исследований, - 2001 - 448 с.
42. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - СПб., - 1995.
43. Bowen M. Family Therapy in clinical practice -N.Y.: Aronson. -1978.
44. Khantzian E.J. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions // In: Recent Development in Alcoholism. -Vol. 8. -New York: Guilford Press.
45. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy // Amer. J. Psychother. - 1979. - Vol. 33. - P.17-31.
46. Minuchin S. Families and Family Therapy - Harvard Universty Press, Cambridg. -1974.
47. Palazzoli M.S. et al. Paradox and counterparadox. -N.Y. Jason Arjnsn. - 1975.
48. Stanton M.D., Todd T.C. Structural Family Therapy with Drug Addicts // Family therapy of drug and alchol abuse / Eds. E. Kaufmann, P.N. Kaufmann. - N.Y.: Gardner Press, - 1979.-Ch.4.

#### **Список литературы к главе 7**

1. Гунько А.А. Клинико-генеалогическое эпидемиологическое исследование алкоголизма: Автореф. дисс. докт. - М., - 1992. - 36 с.
2. Москаленко В.Д. Дети больных алкоголизмом (возраст от 0 до 18 лет). Серия: Обзоры по важнейшим проблемам здравоохранения и медицины // Обз. инф. НПО "Союзмединформ". - М., - 1990. - 68 с.
3. Москаленко В.Д. Предсказуем ли алкоголизм?. Способы распознавания и устранения факторов риска // Обз. инф. НПО «Союзмединформ» - М., - 1991. - 67 с.
4. Москаленко В.Д. Ребенок в «алкогольной» семье: психологический портрет//Вопр. психологии. - 1991, №4. - С.65-73.
5. Рожнова Т.М. Психопатологические расстройства у детей, отцы которых больны алкоголизмом (клинико-генеалогическое исследование): Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., - 1996 - 21 с.
6. Russel M., Henderson C, Blume S.B. Children of alcoholics: a review of the literature // Children of Alcoholics Foundation, Inc., New York, - 1985. - P.1-70.
7. Woititz J.G. Guidelines for support groups; adult children of alcoholics and others who identify including guide to step 4 inventory // Health Communications/ Inc. Pompano Beach, Florida. - 1986. - 37 p.

#### **Список литературы к главе 8**

1. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления. // Лекции по наркологии (Издание второе, переработанное и расширенное). Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н.Иванца. - М.: "Нолидж". - 2000. - С.365-405.
2. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости. / Перевод с англ. - М.: "Физкультура и спорт". - 1997. - 331 с. (М. Beattie. Codependent no more. Hazelden).
3. Beattie M. Beyond Codependency (And getting better all the time). - Hazelden. - 1989. - 252 p.

#### **Список литературы к главе 10**

1. Алексеев С.С., Мурашкин Р.Н. Наркологические отделения при промышленных предприятиях, их роль и место в наркологической службе. // Сб. Материалы 1-й

- Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи (10-12 ноября 1976). - М., - 1976. - С.78-81.
2. Альтшулер В.Б., Анучин В.В., Дудко Т.Н., Пятее М.Д. Организация и проведение принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом в ЛТП МВД СССР (Методическое руководство). - М., - 1975. - С. 15-66.
  3. Бабаян Э.А. Современные задачи психоневрологических учреждений в области трудовой терапии. // Сб. Вопросы трудовой терапии. - М., - 1958. - С.5-11.
  4. Бабаян Э.А. Организация трудовой терапии в психоневрологических учреждениях Советского Союза. // Сб. Вопросы клинической психиатрии. Труды 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М.Сеченова. - М., - 1964. - С.449-454.
  5. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. - М., - 2001. - С.38-48.
  6. Бехтель Э.Е. Опыт принудительного лечения алкоголиков в условиях специализированного лечебно-трудового отделения закрытого типа: Автореф. дисс — канд. мед. наук. - Днепропетровск, - 1966.
  7. Болотова З.Н. Состояние и основные пути развития наркологической помощи населению // Сб. Вопросы реабилитации больных хроническим алкоголизмом. - Киев: МВД УССР. - 1982. - С.11-15.
  8. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. - М.: Прогрессивные био-медицинские технологии. - 2001. - 34 с.
  9. Виевская Г. А. К вопросу о социально-трудовой и медицинской реабилитации больных алкоголизмом. // Сб. Вопросы реабилитации больных хроническим алкоголизмом. - Киев: МВД УССР. - 1982. - С.15-21.
  10. Гиляровский В.А. Психиатрия. - М.: "Медгиз". - 1942. - С.177-181, 354-360.
  - И. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.Л. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. - С-П., - 2000. - 27 с. (машинопись).
  12. Дереча В.А., Дереча Г.И., Карпец В.В. Системный подход к организации реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. -Оренбург, - 2001. - 24 с.
  13. Дегтярев В. П., Чуркин Е. А. Лечение больных алкоголизмом в стационарах с автономными базами трудотерапии. //Сб. "Алкоголизм" (под ред. Белоцерковского В.С.). - Л.: "Медицина". - 1970. - С.36-58.
  - И. Дроздов Э.С. Принципы реабилитации больных алкоголизмом в наркологической больнице при крупном промышленном предприятии: Автореф. дисс — канд. мед. наук. - М., - 1989.
  15. Дудко Т.Н. Совершенствование и унификация лечебной помощи больным алкоголизмом и наркоманиями. // Сб. Материалы 1-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи (10-12 ноября 1976). - М., - 1976. - С.112-117.
  16. Дудко Т.Н., Пузенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. - М., - 2001. - С.7-38.
  17. Дудко Т.Н., Валентик Ю.Н., Вострокнутов Н.В. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. - М. - 2001. - 68 с.
  18. Дегтярев В.Н., Чуркин Е.А. Лечение больных алкоголизмом в стационарах с автономными базами трудотерапии. // Сб. Алкоголизм (под редакцией В.С.Белоцерковского). - М.: "Медицина". - 1970. - С.36-58.

19. Зыков О.В., Артемчук А.Д. и др. Ювенальные технологии (практическое руководство). - М., - 2001. - С.16-25.
20. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Применение психофармакологических средств в наркологической практике. // Материалы 1-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи (10-12 ноября 1976). - М., - 1976. - С.52-59.
21. Кабанов М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями. // Материалы 1-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи (10-12 ноября 1976). - М., - 1976. - С.68-73.
22. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. -Л.: "Медицина". - 1978. - С.54-117.
23. Козырев В.Н. Об эффективности трудотерапии в случае применения обычных мер контроля за качеством производства. // Сб. Социальные аспекты профилактики алкоголизма в СССР. - М.: "Медицина". - 1981. - С.71-83.
24. Коровин А.М. Опыт анализа главных факторов личного алкоголизма. - М., - 1907. - С.11-12.
25. Короленко Ц.П. Хронический алкоголизм и соматическая патология в г. Ленинграде. 1965-1970. // Сб. Алкоголизм (под ред. В.С. Белоцерковского). - Л.: Медицина. - 1970. - С.81-94.
26. Корсаков С.С. Курс психиатрии. - М.(-1 901. - С.108-114.
27. Красик Е.Д. Опыт работы специализированных наркологических отделений в психиатрических клиниках, имеющих хозяйственные экономические отношения с промышленными предприятиями. // Труды Львовского государственного медицинского института (под ред. К.С.Сабура). - Львов, - 1976. - С.131-148.
28. Лекции по наркологии. Под редакцией Иванца Н.Н. - М., -1995, -2000. - 435 с.
29. Лукомский И.И. Хронический алкоголизм и производство. Медицинские аспекты вовлечения находящихся в наркологических стационарах пациентов в производственную деятельность. - М.: Советская медицина. - 1966. - Т.39. - № 2. - С.218-231.
30. Минор Л.С. К вопросу о пьянстве и его лечении в специальных заведениях для пьяниц. - С-Пб. - 1887. - 31 с.
31. Михайлов В.И. Формирование, клиника и лечение гашишной наркомании у подростков. - Хабаровск, - 1997. - 124 с.
32. Мурашкин Р.Н. Роль диспансеризации наркологических больных в определении индивидуального курса поддерживающей трудотерапии. //Украинский медицинский журнал. -1974. - Т.47, №5. - С.611-619.
33. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. Медикаментозная терапия алкоголизма. // Кн. "Алкоголизм (руководство для врачей)". - М.: "Медицина". - 1983. -С.311-342.
34. Осипов Г. В. Энциклопедический социологический словарь. - М.: ИСПИ ФАН. - 1995.-С.671-673.
35. Осташевская Н.Г. Опыт организации наркологической службы в условиях крупного промышленного города. // Сб. Материалы 1-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи (10-12 ноября 1976). - М., - 1976. - С.103-107.
36. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. - Л.: "Медицина". - 1975. - С.290- 333.
37. Пятов М.Д., Чирко В.В. Актуальные вопросы принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом. // Сб. Материалы 1-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи (10-12 ноября 1976). - М., - 1976. - С.130-135.
38. Рожнов В.Е. Психотерапия алкоголизма. // Кн. "Алкоголизм (руководство для врачей)". - М.: "Медицина". - 1983. - С.342-349.

39. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. - М., - 1949. - С.56-94,209-215.
40. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. - М.: "Медгиз", изд. 2. - 1973. - С.153-180.
41. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. - М. - 2000. - 36 с.
42. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. - СПб. - 2000. - 368 с.
43. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. - М.: "Медицина". - 1979. - С.216-279.
44. Archer C. The therapeutic community in a local authority day care programme // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P.31-37.
45. Badaines J., Ginzburg M. Therapeutic communities and the new therapies // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P.68-75.
46. Bertram E., Blachman M., Sharpe K., Andreas P. Drug war politics: The price of denial. - Berkeley etc.: Univ. Of California press, - 1996. - XIV. - 347 p.
47. Bishop j. The environment of the therapeutic community // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P.59-67.
48. Bracke R. De encounter, het hart van de therapeutische gemeenschap. De nieuwe therapeutische gemeenschap. Leuven, Belgium: Garant. - P.65-70.
49. Broekaert E., Van der Straten G., D'oosterlinck F., Kooyman M. The therapic community for ex-addicts: A view from Europe. - 1997. - P.7-23.
50. Cekiera Cz. Psychoprofilaktyka uzaleznien oraz terapia i resocjalizacja osob uzaleznionych: Metody, programy, modele, osrodki, zaklady, wspolnoty. - Lublin: T-wo nauk. Katolickiego uniw. - 1993. - 313 s.
51. Ch'ien J., Zackon F. Adiction rehabilitation: Principles of effective programming for developing nations. - Geneva: International Labour Office. - 1994. - VI, 57 p.
52. Cook C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part 1. The philosophy and the programme. - British j. of addiction. - 1988. - V.83. - P.625-634.
53. Cristian A., Hinshelwood R.D. Work groups // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P.173-180.
54. Crockett R. The therapeutic community and social network theory // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P.128-140.
55. Crowley P. Family therapy to addiction // Bull. On narcotics. - N.Y. - 1988. - Vol.40, N 1. - P.57-62.
56. Crozier A. Attempts at democracy // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P.263-271.
57. De Leon G. The therapeutic community: Study of effectiveness. - Wash.: Government printing office. - 1984. - P.36-71.
58. De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special populations and special settings. - Westport, Connecticut: Praeger Publishers. - 1997.
59. Educating America's youth against drugs: Federal drug abuse aducation strategy. - Wash.: Gov. Print. Off. - 1989. - III, 120 p.
60. Falco M. Foreign drugs, foreign wars // Daedalus, Cambridge. - 1992. - Vol.121, N 3. - P. 1-14.
61. Foster A. The management of boundary crossing // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P.272-284.

62. Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. - N. Y. Doubleday. - 1961. - XIV, 386 p.
63. Haddon B. Political implications of therapeutic communities // *Therapeutic communities*. - L. - 1979. - P.38-46.
64. Heather N. Терапевтические подходы к алкогольным проблемам. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия №65, - 1999. - С.5, 154.
65. Hinojal Fonseca R., Martinez J.J., Rodrigues-Hevia A.J. Characteristics of a population undergoing treatment for drug addiction in a therapeutic community setting in Spain // *Bull. On narcotics*. - N.Y. - 1988. - Vol.40, N 1. - P.67-69.
66. Hinshelwood R.D. The community as analyst // *Therapeutic communities*. - L., -1979. - P.103-112.
67. Hobson R.F. The Messianic community // *Therapeutic communities*. - L. - 1979. - P.231-244.
68. Jones M. The therapeutic community, social learning and social change // *Therapeutic communities*. - L. - 1979. - P.1-10.
69. Kennard D. An introduction to therapeutic communities. - L. etc.: Routledge & Kegan Paul. - 1983. - XII, 196 p.
70. Kennard D. Limiting factors: The setting, the staff, the patients // *Therapeutic communities*. - L. - 1979. - P.181-194.
71. Lewis D.C. Medical and health perspectives of failing US drug policy // *Daedalus*, Cambridge, -1992. - Vol.121, N 3. - P.165-194.
72. Manning N. Evaluating the therapeutic community // *Therapeutic communities*. - L. - 1979. - P.303-312.
73. Manning N., Blake R. Implementing ideals // *Therapeutic communities*. - L. - 1979. - P.143-157.
74. Morrice J.K.W. Basic concepts: A critical review // *Therapeutic communities*. - L. - 1979. - P.49-58.
75. Nadelman E.A. Thinking seriously about alternatives to drug prohibition // *Daedalus*, Cambridge, - 1992. - Vol.121, N 3. - P.85-132.
76. Przymuszewska K. Wybrane etyczne aspekty leczenia narkomanow w Polsce. - Alkoholizm i Narkomania. Warszawa. - 2000, T.13, N 1. - P.59-73.
77. Rapoport R.N. Community as doctor: New perspectives on a therapeutic community L.: Tavistock publ. - 1960. - 325 p.
78. Reuter P. Hawks ascendant: The punitive trend of American drug policy // *Daedalus*, Cambridge. - 1992. - Vol.121, N 3. - P.15-52.
79. San Pedro R.M., Ponce E.G. School programs in drug rehabilitation and social reintegration in the Philippines // *Bull. On narcotics*. - N.Y. - 1988. - Vol.40, N 1. - P.63-66.
80. Schiesinger M., Dorwart R.A. Falling between the cracks: Failing national strategies for the treatment of substance abuse // *Daedalus*, Cambridge. - 1992. - Vol.121, N 3. - P.195-238.
81. Sharma K., Shukla V. Rehabilitation of drug-addicted persons: The experience of the Nav-Chetna center in India // *Bull. on narcotics*. - N.Y. - 1988. - Vol.40, N 1. - P.43-50.
82. Sherman S.N. A social work frame for family therapy // *Models of family treatment*. - N.Y. - 1981. - P.8-32.
83. Skolnik J.H. Rethinking the drug problem // *Daedalus*, Cambridge. - 1992. - Vol.121, N3. - P.133-160.
84. Tongue E., Turner D. Treatment options in responding to drug misuse problems. // *Bull On narcotics*. - N.Y. - 1988. - Vol.40, N 1. - P.3-19.

85. Trebach A.S. The great drug war and radical proposals that could make America safe again. - N.Y., L.: Macmillan. - 1987. - 401 p.
86. Whiteley S. Progress and reflection // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P. 15-22.
87. Wilson S. Ways of seeing the therapeutic community // Therapeutic communities. - L. - 1979. - P. 93-102.

### **Список литературы к главе 12**

1. Володин В.Д., Иванец Н.Н., Пелипас В.Е. Профилактика наркоманий // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 1999. - № 1. - С.3-7.
2. Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения // Вопросы наркологии. - 1997. - №4. - С.4-11.
3. Петракова Т.И. Руководство по профилактике наркоманий среди детей и подростков. М.: НИИ наркологии МЗ РФ. - 2000. - 170 с.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных средств. // Русский мед. журнал. - 1998. - Т.6. - №2. - С.88-101.
5. Подросток на перекрестке эпох /Под редакцией Кривцовой С.В. - М.: изд. Генезис, -1997
6. Романова О.Л. Методологические аспекты первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей // Вопросы наркологии. - 1997. - №2. - С.67-75.
7. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте.\* Дисс... д-ра мед. наук. - СПб. - 1994. - 283 с.
8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор психиат. и мед. психол. - 1994. - №\ - С.63-74.
9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ // Вопросы наркологии. - 1996. - №4. - С.59-67.
10. Сирота Н.А., Цетлин М.Г., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Пелипас В.Е. Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации. // "Вопросы наркологии". - 2001 - № 1. - С.71-76
11. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Терентьева А.В., Баушева И.Л. Наркомания: программа профилактики среди подростков и молодежи. /М.:НИИ наркологии МЗ РФ. - 1998. - 81с
12. Цетлин М.Г., Кошкина Е.А., Шамота А.З., Надеждин А.В. Состояние наркологической помощи несовершеннолетним в Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию // Вопросы наркологии. - 1997. - №4. - С.31-39.
13. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией.: Дисс... д-ра мед. наук. - СПб. - 1995. - 396 с.
14. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Анализ современных подходов к профилактике употребления наркотиков // Вопросы наркологии. - 1996. - №3. - С.91-97.
15. Botvin G.J. Principles of prevention. // Combs R. H. Zeidonis D. Handbook on Drug Abuse Prevention: A Comprehensive Strategy to Prevent the Abuse of Alcohol and Other Drugs. - Allyn & Bacon: Boston. - 1995. - P. 19-44.
16. Botvin G. J. Preventing Drug Abuse in School: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual. Level Etiological Factors // Addictive Behaviors. - 2000 - Vol.25. - P.887-897.

17. Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse. - Ed. by A. Springer and A. Uhl. - European Communities, - 1998. - 235 p.
18. Evaluating Drug Prevention in the European Union - EMCDDA Scientific Monograph Series № 2. - 1998. - 141 p.
19. Catalano R.F. et al. An experimental intervention with families of substance abusers: one year follow up of the focus on families project // *Addiction*. - 1999 - V.94 (2). - P.251-255.
20. Howard J. Psychoactive substance use and adolescence (part 1): Prevention // *J. of Substance Misuse*. - 1997. - №2 - P.17-23.
21. Marlatt G.A., Gordon J.R. // *Behavioral Medicine: Changing Health lifestyles*. - N.Y.: Brunner/Mazel Inc. - 1980. - P.410-452.
22. Moskowitz J.M. The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. Monograph of Prevention Research Center. - Calif: Berkeley. - 1981. - 63 p.
23. Moskowitz J.M. // *Preventing adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*. - NIDA. - Rockville, Md. - 1983. - P.233-249.
24. Prevention in primary care. Recommendations for promotion good practice. // WHO Regional Office for Europe Copenhagen. - 2000. - 216 p.
25. Schaps E. et al. // *J. of Drug Education*. - 1982. - № 12. - P.353-364.
26. Supportive Environments for Health. - WHO/ERO. - Copenhagen. - 1992. - 42 p.
27. Wallack L.M., Barows D.C. Prevention Alcohol Problem in California. Evaluation of the Tree year «Winners Program». - California Department of Alcohol and Drug Programs, - Berkeley. - Calif: Social Research Group. - 1981.
28. Wills TA. // *Health Psychology*. - 1985. - № 5. - P.503-529.
29. Williams R. et al. // *J. of Drug Education*. - 1985. - V.15. - P.33.

#### **Список литературы к главе 15**

1. Лаврова Д.И., Либман Е.С., Пузин С.Н. и др. Критерия оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ: Методич. реком. для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации. - М., - 2000 - 35 с.
2. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. Осадчих А.И. - М. - 1999. - Т.1. - 198 с
3. Киндрас Г.П. Современные проблемы медико-социальной экспертизы при психических заболеваниях и пути их решения: Дисс.... докт. мед. наук. - М., - 2001. - 237 с.
4. Киндрас Г.П. Современная концепция инвалидности. // Материалы XIII съезда психиатров России. - М. - 2000. - С. 20.
5. Лаврова Д.И., Киндрас Г.П., Либман Б.С. Экспертно-реабилитационная диагностика способности контролировать своё поведение: Метод, реком. - М., - 2000 - 26 с.
6. Демидов Н.А., Розова М.С., Миронова О.А. Критерии оценки состояния трудоспособности при хроническом алкоголизме и трудоустройство инвалидов: Метод, реком. - М. - 1986. - 16 с.
7. Миронова О.А., Михайлов М.А. Современные данные о трудовом прогнозе инвалидности при алкоголизме: Обзорная информация. - М., - 1986. - 26 с.

#### **Список литературы к главе 16**

1. Гунько А.А. Клинико-генеалогическое эпидемиологическое исследование алкоголизма: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М. - 1992. - 36 с.

2. Москаленко В.Д. Предсказуем ли алкоголизм? Способы распознавания и устранения факторов риска // Обз. инф. НПО "Союзмединформ": Медицина и здравоохран. - М. - 1991. - 67 с.
3. Москаленко В.Д., Ванюков М.М. Алкоголизм и генетика // Обз. инф. ВНИИМИ. Медицина и здравоохран. Серия: мед.генетика и иммунология. - М. - 1988. - 73 с.
4. Москаленко В.Д., Полтавец В.И. Генетические основы алкогользависимого поведения человека // Успехи современной генетики: Труды Института общей генетики им. Н.И.Вавилова АН СССР: Вып. 17. - М.: Наука. - 1990. - С.191-207.
5. Москаленко В.Д., Шахматова И.В., Гиндилис В.М. Медико-генетическое консультирование при шизофрении: Методические рекомендации. - М.: Минздрав СССР. - 1981. - 15 с.
6. Поздняк В.Б. Алкоголизм у женщин: клинико-генетический аспект: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 1991. - 23 с.
7. Рожнова Т.М. Психопатологические расстройства у детей, отцы которых больны алкоголизмом (клинико-генеалогическое исследование): Автореф. дисс. канд. .. мед. наук. - М - 1996 - 21 с.
8. Cloninger C.R. Genetic and environmental factors in the development of alcoholism // J. Psychiat. Treat. Eval. - 1983. - Vol.5 - N.2 - P.483-496.
9. Cloninger C.R., Reich T., Sigvardson S. et al Effect of changes in alcohol use between generations on inheritance of alcohol abuse. In: Rose R.M., Barret J. (Eds.) Alcoholism Origins and Outcome. - New York - Raven Press, Pbs. - 1988. - P.49-74.
10. Chmment G.E., de Aragon L.V., Plutchik R. Prediction of drug use in high school students // Int. J. Addict. - 1989. - Vol.24. - N.11. - P. 1053-1064.
11. Cook W.L., Goethe J.W. The effect of being reared with an alcoholic half-sibling: a classical study reanalysed // Family Process. - 1990 - Vol.29. - N.1. - P.87-93.
12. Johnson S., Leonard K.E., Jacob T. Drinking, drinking styles and drug use in children of alcoholics, depressives and controls // J. Stud. Alcohol. - 1989. - Vol.50. - N. 5. - P.427-431.
13. Leshner A.I. Institute will expand research into the interaction of genetics and environment in vulnerability to drug abuse and addiction // NIDA Notes. - 1999. - Vol.13. - N. 6. - P.3-1.
14. Mericangas K. R. The genetic epidemiology of alcoholism // Psychological Medicine. - 1990. - Vol.20. - P. 11-22.
15. Pickens R.W., Preston K.L., Johnson E.O. et al. Specificity of familial transmission of alcohol and drug dependence // Pap. 58<sup>th</sup> Annu. Sci. Meet. Coll. Probl. Drug Depend. "Probl. Drug Depend. 1996". - 1996. - P.274.
16. Stabenau J. Additive independent factors that predict risk for alcoholism // Stud. Alcohol. - 1990. - Vol.51. - N.2. - P. 164-174.

#### **Список литературы к главе 17**

1. Десмет В., Гербер М., Хуфизл Дж.Г. и др. Классификация хронического гепатита: Диагностика, определение степени тяжести и стадии течения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1995. - TV. - №2. - С.38-45.
2. Дунаевский О.А. Вирусные гепатиты и дифференциальная диагностика заболеваний печени. - Изд. 3-е. - Тверь. - 1993. - 185 с.
3. Жаров С.Н., Лучшев В.И., Санин Б.И. и др. Коррекция микроциркуляторных нарушений у больных вирусными гепатитами с героиновой зависимостью // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2001. - №5. - С.24-27.



4. Кокарева Л.Н., Змызгова А.В., Шальгина Н.Б. О лечении больных хроническим персистирующим гепатитом В препаратами интерферона // Терапевтический архив. - 1995. - № 6. - С. 43-45.
5. Кокарева Л.Н., Змызгова А.В., Шальгина Н.Б. Интерферонотерапия больных хроническим вирусным гепатитом: факторы, влияющие на результат лечения // Терапевтический архив. - 1996. - № 2. - С. 10-14.
6. Крель П.Е., Игнатова Т.М., Кузнецов В.П. и др. Противовирусная терапия хронических гепатитов В, С и D // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1995. - Т. IV. - № 3. - Приложение № 1 - С. 125-126.
7. Логинов А.С., Раевский С.Д. Хронический вирусный гепатит D // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии. - 1993. - № 2. - С. 46-50.
8. Львов Д.К. Вирусный гепатит С - "ласковый убийца" // Российский гастроэнтерологический журнал. - 1995. - № 1. - С. 4-6.
9. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Практическое руководство: Перевод с нем. / Под ред. А.А.Шептулина. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА. - 1999. - 432 с.
10. Подымова С.Д. Болезни печени. - Изд. 2-е. - М.: Медицина. - 1993. - 544 с.
11. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты в клинической практике. - С.-П.: ТЕЗА. - 1996. - 306 с.
12. Учайкин В.Ф., Чередищенко Т.Ф., Малиновская В.В. и др. Применение рекомбинантного реаферона в виде ректальных свечей при хронических гепатитах В и дельта у детей // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1995. - Т. V. - № 3. - С. 66-72.
13. Шахтильян И.В., Кузин С.Н., Хухлович П.А. и др. Итоги применения вакцины Engerix В в группах высокого риска заражения вирусом гепатита В в России и странах СНГ // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1995. - Т. V. - № 2. - С. 27-31.
14. Шахмарданов М.З., Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н. Клинико-лабораторная характеристика парентеральных вирусных гепатитов у больных наркоманиями // Вопросы наркологии. - 1999. - № 4. - С. 29-32.
15. Шерлок Ш. Антивирусная терапия хронического гепатита С // Русский медицинский журнал. - 1996. - Т. 13. - № 12. - С. 756-762.

#### **Список литературы к главе 18**

1. Беляева В.В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1998. - № 5. - С. 27-29.
2. Беляева В.В., Ручкина Е.В. Консультирование в системе реабилитации при ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2001. - № 1. - С. 53-55.
3. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Юрин О.Г. Вторичные заболевания у больных ВИЧ-инфекцией в России // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1998. - № 5. - С. 32-35.
4. Кравченко А.В. Комбинированная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2001. - № 1. - С. 59-62.
5. Лысенко А.А., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. - М.: Рарочь. - 1996. - 625 с.
6. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. - М.: Медицина. - 1996. - 246 с.

7. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Под общей ред. В.В.Покровского. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА. - 2000. - 496 с.
8. Покровский В.И., Покровский В.В., Юрин О.Г. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2001. - № 1. - С.7-10.
9. Талжиев И.Е. Профилактика ВИЧ-инфекции в астраханской области // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2001. - № 1. - С.49-53.
10. Шипулин А.Г., Саркисян К.А., Богословская Е.В. и др. Место полимеразной цепной реакции в диагностике ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1998. - №5. - С.59-63.

#### Список литературы к главе 19

1. Аласкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. - М. - 1999. - 414 с.
2. Беляева В.В., Ручкина Е.В. Стресс и кризисное консультирование лиц, инфицированных ВИЧ // Медицинская помощь. - 1993. - № 5. - С.54-55.
3. Борисенко К.К. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передающихся половым путем. - М.: Ассоциация САНАМ. - 1996. - 21 с.
4. Бузина Т.С. Феномен "поиска ощущений" и проблема профилактики СПИДа в наркологии. // Вопросы наркологии. - 1994. - № 2. - С.84-88.
5. Бузина Т.С. Психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования больных опийной наркоманией: Автореферат дисс... канд. психол. наук. - М. - 1998. - 25 с.
6. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень № 20. - ЦНИИЭ, Российский научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. - М. - 2001. - 28 с.
7. Гончарук М.Ю., Ефимов Е.И., Быстрова Т.Н., Мазепа В.Н., Травина Н.М., Юнышева Н.К. Вирусный гепатит С и наркотики. // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. - Тез. докл. IV Российской научно-практической конференции. - М. - 2001. - С.82-83.
8. Гураль А.Л., Мариевский В.Ф., Сергеева Т.А. Эпидемиологические особенности гепатитов В и С на Украине и стратегия профилактики этих инфекций. // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. - Тез. докл. IV Российской научно-практической конференции. - М. - 2001. - С.94-95.
9. Давыдова А.А., Исаев Д.Д., Чайка Н.А. Консультирование и психологическая помощь ВИЧ-инфицированным. - С-П. - 1993. - 28 с.
10. Должанская Н.А., Егоров В.Ф., Харькова Н.В. Метадоновая терапия: обоснование применения, история внедрения, оценка эффективности (обзор) // Вопросы наркологии. - 1994. - № 2. - С.4-13.
11. Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С., Харькова Н.В. Методические подходы к профилактике ВИЧ-инфекции в наркологии. // Вопросы наркологии. - 1996. - № 4. - С.53-58.
12. Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А., Харькова Н.В. Социальные и поведенческие проблемы употребления наркотиков и профилактика ВИЧ-инфекции. // Вопросы наркологии. - 1997. - № 2. - С.60-67.
13. Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А., Харькова Н.В. Факторы риска и профилактика ВИЧ-инфекции у женщин, употребляющих психоактивные вещества. // Вопросы наркологии. - 2000. - № 2. - С.60-67.
14. Ефимова О.С., Слободенюк А.В., Чистякова А.Ю. Распространенность вирусных гепатитов В и С среди отдельных групп населения Свердловской области. // Гепатит

- тит В,С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. - Тез. докл. IV Российской научно-практической конференции. - Москва. - 2001. - С.120-122.
15. Заболотная Г.А., Попова О.Е., Топчиев Н.А., Михайлов М.И. Частота выявления маркеров инфицирования вирусами гепатита С и В у лиц, находящихся в местах заключения (о необходимости вакцинации против гепатита В женщин, подвергнутых сексуальному насилию). // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. - Тез. докл. IV Российской научно-практической конференции. - М. - 2001. - С. 133-134.
  16. Зверев В., Саранков Ю. Программа "Снижения вреда" - превентивная модель в наркологии // Вопросы наркологии. - 1999. - № 1. - С. 17-21.
  17. Консультирование потребителей психоактивных веществ по профилактике ВИЧ-инфекции / Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М. - 2001. - 28 с.
  18. Копоров С.Г. Типология сексуальности у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии. - 1994. - № 2. - С.27-33.
  19. Лозовская И.С., Должанская Н.А. Риск инфицирования вирусами гепатита В и С лиц, принимающих наркотики непарентерально. // Мир вирусных гепатитов. - 1999. - Хо 1. - С.5.
  20. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х. и др. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. - М. - ТОО "Рарог". - 1996. - 624 с.
  21. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита. - М. - Гэотар Медицина. - 2000 - 424 с.
  22. Онинченко Г.Т., Шахгильдян И.В., Михайлов М.И. Гепатиты В и С - актуальная медицинская и социальная проблема России. // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. - Тез. докл. IV Российской научно-практической конференции. - М. - 2001. - С.263-267.
  23. Пандемия ВИЧ-инфекции и СПИДа: Обзор 1994 г. - ВОЗ. - 1994. - 22 с
  24. Подготовка среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля по профилактике ВИЧ-инфекции у потребителей наркотических веществ / Пособие для врачей. - М. - 1999. - 20 с.
  25. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. - М. - Медицина. - 1996. - 246 с.
  26. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрии О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. - М. - Гэотар Медицина. - 2000. - 489 с.
  27. Руководство по оказанию консультативной помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе // ВОЗ: Серия "СПИД" № 8. - Женева. - 1993. - 71 с.
  28. Савченко И.Г., Покровский В.В. Факторы риска ВИЧ-инфекции в России среди употребляющих наркотики внутривенно. // Медицинская помощь. - 1993. - С.19-21.
  29. Саралжева О.П., Должанская Н.А., Харькова Н.В. Программы обучения медицинского персонала наркологических учреждений по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции. // Вопросы наркологии. - 1994. - № 4. - С.86-91.
  30. Шахгильдян И.В. Современные особенности эпидемиологии гепатитов В и С в Российской Федерации // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. - Тез. докл. IV Российской научно-практической конференции. - Москва. - 2001 - С.381-384.
  31. Этика практической психиатрии // Руководство для врачей под ред. Тихоненко В.А. - М. - 1996 - 244 с
  32. Brooner R, Kidorf M, KJng V. et al. A Drug Abuse Treatment Success among Needle Exchange Participants // Public Health Reports, June 1998, 113; Supplement 1 - P.130-139

33. Centers for Disease Control and Prevention. Update: Syringe Exchange Programs - United State, 1997. // Morbidity and Mortality Weekly Report, August 14, - 1998. - V.47(31).-P.652-655.
34. Cooper M.L. Alcohol and increased Behavioral Risk for AIDS. // Alcohol Health and Research World. - 1992. - V. 16. N 1. - P.64-72.
35. Des Jarlais D.S., Perlis T., Friedman S.R., Deren S. et al. Declining Seroprevalence in a Very Large HIV Epidemic: Injecting Drug Users in New York City, 1991 to 1996. // Amer.J. of Public Health. - 1998. - V.88. - N 12. - P.1801-1806.
36. Gibson D.R., Flynn N.M., McCarthy J.J. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. // AIDS. - 1999. -N 13.-P.1807-1818.
37. Heimer R., Knosnood K., Bigg D., Guydish J., Junge B. Syringe Use and Reuse: Syringe Exchange Programs in Four Cities. // Of Acquired Immynodeficiency Syndrom and Human Retrovirology. - 1998. - N 18 (Suppl.I). - P.37-44.
38. Heroin Addiction in Europe. // Book of Abstracts. - Ljubljana, Slovenia, 12-20 September - 1997. - 285 p.
39. Junge B., Vlahov D., Riley E., Huettner S., Brown M., Beilenson P. Pharmacy access, to sterile syringes for injection drug users: attitudes of participants in syringe program. // J. of Amer Pharmacology Association (Wash). - 1999. - V.39. - N 1. -P.17-22.
40. Paone D., Clark J., Shi Q., Purchase D., Des Jarlais D., Syringe exchange in the United States, 1996: National Profile. // Amer.J. of Public Health. - 1999. - V.89. - N 1. - P.43-16.
41. Robles R., Colon H., Matos T., Finlison H., Munoz A., Marrero C, Garcial M., Peyes J. Syringe and Needle Exchange as HIV / AIDS Prevention for Injection Drug Users in Puerto Rico. // Health Policy. - 1998. - V.45. - P.209-220.
42. Zuckerman M. Sensation Seeking the endogenous deficit theory of drug abuse./ National Institute on Drug Abuse. Research Monography Series. - 1986. - Mono 74. - P.59-70

#### **Список литературы к главе 20**

1. Гамалея Н.Б. Диагностика хронической опийной интоксикации и ее осложнений по выявлению в крови антител к морфину. // Вопр. наркол. - 1994. - № 2. - С.47-54.
2. Иванец Н. Н., Панченко Л. Ф., Андерсен И. Р. и др. Углевод-дефицитный трансферрин в сыворотке крови больных алкоголизмом. // Вопр. наркол. - 1994. - № 1. -С. 60-63.
3. Огурцов П. П., Нужный В. П., Моисеев В.С. Алкоголь как причина соматической патологии и избыточной смертности населения России. // Новости науки и техники. Серия Медицина. Вып. Алкогольная болезнь. - 1997. - Jy8. - С. 1-5.
4. Симонов Е.А., Изотов Б.Н. Обнаружение морфина и кодеина в волосах и ногтях наркоманов. // Вопр. наркол. - 1993. - №4. - С.52-58.
5. Чернобровкина Т.В. Энзимопатии при алкоголизме Киев: «Здоровья», - 1992 - 312 с.
6. Chick V., Kreitman N., Plant M. Mean cell volume and gamma giutamytransferase as markers drinking in working men. // Lancet. - 1981. - Vol.2. - P. 1249-1251.
7. Cushman P., Jacobson G., Barboriak J.J. et al. Biochemical markers for alcoholism: Sensitivity problems. // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 1984. - Vol.8. - P.253-257.
8. Irwin M., Baird S., Smith T. et al. Use of laboratory tests to monitor heavy drinking by alcoholic men discharged from a treatment programm. // Am. J. Psychiatry. - 1988. - Vol.145.-P.595-599.

9. Kristenson H., Trelle E., Fex J. Serum gammaglutamyltransferase: Statistical distribution in a middle aged male population and evaluation of alcohol habits in individuals with elevated levels. // *Prev. Med.* - 1980. - Vol.9. - P.108-119.
10. Lindenbaum J., Leiber C.S. Hematologic effects of alcohol in man in absence of nutritional deficiency. // *N. Engl. J. Med.* - 1969. - Vol.281. - P.333-338.
11. Nemesansky E., Rosalki S.B., Foo A.Y. Detection of organ injury due to ethanol by serum enzyme and isoenzyme examination. // *J.Clin. Chem. Clin. Biochem.* - 1981. - Vol.19. - P.147-183.
12. O'Malley S. S., Maisto S. A. The effects of family drinking history on response to alcohol expectancies and reactions to intoxication. // *Stud. Alcohol.* - 1985. - Vol.46. - P.289-297.
13. Orrego H., Black J. E., Israel Y. Relationship between gammaglutamyl transpeptidase and mean urinary alcohol levels in alcoholics while drinking and after alcohol withdrawal. // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 1985. - Vol.9. - P.10-13.
14. Rapaport S.L. Introduction to hematology. - New York: Harper Row. - 1971. - P. 136-141.
15. Schuckit M.A., Irwin M. Diagnosis of Alcoholism // *Med. Clinics of North America.* - 1988. - Vol.72. - № 5, September. - P.1133-1153.
16. Skinner H.A., Holt S., Schuller R. et al. Identification of alcohol abuse using laboratory tests and history of trauma. // *Ann. Intern. Med.* - 1984. - Vol 101. - P.847-851.
17. Watson C.G., Tilleskjor C., Schow E.A.H. et al. Do alcoholics give valid self-reports? // *J.Stud. Alcohol.* - 1984. - Vol.45. - P.344-348.
18. Whitehead T.P., Clarke C A , Whitfield A.G.W. Biochemical and hematological markers of alcohol intake. // *Lancet.* - 1978. - Vol.1. - P.978-981.
19. Wolf R., Farrell M., Marsden J. et al A review of biological indicators, practical considerations and clinical usefulness // *Addictin.* - 1999. - Vol.94, № 9. - P. 1279-1298.

### Список литературы к главе 21

1. Rutherford D. 30 years of the Breath Test Institute of alcohol studies. London, - 2000.
2. Кодекс РСФСР об административных правонарушениях. - М.: изд. Спарк. - 1994. - С. 55, 79, 137.
3. Морозов Г.В., Бабаян Э.А., Бобров А.Е., Зеренин А.Г. Временная инструкция о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения. Утверждена заместителем министра здравоохранения СССР А.М. Москвичевым 01.09.88 г. - № 06-14/33-14.
4. Морозов Г.В., Бабаян Э.А., Бобров А.Е., Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование для установления факта для употребления алкоголя и состояния опьянения: Методические указания. Утверждены заместителем министра здравоохранения СССР А.М. Москвичевым 01.09.88 г. № 06-14/33-14.
5. Кодекс Законов о труде Российской Федерации. - М.: Изд. Минюст. - 1995 - 15 с.
6. О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации "О занятости населения в Российской Федерации" 17 июля 1999 г. - № 175-ФЗ, изменения в пункте 3 статьи 35
7. Федеральный Закон РФ "О наркотических средствах и психотропных веществах" 08 января 1998 г. - № 3-ФЗ, - С.44.
8. Морозов Г.В., Качаев А.К., Лукачер Г.Я. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения. - М.: Медицина. - 1973.
9. Морозов Г.В. Клиника алкогольного опьянения (в книге: Алкоголизм: Руководство для врачей). - М.: Медицина. - 1983 г. - С 30-47

10. Балякин В.А. "Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения". - М.: -Медгиз. - 1962. - С.69-96.
11. Иванец Н.Н., Успенский А.Е. Экспертиза алкогольного опьянения: современное состояние и перспективы совершенствования. // Вопросы наркологии. - 1989. - № 2. - С.3-8.
12. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. и др. Злоупотребление психоактивными веществами. - М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского. - 2000. - С.21-39.
13. "О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения": Приказ Минздрава СССР от 08 сентября 1988 г. - № 694.
14. Инструкция о порядке направления граждан на освидетельствование для установления состояния опьянения и проведения освидетельствования. Утверждена заместителем министра здравоохранения СССР Ю.Ф.Исаковым - № 06-14/14 от 29.06.83 г.
15. Бабаян Э.А., Посохов В.В. Клинико-неврологические критерии различных степеней алкогольного опьянения. // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1980. - № 9. - С. 1384-1388.
16. Констандов Э.А., Решикова Т.Н. Изменения зрительного восприятия под влиянием алкоголя. //Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1973. -т.73. - С.230-235.
17. Шильковский В.П., Буртынский Д.Л., Зеренин А.Г. Диагностика состояния опьянения: Руководство по железнодорожной медицине. - М.: ВНИИ железнодорожной. - Т.1. - 1990. - С.116-125.
18. Богуславский В.Б., Пилявский О.А., Сиваш А.Б. Значение химико-токсикологических исследований в диагностике алкогольного опьянения. // Тезисы докладов III Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикомании. - М. - 1980. - С.33-36.
19. Прохоровский В.И., Карандаев И.С., Рубцов А.Ф. Вопросы организации экспертизы алкогольного опьянения. // Судебно-медицинская экспертиза. - 1967. - № 1. - С. 3-5.
20. Зороастров О.М., Карандаев И.С., Колдаев А.А., Томилин В.В. Клинические, биохимические и психофизиологические исследования при экспертизе алкогольного опьянения. // Судебно-психиатрическая экспертиза. - 1969. - № 1-4. - С.3-6.
21. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1994.
22. Зеренин А.Г., Стрелец Н.В. и др. Диагностика неалкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании у водителей транспортных средств: Пособие для врачей. - М.: НИИ наркологии. - 2001.
23. Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование лиц с неалкогольным опьянением: современное состояние и перспективы развития. // Вопросы наркологии. - 1990. - № 2. - С.30-40.
24. Стрелец Н.В., Уткин С.И., Григорьева Е.Ю. Псевдоабстинентный синдром при различных формах зависимости: клиника и лечение. //Вопросы наркологии. - 2000. - № 1. - С.30-39.
25. Цетлин М.Г., Рохлина М.Л., Стрелец Н.В. Современные подходы к выявлению потребителей наркотических средств в медицинских учреждениях: Методические указания. - М. - 1999 г.
26. Цымбал Е.И. Психические расстройства при интоксикации летучими органическими веществами. // Вопросы наркологии. - 1992. - № 2. - С.35-39.

27. Вялков А.И. Ответы на вопросы. // Вопросы наркологии. - 1999. - №3. - С.3-4.
28. Федеральный Закон "О безопасности дорожного движения", - М. 10.12.1995. - № 196-ФЗ, статья 23.
29. Зеренин А.Г. и др. Проведение предрейсовых осмотров водителей на транспортных предприятиях: Пособие для врачей психиатров-наркологов и врачей общей практики. - М: НИИИ. - 2001.

#### **Список литературы к главе 22**

1. Морозов Г.В., Бабаян Э.А., Бобров А.Е., Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения: Методические указания. Утверждены 01.09.88 г. - № 06-14/33-14.
2. Бабаян В.А. Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения. - М.: Медгиз, ~ 1962.
3. Еремин С.К., Изотов Б.Н., Веселовская Н.В. Анализ наркотических средств. - М.: "Мысль". - 1993.
4. Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование лиц с неалкогольным опьянением: современное состояние и перспективы развития. // Вопросы наркологии. - 1990. - №2. - С.30-40.
5. "Об аналитической диагностике наркотических средств, психотропных и других токсических веществ в организме человека": Приказ Минздрава РФ от 05.10.1998 г. № 289.

#### **Список литературы к главе 23**

1. Сб. Актуальные этические-деонтологические вопросы современной медицины. Тез. Докладов. - М. - 1983.
2. Гиппократ. Избранные книги: Пер. с греч. - М.: Биомедгиз. - 1936. - Т. 1. - 88 с.
3. Деонтология в медицине в 2 т./Под общей редакцией Б.В.Петровского. - М.: Медицина. - 1988. - Т.1, - 350 с; -Т.2. - 414 с.
4. Иванюшкин А.Я. Медицина и этика: история и современность/Этика практической психиатрии / Под ред. В.А.Тихоненко. - М. - 1996. - С.6-17.
5. Медицинская этика и деонтология. - М. - 1983.
6. Первая Всесоюзная конференция по проблеме медицинской деонтологии. - М. - 1970.
7. Проблемы медицинской деонтологии: Тез. докладов. - М. - 1977.
8. Семашко Н.А. О врачебной тайне // Бюлл. НКЗ. - 1925. - № 11. - С.12.
9. Тихоненко В.А., Покуленко Т.А. Основы профессиональной этики в психиатрии: принципы, нормы, механизмы // Этика практической психиатрии / Под ред. В.А.Тихоненко. - М. - 1996. - С.30-46.
10. Шимусик А. Деонтология в психиатрии // Руководство по психиатрии 2 т. - М. — 1988
11. Beauchamp T L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics, 4 ed. -N.-Y., Oxford: Oxford university press. - 1994. - 546 p.
12. Francocr R T. Biomedical Ethic: A guide to decision making. - N.-Y, etc: Wiley. - 1983
13. Psychialnc ethics / Ed. Bloch S., Chodoff P. - 2-nd ed. - Oxford, N.-Y., Melbourn: Oxford university press. - 1991. - 556 p.

#### **Список литературы к главе 24**

1. Ллкотт.или иошпка и общественное благо (ред. Edwards G.) - Копенгаген: Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия №80, - 1998. - 316 с.

2. Lento J. Подходы к политике контроля над алкоголем. - Копенгаген: Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия. - № 60, -1 995. - 69 с.
3. Settertobulte W. Alcohol consumption among adolescents - results of the cross-national study // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol. Stockholm, 19-21 February. -2001 - 6 p.
4. Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. Наркологический энциклопедический словарь: Часть 1. Алкоголизм. - М.: Анахарсис. - 2001. - 192 с.
5. Room R. - a) Effective alcohol control policies // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol. Stockholm, 19-21 February, -2001 -8 p.; b) Alcohol issues in developing societies // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol Stockholm, 19-21 February. - 2001 - 10 p.
6. Partanen J. Failures in alcohol policy: lessons from Russia, Kenya, Truk and history // Addiction. - 1993. - Vol.88 (Suppl.). - P.129-134.
7. Davies P., Walsh D. Alcohol problems and alcohol control in Europe. - London: Croom Helm. - 1983.
8. Osterberg E., Karlsson T. Trends in alcohol control policies in the EU member states and Norway, 1950-2000 // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol. Stockholm, 19-21 February. - 2001 - 24 p.
9. Monteiro M. Alcohol consumption and problems at the global level. // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol. Stockholm, 19-21 February. - 2001 - 25 p.
10. European alcohol action plan. - Copenhagen; Regional office for Europe, WHO. - 1993. - 34 p.
11. Jernigan D. Global implications of European alcohol policies. // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol. Stockholm, 19-21 February. - 2001 - 23 p.
12. European alcohol action plan, 2000-2005. - Copenhagen; EUR/LVNG 010501/E67946R. - 1999. - 28 p.

Лицензия ИД № 03959 от 07.02.2001.

Подписано в печать 18.02.2002. Формат 60х88/16 Гарнитура PragmaticaС Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Усл. печ. л 31,5. Тираж 3000 экз. Заказ 559.

Издательский дом «МЕДПРАКТИКА-М»,

Москва, Волоколамское ш. 4, ул. Полярная 31а, стр. 1

Тел. 158-4702, E-mail: [id@medpraktika.ru](mailto:id@medpraktika.ru), [www.medpraktika.ru](http://www.medpraktika.ru)

Отпечатано с готовых диапозитивов в Производственно-издательском комбинате ВИНТИ. 140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т; 403. Тел. 554-21-86



По вине редактора II тома в книге были допущены следующие ошибки:

- 1 стр 4, абз 6, следует читать: Глава 18 ВИЧ-инфекция в практике  
нарколога эпидемиология, клиника, диагностика, лечение  
М.З.Шахмарданов, доктор медицинских наук 379
- 2 стр 379, абз 2, следует читать М.З.Шахмарданов
- 3 стр 394, абз I исключить

