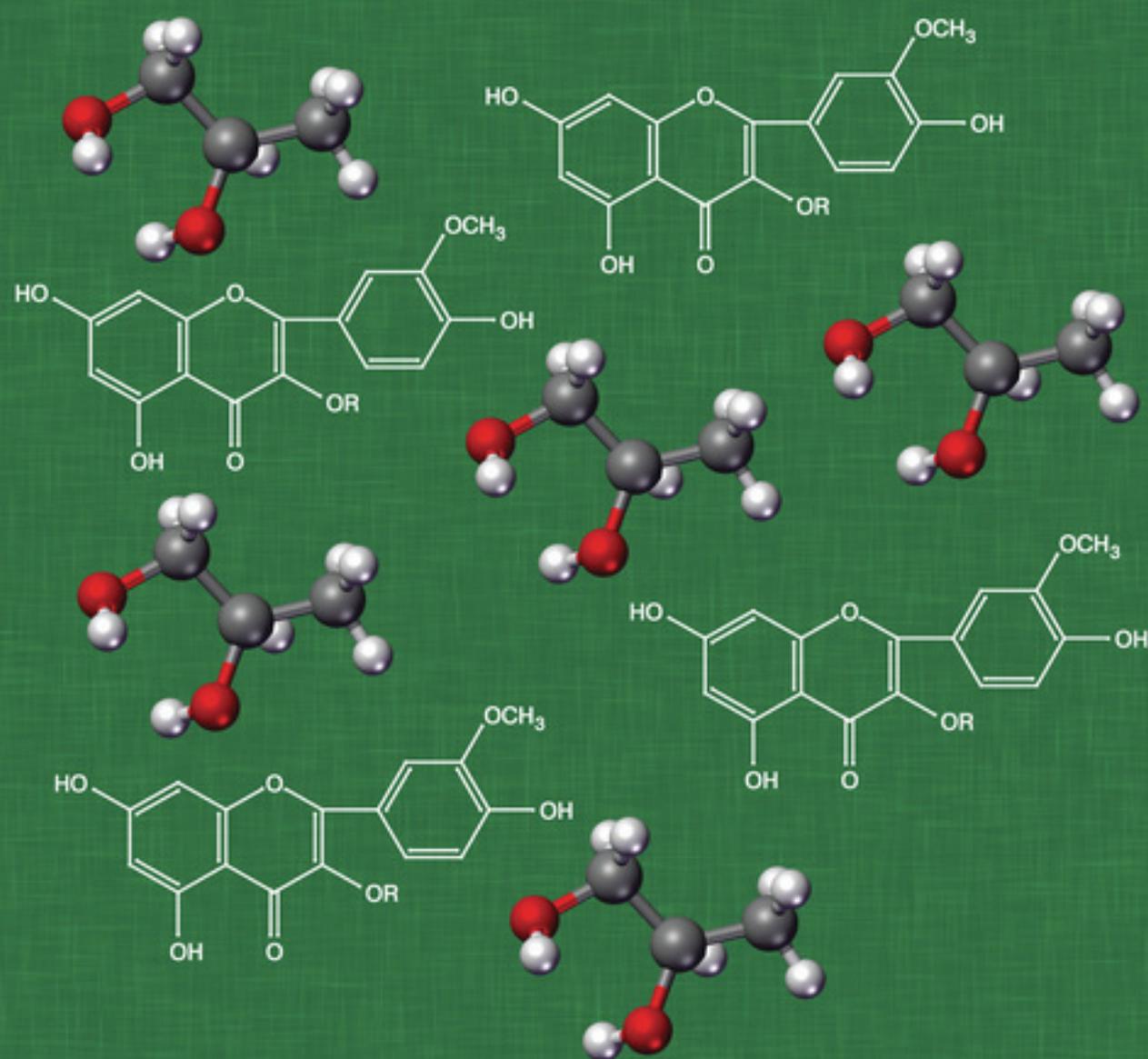


А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев

ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ



Санкт-Петербург
СпецЛит

Олег Ерышев

**Химические и
нехимические зависимости**

«СпецЛит»

2011

Ерышев О. Ф.

Химические и нехимические зависимости /
О. Ф. Ерышев — «СпецЛит», 2011

ISBN 978-5-299-00510-3

В книге описываются алкогольная, наркоманическая и токсикоманическая зависимости, являющиеся одними из главных угроз для здоровья и жизни молодого населения России. Химическая и нехимическая зависимости (игровая, компьютерная, пищевая, тренингомания) в книге объединены, поскольку имеют сходную предрасположенность, сходные группы риска и часто сочетаются. Основное внимание уделяется профилактике разных форм зависимости. Издание предназначено как для медработников образовательных учреждений разного уровня, так и для преподавателей этих учреждений.

ISBN 978-5-299-00510-3

© Ерышев О. Ф., 2011
© СпецЛит, 2011

Содержание

Условные сокращения	5
ВВЕДЕНИЕ	6
Глава 1	7
Глава 2	9
2.1. Психологические особенности дошкольного, младшего школьного, подросткового и раннего юношеского возраста	10
2.2. Понятия «расстройства личности» и «акцентуации личности и характера». Факторы, предрасполагающие к развитию зависимости	12
2.3. Перечень причин зависимостей	15
Глава 3	16
3.1. Зависимость от алкоголя (хронический алкоголизм)	16
3.2. Зависимость от наркотических средств	17
3.3. Распространенность никотиновой зависимости	18
3.4. Распространенность употребления летучих ингалянтов	19
3.5. Распространенность некоторых видов нехимической зависимости	20
Глава 4	21
4.1. Алкогольная зависимость у подростков (ранний подростковый алкоголизм)	23
4.2. «Пивной алкоголизм»	29
4.3. Лечение алкогольной зависимости у подростков	30
4.4. Профилактика и санитарное просвещение	32
4.5. Общество «Анонимные алкоголики» и программа «12 шагов»	34
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Ерышев О. Ф., Спринц А. М. Химические и нехимические зависимости

Условные сокращения

АА – анонимные алкоголики
ГГ – галлюциногенный гриб
ИН – интернет-зависимости
КЗ – компьютерная зависимость
ЛИ – летучие ингалянты
МРТ – магнитно-резонансная томография
НАН – нервная анорексия
НБУ – нервная булимия
ПВ – психоактивное вещество
ПГ – патологический гемблинг
ПЗ – пищевая зависимость
ТГК – дельта-9-тетрагидроканнабинол

ВВЕДЕНИЕ

Алкоголизм и употребление наркотиков стали поистине «национальным бедствием». Резко нарастая в 1990-е гг., потребление алкоголя, разнообразных наркотиков, летучих ингалянтов, начиная примерно с 2002 – 2003 гг., приостановилось и стабилизировалось, однако до сих пор тенденция к уменьшению их потребления незаметна или чрезвычайно мало заметна.

Потребление всех вышеуказанных веществ начинается в подростковом возрасте, несколько реже в младшем школьном. Последствия употребления наркотиков, токсических веществ или злоупотребления алкоголем в раннем возрасте при небольших вариациях однотипны: потеря здоровых интересов, снижение интеллектуальных способностей, распад молодых семей. Таким образом, зависимость от алкоголя или наркотиков – удар по обществу и противостоять этому следует работой среди молодежи в школах, училищах, институтах, университетах.

Предположить наличие у кого-то из членов молодежных коллективов развитие химической зависимости может в первую очередь учитель или воспитатель, в дальнейшем медсестра здравпункта или врач медсанчасти университета. Лишь позднее работу с «зависимым» проводит психолог или, если дело до этого дойдет – нарколог. Следовательно, материал нашей книги должен быть доступен как для людей, имеющих медицинское образование, так и не имеющих.

Нехимическая зависимость – игровая, компьютерная, интернет-зависимость и ряд других – общественное явление, более позднее. Однако распространенность их нарастает, а последствия могут быть тяжелыми: потеря интересов, моральная деградация. Причины, предрасположенность и факторы риска для химической и нехимической зависимости во многом сходны. Поэтому мы и объединяем их в одном пособии.

Книга разделена на общую часть и главы, посвященные отдельным видам зависимостей. Главная цель нашего пособия – их профилактика.

Глава 1

ПОНЯТИЕ «ЗАВИСИМОСТЬ». НОРМА И ПАТОЛОГИЯ

Если химическая зависимость в глазах, как окружающих пациента, так и общества в целом, безусловно, является болезнью, то в отношении нехимической зависимости требуются дополнительные пояснения.

*Химическая зависимость*¹ определяется как сочетание физиологических, поведенческих и других явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума.

Основной характеристикой «зависимости» является сильная или непреодолимая потребность принять психоактивное вещество (ПВ).

ПВ – это средства, способные особым образом влиять на центральную нервную систему людей, вызывая стимулирующий, эйфоризирующий, возбуждающий, снотворный, успокаивающий эффекты и иногда галлюцинации.

Из приведенных выше определений явствует патологическая (болезненная) природа химической зависимости.

Виды нехимической зависимости в последние годы увеличиваются в числе. Если в «Международной классификации болезней», опубликованной в России в 1994 г., значится лишь один ее вид – «Патологическая склонность к азартным играм», то за последние 15 лет появились публикации и о компьютерной, и об интернет-зависимости, и тренингмании, и ряде других. Нехимическую и химическую зависимость объединяет приобретение ими ведущего места в системе ценностей индивидуума с вытеснением бывших потребностей или идеалов (карьерного роста, стремления к познанию и пр.).

Однако нам могут возразить: а как же творческая активность? Ведь человек, охваченный, скажем, научным поиском или литературными исканиями, может полностью или частично исключить из системы ценностей семью, материальные блага, здоровье, даже игнорировать сон и пищу.

Великий русский писатель-классик Федор Достоевский работал ночи напролет и непрерывно курил. В результате страдал эмфиземой легких и погиб от легочного кровотечения. Австрийский писатель и тоже классик Франц Кафка использовал бессонницу для работы. Семью не завел, умер рано. Их творчество по ряду отзывов напоминало самосожжение.

Так не относится ли к нехимической зависимости творчество? Или коллекционирование? Как в случаях нехимической зависимости следует определить грань между нормой и патологией? Нам представляется, что эта воображаемая грань имеет две составляющих:

1. Полезность или бесполезность для общества (вряд ли зависимый от игровых автоматов ему полезен).

2. Сохранность личности или ее деградация и распад (ученые, писатели, «некриминальные» коллекционеры сохраняют индивидуальность, порядочность, мировоззрение).

Расшифруем некоторые термины, которые будут использоваться при изложении отдельных видов зависимости.

Психологическая зависимость: стремление к приему психоактивных средств, без существенного физического дискомфорта вне их приема (это первая фаза, а иногда единственная фаза развития зависимости).

¹ В медицинской литературе – «синдром зависимости».

Физическая зависимость: прием психоактивных средств с возникновением тяжелых расстройств вне их приема (вторая фаза развития зависимости). Эти расстройства объединяются в «*синдром отмены*»²: тяжелые болевые ощущения, упадок настроения, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные и другие расстройства вне приема наркотиков. При алкоголизме еще в ходу термин «синдром похмелья».

Наркомания – употребление с образованием зависимости психоактивных веществ, относящихся к списку наркотиков³.

Токсикомания – употребление с образованием зависимости от веществ, не относящихся к списку наркотиков.

Перейдем к причинам химической и нехимической зависимости. Они часто общие. Однако для их понимания необходимо ввести промежуточные разделы.

² Иногда употребляется равнозначный термин – «абстиненция». Однако в других странах это означает воздержание от наркотиков или алкоголя.

³ Эти списки время от времени пересматриваются.

Глава 2

ПРИЧИНЫ ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Причины химической и нехимической зависимости можно подразделить на внешние и внутренние. Последние часто не являются непосредственной причиной возникновения зависимостей, а предрасполагают к их развитию. Например, это определенные особенности характера, которые мы рассмотрим ниже. Выделяют также биологические (наследственность), психологические (характерологические) и социальные факторы, обуславливающие появление зависимостей. Социальные (внешние) факторы являются важнейшими. И при химической, и при нехимической зависимости это, прежде всего, – *вовлечение*, вследствие соответствующего окружения (для алкоголизма – семейные традиции, для наркоманий или токсикоманий, а также игровой зависимости – влияние группы). Молодой возраст предрасполагает к вовлечению. Поэтому рассмотрим сначала психологические особенности ранних возрастов с акцентами на тех характеристиках, которые предрасполагают к развитию зависимостей, затем типы характера молодых людей, с той же направленностью материала. Потом вернемся, более подробно, к причинам зависимостей.

2.1. Психологические особенности дошкольного, младшего школьного, подросткового и раннего юношеского возраста

В дошкольном возрасте (6 – 7 лет) зависимости формируются редко, но такие случаи известны. Ведущей деятельностью ребенка 6 – 7 лет является *игра*, в том числе игра с правилами.

В семьях, где есть компьютеры (а таких семей много), ребенка привлекают компьютерные игры от безобидных «ходилок» до содержащих элементы агрессии. В таких «агрессивных» играх ребенок реализует свои недовольства. Если времяпрепровождение ребенка не контролируется и он сверхзанятыми родителями заброшен, игровая деятельность превращается в компьютерную зависимость. Кроме того, если ребенок заброшен в неблагополучных (алкогольных и прочих семьях), он, всегда ищущий кумира в семье, находит такового среди старших детей (из таких же семей), подражает ему и в результате приучается к потреблению летучих токсических веществ, а то и наркотиков. Однако повторяем, такие случаи редки, а основной средой для возникновения как химической, так и нехимической зависимости являются младший школьный (7 – 11 лет), подростковый (11 – 15 лет) и ранний юношеский возраст (15 – 18 лет).

Младший школьный возраст характеризуется *рефлексией*, осмыслением собственных действий и общим самопознанием. При этом в результате сравнения себя с другими и анализа восприятия себя другими формируется самооценка. Если она существенно занижена, возникает феномен *фрустрации* – переживания неудачи, объективной или субъективной. Когда такой ребенок чувствует себя аутсайдером, могут развиваться самые различные нарушения поведения, например вызывающее (как гиперкомпенсация) с нескрываемым приемом токсических веществ. Могут наблюдаться также уходы из дома, чаще из неблагополучных, но и благополучных семей. При этом бродяжничанье приводит к столкновению ребенка с «зависимыми».

Кроме того, у многих детей сохраняется отмеченное выше стремление к компьютерным играм.

В подростковом возрасте развивается стремление к самостоятельности, ребенок стремится выйти из-под опеки родителей. При этом физическое (половое) развитие нарастает, но ребенок остается социально незрелым. Второй особенностью этого возраста является стремление к *группированию*. Расширяется круг общения среди сверстников, и, если «псевдосамостоятельный» ребенок, лишенный социальной зрелости, не обладает силой характера, склонен к подражанию, инфантилен, он легко подпадает под влияние другого – проводящего время у игровых автоматов, или уже соприкоснувшегося с наркотиками. Однако такое печальное следствие – удел не только слабохарактерных детей.

Известны «кризисы подросткового возраста» – перестройка личности, изменение жизненной позиции. При этом у подростков развиваются протестные реакции как на чрезмерную опеку со стороны родителей, так и на противоположное – недостаток внимания с их стороны. Стремление к самостоятельности, как и у младших детей, может привести к избеганию семьи, даже к уходам из дома, более или менее длительным. Следствие – соприкосновение с наркоманами или азартными игроками, которые имитируют для подростка образцы, принятые для подражания (в нормальных семьях это родители). Столкновению с «зависимыми» способствует упомянутое стремление к «группированию», когда удовлетворенность достигается чувством принадлежности к группе.

В раннем юношеском возрасте заканчивается самоопределение, переоценка существующих правил и себя самого. Характерен «юношеский максимализм». Негативные внешние условия, даже если они не катастрофичны, а также неудовлетворенность собой (даже если самооценка неверна) приводят к ряду тяжелых последствий, от депрессии и психосоматических заболеваний⁴ до облегчения состояния голоданием, или наоборот, усиленным потреблением пищи и, наконец, использованием психотропных средств с дальнейшим развитием зависимости от них.

Таблица 1.1

Предрасполагающие факторы к развитию зависимостей в разные возрастные периоды

Возрастные периоды	Предрасполагающие факторы к развитию зависимостей	Последствия
Дошкольный (6–7 лет)	Неконтролируемые игры Заброшенность в семье	Компьютерная зависимость Употребление летучих ингалянтов
Младший школьный (7–11 лет)	Рефлексия, заниженная самооценка	Употребление летучих ингалянтов или наркотиков; компьютерная зависимость
Подростковый (11–15 лет)	Чрезмерное стремление к самостоятельности, группирование, протестные реакции	Употребление наркотиков, алкоголя, компьютерная и игровая зависимость
Ранний юношеский (15–18 лет)	Самоопределение, юношеский максимализм, чрезмерная чувствительность к внешним воздействиям или неудачам	Употребление психотропных средств или алкоголя. Различные формы нехимической зависимости

Предрасполагающие факторы к развитию зависимостей обобщены в табл. 1.1.

⁴ Группа болезней, формирование которых связано в наибольшей степени с отрицательными эмоциями: язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ряд других.

2.2. Понятия «расстройства личности» и «акцентуации личности и характера». Факторы, предрасполагающие к развитию зависимости

Различают «расстройства личности» и «акцентуации личности и характера». Отметим попутно, что у рассматриваемого возрастного контингента следует скорее говорить о «характере», а не о «личности», так как последнее понятие предполагает социальную зрелость, а она даже в раннем юношеском возрасте не всегда достигается. Поэтому употребляется понятие «расстройство характера» наряду со старым названием – «психопатия».

При психопатиях выраженные и устойчивые изменения характера приводят к нарушениям адаптации подростка или юноши к семье или к обществу (в частности, к условиям учебного заведения). Различают, согласно Международной классификации болезней, ряд видов психопатий:

- Шизоидное расстройство (при этом в раннем возрасте нередко диагностируется «детский аутизм» или «расстройство привязанности»).
- Истерическое расстройство.
- Диссоциальное расстройство.
- Эмоционально-неустойчивое расстройство.
- Тревожное (уклоняющееся) расстройство.
- Зависимое расстройство.

Кроме них можно выделить как предрасполагающее к формированию диссоциального расстройства, а отсюда и зависимостей, заболевание детского возраста: «Синдром дефицита внимания с гиперкинетивностью».

Акцентуации характера, в отличие от психопатий, представляют варианты психической нормы и означают наиболее выраженные черты характера. Согласно российскому ученому А. Е. Личко, акцентуации характера наблюдаются приблизительно у 51 % здоровых людей. Однако при некоторых видах акцентуаций риск развития зависимостей выше, при других – ниже. Названия акцентуаций и психопатий иногда совпадают или близки. Однако при психопатиях характер приобретает черты патологии, эти черты более выражены, заострены, чем при акцентуациях. Акцентуации характера не меняют адаптации к семье или обществу, индивидум остается социально приспособленным.

Различают следующие типы акцентуаций (по немецкому ученому К. Леонгарду и российскому А. Е. Личко).

- Паранойяльный характер, или «застревающая» акцентуация.
- Шизоидный тип акцентуации.
- Истерический тип акцентуации.
- Тревожный тип акцентуации.
- Астеноневротический тип акцентуации.
- Зависимый тип акцентуации.
- Эмотивный тип акцентуации.
- Психастеническая акцентуация.
- Эмоционально-неустойчивый тип акцентуации.
- Педантичные (ригидные) типы акцентуации.
- Конформный тип акцентуации.
- Неустойчивый тип акцентуации.

- Гипертимический тип акцентуации⁵.
- Дистимический тип акцентуации.

Переходим к описанию основных черт акцентуаций и психопатий с непременным указанием степени риска развития зависимостей при них. Сходные по названию и проявлениям акцентуации и психопатии объединим.

1. Диссоциальное расстройство (психопатия) и неустойчивый тип акцентуации. Стремление к легким достижениям и удовольствиям, негативное отношение к учебе и общественным нормам. Легкая подчиняемость. Определенное мировоззрение не вырабатывается. Риск формирования алкогольной, наркотической, игровой зависимости самый высокий.

2. Истерическое расстройство и тип характера. Стремление представить себя в лучшем свете любым способом, отсюда лживость, фантазирование. При выраженных проявлениях истерические припадки, истерический смех или плач и ряд других проявлений нервного происхождения. Прием наркотиков поначалу носит демонстративный характер, затем незаметно развивается наркомания, риск которой высок.

3. Шизоидное расстройство и шизоидный тип характера. Главные черты: замкнутость, отгороженность от окружающих, непонятность их другими людьми, стремление жить своим собственным миром, избегая общения. Риск возникновения зависимостей не столь высок, но существует. Это пребывание у игровых автоматов в одиночку или прием синтетических наркотиков в переходном возрасте, чтобы облегчить общение (что также незаметно переходит в наркоманию).

4. Эмоционально-неустойчивые расстройство и акцентуация. При выраженной импульсивности, взрывчатости весьма часто наблюдается алкоголизация, прием крепких напитков. Если эмоциональная неустойчивость ограничивается акцентуацией, риск развития зависимостей невелик.

5. Педантичные (ригидные) типы характеров. У таких индивидуумов нередко наблюдаются сочетания педантичности с взрывчатостью. Тогда также может развиваться алкоголизация. Прием наркотиков или нехимическая зависимость не характерны.

6. Конформный тип характера. Главная черта: неуклонное следование немногим жизненным правилам, консерватизм, стремление «быть как все». Если группа алкоголизируется, подростки могут механически следовать ее правилам.

7. Гипертимическая акцентуация. Главная черта – повышенный фон настроения, активность, честолюбие, самоуверенность, постановка высоких целей в жизни. Риск развития зависимостей невелик, однако существует, если имеет место склонность к азарту и авантюрам (игровая зависимость, прием наркотиков).

8. Дистимическая акцентуация. Наблюдается в молодом возрасте редко; основные черты – пессимизм, непреходящая тихая грусть. Возможна алкоголизация, но не прием наркотиков или развитие иных видов зависимости.

9. Тревожное расстройство, или тревожный тип характера. Главные черты – постоянное ожидание неприятностей или критики в свой адрес, различного рода страхи. Риск развития зависимостей невелик, но есть тенденция к приему успокаивающих средств или пищевой зависимости. То же относится к **психастенической акцентуации**, когда количество страхов велико, и они становятся навязчивыми и преследуют индивидуума.

10. Зависимое расстройство, или зависимый тип характера. Это усугубление «тревожного типа»; такие индивидуумы неспособны к самостоятельным решениям, переключают их на кого-то из окружающих, боятся остаться в одиночестве. Риск развития зависимостей невелик.

⁵ По представлению древних, эмоции, настроение сосредоточены в зобной железе (thymus); отсюда название двух последних акцентуаций.

11. Астено-невротическая акцентуация. Характерна чрезмерная утомляемость, риск развития зависимостей невелик.

12. Эмотивный тип характера. Чрезвычайная глубина эмоциональных переживаний, склонность к сопереживанию и состраданию. Риск развития зависимостей отсутствует.

13. Паранойяльный тип характера, или «застревающая» акцентуация. Наблюдается повышенная подозрительность или склонность к образованию *idea fix*. Риск образования зависимостей невелик, кроме тех случаев, когда *idea fix* включает обязательную наркотизацию.

Гиперкинетическое расстройство⁶ включает два основных симптома: крайнюю неусидчивость и невозможность сосредоточить внимание. При созревании, из-за этих проявлений мировоззрение не формируется, устанавливается диагноз «диссоциальная психопатия» или регистрируется психологами «неустойчивая акцентуация». Индивидуум действует под влиянием момента и риск алкоголизации или наркотизации весьма велик.

Возможны случаи, когда тип характера при простом наблюдении явно не выступает, но медработникам необходимо это знать (см. Приложение 1, «Тест К. Леонгарда для определения типов акцентуаций»).

⁶ Гиперкинетическое расстройство у детей и подростков наблюдается весьма часто. Медработникам полезно знать, что существует новый препарат, быстро и эффективно ликвидирующий это расстройство – страттера или атомoksetин.

2.3. Перечень причин зависимостей

Вовлечение. Речь идет об алкогольных традициях ряда семей, в которые, «по доброте душевной», вовлекаются подростки и даже дети. То же происходит в группах подростков, в которых обязательно имеется лидер, и молодые люди начинают употреблять не только алкоголь, но и наркотики. То же может касаться приучения подростков к использованию игровых автоматов или игр в казино⁷.

Принуждение. Это отвратительное явление касается семейных пар или сожителей, один из которых принимает наркотики. Родители, страдающие алкоголизмом и деградированные, могут принудить детей к пьянству, «для компании».

Неправильное воспитание. Вариантов множество. В семьях очень занятых родителей (даже научных работников или подвигающихся на ниве искусства) нередко «гипопротекция», когда ребенку уделяется чрезвычайно мало внимания и он непрерывно сидит у компьютера или предоставлен «двору», в котором употребляются летучие ингалянты, «легкие», а то и «тяжелые» наркотики. «Двор» является обиталищем и детей из неблагополучных семей. Гипопротекция вызывает протестные реакции в виде потребления психоактивных веществ, раннего посещения дискотек, где нелегально продаются «легкие» наркотики. Такие же протестные реакции и те же последствия могут возникать при воспитании по типу «гиперпротекции», когда контролируется каждый шаг ребенка: выбор друзей, выбор занятий, которые нравятся только родителям и т. п. В наше время нередко ошибки воспитания в виде сознательного раннего приучения ребенка к компьютеру, интернету в надежде сделать из него современного «продвинутого» человека, что на самом деле оборачивается зависимостью.

Психопатии и некоторые акцентуации характера (см. подразд. 2.2). Некоторые из них непосредственно ведут к зависимости от алкоголя или наркотиков, даже без predisposing внешних факторов. Таковы диссоциальная психопатия или неустойчивая акцентуация, или запущенное гиперкинетическое расстройство. В других случаях для развития зависимости требуются дополнительные «подталкивающие» факторы, например при истерических расстройствах в ситуациях непризнания или насмешки; при шизоидных расстройствах при половом созревании или малом внимании семьи. Импульсивность, дистимичность, резко заниженная самооценка, повышенная склонность к рефлексии могут подталкивать ребенка или подростка к злоупотреблению алкоголем или употреблению летучих ингалянтов при наличии неблагоприятных внешних факторов.

Неблагоприятная наследственность. У детей с признаками психопатий нередко родители обладают теми же признаками (особенно у девочек). Соответственно, такие дети являются группой риска для развития зависимости.

Тяжелый стресс. Бывают случаи, когда подростки начинают употреблять алкоголь или принимать психоактивные вещества после потери родителя, других ситуациях траура в семье, развода родителей. Такие подростки также являются группой риска развития зависимостей.

Заболевания матери в период беременности, родовые инфекции, заболевания матери и/или ребенка в период младенчества могут обусловить дисгармоничное развитие мозга или вызвать неврологические признаки его поражения, что, в частности, ведет к формированию психопатий или гиперкинетического расстройства с вышеуказанными последствиями.

⁷ Хотя количество игровых автоматов и казино законодательно ограничено, существует ряд нелегальных заведений.

Глава 3

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАВИСИМОСТЕЙ⁸

3.1. Зависимость от алкоголя (хронический алкоголизм)

В целом по России хроническим алкоголизмом страдает около 5 % населения (Немцов А. В., 2007). Автор закономерно считает, что истинное количество больных намного превышает число официально зарегистрированных. Среднедушевое потребление алкоголя составляет около 16 литров в год; в деревнях немного выше, чем в городах за счет самогона. Соотношение больных хроническим алкоголизмом мужчин и женщин 3: 1. Смертность от потребления алкоголя 21 на 100 тыс. населения.

Все эти впечатляющие цифры затрагивают и молодежный контингент, однако соответствующие данные, касающиеся отдельно школьного возраста, подростков или юношеского возраста отсутствуют. В «Национальном руководстве по наркологии» (2008 г.) приводятся следующие показатели.

90 % российских детей и подростков потребляют алкогольные напитки 40 раз в год и чаще (в мире равное потребление наблюдается у 25 % подростков). Высокое, «опережающее» российское потребление происходит за счет пива; вино и крепкие напитки потребляются несколько меньше, чем в среднем по миру.

Приводим другой показатель, приведенный в том же «Национальном руководстве». В специально проведенном 30-дневном исследовании показано, что в России за это время алкогольные напитки потребляли 40 % подростков, в то время как в мире 27 %.

По алкогольной зависимости Россия занимает первое место в мире. Не правда ли, дальше отступить некуда?

Приводим еще ряд данных, извлеченных из СМИ. Среднестатистический школьник потребляет от 1 до 6 литров пива в день. Среднестатистический школьник потребляет в день от 2 до 5 банок алкогольных коктейлей. Из 3 российских детей 13 – 16 лет двое употребляют алкоголь регулярно. Россия – рекордсмен по детскому пьянству.

Отвлекаясь от считающихся сомнительными данных интернета, отметим, что подростковые наркологические отделения (где лечатся и злоупотребляющие алкоголем) и реанимация алкогольных отравлений у детей – сугубая реальность.

⁸ Данных по распространенности зависимости от кофеинсодержащих напитков (кофеин также относится к психоактивным средствам) мы не приводим, так как эта зависимость – удел людей среднего и старшего возраста.

3.2. Зависимость от наркотических средств

В этом отношении имеются более определенные данные, хотя цифры, приводимые в разных исследованиях, несколько отличаются.

Так, по данным Государственной думы (Комитет по охране здоровья), общая распространенность наркоманий в стране: 241 чел. на 100 тыс. населения. При этом среди подростков 15 – 17 лет – 47,6 чел. на 100 тыс.; среди юношей 18 – 19 лет – 48,3 чел. на те же 100 тыс. Отмечено, что с 2000 г. отмечается стабилизация, но не уменьшение распространенности наркоманий.

Несколько другие данные извлечены из СМИ. В июне 2000 г. в стране насчитывается 181,3 больных на 100 тыс. населения (в 10 раз больше, чем в 1985 г.). В 2001 г. к ним прибавились новые 6,3 тыс. наркоманов. Число больных среди несовершеннолетних в 2 раза выше, чем у взрослых (по другим данным, в 1,7 раза). Первая проба наркотика может осуществляться в 7 – 8 лет. Согласно статье С. Богданова («Гражданское общество детям») в 60 – 75 % случаев первый прием наркотика осуществляется до 18 лет.

Наиболее высокие показатели распространенности наркоманий приведены в журнале «Aids journal»: 310,7 чел. на 100 тыс. населения; среди подростков 100,7 чел. на 100 тыс. населения. Наркомании охватывают 0,3 % общей популяции населения России.

Наконец, приводим данные из «Национального руководства по наркологии. Пробуют наркотики 24 % подростков в России (в мире 22 %). Чаще всего это «легкие»⁹ наркотики (производные конопли). Другие (тяжелые) наркотики пробуют 9 % подростков (в мире 6 %).

Не правда ли, и в отношении наркоманий дальше отступать некуда?

⁹ В дальнейшем мы покажем относительность отнесения некоторых наркотиков – к «легким».

3.3. Распространенность никотиновой зависимости

По данным «Национального руководства по наркологии» в Москве курят 42 % студентов учебных заведений (соответствующие показатели по миру 29 %). Начинают впервые систематическое курение в 13 лет 16 % (в остальном мире в среднем 9 %).

По различным данным, возраст начала курения постепенно снижается и приближается к 8 годам. Распространенность курения (то есть зависимости от никотина, рассматриваемого, как один из видов психоактивных средств): 44 % молодых людей. Распространенность курения среди старшеклассников 31,9 %.

Наиболее впечатляющая цифра: смерть в результате курения может наступить в 20 лет и раньше.

3.4. Распространенность употребления летучих ингалянтов

Видов летучих ингалянтов (ЛИ) чрезвычайно много (бензин, ацетон содержащие жидкости и клеи и др.). При подсчете распространенности их употребления и зависимости все виды объединяют.

Это вид токсикомании получил распространение в последние 20 лет. Он охватывает детей наиболее ранних возрастов. Зарегистрированы случаи употребления ЛИ даже в возрасте 6 – 7 лет (под влиянием старших детей). Основная группа потребителей: подростки 12 – 15 лет (Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000). Мальчики вдыхают ЛИ чаще девочек. На хроническое вдыхание переходят около 3 % детей, остальные или прекращают, или переходят к употреблению наркотиков.

Ежегодно сотни детей погибают непосредственно из-за вдыхания ЛИ. Объясняется это их воздействием на все жизненноважные системы организма, то есть общетоксическим действием.

Согласно В. Г. Москвичеву (2009), распространенность употребления ЛИ составляет около 10,6 чел. на 100 тыс. населения. Токсикомания крайне распространена в азиатской части России (Сибирь, Дальний Восток).

3.5. Распространенность некоторых видов нехимической зависимости

Распространенность *компьютерной игровой зависимости*, включая первую стадию, «увлеченности», согласно О. В. Литвиненко (2008), составляет среди:

- дошкольников 5 – 7 лет 21 %;
- школьников 26 – 38 %;
- студентов вузов 24 %.

В сайте HelpMeDoc (2006 г.) представлены следующие данные: *интернет-зависимость* охватывает 1 – 5 % населения планеты.

Удельный вес подростков с 1992 по 2004 г. увеличился от 2 до 25 %.

*Зависимость от игровых автоматов (лудомания)*¹⁰, согласно журналу «Gen.med.ru», охватывает около 300 тыс. москвичей.

Данные по распространенности азартных игр (*гемблинга*) представлены Н. М. Шевчук и соавт. Она составляет в России с 2001 г. от 1,2 до 3,12 % и соответствует таковой в других странах.

Из представленных количественных величин следует, что распространенность нехимической зависимости диктует разработку срочных профилактических мер.

¹⁰ Иногда этим термином обозначают любую игровую зависимость.

Глава 4

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Алкоголь является многовековым спутником человека, которому всегда были свойственны попытки изыскания веществ, могущих повлиять на психическое состояние: улучшить настроение, отвлечь от тягостных жизненных проблем, улучшить сон, наконец, просто успокоить психическую боль. Первую такую возможность давали продукты, получаемые из окружающего человека растительного мира. Так, продукты брожения ягод винограда задолго до Рождества Христова стали использоваться в качестве опьяняющего напитка – вина. В XIII – XIV вв. в большинстве стран Европы возникает выработка чистого винного спирта (этанола), давшая начало повсеместному употреблению крепких алкогольных напитков.

В середине XIX в. сформировалось представление о зависимости от алкоголя как о болезни. Был предложен термин «хронический алкоголизм». На сегодняшний день это одно из наиболее распространенных заболеваний, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, т. е. веществ, способных изменять психическое состояние человека. Хроническое отравление алкоголем является одной из наиболее частых непосредственных или опосредованных причин высокой смертности (острые отравления, поражения внутренних органов, несчастные случаи и др.).

Необозримое количество данных говорит о широком распространении алкогольных напитков в обществе. Единственным исключением и все уменьшающимся островом в этом винном море являются традиционные мусульманские страны, в которых религия пока сдерживает распространение алкоголя. Несколько цифр, взятых из различных руководств, могут достаточно убедительно проиллюстрировать эти утверждения. Согласно данным американского Общетерриториального эпидемиологического исследования (1990 г.), в течение жизни риск возникновения алкогольной зависимости составляет 14,7 %. Около 100 тысяч американцев ежегодно умирает от заболеваний или травм, связанных с употреблением алкоголя. В России, по данным «Национального руководства по наркологии», количество алкогольных психозов¹¹ с 1991 по 2000 г. увеличилось в 3,8 раза и составило 103 477 случаев. Впечатляющие цифры о заболеваемости алкоголизмом среди подростков приведены в гл. 3.

Алкоголь – одно из немногих, а точнее трех «разрешенных» (свободно продающихся, даже рекламируемых) веществ, вызывающих зависимость. Кроме него свободно распространяются табак (никотин) и кофеин. Большинство людей алкоголь употребляется для удовольствия. Небольшие дозы алкоголя у многих людей вызывают состояние эйфории (беспечного повышенного настроения), легкости. Выраженное состояние опьянения известно каждому либо по собственным переживаниям, либо по кино и театральным представлениям, литературе, и поэтому нет необходимости его описывать. Скажем только, что у некоторых людей сразу возникают измененные формы опьянения, которые у большинства других появляются только после многих лет постоянного пьянства: это опьянение с раздражением, гневливостью, склонностью к агрессии; опьянение с «театральным» поведением – заламыванием рук, хохотом или рыданиями и т. п.; опьянение с дурашливостью, кривлянием, беспричинной смешливостью; опьянение с подозрительностью, ожиданием насмешек и других неприятностей от окружающих; наконец, опьянение с пониженным, иногда тоскливым, настроением и идеями самообвинения.

¹¹ Количество алкогольных психозов также является объективным и весьма демонстративным показателем частоты алкогольной зависимости среди населения.

Часто задают вопрос о том, «сколько можно пить, чтобы не заболеть». Раз и навсегда запомним – нет такой нормы. И еще надо знать – каждый человек по-своему переносит алкоголь. И ни один врач не скажет, у кого какая «доза» должна быть. Правило одно: чем меньше и реже человек пьет, тем лучше.

Нужно также знать и помнить, что алкоголизм – это хроническое (полностью не излечимое) заболевание, от которого нужно лечиться всю жизнь, и страдающий алкоголизмом практически здоров только тогда, когда он совсем не пьет.

4.1. Алкогольная зависимость у подростков (ранний подростковый алкоголизм)

Факторы риска. Отчего возникает эта болезнь, которую нередко человек «творит своими руками»?

Существует три группы факторов, толкающих человека на привыкание к алкоголю. Переплетаясь между собой, эти причины создают группы риска, включающие людей, у которых, по сравнению с другими, болезнь возникает чаще. Данные об обстоятельствах возникновения алкогольной и других зависимостей подробно изложены в гл. 3.

Для *подростков*, начинающих часто употреблять алкоголь, особую значимость имеет положительное отношение к алкоголю и частому употреблению его родителей. Создатель отечественной подростковой психиатрии и наркологии А. Е. Личко пишет, что особенно укрепощает подростков в отношении употребления алкоголя пьянство родителей, у которых этот недуг еще не привел к заметному социальному снижению. Тяжелый алкоголизм одного из родителей, приводящий к его социальному краху, иногда способствует отрицательному отношению подростка 14 – 16 лет к алкоголю. Но, к сожалению, к 18 годам такое положение меняется, и подростки начинают под влиянием сверстников терпимо, а затем и положительно относиться к употреблению алкоголя.

Одной из важных характеристик жизни подростков является тенденция к группированию, поэтому формирование зависимости к алкоголю проходит один своеобразный период, описанный А. Е. Личко с сотрудниками, – *период групповой зависимости*. Подросток испытывает желание и употребляет его только в группе сверстников, в которой он вращается. Часто такая группа формируется на улице, «во дворе». Вне этой группы подросток не думает об алкоголе, равнодушен к нему. Этот феномен считается одним из признаков «предболезни», т. е. при нем болезни еще нет, но постепенно возникают (вначале непостоянно) ее различные проявления. Происходят определенные *изменения характера подростков*. Они становятся грубее, резче, теряют уважение к взрослым, манкируют учебной и домашними обязанностями, теряют тонкую эмоциональность и сочувствие к близким. Характерно, что эти изменения появляются задолго до формирования явных симптомов болезни: болезненного влечения к алкоголю и физической зависимости от алкоголя, о которых мы напишем позднее.

Еще один признак периода предболезни – *изменение суточного ритма* (вялость, сонливость, чувство слабости и разбитости, ощущение общего дискомфорта, более выраженные по утрам, постепенно сглаживающиеся в течение дня и сменяющиеся некоторым оживлением и уменьшением дискомфорта к вечеру).

Риск болезни усиливается, и его факторы переходят из потенциальных в непосредственные, способствующие формированию болезни.

Факторы риска раннего алкоголизма (до 18 лет), выделенные наркологами А. Е. Личко, И. Д. Муратовой, Ю. В. Поповым и др.:

- алкоголизм отца, развивающийся до рождения подростка;
- алкоголизм матери, особенно для дочерей;
- расстройство личности эпилептоидного типа (см. гл. 2 – педантичные [ригидные] типы характеров);
- слабые реакции на относительно большое количество алкоголя при первых его пробах (отсутствие нарушений походки, точности движений и др.);
- ранее возникающий вариант опьянения с раздражительностью и выпадение из памяти части периода состояния опьянения;
- быстрое нарастание переносимости значительных доз алкоголя;

– диагностируемая врачами врожденная или приобретенная слабость нервной системы (неустойчивость настроения, склонность к судорожным реакциям, метеочувствительность¹² и др.);

– употребление ингалянтов, предшествующее или перемежающееся с употреблением алкоголя (см. подразд. 5.1).

Начальная стадия болезни. Состояния опьянения, повторяясь все чаще и чаще, приводят к постепенному возникновению у человека болезненного влечения к алкоголю, «жажде алкоголя». Причем сам болевающий человек не замечет или не хочет замечать появления и усиления этого признака болезни. Мысли о выпивке занимают все большую роль в психической деятельности человека, они принимают болезненный навязчивый характер. Тем не менее, человек сохраняет способность отказаться от употребления алкоголя, если ему в связи с этим грозят какие-то неприятности, он может кого-то серьезно подвести, не выполнить важного поручения и т. д. Таким образом, злоупотребляющий алкоголем еще может контролировать ситуацию и самостоятельно отказываться от выпивки. Такое явление называют *психической зависимостью от алкоголя*. На этом этапе подростка еще можно с помощью педагогических, психологических и, в ряде случаев, лекарственных средств вернуть на путь здоровой трезвой жизни.

Формируется болезненное влечение на фоне одного очень характерного явления: от выпивки к выпивке развивается способность переносить все более высокие дозы спиртного, исчезает рвотный рефлекс на сравнительно высокие дозы алкоголя.

Интересы продолжающего употреблять алкоголь подростка все больше сосредотачиваются на этой «процедуре», на посещении компаний или мест, где алкоголь употребляют постоянно. И от этого начинают страдать учеба и, конечно, семейные отношения пьющего подростка. Возникает своеобразная ситуация, когда он, будучи в значительной мере поглощен мыслями о выпивке, превращается из пассивно подчиняющегося группе (групповая зависимость) в активно ищущего возможности выпить, самому организовать «компанию». В общем бывшая компания для выпивки ему не нужна. Иными словами у подростка возникает болезненное влечение к алкоголю пока на психическом уровне. Его мысли часто сосредоточены на поисках спиртного, при разговорах на «алкогольные» темы он заметно оживляется. Алкоголь для него теперь – средство поднять настроение, заставить забыть о неприятностях, почувствовать себя свободно и уверенно.

Отчетливо наблюдаемая у взрослых потеря контроля над количеством выпитого и игнорирование ситуации, в которой происходит выпивка, у подростков может перекрываться манерой их пьянства. Здесь также сказывается подростковый максимализм. Независимо от периода развития болезни они пьют, пока есть что пить, и нередко стараются искусственно «усилить» тяжесть своего опьянения, бравировать этим, полностью игнорируя ситуацию.

Среди других признаков начальной стадии болезни у подростков отмечаются утреннее отсутствие аппетита, бессонница, выпадение из памяти отдельных эпизодов состояния опьянения, раннее изменение картины опьянения (вместо состояния беззаботности, легкости и приподнятого настроения появляются раздражительность, злобность, склонность к агрессии). У взрослых изменение картины опьянения происходит гораздо позже – в развернутой стадии болезни, т. е. через несколько лет после начала злоупотребления алкоголем. У некоторых подростков возникают неприятные ощущения в области сердца, утомляемость, ощущение жара, боли в желудке (начальные признаки гастрита).

Развернутая стадия болезни. Если основным болезненным проявлением начальной стадии алкоголизма является болезненное влечение к алкоголю, то развернутая стадия болезни характеризуется, в первую очередь, физической зависимостью от алкоголя. К

¹² Повышенная чувствительность к перемене атмосферных явлений – тошнота, головные боли, головокружение и др.

этому времени частое употребление алкоголя вызывает в организме сложные биохимические изменения, которые требуют его постоянного присутствия в организме. Это и называют *физической зависимостью от алкоголя*. Только в присутствии алкоголя человек ощущает определенный телесный комфорт. Болезнь вошла в такую стадию, когда человек теряет способность контролировать количество употребляемого алкоголя и учитывать ситуацию, в которой происходит выпивка. В это время человек уже безоговорочно болен, влечение к алкоголю становится неодолимым.

При полном прекращении приема алкоголя возникает характерное состояние, называемое острой абстиненцией¹³, или состоянием отнятия. Оно характеризуется дрожанием рук, особенно пальцев, потливостью, ощущением жара, сильным влечением к алкоголю (желанием опохмелиться и облегчить свое состояние), снижением аппетита, утомляемостью, раздражительностью, снижением настроения, тревогой, учащением пульса, повышением артериального давления. Выраженная острая абстиненция наблюдается у подростков, перенесших родовые травмы и ушибы головы, тяжело болевших детскими инфекциями. У таких больных часто обнаруживаются нерезко выраженные признаки органического поражения головного мозга: раздражительность, иногда злобность и склонность к агрессии, неустойчивость настроения, ослабление памяти, судорожная готовность (появление судорог при отравлениях, в том числе и алкоголем), повышенная температура и др.

Болезненное влечение к алкоголю приобретает неодолимый характер, оно теперь является основным мотивом его употребления. Человек не в силах отказаться от него. С этих пор выздоровление от алкоголизма невозможно. Единственный выход к нормальной жизни для такого человека – полное прекращение употребления любых алкогольных напитков, а также наркотических веществ. О наличии же хронической болезни говорит возврат всех ее признаков после начала употребления алкоголя независимо от срока воздержания от алкоголя (будь то месяцы или даже годы).

Алкоголь пагубно действует на еще продолжающийся формироваться мозг подростка и на его психику. Поэтому при его частом употреблении возникают черты характера, мешающие нормальному общению с окружающими, приводящие к конфликтам. Такими чертами являются взрывчатость, эгоцентризм, лживость.

Серьезным, хотя и в три раза реже встречающимся, чем у взрослых, проявлением алкогольной зависимости являются *алкогольные психозы*. Число подростков, поступающих в больницу в связи с алкогольными психозами, составляет 1,5 % от всех подростков, госпитализируемых по поводу алкогольной зависимости. Самый частый вариант алкогольного психоза – *алкогольный делирий* («белая горячка»), возникающий после интенсивного и длительного употребления алкоголя. Он возникает на высоте тяжелой острой алкогольной абстиненции. Делирий относится к состояниям нарушенного сознания и характеризуется нарушением ориентировки в окружающем. Психическое состояние ухудшается постепенно, обычно к ночи и на третьи сутки после прекращения употребления алкоголя. Появляется бессонница, нарастает тревога. Человек перестает понимать, где он находится. Будучи дома, думает, что он в школе, на рыбалке или в лесу. Он видит массу несуществующих объектов (зрительные галлюцинации): мелкие звери, птицы, насекомые. Могут видаться паутина, проволока, текущая вода.

Поведение больных соответствует их болезненным переживаниям: они что-то ловят, перепрыгивают, стряхивают с себя. Развернутый делирий обычно носит сценноподобный характер: больные якобы смотрят кино, наблюдают за играми, блуждают по лесу. При этом могут появляться слуховые, обонятельные (запахи) и тактильные (прикосновения) галлюцинации. Делириозные сцены могут носить и устрашающий характер: погони, нападения,

¹³ Абстиненция – от лат. *abstinentia* – воздержание.

драки, когда агрессия направлена против больного. Больные то заинтересованы, то испуганы, то недоумевают. После исчезновения делирия они обычно могут рассказать о том, что с ними происходило, однако часть пережитого иногда выпадает из памяти. При устранении делириозных переживаний пациенты сохраняют уверенность в реальности пережитого (остаточный бред), но через несколько дней появляется уверенность (критика) в болезненном характере пережитого.

Возникновение делирия часто происходит при одновременном употреблении и других дурманящих веществ. Могут развиваться и другие варианты алкогольных психозов, например *острый бредовой психоз*. При этом варианте психоза пациент полностью сохраняет ориентировку в окружающем, но замечает в нем угрозу для себя (погоню, арест, физическую расправу). А. Е. Личко (1985) пишет, что в 16 % случаев такие состояния возникают у подростков мужского пола, впервые в жизни употребивших большое количество алкоголя.

Злокачественное течение алкогольной зависимости (быстрое формирование физической зависимости от алкоголя) наблюдается у подростков с определенными характерологическими чертами – эпилептоидного и неустойчивого типа (см. гл. 2), а также у подростков, перенесших черепно-мозговые травмы или имеющих ранние признаки органических поражений головного мозга).

Диагностика. Поскольку некоторые признаки сформировавшегося алкоголизма могут проявляться у подростков и до формирования физической зависимости от алкоголя или «специально» воспроизводятся подростками, А. Е. Личко и В. С. Битенский предложили специальную диагностическую таблицу, позволяющую констатировать выраженную стадию болезни. Приводим табл. 4.1, несколько модифицированную для облегчения читателю понимания значения тех или иных диагностических признаков.

Таким образом, некоторые признаки сформировавшейся алкогольной зависимости проявляются у подростков еще на стадии формирования болезни в связи с физиологическими и психологическими характеристиками подросткового возраста.

Таблица 4.1

Особенности диагностики алкоголизма у подростков

Признак	«Ложные» факторы, не позволяющие безусловно диагностировать	Критерии, позволяющие диагностировать болезнь
Индивидуальная психическая зависимость	Групповая психическая зависимость	Выпивка в малознакомых компаниях. Активный поиск ситуаций для выпивок
Начало противодействий выпивкам со стороны ближайшего окружения	Противодействие со стороны старших может быть с самого начала выпивок	Противодействие со стороны своей компании сверстников (наблюдается не всегда)
Исчезновение рвотного рефлекса на передозировку	Из-за бравады нередко скрывают рвоты. В 5–10 % рвотный рефлекс изначально отсутствует	Подтверждение отсутствия рвотного рефлекса со стороны близких или товарищей
Утрата количественного контроля	Подростки выпивают в компании все спиртное, которое имеется в наличии	Выявление неудержимого влечения к алкоголю — жажда напиться до «отключения»
Утрата ситуационного контроля	Бравада перед старшими и сверстниками	Пьянство в ситуации, грозящей строгим наказанием и исключающей побуждение для бравады
Усиление переносимости высоких доз алкоголя	Возрастание переносимости алкоголя вследствие акселерации физического развития	Быстрый рост переносимости алкоголя (в 3–5 раз) за несколько месяцев
Выпадение из памяти некоторых деталей опьянения	У подростков, перенесших травмы черепа и имеющих признаки органической недостаточности мозга, «выпадения» могут наблюдаться с первых опьянений	Появление после продолжительного употребления алкоголя расстройств памяти, отсутствовавших ранее
Желание опохмеляться по утрам после выпивки	Опохмеляются, подражая старшим, из-за бравады	Появление признака наряду с другими проявлениями алкоголизма, особенно с внезапным непреодолимым влечением

Признак	«Ложные» факторы, не позволяющие безусловно диагностировать	Критерии, позволяющие диагностировать болезнь
Употребление суррогатов и спиртосодержащих жидкостей	Может быть вызвано невозможностью приобрести вино или водку	Употребление суррогатов в ситуации, когда оно унижает подростка перед сверстниками (вследствие непреодолимого влечения)

4.2. «Пивной алкоголизм»

Некоторые наркологи возражают против употребления термина *пивной алкоголизм*, подчеркивая, что алкоголизм – это одна болезнь, протекает по одним и тем же путям, независимо от вида напитка, содержащего алкоголь. В известной мере они правы, однако употребление того или иного напитка (с большим или относительно низким содержанием алкоголя) все же вызывает определенные варианты течения болезни.

Среди обращающихся за медицинской помощью процент пациентов с «пивным алкоголизмом» сравнительно невелик. Важность этой, может быть кажущейся не такой серьезной, проблемы на самом деле достаточно значительна. Она обусловлена доступностью пива, повсеместной торговлей этим напитком, реклама которого практически не ограничена. Пиво обладает положительными вкусовыми эффектами, утоляет жажду, и многими людьми не ассоциируется с болезненной зависимостью, ее формированием и последствиями. Коварство этого варианта болезни в том, что она подкрадывается незаметно, «по кружке в день». Употребление пива детьми, уже не говоря о подростках, часто не осуждается, а подчас и поощряется взрослыми. Поэтому оказывается, что болезненная зависимость, особенно психическая, формируется рано и быстро. Это доказано серьезными, в том числе и статистическими исследованиями. Терпимое отношение общества к злоупотреблению пивом препятствует формированию у пьющих его понимания того, что у них начинается или сформировалась болезнь.

Появляющиеся признаки болезни, в частности, состояние острой абстиненции характеризуется выраженными физическими расстройствами: резкой слабостью, потливостью, сердцебиением и болями в сердце. Из психических расстройств наиболее стойкие и неприятные – раздражительность (иногда злобность), преобладание пониженного настроения, бессонница. Выражено желание опохмеляться по утрам. При длительном злоупотреблении пивом отмечаются тяжелые поражения внутренних органов: печени, сердца и др.

Злоупотребление пивом у подростков в настоящее время утяжелено появлением крепких сортов пива, оказывающих выраженное болезнетворное действие. Эта ситуация благоприятствует и переходу зависимых от алкоголя с пива – на более крепкие напитки, и тогда болезнь протекает в таком варианте, который описан выше.

4.3. Лечение алкогольной зависимости у подростков

В состояниях опьянения с возбуждением вводят успокаивающие средства (транквилизаторы). В тяжелых случаях (коматозные состояния) пациенты нуждаются в направлении в токсикологический стационар.

При наличии *острого абстинентного состояния* лечение зависит от выраженности этого состояния. В любом случае проводится детоксикация – удаление из организма продуктов распада алкоголя и восстановление нормального биохимического баланса. Внутривенно капельно вводят очищающие организм растворы и необходимое количество витаминов. В случаях двигательного беспокойства вводят успокаивающие средства, преимущественно транквилизаторы, их же применяют и для предупреждения развития алкогольного делирия. Лечение острых абстинентных состояний проводят, как правило, в стационаре.

Второй задачей лечения в этот период является подавление болезненного влечения к алкоголю, на которое воздействуют специальными лекарствами, уменьшающими его (налтрексон, тиапридал). При резко выраженном стойком влечении к алкоголю иногда применяют другие нейрорептики помимо тиапридала, а также антидепрессанты (например, циталопрам, ципралекс и др.). Ципралекс (циталопрам) эффективен также при алкогольной депрессии и начале рецидива влечения к алкоголю.

После *исчезновения проявлений острой абстиненции* главная задача состоит в удержании пациента от возобновления приема алкоголя. Для этого используют широкий арсенал средств как лекарственных, так и психотерапевтических.

Среди *лекарственных средств* наиболее распространенными являются так называемые сенсibiliзирующие средства, присутствие которых в организме практически исключает употребление алкоголя; совместный прием двух веществ: алкоголя и сенсibiliзирующего средства вызывает бурную реакцию, вплоть до угрозы жизни. Эти препараты – тетурам, лидевин, колме, метранидозол – несовместимы с алкоголем. Перед началом лечения этими препаратами больного тщательно обследуют и психологически готовят к предстоящему лечению. Срок лечения не лимитируется, оно может быть прервано по желанию больного или его родственников, а также при появлении каких-либо медицинских противопоказаний.

(!) Категорически запрещается давать подросткам указанные препараты без назначения врача и без информации самого подростка о назначаемом лечении и его особенностях (подмешивание в пищу, питье или под видом других лекарств).

Для улучшения психического состояния: уменьшения тревоги, улучшения настроения-назначают небольшие дозы психотропных средств.

Большое значение в поддержании трезвости имеет *психотерапия*. Преимущественно в лечении подростков используется *индивидуальная психотерапия*. При этом общие указания о «вреде алкоголя» малоэффективны. Такая информация чаще всего оставляет подростка равнодушным. Вред алкоголя должен ему демонстрироваться на конкретных примерах. Таковыми могут служить демонстрируемые ему его собственные анализы, которые могут отклоняться от нормы, разговоры о том, что в состоянии опьянения он может попасть в критическую ситуацию и навредить своему здоровью, подвергнуться насилию. Значимы для подростков конкретные примеры о физической слабости пьющих людей, невозможности их добиться каких-либо спортивных и других успехов. Нередко подростки откликаются на предложение заняться каким-нибудь делом, с их точки зрения престижным (в первую очередь, спорт, походы), которое может отвлечь их от пьянства. Выявленные трудности в семейных отношениях, школьные проблемы, которые нередко толкают подростков на пьянство, нуждаются в устранении, а подростки – в соответствующей психологической помощи.

Подросткам, испытывающим затруднение в общении, может быть показана *групповая психотерапия*, задачей которой является обучение вербальным и невербальным приемам общения. Бывает целесообразно поместить подростка с алкогольными проблемами в «неалкогольную» группу, где решаются другие проблемы, могущие заинтересовать, увлечь подростка. А. Е. Личко пишет: «В целом групповая психотерапия обычно оказывается успешной, если она ставит не прямые противоалкогольные цели, а служит способом отвлечения от алкоголя».

4.4. Профилактика и санитарное просвещение

Профилактику алкогольной зависимости у подростков необходимо осуществлять на всех уровнях: семейном, школьном, общественном и государственном.

Характер неправильного воспитания в семье может быть диаметрально противоположным: с одной стороны, безнадзорность, бесконтрольность, вседозволенность, с другой – чрезмерная опека, мелочный контроль, покровительственное отношение, стремление оградить ребенка от малейших трудностей, постоянное восхищение его талантами, а также суровые расправы, стремление срывать зло на ребенке. Все это способствует отклонению в поведении ребенка и в подростковом возрасте может привести его в поисках выхода из трудных ситуаций или получения удовольствия к употреблению веществ, ведущих к зависимости. Аналогично действуют на подростка и напряженные внутрисемейные отношения, на первый взгляд вроде бы и не имеющие непосредственного к нему отношения (конфликты между родителями, разногласия между поколениями и др.). Ну и, конечно, алкогольные традиции в семье существенно влияют на ее подрастающих членов. Пример пьяного отца или застолий (об этом говорилось выше), в которых участвуют родители, здоровью и жизни которых, по мнению подростка, ничто не угрожает (родители хорошо выглядят, веселы и жизнерадостны), способен разрушить любую санитарно-просветительную систему. Поэтому действия лиц и организаций, предпринимающих усилия по антиалкогольной пропаганде у подростков должны быть тщательно продуманы и согласованы. Пример старших, особенно родителей, играет первостепенную роль.

Роль школы в профилактике алкогольной зависимости также важна. Педагоги должны иметь определенные сведения о расстройствах, связанных с зависимостью от психоактивных веществ. Это необходимо для раннего выявления пристрастия к дурманящим препаратам и экстренного принятия соответствующих мер (информация родителей, с их согласия – привлечение медицинских работников). Помочь в предупреждении пристрастия к алкоголю и другим веществам, вызывающим зависимость, может хорошо и интересно организованная внеклассная работа. Доверительные беседы с подростками о пагубности алкоголя бывают гораздо эффективнее уроков «здоровья», часто построенных по устаревшим программам и схемам.

Важное значение имеет отношение общества, его культуры к факту распространения алкоголизма и использования алкоголя членами общества. Наша культура, как и культура большинства стран (исключение составляют традиционные мусульманские страны), относится к так называемым перmissive (разрешающим) культурам, т. е. терпимо относящимся к распространению и употреблению алкоголя. Такое отношение сложилось веками, а государство в разные периоды так или иначе (то больше, то меньше) было заинтересовано в распространении алкоголя для пополнения казны, а затем бюджета. Все это, безусловно, осложняет решение проблемы алкоголизма. Тем не менее, многие передовые люди своего времени, например А. Ф. Кони, Л. Н. Толстой, В. М. Бехтерев, были едины во мнении, что основным, а может быть единственным, методом, противостоящим употреблению алкоголя, может быть улучшение условий жизни и повышение культурного уровня населения, создание условий для «продуктивного» досуга (занятия спортом, полезной общественной деятельностью, мероприятиями, расширяющими кругозор и др.).

В этом должно активно участвовать государство, поддерживая и финансируя соответствующие образовательные, просветительные, оздоровительные программы, а также помогая людям и организациям, финансирующим проблему борьбы с алкоголизмом. Ограничительные государственные меры, выражающиеся в основном во всевозможного рода запретах, обычно малоэффективны; это показывают эпизоды введения «сухого закона»

в разных странах, проводимая и показавшая свою неэффективность противоалкогольная реформа периода перестройки. Только совместная неформальная деятельность всех звеньев образования, здравоохранения общественных и государственных организаций, имеющих отношение к проблеме борьбы с алкоголизмом, может принести ощутимые плоды.

4.5. Общество «Анонимные алкоголики» и программа «12 шагов»

Одним из наиболее эффективных методов удержания в трезвости больных алкогольной зависимостью за рубежом считается сообщество анонимных алкоголиков (АА). Можно назвать его движением. Оно зародилось в США в 1937 г. и быстро распространилось в этой стране, а после Второй мировой войны нашло себе множество сторонников в других странах, и постепенно число сторонников этого противоалкогольного движения достигло весьма внушительных цифр и стало исчисляться миллионами. Идея основателей движения была проста – заменить совместную выпивку просто дружеской беседой. Затем были сформулированы знаменитые «12 шагов», которые явились своеобразным кодексом человека, отказавшегося от алкоголя и сохраняющего трезвость. Вот эта программа:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.