

И.Н. Пятницкая

ПИТЬ

ЗНАЧИТ

ПИТЬ  
ЗНАЧИТ  
НЕ

БЫТЬ

НЕ

ПИТЬ

6.17.9  
П99

Рецензент доктор медицинских наук, профессор

**И. Г. Ураков**

Художник

**Б. А. Базит**

”

И 41141111111111111111 128  
М 10.5 (0.3) 87 66-87

© Издательство «Советская Россия», 1987 г.

## **ЧЕМ ОТЗОВЕТСЯ РЮМКА**

### **Невеселая статистика**

Сто лет назад американский врач Дагдселль занялся исследованием генеалогии шести арестантов одной нью-йоркском тюрьмы. Преступники находились в родстве. Ученый разыскал их родоначальника, жившего в XVIII веке. Им оказался горький пьяница. Его потомство насчитывало 709 человек, из которых 77 были преступниками, в том числе 12 — убийцами), 85 — дегенератами (большей частью на алкогольной почве), 174 — проститутками, 18 — владельцами домов терпимости, 206 — нищими.

Не менее «красноречиво» потомство пьяницы и проститутки Ады Липпинут, родившейся в 1741 году. В ее потомстве 834 человека, из которых 168 были поджигателями, 181 — женщинами дурного поведения, 95 — нищими, 76 — бродягами, 64 — убийцами, 140 — ворами и поддельщиками, 105 — мошенниками и карманниками.

О том, что пьяницы рождают ущербное потомство, что эта ущербность может передаваться последующим поколениям, известно давно. Под влиянием алкоголя возникает и усугубляется вырождение. Первое поколение — нравственная испорченность и спиртные излишества. Второе поколение — обычное пьянство, приступы бешенства, «размягчение мозга» — так называемое позднее слабоумие. Третье поколение — ипохондрия, меланхолия, самоубийства и... убийства. Четвертое — тупость, идиотизм, бесплодие.

Уже этого вполне достаточно, чтобы бить тревогу. Но социальные и биологические последствия пьянства и алкоголизма этим не ограничиваются.

Злоупотребление спиртными напитками, по данным Всемирной организации здравоохранения, является третьей, после нарушения сердечно-сосудистой деятельности и онкологических заболеваний, причиной смертности и мире.

Однако в эти расчеты можно внести поправку.. Ряд регионов мира с населением, исчисляемым миллиардами, должен быть исключен из подсчетов, поскольку там на первый план выступает наркотизм других видов - употребление опиума, гашиша, кокаина.

Отечественные наркологи считают, что спиртные напитки вызывают высокий бытовой, транспортный и производственный травматизм, что пьянство содействует возникновению и усугублению страданий, ведущих к смертности. Прежде всего это психопатологические расстройства. При частом потреблении алкоголя повышается эмоциональный фон, у больных алкоголизмом значительно чаще, чем у трезвенников, возникает настойчивое стремление покончить жизнь самоубийством.

Подсчитано «участие» пьяных в автокатастрофах. Так, на севере Франции 60 процентов аварий на дорогах со смертельным исходом произошло по вине пьяниц. Не менее тревожные цифры можно привести и по нашей стране.

Спиртные напитки нарушают внимание и объем восприятия. Притупляют слух, а при систематическом потреблении он вообще снижается, особенно на высокие частоты. Сужается поле зрения, глаз теряет способность следить за движущимся объектом. Выпив 50-100 граммов, водители полагают, что могут провести машину в ворота, ширина которых меньше расстояния между колесами. Угроза аварии очевидна.

Эти расстройства влекут за собой аварийную ситуацию и на производстве, тем более в эпоху НТР, когда существуют поточные линии. Следует заметить, однако,

характерную особенность: на рабочем месте и состоянии опьянения человек контролирует себя строже, чем за рулем. Поэтому то многие случаи тайного пьянства на производстве в течение долгого времени остаются невыявленными...

Усугубляет последствия потребления алкоголя применение снотворных и успокоительных средств. А они, как известно, широко распространены в современном обществе. Этанол<sup>1</sup> и эти препараты взаимно продлевают эффект; при этом более сильное действие оказывает тот из них, что попал в организм первым. Принятые за 2 — 3 дня снотворные и транквилизаторы, углубляя действие алкоголя, снижают скорость реакции на изменение ситуации. В результате даже малые дозы спиртного, скажем пива, могут вызвать самые неожиданные последствия.

Значительную токсическую нагрузку испытывают ныне жители как промышленных районов, так и сельской местности — технизация и химизации сельскохозяйственного производства все возрастает. Этанол же повышает чувствительность к смогу, к таким тяжелым металлам, как ртуть и свинец.

Мы не говорим уже о том, что в тех количествах, в каких алкоголь принимают пьяницы, он сам по себе является для организма чужеродным, а главное, вредным веществом, оказывающим пагубное воздействие практически на все органы мозг, печень, сердце и почки.

Об этих тяжелых, а нередко приводящих к катастрофе влияниях мы расскажем подробно несколько позже. Пока же обратимся к статистике.

---

<sup>1</sup> Этанол, или этиловый либо винный спирт.— это бесцветная жидкость с характерным запахом, жгучим вкусом. Хорошо растворяется в воде, эфире, ацетоне, легко воспламеняется, образует взрывоопасные смеси. Различные спиртные напитки содержат чистый (96,6%) этиловый спирт в разных количествах от 2 до 60%

По данным ряда ученых, из обследованных больных алкоголизмом только у 6,5 процента не было других заболеваний, 68,0 процента имели не ограничивающие работоспособность болезни, половина из которых протекала бессимптомно. 24,9 процента больных алкоголизмом были ограниченно трудоспособны. В среднем у каждого мужчины имелось еще пять заболеваний, а у женщин — четыре. Поражения печени и желчных путей обнаружены у 23 процентов, желудочно-кишечные и респираторные заболевания — у 17 процентов, центральные и периферические неврологические расстройства — у 15 процентов. Нередко в прошлом отмечаются травмы.

По другим данным, более 40 процентов больных алкоголизмом страдают расстройствами пищеварительной системы, почти 30 процентов — дыхательной, более 26 процентов имеют черепно-мозговую травму.

И последние годы появились сообщения, свидетельствующие о роли крепких спиртных напитков в возникновении онкологических заболеваний, особенно в развитии рака верхней части пищеварительного тракта. Увеличивается фактор риска рака верхних дыхательных путей — ведь часть этанола выводится через легкие. Опухоли рта, горла, пищевода, поджелудочной железы и кардиальной части желудка у злоупотребляющих алкоголем бывают чаще, чем у непьющих. Заметим, что при онкологических заболеваниях, в основном у женщин, после приема алкоголя могут возникать болезненные, дискомфортные ощущения и области опухоли. При этом некоторые их виды связывают с потреблением определенных сортов спиртных напитков.

Важнейшей проблемой остается выяснение влияния спиртного на течение всех этих соматических заболеваний (сома — по гречески тело). В свете сегодняшних биологических знаний на клеточном, субклеточном и молекулярном уровне влияние это должно быть всеобъемлющим.

Учитывая общеобменные и дизрегуляторные — нарушающие регуляцию — эффекты этанола, можно предположить, что нет болезней, течение которых не утяжелялось бы пьянством.

Если проследить во времени процесс злоупотребления, то вырисовывается четкая последовательность наступления расстройств. И каждое из них при определенных обстоятельствах может оказаться смертельным. Сначала появляются пептическая язва, нарушения сердечной деятельности. К поздним последствиям относятся цирроз, полиневриты, мозговые явления. Менее 5 лет пьянства — и возникают обменно-трофические нарушения.

Пьяницы более подвержены простудным заболеваниям и болезням периферической нервной системы. При сформировавшемся алкоголизме<sup>1</sup> возрастает частота поражений сердечно-сосудистой системы.

Советские ученые на большом материале и с точной наркологической квалификацией пациентов провели анализ заболеваемости и смертности больных алкоголизмом. Среди умерших мужчин, злоупотреблявших алкоголем. 47,6 процента погибли в результате несчастных случаев или отравлений и 28,7 процента скончались от сердечно-сосудистых расстройств. Если общая заболеваемость у таких мужчин в 1,2 раза выше, чем у взрослого населения в целом (травмы, отравления и несчастные случаи — в 2,7 раза), то этот показатель для больных алкоголизмом — уже больше в 1.5 раза. Точные же сведения получают при сравнении групп злоупотребляющих и незлоупотребляющих. (Мы в дальнейшем будем употреблять этот термин). Оказывается, что заболеваемость злоупотребляющих практически по всем нозологическим фор-

---

<sup>1</sup> Подробно об этом будет рассказано в подглавке «На путях познания» (С. 62)

мам — определенным болезням — в 2-3 раза выше.

В работах советских исследователей, посвященных заболеваемости при алкоголизме, часто называют гипертоническую болезнь. На самом деле наблюдения в наркологической клинике свидетельствуют, что больные алкоголизмом крайне редко страдают ею. Однако у большинства из них после эксцесса в течение 2 — 3 суток наблюдается подъем артериального давления. Терапевт назначает постельный режим и дает длительное освобождение от работы, как и при истинной гипертонии. А в статистических данных искусственно возрастает частота заболевания гипертонической болезнью при алкоголизме.

Отражая заболеваемость больных алкоголизмом и осложнения, вызванные употреблением спиртных напитков, зарубежные ученые приводят следующие данные. В психиатрических больницах половина коек занята алкоголиками, а в общих — более трети. При этом в 22,2 процента случаев это лица, состояние которых утяжелилось приемом спиртных напитков. Другие исследователи подсчитали, что среди госпитализированных пациентов различных профилей более четверти больны алкоголизмом. Во Франции злоупотребляет вином примерно 10 процентов населения. И эти злоупотребляющие дают более 30 процентов поступлений в общемедицинские стационары. Из 10 процентов злоупотребляющих доля алкоголиков — 4,4 процента, и на их лечение в стационарах уходит 40 процентов больничного бюджета.

Перегрузка систем здравоохранения такими больными — а им объективно необходимо оказывать медицинскую помощь — объясняется еще одним обстоятельством. В отличие от трезвенников, которые предпочитают получать медицинскую помощь на дому, утратившие социальные и межличностные связи алкоголики охотно госпитализируются.

## Впустить троянского коня...

Что же происходит в организме алкоголика?

Развитие биологических и медицинских наук, их технические возможности позволяют ответить на эти вопросы достаточно полно. Однако патогенез — механизм формирования алкоголизма — как логическая система развития патологии до сих пор окончательно не определен. Пока что мозаика, отдельные фрагменты, которые еще предстоит собрать, соединить в общую картину с учетом сложностей межсистемных взаимоотношений в организме. неоднозначности связан между «высшими» и «низшими» системами. Но и то, что мы знаем сегодня, достаточно для того, чтобы уподобить разрушительную силу этанола троянскому коню, впущенному в организм.

Хроническая интоксикация этанолом оказывает прямое воздействие на клеточные и субклеточные структуры и, поражая ключевые системы, вызывает многообразные нарушения регуляции в нашем сложнейшем — поистине маленькая вселенная — организме, искажение и выпадение ряда важнейших функций.

Вначале ученые исследовали органную патологию — функциональные и морфологические расстройства тех органов, поражение которых было особенно наглядно в клинике.

Сегодня хорошо известно, что и как в течение алкоголизма меняется в печени, являющейся одним из главных «пропускников», «воротами интоксикации», как этанол влияет на ее «здоровье», жизнедеятельность и даже на внешний вид. Гепатоз, гепатический стеатоз, увеличение массы, содержания жира, жировая дистрофия — все это заболевания и патологические изменения печени, отравленной алкоголем.

Особое место занимает цирроз- омертвление печеночной ткани и замещение ее рубцовой. Цирроз печени -

удел многих злоупотребляющих. Когда-то именно по частоте смертей от этого заболевания давали количественную оценку распространения алкоголизма.

По современным данным, в Нидерландах потребление алкоголя за последние 30 лет возросло в 4 раза, и смерть от цирроза — в 2 раза. В США цирроз является причиной гибели 5 — 20 процентов больных алкоголизмом. Впрочем, эти цифры не совсем «корректны». В случаях смерти больного алкоголизмом, допустим, от острой сердечной недостаточности состояние его печени не попадает в медицинскую статистику. Многие больные, не дожив до неизбежного цирроза, погибают на этапе жировой дистрофии печени...

Перед печенью стоит нелегкая задача обезвредить этанол и помочь другим органам снизить не соответствующую естественной концентрации его в крови. Она начинает бороться с ним, как с любым внешним ядом. При этом выполняет и повседневную работу, обезвреживая все другие токсические вещества, попадающие в организм. Поначалу наш уникальный фильтр справляется с двойной нагрузкой за счет увеличения своей активности. Первое время этанол даже стимулирует работу печени. Но и на этом этапе уже возможны неприятные эффекты. В случае болезни обычная доза лекарств не принесет выздоровления, так как слишком уж активная печень быстро их разлагает. Постепенно активность ее падает, и почти все усилия уходят на борьбу с возрастающими дозами спиртного. Токсические вещества других продуктов обезвреживаются не полностью. Человек может погибнуть, съев что-то не совсем свежее.

Если больной не прекращает пить, на печень ложится огромная для измученного органа нагрузка по очистке крови еще и от шлаков, выделяемых при расщеплении алкоголя. Перегрузка печени заканчивается ее истощением.

Нередко этот процесс ускоряется искусственно приемом лекарств, в частности салицилатов (известно, что некоторые больные используют их для опохмеления).

Вместе с тем не только прямое токсическое действие этанола, изменения жирового и белкового обмена, обмена элементов (об этом речь впереди) определяют поражение печени при алкоголизме. Предполагают, что возникающая иммунная гиперреактивность также может привести к гепатиту и циррозу печени.

По удивительно, что средняя продолжительность жизни больных алкоголизмом на 15 — 20 лет меньше, чем у людей, не употребляющих спиртные напитки.

Помимо нарушения функции печени, приводящего к появлению в крови токсических веществ, этанол воздействует на желчный пузырь, тормозит выделение одного из веществ желчи билирубина и замедляет ток последней — процесс, особенно опасный при склонности к желчно-каменному образованию. Вследствие алкогольной интоксикации двигательная активность пищеварительного тракта нарушается, и токсичная алкогольная желчь затекает в проток поджелудочной железы — это может вызвать панкреатит и у здорового человека.

Этанол стимулирует увеличение в поджелудочной железе концентрации таких ферментов, как амилаза и липаза, поджелудочная железа! общей активности расщепления белков — в результате повышается чувствительность тканей поджелудочной железы, начинается процесс «самопереваривания» органа.

Снижая ферментную и двигательную активность кишечника, особенно тонкого, он препятствует усвоению витаминов, углеводов и белков, и даже при полноценном шпиритом рациионе возникает дефицит питания.

Поджелудочная железа сначала, как и печень, активизирует свою деятельность. Затем происходит падение активности ферментов, нарушение их баланса. При этом

нормальный уровень сохраняет, и то не всегда, только фермент тринсиноген. который, расщепляя белки, способствует перевариванию пищи. Наступает гипертрофия поджелудочной железы, некроз...

Хорошо изучены отношения к алкоголю нашего сердца и те изменения, которые в нем происходят под пагубным влиянием спиртного. Нарушается его сократительная и импульсопроводящая функция. Гипертрофия миокарда особенно часто бывает у любителей слабоалкогольных напитков, которые потребляются в большом количестве. Причем сдвиги в деятельности сердца происходят самые разнообразные: локальные, тканевые, клеточные, проводниковые и другие. Исследования кардиального механизма смерти людей, злоупотребляющих алкоголем, показали, что основой являются дистрофические изменения миокарда, в том числе структурные. Кардиотоксический эффект, вызывающий первичную остановку сердца, может наблюдаться при более низких концентрациях этанола, чем смертельные. Контроль за пульсацией снижается, а это ведет не только к аритмиям, но и к внезапной смерти даже тогда, когда ишемических изменений нет.

Больные диабетом, — а это заболевание внутрисекреторной части поджелудочной железы,— даже при умеренном потреблении спиртного рискуют вызвать у себя коматозное состояние: у них и так высок уровень эндогенного, то есть вырабатываемого самим организмом, алкоголя.

При язвенной болезни спиртные напитки могут привести к эрозии слизистой оболочки и кровотечению. Угроза особенно возрастает, если одновременно принимать лекарства типа пирамидона, оказывающие такое же побочное влияние.

Среди органов — мишеней для этанола можно назвать и почки — он изменяет обмен молочной кислоты, тормозя тем самым выделение мочевой кислоты. Задерживая

шлаки в крови, спиртные напитки утяжеляют состояние больных уремией (хроническая почечная недостаточность), сдвигают кислотно-щелочное равновесие, в сторону кислотности, способствуют расходу запаса аскорбиновой кислоты, выбросу тиамина — витамина В<sub>1</sub>, и снижению его содержания в организме.

Надо отметить, что этанол нарушает вообще весь точно сбалансированный, находящийся на грани «чуткого равновесия» обмен в нашем организме.

Касается это и углеводного обмена, роль которого чрезвычайно важна и многообразна. Сначала при приеме спиртного уровень сахара в крови падает. Казалось бы, логично определить степень бывшего опьянения по уровню гипогликемии (сниженного по сравнению с нормой содержания сахара) и скорости падения сахарной кривой в последующие за опьянением сутки. Но у больных алкоголизмом показатели гликемической кривой увеличиваются параллельно тяжести заболевания, независимо от того, принимается алкоголь или нет. А активность инсулина — гормона поджелудочной железы, участвующего в регуляции углеводного обмена, напротив, в процессе заболевания снижается.

Но и это еще не все. Может возникнуть гипогликемическая кома (которая, как и при диабете, снимается введением глюкозы); после длительного эксцесса — в некоторых случаях наблюдаются отвращение к пище (анорексия), тошнота, рвота, помрачение сознания.

Ученым и практикам пока неясно, почему в начале заболевания аппетит усиливается, а в последующем развивается анорексия. Что здесь играет главную роль? Дисфункция отделов головного мозга, в частности гипоталамуса — центра вегетативной нервной системы? Динамика углеводного обмена? Рефлекторное раздражение желудка? Гастриты? Но в начале болезни возникает гастрит с повышенной кислотностью, а впоследствии —

с пониженной. Быть может, в нарушении аппетита виновата одна из форм гастрита — гипопластическая?

Так же с различных позиций можно объяснить ацидоз — сдвиг кислотно-щелочного равновесия, отравление организма продуктами распада жира и кетопурию — повышенное выделение ацетона с мочой. Это уже нарушение обмена углеводов и жиров, так называемый псевдодиабет алкоголиков.

К этому прибавьте еще недостаточность АДГТ — фермента алкогольной дегидрогеназы, панкреатит и изменение жирового обмена. Вот такой букет болезней!

Какое нарушение за каким следует, из чего вытекает?

Скажем, нарушение жирового обмена у алкоголиков объясняется поражением печени. Однако именно из-за того, что печень усиленно занимается переработкой этанола в жиры, она истощает свои биологические возможности, и это может стать причиной ее заболевания. Поистине заколдованный круг.

Этанол нарушает также совершеннейший химический баланс организма — соотношение и взаимоотношения ферментов отдельных жировых фракций в сыворотке крови.

Неясно пока, как взаимосвязаны расстройства жирового обмена с белковой патологией. Однако известно, что, когда печень, утилизируя этанол, слишком уж активизирует свои силы, снижается содержание некоторых белков в крови. Чтобы подпитать до нормального уровня, скажем, глютамион, врач назначает метионин — кислоту, входящую в состав белков. Это в свою очередь помогает нормализовать и жировой обмен.

Практически все белки сыворотки крови, кроме цистеина, глютамина и глютамата, снижаются при первых же приемах этанола. В дальнейшем наступает грубый белковый дисбаланс. Он уже касается и тех белков, которые дольше других держались в норме.

Некоторые элементы, необходимые для жизнедеятельности организма, под действием этанола плохо усваиваются.

К чему же все это приводит? Последствия самые разнообразные.

При измененном усвоении железа происходит повышенное всасывание его в кишечнике и накопление в органах и тканях (на коже появляются пигментные пятна).

Нарушается и усвоение натрия. А пониженная концентрация его в плазме крови способствует разрушению внутреннего слоя нервных волокон, что может осложниться (в случае травмы, избыточной интоксикации, острого психоза) отеком мозга.

При алкогольном абстинентном синдроме — то есть при внезапном и полном отказе алкоголика от спиртного — резко снижается содержание магния в крови, что вызывает психическое напряжение (врачи снимают его электрофорезом этого элемента на область затылка).

Нарушается и фосфорный обмен. Помимо центрально-мозгового эффекта, когда ослабевает внимание, замедляется мышление, сдвиг фосфорного обмена вызывает и другие расстройства...

Падает бактерицидная активность крови, ухудшается снабжение тканей кислородом. Сократительные силы мышечной ткани, включая миокард, слабеют. Этому способствует не только нарушение обмена, но и высокая концентрация в тканях органического соединения — ацетальдегида, вовлекающего в свой метаболизм, то есть обмен веществ, фермент фосфора. Кстати сказать, этанол содействует еще и чрезмерному выведению этого фермента.

Нередко у больных мы наблюдаем алкогольный гиповитаминоз. Возникновение его объясняют по-разному.

Печень — кладовая витаминов: она их накапливает и «отпускает» в небольших количествах — ровно столько, сколько нужно организму. Прием же спиртного вызывает выброс витаминов из депо. Хорошо изучено, как опустошаются запасы аскорбиновой кислоты: под влиянием этанола большая часть ее не усваивается, а уходит из организма. Та же участь уготовлена и другим витаминам. Плохо синтезируется необходимый для нормальной деятельности нервной системы витамин В. Оскудевают запасы витамина А. Не усваивается фолиевая кислота — нарушается состав кропи. В результате увеличивается потребность организма в этих необходимых для его нормальной жизнедеятельности веществах... Этанол — один из самых метаболически активных веществ. Кроме уже описанного влияния его на обмен, он отвлекает ферменты, конкурирует с ними, искажает процессы обмена в организме...

Возникающие при алкоголизме расстройства эндокринной системы неизбежно вызывают нарушения баланса и обратной связи в таком определяющей системе, как гипоталамо-гипофизарная (отдел промежуточного мозга, связанный с железами внутренней секреции).

Перечисленные аспекты патогенеза алкоголизма связаны с гормональным фоном нашего организма — он утрачивает равновесие не только под действием этих нарушений, но и под влиянием прямого токсического эффекта этанола.

Меняется при алкоголизме деятельность половых (гонады) и щитовидной желез. Это может быть вначале повышенная активность, затем функциональное истощение. Наблюдения за ранними формами алкоголизма позволили установить, что этанол тормозит высвобождение гормона роста. В свою очередь от состояния эндокринной системы зависит, как организм «принимает» спиртные напитки.

Апологические изменения репродуктивных функций, способности продолжать род происходят у пациентов обоего пола. Так, у женщин-алкоголичек при более частом наступлении беременности более вероятны выкидыши и рождение мертвых детей. А после 35 лет беременности, как и ранило, не наступает. В семьях, где алкоголизм страдает муж, детей мало, даже в тех случаях, когда социальный престиж связан с многодетностью.

Если характер заболеваний, связанных со злоупотреблением спиртными напитками, постоянно находится в поле зрения медиков, то время проявления этой патологии уточняется редко. Как правило, оно дается суммарно, без учета динамики злоупотребления. Исследования же в этом направлении важны — они открывают возможность по возникновению и течению заболеваний внутренних органов и нервной системы определять, где кончается пьянство — злоупотребление и начинается алкоголизм. Пока же динамика патологии не выяснена. Считают, что это рассеянная в населении заболеваемость, обострение которой случайно во времени. Относительный показатель — дни праздников и получения зарплаты. При систематическом пьянстве обострение болезней по календарным датам не характерно, и можно установить лишь некоторую связь с отпускным временем, когда пьют больше.

Сегодня ученые знают многое о влиянии этанола на организм, отдельные его системы, на процессы, протекающие в нем. И все же далеко не все факты поддаются объяснению. Например, известно, что фенобарбитал (люминал) — классический помощник окислительных ферментов печени — увеличивает ее активность более чем в 20 раз. После фенобарбитала выделение этанола в самом организме ускоряется в 1,5 раза. Но почему же прием

его вместе со спиртными напитками не «торопит» вытрезвление, а углубляет опьянение?

Эффект совместного действия люминала и алкоголя можно объяснить двояко: существует пока не известный нам механизм очищения — детоксикации, который или тормозится фенобарбиталом или меняет функциональное состояние физиологических систем. Впрочем, возможно, вступают в силу оба фактора одновременно.

Не найдены еще ответы и на многие другие вопросы, связанные с воздействием этанола на наш организм. По-видимому, прояснив некоторые из них, мы сумеем прояснить некоторые характеристики обмена, в частности энергетического. Каков был, например, обмен веществ у первобытного человека, практически не употреблявшего жиров (пищей служило мясо диких животных) и концентратов сахаров? Но это уже иная тема...

### В ловушке — мозг

Учитывая высокую проницательную способность молекул этанола, нельзя считать печень единственными «воротами» алкогольной интоксикации. Принятый алкоголь практически одновременно оказывается и в кровотоке, и в ткани мозга. Активность алкогольдегидрогеназы мозговой ткани, в отличие от печеночной, низка. Этанол в мозге задерживается длительное время, а токсическое воздействие его усугубляется проникающим через все барьеры ацетальдегидом. К тому же мозг, как более высокоорганизованная система, должен страдать неизмеримо тяжелее, чем печень. В центральной же нервной системе не найдено более совершенных, чем в последней, механизмов детоксикации.

Что же позволяет мозгу злоупотребляющих долго выдерживать атаку алкоголя, сохраняя при этом удовлетворительное состояние? Что его защищает? Объяснение

можно найти лишь в том, что помощь и защиту оказывает особое функциональное состояние мозга в процессе интоксикации. Мы же, не научившись это состояние выделять, рассматриваем его как расстройство и относим к патологическим симптомам...

Головной мозг очень чувствителен к токсическому воздействию алкоголя. Даже гематоэнцефалический барьер, регулирующий обмен веществ между кровью, мозгом и спинномозговой жидкостью и надежно защищающим нервную ткань от различных токсинов, присутствующих в крови, для этанола не преграда. Более того, алкоголь облегчает проникновение в мозг и других вредных веществ, поскольку способен повышать проницаемость клеточных пограничных структур — мембран.

Нервные клетки мозга не исключение. Они вырабатывают очень мало ферментов, разрушающих этанол. К тому же аккумулируют алкоголь. Точнее, в жироподобных соединениях — липидах, которыми так богаты нервные клетки, хорошо растворяется этанол и сохраняется в мозгу столь продолжительное время.

В первую очередь страдают тонкие структуры мозга, связанные с мыслительной способностью, критической оценкой ситуации и скоростью ответной реакции.

Этанол вызывает дегенерацию — перерождение клеток мозга, нарушает архитектуру — расположение клеток правильными слоями — коры. Возникают другие необратимые изменения. Новые методы обследования мозга, такие, как компьютерная томография, помогли заглянуть внутрь его. Ученые увидели, как под воздействием алкоголя снижается плотность мозговой ткани, особенно в левом полушарии, утончается кора, уменьшается объем ткани мозга в целом, расширяются полости мозга.

От хронической интоксикации больше всего страдают такие мозговые структуры, как гипоталамус, лимбическая система, варолиев мост, основание третьего желудочка,

мозжечок. Происходят грубые изменения основных участков центральной нервной системы, которые не могут не сказаться на ее функциональном состоянии. Поэтому в далеко зашедших случаях алкоголизма выведение больного из опьянения и последующая детоксикация не улучшает его психофизиологического состояния, а делает эту патологию более рельефной, обнажает ее.

Генеральная роль мозговой деятельности мешает выделить некоторые изменения в других системах организма, определить, какие поражения первичны. Не всегда ясно также, какие периферические поражения вызываются центрально мозговыми эффектами, вторично.

Алкоголь усиливает выброс нейромедиаторов — особых биологически активных веществ, участвующих в передаче нервных импульсов, в частности так называемых катехоламинов (к ним относятся норадреналин, адреналин, дофамин, или ДОФА). При этом выброс их происходит в основном в зонах мозга, которые ведают эмоциональным состоянием человека. Поэтому первый эффект от этанола — эйфория. Затем катехоламины под действием ферментов разрушаются, да так активно, что их общий уровень в организме снижается. Наступает тормозная стадия действия спиртного. Падает работоспособность, настроение, возникает слабость, нервозность.

Без катехоламинов наш организм существовать не может, а значит, происходит их усиленный синтез. Повышенное, быстрое образование этих биологически активных веществ в крови и в мозге приводит к накоплению ДОФА, виновника психических нарушений. Как видите, порочный круг замкнулся...

Почти двадцать лет назад отечественные ученые установили, что у больных алкоголизмом во время абстинентного синдрома (болезненное состояние после прекращения приема алкоголя алкоголиком) активизируется симпатoadреналовая система, и связали это с аффективными

расстройствами. При этом отмечен резкий выброс катехоламина и снижение серотонина — медиатора, участвующего в передаче возбуждения между нервными окончаниями. В первые сутки абстинентного синдрома уровень промежуточного продукта биосинтеза норадреналина и адреналина ДОФА снижен; в дальнейшем ДОФА повышается. На шестые-седьмые сутки наблюдается максимальное снижение дофамина, адреналина и норадреналина. Резкое истощение симпато-адреналовой системы. Восстановление функциональной активности происходит уже в процессе лечения.

При постоянном приеме этанола в гипоталамусе в среднем мозге биологически активные вещества высвобождаются и синтез их усиливается. Если алкоголь не поступает в организм, то выброса и разрушения катехоламинов не происходит, а синтез их продолжает оставаться высоким. Установлена прямая зависимость между уровнем дофамина и крови больных, тяжестью их состояния в абстинентном синдроме и в остром психозе.

В условиях хронической алкоголизации насильственно ускоряется синтез медиаторов, нарушается баланс веществ в отдельных областях мозга. Но с течением болезни утрачивается реакция даже на высокий уровень катехоламинов, а в дальнейшем истощается и их «производство».

В течении хронического алкоголизма установлен период, когда уровень медиаторов в тканях и крови оказывается как бы нормальным. Синтез нарушается, для поддержания его на относительно удовлетворительном уровне возникает необходимость постоянной алкоголизации — в результате нейромедиаторная система истощается.

В процессе длительной алкоголизации может поражаться то одна, то другая область мозга. При этом физиологические эффекты этанола определяются локальной

концентрацией биологически активных веществ и соответствующих им рецепторов в отдельных областях мозга.

Установлено, что концентрация медиаторов повышается не только в мозге. Например, в желудочно-кишечном тракте возрастает количество таких веществ, как гастрин, секретин, холецистокинин. В свою очередь они влияют на нейромедиаторные процессы в центральном и вегетативной нервной системе.

Нарушения нейромедиаторных функций дают ключ к пониманию как ущерба регуляционных процессов в организме, так и собственно наркологической симптоматики. В частности, объясняют не только привыкание, но и влечение, абстинентный синдром, психические расстройства.

Одна из последних гипотез патогенеза алкоголизма связана с открытием в мозге особых рецепторов (их называют опиатными) и взаимодействующих с ними органических соединений, состоящих из коротких цепочек аминокислот — пептидов. Опиатный рецептор — чувствительный участок центральной нервной системы, способный избирательно взаимодействовать с алкалоидом опия — морфином и некоторыми синтезируемыми в организме пептидами. Это его свойство обуславливает такие специфические эффекты, как обезболивание. Нейропептиды, находящиеся в нервных внутримозговых окончаниях, реализуют эффекты не только опиатов, ни и алкоголя.

В стрессовых состояниях, например при чувстве боли, происходит выброс естественных опиоподобных пептидов на соответствующие рецепторы. Под воздействием этанола тоже образуются вещества, которые определенным образом влияют на опиатные рецепторы. Постоянная алкоголизация повышает их функциональную активность. Обрыв же алкоголизации вызывает «голодание» рецепторов, иначе говоря, обуславливает влечение, или абстинентный синдром.

В настоящее время ведутся исследования функциональных связей опиатной и катехоламиновой систем. Этанол и опиаты действуют сходно. При заполнении опиатных рецепторов апоморфином алкоголь не вызывает обычного выброса катехоламинов. В условиях хронической алкоголизации нужно «утолить голод» опиатных рецепторов способом, реализуемым нейромедиаторами. И здесь нельзя исключить роль не только катехоламинов, но и ацетилхолина — медиатора, регулирующего состояние покоя, насыщения.

Имеются сообщения, что в опьянении концентрация ацетилхолина низка и наблюдается угнетение чувствительных к нему структур. Содержание ацетилхолина в крови с падением концентрации этанола возрастает, и некоторые исследователи связывают это с депрессивными состояниями и припадками, напоминающими эпилептические, у больных алкоголизмом.

Высвобождение и выброс медиаторов зависят от физико-химических молекулярных процессов. Изменение движения, например, кальция под воздействием этанола через мембрану клетки нарушает электрический потенциал и тем самым влияет на специализированную структуру, обеспечивающую передачу нервного импульса.

Изменение электрического потенциала мембран отмечается не только в нервных клетках. Нарушение структуры мембран, транспорта, чувствительности к импульсации вот основа хронической токсичности этанола на уровне клетки.

Разумеется, оценка патогенеза будет односторонней, неполной, если не анализировать целостную картину.

Биохимическая и нейромедиаторная патология имеют общие звенья. Так, быстрое окисление и выведение этанол» создают еще большую потребность в алкогольной стимуляции, активизации нейромедиаторной системы. Нарушение голевого обмена также непосредственно свя-

зано с нейромедиаторным балансом. Под действием этанола нарушается прохождение через пограничные структуры не только кальция, но и натрия, что ведет в конечном итоге к повышению синтеза катехоламинов.

При алкоголизации меняется функциональное состояние некоторых мозговых структур. Этанол активизирует гипоталамус, и что сопровождается вовлечением в процесс другой структуры головного мозга — гиппокампа, который тормозит деятельность зон, ведающих положительными эмоциями, — возникает необходимость продолжать алкоголизацию. При введении больному серотонина — медиатора, который обеспечивает влечение к положительным эмоциям, зависимость функциональных систем от алкоголя становится меньше. Если же под влиянием этанола серотонин в гипоталамусе снижается, то влечение не прекращается.

Влиянием на отдельные структуры мозга, в частности на гипоталамус, алкоголя объясняются и такие состояния, как тревога, страх, возбуждение.

### **Украденное здоровье**

Бригада травматологов «Скорой помощи» получила срочный вызов. Молодая женщина с ножевыми ранами в плече истекает кровью. Здоровье ее, а быть может, и жизнь — в опасности.

Во дворе толпа, милицейская машина. У подъезда в сторонке от всех плачет девочка лет одиннадцати. Дверь в квартиру распахнута.

Большой быстро и квалифицированно оказывают помощь. Когда спадает первое напряжение, проступают детали, по которым даже без милиции можно восстановить ход только что разыгравшейся драмы. Начиналось все, как видно, довольно весело: супруги вместе готовили ужин, вместе выпили, потом поссорились. Дошло до драки.

На глаза мужу попался большой кухонный нож...

Теперь напуганные происшедшим оба лгут, изворачиваются, но в медицинском карте вызова в графе «диагноз» врач уже сделал пометку: алкогольное опьянение. Сотрудники милиции опрашивают свидетелей — соседей по квартире. Для них, оказывается, этот случай не в диковинку. Не раз приходилось вызывать милицию. Только дочке они сочувствовали: отца в милицию, мать в больницу, а ей-то каково? С другой стороны, хоть на день будет избавлена от этого кошмара.

...Трижды за ночь выезжали бригады медиков по одному и тому же адресу. Проживающая там женщина в медицинской помощи не нуждалась. Ей нужны были лишь слушатели нецензурной брани. С этой пациенткой уже знакомы все врачи в округе. Не раз приезжали они с милицией. Оскорблений и ругани хватало на всех...

Оценка вреда, наносимого пьянством и алкоголизмом, будет неполной, если говорить только о самих злоупотребляющих, забывая об их близких, знакомых, соседях.

Статистики подсчитали: по вине каждого пьяницы страдают 7 — 8 человек, связанных с ним семейными, родственными и производственными узами. Бесспорно, больше всех достается детям, но не позавидуешь и другим членам семьи алкоголика. Впрочем, и любители горячительных напитков, что живут в одиночестве, тоже не так уж безобидны. Потребность общения, пьяное желание выговориться все равно о чем и с кем — заставляют их крутить телефонные диски, докучая родственникам, знакомым и даже чужим людям на расстоянии, выходить, наконец, на лестничную площадку, во двор...

Алкоголизм — мощный биологически травмирующий фактор для членом семей, где есть алкоголики. Опрос жен пациенток наркологических стационаров показал, что среди них практически полностью отсутствуют здоровые женщины, даже и молодом возрасте. Эмоциональ-

ная неуравновешенность со склонностью к депрессиям, плаксивость, раздражительность, нарушения сна и аппетита, истощаемость — недуги жен пьяниц. Обращает на себя внимание и их особая манера поведения. Экзальтация и сверхзаботливость, равнодушие и отчаяние сочетаются у них с беспомощностью, детскими высказываниями и поступками. Неровность, демонстративность поведения свидетельствует о психопатическом развитии.

Не редкий «гость» в доме алкоголика психосоматические расстройства — у четверти обследованных по поводу этих расстройств женщин мужа или сыновья оказались алкоголиками.

Члены семей пьяниц страдают ишемической болезнью сердца, гипертонией, язвенной болезнью. С возрастом нарастают сердечно-сосудистые поражения, особенно часто у матерей алкоголиков. Проводимое лечение подчас неэффективно. Наблюдаются, казалось бы, незакономерные обострения и улучшения состояния. На самом же деле они просто зависят от интенсивности пьянства члена семьи. К тому же из-за боязни оставить дом без присмотра такие больные отказываются от госпитализации, рискуя при этом здоровьем.

Сравнение психиатрических и наркологических наблюдений показывает, что алкоголизм — более травмирующий фактор, чем душевная болезнь. Объясняется это, вероятно, тем, что он долгое время не воспринимался как заболевание, а оценивался как оскорбляющее близких поведение, уклонение от семейных обязанностей. Усугубляется эта травма и манерой обращения больного со своими близкими, а также материальными трудностями. Эмоциональный конфликт, чередование надежд и отчаянья делают понятными душевную надломленность родных...

Психологически «комфортным» оказывается брак, когда оба супруга пьют, и частота таких «союзов» уве-

личивается. (Однако мы видели, к чему это приводит.) По некоторым данным, 10 процентов злоупотребляющих мужчин и половина женщин из числа неумеренно пьющих состоят в супружестве с пьяницами. Среди больных алкоголизмом много и разведенных, живущих отдельно, имеющих случайные и нестабильные связи.

### Осторожно — дети!

В кабинете психиатра-нарколога молодая пара. Хотят иметь второго ребенка, но муж регулярно пьет в течение почти десяти лет. Врач советует повременить с ребенком и прежде всего заняться лечением.

— Не алкоголик я,— возражает больной.— Нашей дочке шесть лет. Очень хорошая девочка растет. Это только у больных рождаются неполноценные дети.

Одно из самых страшных последствий пьянства и алкоголизма — поражение потомства.

Давно известны такие грубые формы аномального развития детей алкоголиков, как идиотия, эпилепсия, глухонмота. Характерны для этих детей высокая заболеваемость, связанная с иммунной недостаточностью, повышенная смертность на первом году жизни, позднее формирование моторных навыков, отставание в психофизическом развитии, задержка речи, замедленное половое созревание. Обращает на себя внимание частота астмы и Поздней пищеварительной системы.

Слабость умственного развития предопределяет плохую успеваемость в школе, отсутствие интеллектуальных интересов. Недостаточное же эмоциональное развитие обедняет межличностные отношения, затрудняет дружеские, сексуальные контакты. Легкость возникновения патологических эмоций ведет к агрессивности, жестокости, страхам. Незрелая, нездоровая психика проявляется в неупорядоченном поведении. Такие дети и подростки не

озабочены будущим, безответственны. У них нет стремления приобрести специальность. Их устраивает бесконтрольное существование. Они не способны оценивать свои поступки, предвидеть их последствия.

Совершенно бесспорно, что в семьях злоупотребляющих ухудшены условия роста детей. Они живут в постоянном эмоциональном напряжении, не ощущают родительской любви и заботы. У них не выработаны необходимые навыки. Они не получают помощи в формировании интересов. Лишены элементарного ухода, не имеют полноценного питания. Следовательно, вывод один: такие дети нуждаются в усиленном медико-социальной помощи и особом контроле. Иначе им не стать полноценными членами общества...

Прогнозы при замедленном и слабом развитии менее тяжелые, чем при так называемых «малой мозговой недостаточности» и «малом мозговом синдроме». При этой патологии, связанной не только с алкоголизмом, но и с другими влияниями, даже при отсутствии объективных изменений со стороны центральной нервной системы на первый план выступают расстройства поведения. Для таких детей характерно нецеленаправленное двигательное и эмоциональное возбуждение. Они не могут ни на чем сосредоточиться, не способны к последовательной деятельности, испытывают постоянные страхи. Некоторые морфологические признаки — микроцефалия (уменьшение размеров головы), асимметрия лица, диспластичность строения — указывают на возможное алкогольное отягощение.

Эти варианты поражения потомства возможны как при злоупотреблении алкоголем, так и при заболевании алкоголизмом. Более того, и отец-трезвенник, и алкоголик, и злоупотребляющий рискуют одинаково, если зачатие происходит в пьяном состоянии. Но у алкоголика шансов на полноценное потомство меньше всего, и даже

при зачатии в трезвом состоянии вероятность рождения у него здорового ребенка мала...

Потомство больных алкоголизмом всегда находилось под пристальным вниманием психиатров. А если учесть, что в последние десятилетия, с конца 40-х годов, рост алкоголизма во всем мире не прекращается, то широкое поле наблюдения теперь и у врачей других специальностей, и у научных работников.

Так, в экспериментах на животных обнаружено, что постоянное воздействие этанола меняет белковый синтез плода. На фоне этих нарушений особо выделяется недостаточность веществ, регулирующих нервную деятельность, что естественно, ведет не только к мозговой, но и к общей ущербности.

Лабораторные исследования показывают, что у потомства колеблется в тканях концентрация гистамина — биологически активного амина, недостаток и переизбыток которого ведет ко многим нарушениям, в том числе и в мозговых тканях.

Необходимо отметить вид алкогольного поражения потомства, имеющего бесспорный источник. Это так называемый «алкогольный плод» — ребенок, рожденный женщиной-алкоголичкой. «Алкогольный плод» описан в последние десятилетия в связи с ростом женского алкоголизма. Но первые публикации, посвященные ему, появились сто лет назад. Давно известны и случаи, когда в крови новорожденного в момент родов определяют высокую концентрацию этанола.

Новорожденного матери-алкоголички можно узнать по внешнему виду. Ошибиться очень трудно. Вот его портрет: малый вес, низкосидящие неправильные уши, черепно-лицевая асимметрия, недоразвитое лицо, особенно подбородок. Низкий узкий лоб, короткий курносый нос с «утопленным» основанием, расщепленное небо, короткая глазная щель, шарообразные, широкопоставлен-

ные глаза, укороченная или вытянутая верхняя губа. Возможна двусторонняя деформация ног, сращение или увеличенное число пальцев, искривление, укорочение стоны или кистой рук. При обследовании выявляются дефекты тканей глаз и сердечной перегородки, диафрагмальная грыжа, малые размеры мозга, катаракта.

Новорожденные плохо набирают вес, постоянно возбуждены. При высокой двигательной активности замедлено формирование сознательно управляемых движений. У подрастающих детей обнаруживается серьезная психическая недоразвитость, а выглядят они старше своих лет.

Перечисленные признаки искаженного развития, деформаций в каждом отдельном случае встречаются с различной частотой, но все соответствуют признакам вырождения.

Вот и получается, что любители горячительных напитков поглощают алкоголь, а он убивает и их самих, и близких им людей, «стреляет в упор». В конечном итоге без промаха.

Во Франции говорят: «Деды пропили печень внуков». Метафоричность выражения не вызывает сомнений. Речь, конечно же, идет о всеохватном влиянии алкоголя. Другой обобщенный образ алкоголизма принадлежит русскому народу: «Пить — значит не быть». Поговорка эта, вобравшая в себя многовековые наблюдения, точно, афористично формулирует все последствия зла — самоуничтожение физическое и нравственное, губительное воздействие на окружающих. Не быть самому... Не быть близким...

## ЧТО ТОЛКАЕТ НА ХМЕЛЬНОЙ ПУТЬ?

### Доза малая — доза большая

Причинные — этиологические — теории алкоголизма базируются на нескольких предпосылках. Основную читатель назовет сам: «Всемирно известно, — скажет он, — что спиртное успокаивает, снимает психическое напряжение и поднимает настроение».

Да, действие его прежде всего эйфорическое и расслабляющее, — подтверждают наркологи, — и первооснову зла надо искать в этих эффектах этанола, без которых проблемы алкоголизма никогда бы не возникло.

Именно поэтому предполагается, что алкоголизм чаще развивается у людей с патологически повышенным стремлением к чувственным удовольствиям и у тех, кто испытывает состояние напряжения, с которым невозможно справиться, не прибегая к химическим способам воздействия. Причем это не только сверхсильные стрессовые факторы, но и умеренные. И вообще для каждого человека существуют свои индивидуальные чрезмерные нагрузки, способные привести к болезни. В свете этого и причина алкоголизма видится комплексной: определенный эффект этанола у определенной личности.

Значимость эйфории как первого звена в развитии привыкания выступает особенно четко. Доказательством служит сопоставление алкоголизма с другими формами наркомании, общность у них эффекта опьянения.

Было бы неверно обделить вниманием еще один первичный эффект этанола — активирующий, тем более что он более продолжителен, чем эйфория.

На протяжении нескольких столетий вино назначалось в качестве лекарства: при истощении во время хронической, вялотекущей болезни, при отсутствии аппетита, упадке сил. Считали, что его действие противоположно кровопусканию, которое применялось во время перевозбуждения, напряжения.

До настоящего времени при простудных, инфекционных заболеваниях, в самом их начале, популярны бытовые способы лечения, связанные с биологической мобилизацией: баня, кратковременная горячая ванна, ударная доза витаминов или малая — крепкого напитка.

знаком многим и благоприятный эффект спиртных напитков при утомлении.

Секрет прост: эти средства обладают стимулирующим воздействием, и активирующий эффект этанола мог бы стать интересным объектом клинического изучения и лабораторных исследований...

Успокаивающее, снижающее двигательную активность влияние алкоголя доказывают фармакологические и физиологические исследования. Успокаивающее воздействие этанола, казалось бы, противоречит активирующему эффекту. Но фармакологические исследования показали двуфазность действия этанола: за первой, короткой и менее напряженной фазой возбуждения следует вторая, длительная и более интенсивная — торможение.

Приходится признать, что активирующий эффект у этанола есть, но проявляется он при условии приема малой дозы. Экспериментаторы установили: первая фаза возбуждения у различных животных различна. У людей интенсивность и длительность ее также значительно варьируется. Есть лица, для которых любая малая доза оказывается слишком большой. У них на первый план сразу выступает успокаивающая симптоматика, а активизирующий эффект не проявляется. У некоторых достаточно большая доза вызывает эффект малой. Это дает основания пред-

положить, что существует индивидуальная скорость и величина выброса медиаторов нервной системы — биологически активных посредников проведения нервных импульсов.

Данные экспериментаторов, наблюдения клиницистов показывают: ответ на вопрос, станет ли злоупотреблять спиртным тот или иной человек, может быть получен на самом раннем: этапе «знакомства» его с вином.

Теперь мы подошли ко второй предпосылке, на которой обосновывается этиологии алкоголизма.

### **Существует ли ген алкоголизма?**

Нередко полагают, что есть особые личности, предрасположенные к алкоголизму. По характеризуют их не индивидуальными чертами, а опосредованно, условиями воспитания. Так, существуют теории, что к алкоголизму склонны люди, у которых в детстве сложились более тесные отношения с матерью, нежели с отцом, причем она была сверхзаботлива, а отец невнимательный (иногда его вовсе нет). К этой категории относят также тех, кто является единственным либо первым или последним ребенком в семье. Сторонники таких теорий наблюдали у больных алкоголизмом большую частоту, по сравнению с умеренно пьющими, эмоциональных проблем, как принято говорить в медицине, — патологии детства и семьи, психопатических и антисоциальных тенденции, агрессивности и личностных расстройств. Другими словами, к алкоголизму склонны люди, у которых было неблагоприятное детство, нездоровая семья и психопатические склонности.

Склонность к алкоголю наблюдается также у людей с повышенным стремлением к удовольствиям, эгоцентрической безответственностью, у тех, кто плохо выдерживает напряжение (об этом уже говорилось), а также

у личностей с внутренним психическим конфликтом. Содержание его может быть различное. Например, на протяжении 20—25 лет американские ученые наблюдали за судьбой двухсот подростков с отклонениями от нормы. Заболели алкоголизмом те, у кого подчеркнуто мужское поведение сочеталось с женственным телосложением. Мужская потребность в агрессии в данном случае подавлялась женскими «элементами». Вывод этого уникального исследования, к сожалению, очень скуден: несовпадение мужских и женских мотивационных импульсов стало источником внутреннего психического конфликта и привело к алкоголизму.

Заслуживает внимания и сексуальный конфликт. Некоторые отмечают его роль в возникновении женского алкоголизма. Эмансипированная и в то же время нередко несчастливая в семейной жизни современная женщина более подвержена этому заболеванию, чем представительницы слабого пола прошлых столетий. Наблюдается высокая частота алкоголизма у лесбиянок. Мужской гомосексуализм чаще связан с наркоманией, чем со злоупотреблением спиртными напитками.

Нередко внутренний психический конфликт присутствует при расхождении личных притязаний с реальными достижениями, при несовпадении индивидуальных взглядов с общепринятыми в данной среде, в неумении человека справиться с напряжением, с крушением надежд. В результате возникает стремление к обособленности, уход от действительности в мир иллюзий и фантазий с помощью одурманивания себя спиртными напитками.

Последний пример внутреннего психического конфликта — не что иное, как одна из форм нарушения адаптации — приспособления личности к условиям окружающей среды. Несовершенство адаптационных механизмов проявляется и в невозможности приспособиться к чужой, иного уровня цивилизации. Этим объясняют пьянство,

например, малых этнических групп в многонациональных сообществах, среди эмигрантов, повышенное пьянство североамериканских индейцев и поселившихся в большом городе сельских жителей, при миграции населения в развивающихся странах.

Роль перечисленных факторов в приобщении к пьянству безусловна. Однако было бы неправильно искать его истоки только в индивидуально-психологических трудностях. Тем более неверно объяснять злоупотребление и алкоголизм лишь такими четко очерченными болезнями, как психопатии и неврозы, для которых характерны патологическая чувствительность, избыточность и длительность эмоциональных реакций. Больному психопатией, если он еще не злоупотребляет спиртными напитками, не нужно опьянение для релаксации: на раздражитель он реагирует непосредственно и быстро. Но неконтролируемые эмоции при психопатии приобретают особое значение, когда алкоголизм уже развился. Более подвержены алкоголизму больные, страдающие циклотимией (циклическая смена нерезко выраженного психического подъема и угнетения) и затяжными периодами измененного настроения.

Имеет своих сторонников мнение, что к алкоголизму более склонны люди как с унаследованной депрессией, так и со стертыми, клинически невнятными ее формами, особенно у городских жителей — в последние десятилетия именно в городе происходит рост этой эмоциональной патологии. Если анализировать наследственность больных алкоголизмом, то у их родственников в 6 раз чаще, чем у родственников здоровых людей, отмечаются депрессии, психопатии и сам алкоголизм. Впрочем, проблема депрессии и пьянства — это проблема яйца и курицы.

Говоря о причинах и условиях возникновения алкоголизма, нельзя забывать об индивидуальных биологи-

ческих особенностях. Вскоре после того, как научились распознавать у детей так называемый синдром малой мозговой недостаточности, у некоторой части алкоголиков были выявлены нарушения развития органов, тканей, дистрофия костей черепа и другие его признаки. Отсюда с детства — отсутствие самоконтроля и критики. Чрезмерно активные, с резкой сменой настроения дети, взрослея, обнаруживают различные личностные расстройства; они и алкоголизмом страдают в 2 раза чаще, чем их здоровые сверстники. По некоторым данным, почти 18 процентов детей, состоявших ранее на учете в психоневрологическом диспансере, заболели алкоголизмом. Если же патология детства осложнялась расстройствами поведения, то эта цифра увеличивалась вдвое. В то же время из группы психически здоровых до двадцатилетнего возраста к пятидесяти годам заболели алкоголизмом три процента. А из тех, кто в юности имел слабое психическое здоровье, примерно треть.

Биохимическая индивидуальность человека варьируется в широких пределах, и это дает надежду вовремя распознать неустойчивых и устойчивых к этанолу лиц.

Выявлено и расовое различие в восприятии этанола, например, между белыми и монголоидами, у которых в организме присутствуют иные ферменты, разрушающие алкоголь в крови. Накапливается ацетальдегид, повышается сосудистая реакция на спиртные напитки, что вызывает отечность и покраснение кожи, учащенное сердцебиение, подъем кровяного давления. В моче таких лиц резко возрастает концентрация некоторых биологически активных веществ.

Интересные для наркологии данные могут быть получены при так называемом экспериментальном моделировании. Оказалось, что биологическая основа действия алкоголя на организм человека и животных идентична. Опыты на животных и насекомых показывают,

что концентрация ферментов, разрушающих алкоголь в крови, различна как у млекопитающих, так и у других видов. Перспективные эксперименты ведутся на дрозофилах - плодовых мушках, которых часто используют в генетических исследованиях. Найдено, что количество, качество и иные характеристики этих ферментов наследственно обусловлены.

Различная чувствительность к алкоголю связана с рядом других свойств. Так, у долгожизненных мышей восприимчивость к этанолу выше, чем у короткожизненных.

Интересный результат получен при наркологическом исследовании крыс. Были выявлены две линии животных. Одна популяция предпочитала водные спиртовые растворы, а другая отказывалась от них, если даже ей вообще не давали жидкости.

Известно, что кто-то предпочитает спиртные напитки, другие любят чай, кофе. Одни с удовольствием курят, другие испытывают отвращение к табаку. Объяснение этому дает наука, изучающая генетические основы реакции организма на различные вещества...

У детей, родители которых больны алкоголизмом, даже внешне благополучных, без явных признаков расстройства здоровья, спиртные напитки быстро поднимают концентрацию этанола в крови. Быстрее, чем у лиц со здоровой наследственностью, повышается и концентрация вторичных продуктов, альдегидов — органических соединений, играющих большую роль в биологических процессах. То обстоятельство, что при равной концентрации алкоголя в крови дети больных алкоголизмом меньше чувствуют опьянение, чем дети здоровых родителей, предполагает их повышенную «жадность» к спиртным напиткам.

С появлением так называемого близнецового метода (оценивается соотношение роли наследственности и среды на основании сопоставления однойцовых и двух-

яйцовых близнецов, воспитывавшихся вместе или раздельно) сначала были получены данные, что у однояйцовых близнецов более сходна реакция на прием спиртных напитков, чем у двухяйцовых. И если алкоголизм заболел один, вероятность спиться у другого, казалось бы, больше. В дальнейшем это не было подтверждено примерами близнецов, воспитывающихся в разных семьях. Случай же пьянства близнецов, которые не разлучались, можно объяснить не только унаследованной предрасположенностью к алкоголизму, но и другими причинами. Эти «другие» причины (скажем, влияние сверстников) могут провоцировать пьянство при трезвом семенном окружении. Что касается пьянства в семье истинных родителей, то и тут утверждать наверняка, что оно будет продолжаться следующими поколениями, несколько опрометчиво.

Наследственные исследования часто неточны, так как не во всех случаях известны отцы детей. Объективная информация не всегда доступна еще и потому, что злоупотребление спиртным в семье нередко скрывается — оно источник конфликта. Необъективно оценивается и мера злоупотребления. Об одном лице разные члены семьи говорят: «пьяница», «пил много, но без последствий», «пил не больше меня, а я — человек умеренный». Нередко сам факт антиалкогольного лечения не означает, что случай был более тяжелый, чем тот, где помощь не оказывалась.

Поскольку алкоголизм чаще проявляется в возрасте 20 — 40 лет, картина наследственности искажается, если среди обследованных членов семьи — молодежь до 20 лет или те, кто заболевает к 50 годам.

Следует добавить, что рост алкоголизма, разная час-гота его в зависимости от социальных условий, цен на спиртные напитки и контроля за их производством говорят не в пользу наследственных теорий. Распростра-

нение алкоголизма среди населения не соответствует распространению наследственных генетических болезней. Если же допустить, что в общей массе больных некая часть страдает алкоголизмом по наследству, то какая? По совокупности симптомов алкоголизм достаточно однотипен. Следовательно, особую, «генетическую часть» нужно искать в вариантах течения заболевания. Злокачественный алкоголизм возникает под влиянием воздействия внешних факторов или на фоне психопатологии. Однако при некоторых ее формах не является частым осложнением. А благоприятное течение доброкачественных форм свидетельствует лишь против предопределенности (речь о течении этих форм пойдет ниже).

Разнообразие индивидуальных реакций на этанол, особенностей личности больного, клиники алкоголизма, наличие бесчисленного множества этих характеристик — все это противоречит существованию специфического гена алкоголизма.

А теперь мы переходим к среде — третьей из рассматриваемых нами предпосылок возникновения заболевания.

### **Дорога, которую мы выбираем**

«...Мы и еще одна семья получили квартиру в новом пятиэтажном доме. Как мы радовались тогда. Но, видимо, первой в нашу общую квартиру вошла водка. Ее вина в том, что мы живем в грязи, вони, среди нецензурной брани и воровства. Сначала я не замечал этого, потому что сам пристрастился к спиртному. Но нашел в себе силы. Лечился и бросил пить совсем. Не пью уже несколько лет. А вот соседей убедить не удастся, а ведь у них трое детей. Глава семьи работает водителем, и непонятно, как он после кутежей проходит медицинскую комиссию

перед выездом на линию. Пьют вместе с женой или по очереди. Ребята (младшему шесть месяцев, старший в шестом классе) всегда голодные, неухоженные. Дети наблюдают, как пьянствуют старшие. Эта «наука» оставляет след. Куда смотрит школа, родительский комитет?

Гибнут дети, гибнет семья, до трагедии один шаг. Двери комнат рядом, и кухня общая. Ссоры, драки, крики, ругань. Почему это все должна слушать и терпеть моя десятилетняя дочь?

И нам, взрослым, ни отдыха, ни покоя. Ведь много квартирный дом тоже общественное место, наша микро-среда». (Из письма бывшего пациента наркологической больницы.)

Обычно под влиянием среды подразумевается пьянство в семье родителей, молодежные компании с выпивкой, нездоровое окружение на работе, когда алкоголизм, алкогольная среда как бы плодят себя сами. Это так на называемый социальный пресс.

Роль его показана и в экспериментах на животных. Обезьяны неохотно потребляют алкоголь — обычно, когда растворы его замаскированы вкусом, запахом фруктов или если они находятся на пищевом режиме сухоедния. Оказалось, что при групповом содержании животных количество принимаемого спиртного возрастает — они действуют как бы по «примеру соседа». Эти эксперименты интересны не только тем, что показывают зависимость потребления от влияния группы, микросреды. Они говорят о том, что, вопреки первоначальному биологическому неприятию алкоголя, возможно привыкание к нему.

Роль микросреды обуславливается обязательной для человека как «животного социального» конформностью — свойством сближать свои взгляды, формы поведения с принятыми в его среде. Более высокая конформность присуща умственно недоразвитым лицам с низким интеллектом, ограниченным духовным развитием. Конформ-

ность здорового человека тем меньше выражена, чем выше уровень его психического развития.

Однако давление среды бывает столь сильным, что она влияет вопреки внутренней неконформности. Все мы в своих мнениях и действиях сообразуемся с ожидаемой реакцией окружающих. Нередко, боясь осуждения, поступаем против собственного желания. Такая способность подчинять себя также входит в понятие конформности, и она в определенной мере зависит от адаптационных психических свойств. А это в свою очередь влияет на отношение к злоупотреблению спиртным.

Кто же и при каких обстоятельствах употребляет спиртные напитки во зло?

Выделим две группы факторов, способствующих злоупотреблению: социальные и индивидуальные. Внимательно рассмотрим каждую из этих групп.

Потребление спиртных напитков, как и поведение человека в целом, определяется средой. Но сегодня пьянство и алкоголизм не ставятся в прямую зависимость от общественно-экономических условий.

При прочих равных показателях культуры, образования, материального обеспечения, условия труда и отдыха можно наблюдать разную степень алкоголизации. В одном студенческой группе, в одном заводском цехе есть пьющие и непьющие. Кое-кого такая пьющая группа «затягивает». Кого?

Чтобы объективно ответить на этот вопрос, давайте обратимся к историям болезней пациентов наркологических стационаров. Наиболее частой причиной пьянства следует из анамнеза больных алкоголизмом — называется дурное окружение. Так, обследовав большую группу населения, советский ученый И. Г. Ураков нашел,

что из каждых ста злоупотребляющих восемьдесят два человека пьянствовали под влиянием микросреды.

При этом существуют различные способы «вхождения» и круг злоупотребляющих.

Иногда оказывается, что утверждение, будто «затянула пьяная компания на работе», не совсем правомерно. На самом же деле пациент познакомился со спиртным в своей семье. В подростковом возрасте не раз бывал в состоянии опьянения, а вот злоупотреблять регулярно начал с первыми заработками.

Некоторые, преодолевая отвращение к спиртному, заставляли себя пить, как все, чтобы войти в число «своих», «быть на уровне» в среде пьяных. Вначале низкая переносимость спиртного сочеталась с отрицательным отношением к злоупотреблению. Тем не менее совершалось насилие над собой, и не потому, что нравилось спиртное, а потому, что пьющие приятели чем-то привлекали.

Заслуживает внимания еще один путь — сознательное формирование такой микросреды. Есть определенный тип «деловых» людей, которые используют застолье с обильной выпивкой как средство для достижения личных целей. Сейчас после принятия постановления ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» таких случаев стало меньше. Активность предприимчивых «бизнесменов» поубавилась, но они уже успели «посеять зло» в обществе, приобщить к выпивке тех, кто не устоял перед соблазном погулять за чужой счет. Благодушие и нетребовательность в состоянии опьянения позволяют устанавливать доверительные отношения. Особенно податливы те, кто уже расположен к употреблению спиртного.

Обычай устраивать дела с выпивкой имеет вполне понятную подоплеку. Каждая сторона рассчитывает усыпить осторожность другой и выгоднее устроить свое дело.

При этом «деловые» люди нередко сами спиваются, становятся жертвами образованном ими компании...

Когда непьющий человек активно формирует алкогольную среду, можно искать и криминальные мотивы. Как известно, многие преступления, не только стихийные, но и запланированные, совершаются не без «помощи» бутылки.

Не исключено пьянство в высокообеспеченных слоях общества. Но оно меньше «колет глаза», так как этот слой более «закрит».

Пьющие сообщества в большинстве случаев образуются из лиц, которым нравится состояние опьянения. Это единство восприятия порождает симпатии. Близость устанавливается инстинктивно, без сознательной оценки.

Вот и получается, что, объясняя пьянство влиянием дурного окружения, забывают, что никто пить не принуждал. Выбор был сделан самостоятельно, и в иных случаях пьянствующая компания была не источником, а лишь поводом к злоупотреблению.

Обобщив накопленный материал, Н. Я. Копыт выделил социальные факторы, способствующие и поддерживающие потребление и злоупотребление.

Это неблагоприятные отношения между родителями, алкогольные традиции в семье, которые активно способствуют раннему приобщению к спиртному,— факторы, особо действенные в возрасте до 13 лет, начальное звено в патогенезе злоупотребления.

Общепринятые алкогольные традиции, обычаи ближайшего окружения, ориентированные на потребление спиртных напитков,— поддерживающие факторы. Они действенны в возрасте 16 —19 лет и являются определяющим звеном.

Факторы, способствующие развитию злоупотребления: экономическая самостоятельность, бесконтрольность при условии ранее приобретенной установки на привычное

потребление, частота и количество поглощаемого алкоголя. Действенны в возрасте 19 —26 лет. Это — пусковое звено злоупотребления.

Поддерживают этот порок конфликты в семье, низкий культурный уровень и опять же обычаи ближайшего окружения, ориентированные на злоупотребление,— таково завершающее звено. Факторы, поддерживающие потребление во зло, создают ситуацию, которая способствует развитию пристрастия к вину следующего поколения. Так замыкается порочный круг.

И здесь мы подходим к проблеме «пьянство и личность».

Статистика свидетельствует: опасности злоупотребления подвергается невысокообразованный обеспеченный человек. Но нужно сразу оговориться. Как нельзя в конкретном случае количественно измерить злоупотребление, так и в денежном выражении не всегда поддается оценке обеспеченность.

Социальный статус тех, у кого достаточно денег, чтобы выпить, и недостаточно интересов, чтобы занять себя, допускает и даже приветствует регулярное потребление спиртных напитков как способ веселья и незамысловатого времяпрепровождения. Недостаточное развитие индивидуальности, художественных и интеллектуальных интересов сужает возможности выбора вне рабочих занятий. Это происходит даже в тех случаях, когда общество предоставляет для этого большие возможности. Социологические исследования отечественных наркологов В. Г. Запороженко, Н. Я. Копыта, Е. Д. Красика, Ю. И. Прядухина подтверждают, что чем уже интересы и выше обеспеченность, тем больше употребляют спиртное — пьянство становится этически приемлемым. Так, Копыт более чем у 77 процентов злоупотребляющих оп-

ределит низкий культурный уровень (у полонимы из них — незаконченное семилетнее образование). В социальных группах, где материальная обеспеченность меньше, но интересы шире, показатель алкоголизации меньше.

Сказанное выше позволяет не согласиться с мнением некоторых публицистов, которые, отметив частоту пьянства на неквалифицированных производствах с преобладанием ручного труда, полагают, что улучшение организации труда, автоматизации и порядок снизят пьянство. Накопление злоупотребляющих на подобных участках неслучайно. Совершенствование производства заставит таких рабочих сменить предприятие, когда они перестанут соответствовать возросшим требованиям, но не бросить пить.

Таким образом, мы можем говорить о микросоциальном порочном круге. Повторим: обедненная личность предпочитает удовольствие опьянения, что ведет к возрастанию «пьянства среды». Это в свою очередь порождает личность, биологическое и «педагогическое» формирование которой располагает к злоупотреблению. Кроме того, микросреда определяет форму поведения. Нужно обладать сильным характером, чтобы сопротивляться ее диктату.

Из всех перечисленных факторов более полной оценки требует тот, что поддерживает злоупотребление. Это конфликты в семье. Их хорошо обрисовывают клинические наблюдения, сбор анамнеза, беседы с родственниками. Обычно — это скандальные сцены разной степени агрессивности и беспочвенности, кончающиеся поспешным примирением. Оно неожиданно для посторонних лиц, которых активно звал на помощь менее пьющий супруг. Избыток аффектов и недостаток волевой, разумной целенаправленности делают такие конфликты бессмысленными. Большинство скандальных эпизодов — следствие алкогольного эксцесса. По злоупотребляющие

именно этим оправдывают спую «слабость». Бесспорно, конфликты и семье — травмирующий психику фактор, но они скорее следствие, чем причина частых выпивок. Значит, дело в нас самих.

Так мы подошли к индивидуальным факторам.

Выбор человеком того или иного образа действия — всегда и проблема личности. Наши предположения о развитии конкретной личности основываются на ее склонностях, эмоциональном состоянии, на том, что одобряется, что осуждается, какие люди вызывают симпатию, какие — антипатию.

Отметим, что нравственные категории, понятия о том, что хорошо, а что дурно, формируются рано. Уже в подростковом возрасте заложено отношение к спиртным напиткам, приятие или неприятие их употребления. Но подросткам несвойственно механическое усвоение обычаев и примеров, как-то иногда предполагается. При неприятии давление и взрослых и сверстников встретит активное сопротивление. Если же человек не сопротивляется лицам злоупотребляющим, поддается их влиянию, следует примеру пьянства — значит, это особый тип личности, с определенными нравственными характеристиками, уровнем душевного развития и конформности. Перед такой юной личностью из-за узости взглядов, интересов не стоит проблемы выбора дорог. Ей доступны только чувственные удовольствия.

До сих пор внимание ученых привлекали те, кто склонен к пьянству. Перспективными нам представляются исследования молодежи в том возрасте, когда знакомство со спиртным еще не состоялось.

Целесообразно поставить вопрос так: какая личность не склонна к злоупотреблению? Прежде всего — это человек, увлеченный работой, у которого есть внерабочие

интересы, который посвящает свою жизнь достижению высоких целей. Это человек нравственно щепетильный, с эстетическими идеалами, с чувством долга и ответственности за свою репутацию, за близких.

Не исключено, что в ряду не расположенных к злоупотреблению могут встретиться далеко не идеальные люди. Например, те, кто стремится к достижению узкоэгоистических, корыстных целей. Замечено, что не склонны к злоупотреблению и лица со сверхценным отношением к себе, своему здоровью, а также люди скупые...

Итак, социально-гигиенические исследования позволяют определить, какая личность наиболее подвержена пьянству и алкоголизму.

Самая значительная часть пациентов наркологических учреждений, как нам уже ясно, малообразованные лица, духовно обедненные, недостаточно развитые эмоционально и нравственно. Круг интересов их ограничен повседневностью и бытом. Запас знаний за пределами профессии скуден. Им несвойственны увлеченность и страстность, даже на уровне таких узкоэгоистических интересов, как, например, накопительство. Аффекты — реакции нецеленаправленные. Характер и способ выражения этих аффектов определяется недостаточным развитием эмоциональной сферы. При этом темперамент может бы и различным, как и свойства интеллекта и воли.

Но определенная часть больных под эту мерку не подходит: это люди, благополучные в материальном отношении, с более высоким уровнем образования и профессиональных умений. Что же в этих случаях способствовало развитию употребления?

Молено предположить, что с ростом интеллектуального, духовного уровня возрастает ранимость психики. В пьянстве зги люди видят потребность спать напряже-

ние. Однако клинические наблюдения (и мы с вами к этому вернемся) показывают, что в формировании пьянства и алкоголизма психическое напряжение играет скорее защитную роль, нежели способствующую. Кроме того, развитие злоупотребления обычно приходится на тот возраст, когда жизненные нагрузки еще не достигли апогея. Если же согласиться с ролью психических нагрузок, психического напряжения, то начало пьянства нужно искать за гранью 30 лет. И чем старше люди — тем чаще оно должно было бы наблюдаться, так как психическая выносливость с годами снижается...

Не изучая вопроса, трудно, конечно, претендовать на полноту оценки, но нельзя не заметить следующее. Сегодня промышленный прогресс, неуклонно повышает требования к специальным знаниям. Увеличивается объем и скорость их усвоения, а это подчас идет в ущерб гуманитарному образованию и нравственному развитию. Причем такая ориентация начинается очень рано. Создаются ножницы между материальным обеспечением и уровнем духовного развития. Механизм формирования этого несоответствия выступает все рельефнее.

Итак, что же заманивает в хмельной плен? Прежде всего это раннее начало потребления. Знакомство со спиртными напитками в детском и подростковом возрасте, почти всегда свидетельствующее о некоем неблагополучии. Как уже говорилось, иногда это — порочная микросреда. Пьянствующие родители или родители, безразличные к своим детям. Безнадзорное детство и компания разложившихся сверстников. Вовлечение в круг более старших, обычно не дружных с законом молодых людей. Бывают случаи, когда ребенок или подросток активно ищет опьянения, как иные рано стремятся к сигарете. Эти пагубные наклонности развиваются параллельно с расстройством поведения. Бро-

дьячиству, систематическим побегам из дома, воровству всегда сопутствует бутылка и сигарета. У так называемых трудных детей незаинтересованное, часто враждебное отношение к окружающему способствует раннему знакомству со спиртными напитками. Эти случаи — объект особо внимательной педагогики, а иногда и детской психиатрии.

Так или иначе, но увлечение спиртным обычно завершается формированием алкоголизма. По существу, прием в детском и подростковом возрасте алкоголя в любом количестве при любой частоте следует считать злоупотреблением.

По данным наркологов, 90 процентов из общего количества злоупотребляющих приобщается к спиртному до 15 лет, а около трети из них — до 10 лет. Причем последствия злоупотребления в этом случае не ограничиваются развитием алкоголизма. Искажение физического и психологического развития — тоже дань, которую платит организм за познание вкуса спиртного в период его формирования.

Не менее опасен этанол для пожилых. Потребление спиртного в старческом возрасте — также всегда злоупотребление. Даже малые его дозы вызывают явное расстройство психических функций. Опьянение же углубляет возрастную слабость психики. Старики перестают контролировать себя. Становятся болтливыми, повторяют непоследовательные навязчивые рассказы о прошлом. Их мучают попытки что-то вспомнить, депрессивные переживания. И если опьянение в среднем возрасте выпячивает личностные особенности, то у пожилых людей оно, напротив, нивелирует индивидуальность. Старческое опьянение весьма сходно с опьянением больного алкоголизмом в запущенной стадии (в среднем возрасте равная степень опьянения у больного алкоголизмом и у малопьющего человека различаются достаточно четко).

И еще один немаловажный, интересующий многих вопрос. Кто более предрасположен к злоупотреблению — мужчина или женщина? У кого алкоголизм тяжелее?

Существует точка зрения, что употребление женщинами спиртных напитков приводит к злоупотреблению чаще и быстрее, чем это наблюдается у мужчин. Здесь необходимо отметить: женщины почти всегда отрицают, что многие годы пьянствуют. Это создает впечатление крайне быстрого развития у них алкоголизма. Косвенным доказательством ранимости женщин служит, казалось бы, тот факт, что мужчины женоподобного и евнухоидного типа чаще становятся алкоголиками. Не в пользу слабого пола якобы говорит и то, что скорость формирования алкоголизма тем меньше, чем выше в организме женщины уровень тестостерона — мужского гормона. Но ведь это прежде всего доказывает отрицательную роль гормонального дисбаланса в развитии злоупотребления и алкоголизма. А кто знает, какой гормональный спектр был у женщины до начала злоупотребления? Предметом изучения он становится только после того, как болезнь уже сформировалась. И пока неизвестно, каким он был до болезни, как изменился в ее течении, использовать его в качестве аргумента «за ускоренность» женского алкоголизма было бы некорректно. Чтобы внести ясность в этот спор, обратимся за помощью к цифрам. Соотношение неумеренно пьющих женщин и мужчин равно один к двадцати, а состоящих на учете с диагнозом «алкоголизм» — соответственно один к десяти.

Можно, стало быть, полагать, что злоупотребление мужчин чаще осложняется алкоголизмом.

Что еще, кроме сказанного ранее, способствует злоупотреблению или провоцирует его?

Иногда переезд в высокие широты служит для умеренно пьющих толчком к потреблению очень крепких спиртных напитков и большого количества растворов спирта. Дело в том, что состояние адренергического перенапряжения —

адаптационное и холодовое — позволяет это делать некоторое время без видимых последствий. Но одни по возвращении в средние широты прекращают пить, у других же злоупотребление осложняется алкоголизмом.

Опасно пьянство при заболевании туберкулезом, после резекции желудка, что связано с дефицитом питания из-за недостаточного усвоения пищи. Пока не известно почему, но пищевой рацион имеет большое значение в привыкании к спиртному. В экспериментах на животных влечение к растворам этанола можно варьировать составом пищевых белков и витаминов. А у людей «жадность» к спиртному появляется при недостатке витаминов тиаминовой группы, то есть группы В. В настоящее время в ряде европейских стран делаются попытки профилактики алкоголизма путем добавления в напитки компонентов, входящих в состав рационального питания. Очень интересный подход к проблеме! И он, бесспорно, нуждается в специальном изучении.

### **Патологическая личность и злоупотребление**

Отечественные специалисты выделяют несколько типов личности которые при прочих равных условиях склонны к злоупотреблению спиртными напитками и алкоголизму у которых в случае развития болезни приобретает свои особенности. Это астенический, возбудимый, истерический, инфантильный, эпилептоидный, шизоидный (интравертированный) и другие типы (Н. Н. Иванец).

Подчеркнем, что специфической алкогольной личности, обреченной на это заболевание, не существует. Такой важный вывод делают на основании многочисленных исследований советские специалисты. И только там, где специфичность в своей совокупности и интенсивности достигает определенного порога, за которым диагностируется психопатия, прослеживается связь злоупотреблении с типом личности.

Общепризнано, что психопаты предрасположены к злоупотреблению опьяняющими средствами. Основанием для такой точки зрения служит значительная частота психопатических личностей среди больных алкоголизмом, а также наблюдения за пациентами с неосложненной пьянством психопатией. Такие люди не способны управлять своими побуждениями, влечениями, желаниями.

Категорически отрицать традиционный для психиатрии взгляд пока нет достаточных оснований. Но поспорить и высказать некоторые сомнения нам бы хотелось.

Психопатизация личности при алкоголизме не вызывает сомнений. И все же при сборе анамнестических сведений — а они зачастую неполные и искаженные — не исключена возможность переноса элементов настоящего в прошлое. Личностные особенности, уровень психического развития большинства пациентов таковы, что врач в описании невольно утяжеляет их состояние.

В результате изменения общего рисунка поведения злоупотребляющего до того, как вследствие алкоголизма разовьется психопатизация — об этом мы расскажем несколько позже — ранние сдвиги в его психике могут быть приняты за существовавшие до болезни.

Нередко психопатия диагностируется у людей, у которых есть всего лишь натренированная агрессивность, невоспитанность чувств, неспособность преодолевать незначительные трудности или постоянная потребность в комплиментах и поощрениях — результат особенностей отношения в семье.

Если говорить о лицах, действительно страдающих психопатией, то они обладают способностью так чрезмерно реагировать на раздражители, что для снятия напряжения у них нет необходимости искать дополнительные способы в виде опьянения.

Что касается состояния психического напряжения — это относится также к здоровым, — его следует оценивать

скорее как фактор, препятствующий развитию злоупотребления и алкоголизма. Дело в том, что на фоне психического напряжения переносимость алкоголя долгое время может быть достаточно высокой, и при употреблении даже значительных доз спиртных напитков видимого опьянения не произойдет. Правомерна параллель: пациент, страдающий от болей, принимает значительное количество обезболивающего наркотика. Эйфории — необходимого условия привыкания — у него не возникает. Только сон и успокоение. Возвращается аппетит. Опасность привыкания грозит лишь тогда, когда боли проходят, а наркотики не отменяются. Здесь уже возникает эйфория и разбивается привыкание. Тот же аффект от алкоголя при психическом напряжении: спиртное успокаивает. Когда психическое состояние возвращается к норме, вновь появляется опьяняющий эффект. И в том, и в другом случае наркотики и алкоголь действуют как болеутоляющие, нейролептические снимающие психическое напряжение лекарства. Имеющаяся патология как бы «съедает» собственно наркотический компонент этих веществ. Значит, как это ни парадоксально, психопатия может служить защитой от злоупотребления.

Но, к сожалению, способ успокаиваться, улучшать психическое самочувствие приемом алкоголя подчас используется. И тогда больной психопатией ступает на путь злоупотребления. Часто ли это случается, мы пока не знаем.

Столь же неопределенны взаимоотношения неврозов и злоупотреблений. В опьянении у больных неврозами исчезает неуверенность, скованность, легко устанавливаются контакты с людьми, появляется чувство владения ситуацией, приподнятое настроение,— ощущения, которые в повседневности отсутствуют и которые так ценны для больного.

Однако структура личности таких пациентов как бы

противоречит злоупотреблению, а ухудшение состояния даже малой интоксикации препятствует систематическому пьянству. Постоянная самооценка, неуверенность в правильности, тактичности, корректности своих действиях заставляют больного неврозом утяжелять в собственных глазах бывшее у него опьянение, даже если оно было умеренным. Он полагает, что опозорил себя, что теперь к нему будут относиться с неуважением и насмешкой, избегает встреч с теми, с кем пил. Здоровый человек, сознавая чрезмерность своего опьянения, пытается найти утешение: «Другие были не менее пьяны» или «Конечно же, неловко, но на будущее будет урок».

Для больного неврозом воспоминание об опьянении обычно длительно и мучительно. Даже умеренное опьянение имеет значительные не только субъективные, но и объективные последствия. Помимо психических нарушений, таких, как самоосуждение, заметно расстройство вегетативной нервной системы. Обычно утром после опьянения такие больные жалуются на потливость, чувство боли и тяжести в голове, бледность или, наоборот, гиперемия кожных покровов лица, шеи. Многие отмечают сердцебиение, тремор пальцев рук. Колет в области сердца. Все это известные им симптомы, которые возникают при обострении основной — невротической болезни.

Некоторые больные регулярно, с различной частотой, которая зависит от их состояния, принимают малые дозы спиртного. Делают они это всегда в узком кругу или в одиночестве, с опасением передозировки. Такое потребление, симптоматическое, может длиться годами. Изначальная переносимость алкоголя у них невысока и остается в границах физиологической. Со временем она увеличивается в 2 — 3 раза. Переход на злоупотребление, связанный обычно с тяжелыми психическими травмами, крайне редок.

Характерно проявляется алкогольное опьянение у больных истерическим неврозом. Они нередко пьют демон-

стративно в ответ на что-то, неприятное им. Опынение у них выражается во взрыве истерических реакции. Они словно используют это состояние для оправдания своих ничем не стесненных чувств. Вино разрешает им то, на что они не осмеливаются трезвыми. Выход из этой истерической реакции необычный: пет состояния расслабленности, сонливости. Больные стонут, жалуются на плохое самочувствие, требуют врача. Сон наступает после приема снотворных средств.

Примечательно, что в группе злоупотребляющих частота неврозов в 2 раза выше, чем во всех возрастных группах умеренно пьющего мужского населения. Особенно велика заболеваемость неврозами у злоупотребляющих мужчин 40—49 (!) лет. Это — косвенное доказательство, что не невроз ведет к злоупотреблению, а злоупотребление хотя и не скоро, но приводит к тем расстройствам, которые в практике диагностируются как невроз.

Что касается склонности к злоупотреблению других душевнобольных, то заслуживают внимания пациенты, страдающие циклотимией - периодическими подъемами и спадами жизненного тонуса или маниакально-депрессивным психозом. Они склонны к злоупотреблению спиртными напитками, особенно если действие алкоголя им хорошо знакомо. Чаще пьют мужчины, нежели женщины. Как правило, участвовавшие случаи опынения являются первым признаком утраты равновесия. Гипоманиакальное состояние, когда человек неудержимо стремится к деятельности, утяжеляется опынением. Именно в этих случаях близкие впервые обращаются за психиатрической помощью. Ранее фазовые колебания в настроении и поведении больного опасений у них не вызывали. Теперь же случайные знакомства, траты денег, долги, продажа необходимого и покупка ненужного, уход с работы, перестройка или обмен квартиры, отъезд с прожектерскими целями и

т. д. все это сопровождается многодневным пьянством, причем переносимость спиртного — высокая. Когда гипоманиакальное состояние сменяется депрессией, что характерно для циклотимии, алкоголь значительно ее смягчает. Поэтому нередко к спиртному прибегают и те, кто ранее пил очень мало и исключительно по общезначимым поводам. На фоне депрессии переносимость спиртного тоже увеличивается.

В обеих фазах циркулярного психоза алкоголь принимается в больших количествах и не ведет к развитию алкоголизма. По пьянство утяжеляет клинику маниакальной фазы. Мания становится еще более беспорядочной и неуправляемой. И таких больных пьянство в сочетании с расторможенностью влечений обычно приводит к тяжелым социальным последствиям.

При другом фазовом состоянии этого заболевания глубокой депрессии — больные не употребляют спиртные напитки. Однако во многих случаях легкие и средние тяжести депрессии купируются, снимаются алкоголизацией.

Итак, в полярных фазах эффект этанола различен. Ни тут важно, что интенсивное злоупотребление обычно не влечет за собой развитие алкоголизма. Когда эмоциональное состояние нормализуется, пьянство прекращается без последствий. Переносимость спиртного становится обычной, канон она была до приступа. В последнее время появились сообщения, что маниакальное состояние при циркулярном психозе, если больной продолжает пить, может стать хроническим — утяжеляется основное заболевание. Для больных циркулярным психозом злоупотребление опасно, если они получают психиатрическое лечение. Эффект действия алкоголя и медикаментов, принятых одновременно, взаимно усиливается.

Коварная штука алкоголь, не правда ли? Найдет слабое место и по нему ударит.

Случаи, когда циклический психоз сочетается с пьянством, отмечались психиатрами очень давно. Они были не столь редки, и это вызвало пристальное внимание к аффективным нарушениям у пьяниц. Тогда же были установлены пред- и послезапойные депрессии и дисфории — расстройства настроения, когда преобладает угрюмость, злоба, раздражительность и агрессивность.

Депрессии и дисфории, возникающие в течение алкоголизма, считают сейчас естественным его проявлением. Случаи же злоупотребления спиртными напитками у душевнобольных оцениваются как симптоматическая — вторичная — алкоголизация.

Связанная с поражением головного мозга эпилепсия — болезнь, которая проявляется судорожными или другими припадками, в том числе приступами дисфории, также считалась причиной запойного пьянства. При алкоголизме возникают и расстройства настроения, и судорожные припадки, напоминающие эпилептические. Однако связь их с абстинентным — похмельным синдромом и учащенно с возрастом заставляет искать причину возникновения в хронической интоксикации, в развитии болезни головного мозга — алкогольной энцефалопатии. Систематическое потребление этанола снижает порог, за которым начинается приступ, повышает судорожную готовность. В результате многодневных возлияний обменный дисбаланс солей провоцирует припадок. Начинается он по время абстиненции, когда прекращается подача организму этанола, в котором уже выработалась потребность.

И все же вопрос, склонны ли больные эпилепсией к злоупотреблению алкоголем, остается открытым.

Рост «эпилепсии» у злоупотребляющих и больных алкоголизмом после 30 лет говорит о том, что это случаи алкогольной эпилепсии. Отражение этой патологии в медицинской документации под кодом «эпилепсия» свидетельствует о недостаточной диагностике алкоголизма в общей вра-

чебной практике, так же, как это имеет место при неврозах и гипертонической болезни. Установить алкогольную природу эпилепсии у таких больных позволяет электроэнцефалографическое исследование. Характерные для эпилепсии изменения электрической активности на энцефалограмме мгновенно исчезают при приеме малых доз алкоголя. Отсутствие же эпилепсии в группе злоупотребляющих и больных алкоголизмом до 30-летнего возраста подтверждает известную в психиатрии черту больных эпилепсией: внимательное отношение к своему здоровью, пунктуальность и тщательность выполнения врачебных рекомендаций. Именно поэтому больные эпилепсией не только не злоупотребляют спиртными напитками, но и подчас их совершенно не приемлют.

Тяжелые последствия злоупотребления с переходом в злокачественный алкоголизм могут отмечаться при эпилепсии, которая проявляется не судорожными припадками, а их эквивалентами — приступами нарушенного настроения, то есть дисфорией. У таких больных вместо припадков резко падает настроение. Они становятся угрюмыми, злыми, придирчивыми, раздражительными и агрессивными. Стремление к агрессивным действиям сопровождается сужением сознания. Во время таких дисфорий некоторые больные склонны к пьянству. Злоупотребление носит периодический характер и продолжается несколько дней. «Светлый» промежуток может длиться месяцами.

Опьянение проходит крайне тяжело: больные избивают близких, вступают в драки с незнакомыми людьми и в результате часто страдают сами. Сохраняется двигательная активность, проявляются дромоманические тенденции — уход из дома, ночевки в неподходящих местах, отъезд в другие города. Теряются документы и ценные вещи. Поведение в опьянении часто резко противоречит социальному и культурному уровню больных. Они эпизодически теряют память, и отдельные отрезки периода пьянства как

бы выпадают у них из сознания. И в то же время могут прекрасно помнить все остальное, независимо от степени опьянения.

Другими словами, потеря памяти не всегда соответствует глубине опьянения, как это свойственно алкоголику. Переносимость спиртного оказывается неожиданно очень высокой, о чем можно судить по количеству пустых бутылок в доме. Когда больной находился вне дома, узнать, где и сколько тот пил, очень трудно. Пьянство больных эпилепсией, иногда с невосстановимыми социальными утратами, производит на окружающих впечатление алкоголизма. Этому способствуют неуправляемые влечения с потерей количественного и ситуативного контроля, высокая переносимость алкоголя, потеря памяти в опьянении, двигательная активность. Однако когда период пьянства проходит, обычный облик и поведение больного быстро восстанавливаются. Он аккуратен, чистоплотен, стремится к порядку, обретает чувство ответственности. Только такие черты личности, как обстоятельность, «правильность», и сочетании с некоторыми другими особенностями позволяют предположить у него эпилепсию. Как и у больных психопатией из числа аффективно-неустойчивых, у этих пациентов возможен переход от злоупотребления к алкоголизму. Тогда периоды пьянства учащаются, и алкоголизм сразу приобретает злокачественную форму. Госпитализация необходима уже в начале алкогольной болезни.

И последнее, о ком нельзя не вспомнить, говоря о злоупотреблении и его последствиях, это больные шизофренией. Правда, как показывают наркологические наблюдения, этот вопрос нуждается в дополнительном исследовании. Однако не подлежит сомнению, что беспорядочность пьянства таких больных и, главное, грубые расстройства поведения приводят к тому, что становится необходимой лечебная помощь, госпитализация. Они бросают работу, уче-

бу, начинают бродяжничать, обретаются и асоциальном компании сверстников. Все это, казалось бы, свидетельствует о далеко нашедшем случае алкоголизма или токсикомании. Однако противоречит тому диагнозу отсутствие симптомов алкогольной зависимости — о них речь впереди. У трезвого больного специфические изменения личности могут быть трудноуловимыми. Эмоциональная тусклость, нежелание контакта с врачом и медперсоналом, увлеченность идеями молодежных групп может иметь место не только при психопатологии. Для диагностики важно поведение и состояние опьянения. Для таких смешанных форм — шизофрения и пьянство — характерны нелепость, неожиданность реакции и опьянении, немотивированные аффективные переживания. Типичны также периодичность потребления и видимая незаинтересованность в потреблении спиртного в период «светлых промежутков». Пассивность, замкнутость, погружение в мир личных переживаний в трезвые периоды расцениваются близкими как «усталость» и «депрессия».

Злоупотребление алкоголем при шизофрении довольно однотипно. И основное заболевание и степень наркоманической зависимости вначале трудно диагностируется лишь у больных молодого возраста. Внешне немотивированное, чаще периодическое пьянство, которое как неожиданно начинается, так же неожиданно и кончается. Это, впрочем, свойственно и другим душевнобольным. Однако при шизофрении и злоупотребление носит отпечаток личностных особенностей пациента. Оно происходит или в одиночестве, или в несоответствующем обществе. Нет дружеских отношений, того сближения с собутыльниками, которое свойственно банальным пьяницам. В светлые промежутки пациенты поддерживают общение с привычным кругом лиц, формально выполняют свои обязанности. Получается как бы существование в двух мирах, в двух разных слоях общества. Но самое главное, что злоупотребление спирт-

ными напитками у них очень редко переходит в алкоголизм. Если же и появляются симптомы наркоманической зависимости, то спустя много лет после начала злоупотребления, долго оставаясь в зачаточном состоянии. Последовательного и полного выражения наркоманической симптоматики, к счастью, не наблюдается. Во время многолетнего пьянства и уже после возникновения алкоголизма толерантность увеличивается незначительно. Нередко больные ограничиваются потреблением ординарных или крепленых вин. Возможна и привязанность к определенному сорту напитка, например шампанскому или кагору, действию которых придается особый смысл.

Порой злоупотребление удивляет беспорядочностью. Например, с самого начала больные пьют только суррогаты. Поэтому с наркологической точки зрения оценить влечение к спиртному очень трудно. Психическое, навязчивое состояние с борьбой мотивов «пить — не пить» установить не удастся. Зато компульсивное, когда действия и поступки возникают в связи с непреодолимым влечением и совершаются насильственно, налицо, о чем свидетельствует и неуправляемость пьянства. При этом поведение нельзя уценивать в отрыве от меняющейся сферы влечений у конкретного больного.

Помимо стремления к перемене мест, бегства в «другую реальность», у таких пациентов нередки попытки к самоубийству. Они склонны к гомосексуальным отношениям, сексуальной распущенности.

Неуправляемое злоупотребление спиртными напитками быстро вызывает социальную деградацию. Даже при благоприятном течении основного заболевания утрачивается работоспособность. Больные нередко меняют профессию. Находят такое рабочее место, где меньше общения с людьми. становятся ночными сторожами, лесниками, егерями, сотрудниками метеостанций. Так что случаи так называемой «второй жизни» больных шизофренией имеют объяс-

нение как с позиции психиатрии, так и наркологии. Итак, из всего сказанного можно сделать важный вывод, что душевное расстройство в степени психоза предрасполагает к злоупотреблению, но редко приводит к алкоголизму. Но во всех этих случаях алкоголизация и быстро, и значительно утяжеляет основное заболевание.

Мы не случайно так подробно остановились на злоупотреблении спиртными напитками в состоянии пограничной психопатологии и у душевнобольных. Борьба с пьянством в нашей стране усиливается, а значит, и эти пациенты станут объектом строгого контроля. Однако социальные меры воздействия здесь будут малоэффективными. Стало быть, на очереди стоит выработка новых организационных форм помощи таким больным.

### **На путях познания**

Этнология алкоголизма — область, в которой имеют свое мнение не только наркологи. Высказывают свою точку зрения фармакологи, биохимики, физиологи, психологи, социологи. Каждая точка зрения имеет и своих сторонников, и своих противников. Опровергать чьи-либо убеждения только приведением фактов противоположного значения трудно, да и неверно.

То, что существует множество гипотез причины алкоголизма, имеет весомые, чисто методологические основания. Если мы будем оперировать разрозненными сведениями, когда между действием того или иного фактора и моментом наблюдения лежит цепь причин и следствий нескольких порядков, то невозможно ни подтвердить, ни опровергнуть связь между эмоциональными, психологическими факторами в прошлом и биологическими изменениями в настоящем.

Эти познавательные трудности — общие для всей меди-

цины. Встают они и перед наркологами и касаются прежде всего вопросов методологии.

Сначала речь пойдет о терминах.

Один мой знакомый возмущался: «...пьянство, алкоголизм — это преступление против общества. Не лечить надо, а наказывать. Гнать из общества. Не хочет жить как человек среди людей, пусть отправляется в тундру, где растет морошка. Чтобы до ближайшего магазина был час летного времени. Пусть в суровых условиях искупает вред, который нанес обществу. Хватит тратить средства на лечение паразитов».

Такая непримиримость со злом вполне понятна. Но автор этого эмоционального монолога смешал понятие «пьянство» и «алкоголизм». Вот и принятое выражение «борьба с пьянством и алкоголизмом» уравнивает их. Поскольку невоздержанность, распущенность предшествуют болезни, предполагается, что алкоголизм — второй этап пьянства, что одно проистекает из другого. Следовательно, этиологически есть нечто, что в своем развитии приводит к пьянству и естественным ходом событий — к алкоголизму. Поэтому кажется, что в ответе на вопрос, почему люди пьянствуют, содержится и ответ на вопрос, почему делают-и и алкоголиками. Изучая микросоциальные предпосылки пьянства, многие полагают, что ведут этиологические исследования.

Ошибочность этой точки зрения становится наглядной, если сделать шаг назад, проследить цепь событий. Пьянству — злоупотреблению — предшествует потребление умеренное. Значит ли это, что алкоголизм развивается по той же причине, по которой люди умеренно употребляют спиртные напитки?

В поисках ответа на этот вопрос еще раз заглянем в истории и болезней пациентов наркологического диспансера.

В анамнезе больного алкоголизмом — последовательные явления: потребление, злоупотребление или, что то же — пьянство, а затем и алкоголизм.

Однако для основной массы населения в подавляющем большинстве случаев эта цепочка обрывается на одном из предшествующих алкоголизму этапов.

Нет «пьянства и алкоголизма», а есть «пьянство» и «алкоголизм». Это говорит о том, что, кроме внешнего, объединяющего эти явления действия этанола, существуют внутренние биологические факторы. Это индивидуальные свойства и определяют переход от потребления к злоупотреблению и дальше к алкоголизму. Нельзя исключить, что биологические внутренние факторы, продвигающие человека от потребления к злоупотреблению, а от злоупотребления к алкоголизму, на каждом этапе этого движения различны.

Здесь мы и подходим к распространенному заблуждению — попытке искать причину алкоголизма в факторах внешних. История развития этиологического учения в медицине уже знает подобное. Например, был этап переоценки внешних условий в развитии таких болезней, как туберкулез и сифилис. Как писал выдающийся советский ученый И. В. Давыдовский, внешние причины — сырость и малярия, вшивость и сыпной тиф, бактерии Коха и туберкулез — сами по себе не раскрывают законов причинности, то есть этиологии. Эта «линейная» этиология — попытка превратить однозначные ассоциативные в сложные казуальные связи неверна.

В наркологической литературе принято сравнивать алкоголизм и наркоманию с инфекцией. Действительно, внешние описательные признаки сходства есть: «инфекционный» агент, степень заразительности, передача от заболевшего здоровому. Но уже самый факт сравнения

показывает, как далеки мы от понимания этиологии влечения к приему некоторых веществ, вызывающих хроническую интоксикацию в целом и алкоголизм в частности. Именно инфекционные болезни послужили примером несостоятельности понятия линейной причинности в медицине. Это блистательно показал Р. Кох, выпивший стакан культуры холерных вибрионов,— последствием столь «безумного» опыта не было.

В отличие от других областей медицины, наркология еще не преодолела эти наивные представления. Хотя уже все знают, что можно носить в себе стрептококки и не заболеть сепсисом. В наркологии не исследуются те биологические механизмы, через которые опосредуются социальные предпосылки и такой фактор вредности, как интоксикация этанолом. Роль внешнего воздействия, в частности социального, понятна. Ведь злоупотребление и алкоголизм грубо и наглядно поражают определенные микросоциальные группы. Вот довольно банальная история, попавшая на эти страницы из жизни.

М. и П. встретились в наркологической больнице и полюбили друг друга. Породнило их общее несчастье и еще одиночество. У неё было тяжелое детство, а потом развод с мужем. Он тоже был одинок, и его «затянула» пьющая компания. Оба не сомневаются, что только поэтому они оказались на принудительном лечении. Теперь, по их мнению, они пить не будут. Им это ни к чему. Что ж, пожелаем им счастья и возвращения к нормальной жизни. Хорошо, конечно, если такое наивное предположение, что заболели они только под влиянием внешних факторов, поможет им в лечении.

Но такие утверждения, что некий Н. стал алкоголиком только из-за неблагоприятной микросреды и отсутствия навыка «культурного питья», а некая М. лишь из-за неудачной семенной жизни, увели их и уводят нас от истинного знания. В тех же обстоятельствах НИ и ММ не стали

пьяницами. Почему кто-то может начать злоупотреблять, а кто-то нет, злоупотребление одного может перейти в алкоголизм, а другого — нет? Всего этого мы пока не знаем.

Микросоциальная среда, как и обстоятельства, — фактор предрасполагающий. Потребление алкоголя — необходимое условие заболевания. Подобно тому, как сырьё подвалов и скудное питание предрасполагали к туберкулезу. Но и в том и в другом случае нам неизвестно, какую внутреннюю реакцию высвобождают эти внешние факторы. Что в полной мере есть условие необходимое, а что — достаточное для возникновения болезни. Исследование этой внутренней реакции в ее начале может быть принято как исследование этиологическое. Последующее ее развитие следует отнести уже к патогенезу — механизму развития болезни.

Накопленные наркологами наблюдения свидетельствуют о том, что есть случаи, когда алкоголизм возникает очень быстро, в течение первого года пьянства. Это так называемая злокачественно прогрессирующая форма. А бывает, что и многолетнее пьянство не завершается болезнью. Следовательно, возможны различные наборы этиологических внутренних факторов.

Еще одна методологическая сложность — ведение этиологических исследований в рамках болезни. «Нечто», найденное при алкоголизме, вовсе не означает, что это «нечто» предшествовало заболеванию. Напротив, поскольку в течении болезни обязательно произошли изменения, это доказывает, что «нечто» до алкоголизма отсутствовало. Временной анализ, выяснение того, что же могло предшествовать найденному, помогает прояснению вопроса. Однако такой анализ умозрителен и недостаточен.

Единственный из этого положения выход, который видится, — изучение многолетних случаев злоупотребления,

когда алкоголизм не развился к моменту исследования. Что предохраняет? Какие характеристики определяют устойчивость к заболеванию? И соответственно недостаточность чего открывает путь алкоголизму? Что служит пусковым механизмом болезни?

Злоупотребление алкоголем — обширный материал, уводящий нас в сторону социально-психологических исследований. Но этот материал должен быть объектом и иного изучения, а именно биологического.

На этом список методологических сложностей не исчерпывается, но не стоит дальше углубляться в профессиональные проблемы. Мы лишь хотели ввести читателей в мир пауки, показать, сколь сложны и многосторонни задачи, которые она решает. Из сказанного следует, что изучение этиологии алкоголизма — в компетенции представителей биологических дисциплин. Задача клиницистов — предоставить материал для таких исследований, отобрать пациентов, которые при многолетнем пьянстве оказались устойчивыми к алкоголизму.

Незнание этнологии алкоголизма не позволяет нам пока назвать биологический рубеж между пьянством и алкоголизмом. И мы можем с уверенностью говорить только о предрасположенности к этим состояниям, о том, в какой среде и у кого они чаще наблюдаются.

Все это свидетельствует об одном: нерешенных проблем еще много. Впрочем, их не станет только тогда, когда алкоголизм будет побежден, как побеждена оспа.

## ПРЕДВЕСТНИКИ АЛКОГОЛИЗМА И ЕГО НАЧАЛО

### «Первые звоночки»

Насколько часто злоупотребление алкоголем осложняется развитием алкоголизма?

По данным ВОЗ, среди тех, кто потребляет спиртные напитки, алкоголизм развивается у одного процента людей. Сегодня во Франции злоупотребляет ими 10 процентов населения, из них 4,4 процента больны алкоголизмом. То есть почти половина злоупотребляющих обречена на болезнь. Некоторые сведения отечественных наркологов были более оптимистичны. Но при целенаправленном изучении и они выявили, что алкоголизмом больны 40 процентов обследованных злоупотребляющих, то есть тоже почти половина. В экономически развитых странах в среднем 5 процентов населения больны алкоголизмом. Однако данным этим не следует очень доверять. Показатели занижены, так как не все больные учитываются. А если исключить из подсчета детей, стариков, убежденных трезвенников, то процент взрослых, страдающих алкоголизмом, возрастет значительно.

Нельзя забывать и тот факт, что высокая заболеваемость и смертность среди пьяниц не позволяет многим из них дожить до алкоголизма. Неясна и частота скрытых от врачей случаев. Поэтому цифры, характеризующие поражение населения алкоголизмом, ориентировочны. Но они безжалостны.

Ретроспективно, анализируя начало болезни у госпитализированных пациентов, выявляются некоторые признаки повышенного риска развития алкоголизма не только по социально-психологическим, биологическим предпосыл-

кам и генетическим параметрам. Их можно найти в картине опьянения начинающих пить. Высокая изначальная переносимость свидетельствует, что в будущем она станет резко подниматься. Настораживающие симптомы — отсутствие аппетита в опьянении и наутро следующего дня, раннее пробуждение, потеря количественного контроля в самом начале знакомства со спиртным, слабый рвотный рефлекс, вегетативная симптоматика, общее недомогание после интоксикации.

Изначальная положительная мотивация потребления, когда к спиртному относятся без критики, увеличивает риск алкоголизма в 30 раз.

Для лечения и профилактики чрезвычайно важно знание первых признаков болезни. Именно они и стали пред мотом изучения крупнейших отечественных наркологов.

И. В. Стрельчук впервые определил, что патологическое влечение к алкоголю, неврастенический синдром и неспособность самостоятельно отказаться от спиртного — признаки начала заболевания. Почти через два десятилетия после этого А. А. Портнов дополнил число симптомов начала алкоголизма. Он отнес к ним изменение реакции организма на алкоголь, исчезновение рвоты при передозировке, рост переносимости, усиление влечения после первой рюмки, раннее пробуждение на следующее утро, изменение мотивов потребления, когда пьянство становится самоцелью, и питье в одиночестве - попытка скрыть чрезмерность потребления. Портов описал потерю количественного и ситуационного контроля. Последние два симптома раньше объединялись в один — «утрата волевого контроля».

С этой же целью пришлось уточнить еще один симптом. Впервые дифференцированно оценив патологическое влечение, исследователь показал две его формы: обсессивную — борьбу мотивов «пить — не пить» и компульсивную — непреодолимое желание пить. О начале заболевания

алкоголизмом сигнализирует обсессивное влечение. К этому периоду заболевания относятся и палимпсесты опьянения.

Палимпсесты — расстройство памяти и виде утраты фрагментов. А дословно в переводе с греческого это слово означает «вновь соскобленный». Как в средние века удаляли первичный текст с древнего пергамента, так и алкоголь стирает из памяти отдельные события, имевшие место накануне, в состоянии опьянения.

А. А. Портнов обобщил наблюдающиеся симптомы, выделив среди них измененную реактивность, и динамически проследил развитие всей симптоматики. Так была установлена трехстадийная форма заболевания (рост переносимости — первая стадия, стабилизация высокой переносимости — вторая, падение ее — третья, при этом синдром похмелья соответствует второй стадии болезни).

В дальнейшем Ю. В. Шаламайко к началу заболевания присовокупил еще два признака. Это исчезновение отвращения к спиртному после передозировки и противодействие среды развивающемуся злоупотреблению. Но последний признак — относителен, так как зависит от того, какова среда.

Клиническая картина начала заболевания может заметно варьировать в зависимости от того, насколько ярко выражен каждый из таких симптомов, как патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля и рост переносимости.

С диагностической точки зрения особо важно первичное влечение. Но в ряде случаев выявить его сложно, особенно если оно маскируется ситуационными факторами. Существуют и такие формы начальной стадии алкоголизма, которые очень трудно отличить от бытового злоупотребления. В этом случае признаки заболевания неконтрастны.

Нужно ли искать выход из трудностей ранней диагностики в поисках признаков алкоголизма до того, как бо-

лезнь наступила? Ответ на этот вопрос может быть только однозначным.

### **Картина продрома**

В кабинет пошел очередной пациент. Человек, как выяснилось, не потерявший самооценки. Рассказал, что сначала участились выпивки: то банкет, то свадьба, то встречи, то проводы. Появилась потребность устраивать пирушки ежедневно. Стал искать повода выпить и без труда находил его. Пил, чтобы успокоиться, снять напряжение, поднять настроение, а иногда от нечего делать. Потом ночью пропал сон, а днем не было бодрости, возникла неудовлетворенность собой, которую изгонял опять же рюмкой. Вот и решил лечиться, чтобы покончить с этим.

С чем? Хорошо, конечно, что обратился к врачу вовремя, но болен ли он? Обязательно ли его невоздержанность должна закончиться алкоголизмом?

Злоупотребление — еще не болезнь, а подверженность вредности, одни из многих неблагоприятных факторов. Даже при длительном пьянстве иногда возможно сохранение гомеостаза (устойчивости, равновесия внутренней среды), пределы которого широки. При нарушении же этой устойчивости физиологических функций организма возникнут последствия социальные и биологические. Алкоголизм — лишь одно из них. Злоупотребление может завершиться соматической болезнью, социальной катастрофой, провокацией эндогенного психоза, физической гибелью.

Злоупотребление — условие, необходимое для развития алкоголизма. Но не каждый случаи употребления во зло приводит к болезни. Если это произошло, то с какого этапа следует отсчитывать момент заболевания?

Само начало злоупотребления долгое время оценивалось различно — в зависимости от сочетания количества и частоты потребления. Одни полагают, что систематическое потребление — уже болезненное состояние. Свою

точку зрения они обосновывают тем, что в этих случаях наблюдается возросшая переносимость (толерантность) и должно быть влечение. Другие для клинической оценки посчитают достаточным факта систематичности потребления — оно может быть обусловлено нормой микросреды, а диагноз, по их мнению, требует более широкой совокупности симптомов.

Так или иначе, но различное толкование начала болезни. вклинивание границ первой стадии в бытовое пьянство или, наоборот, в зону второй говорит о том, что необходимо достаточно четко определять качественные различия отдельных этапов.

Когда-то алкоголизм отличали от неалкоголизма лишь по наличию или отсутствию абстинентного синдрома. Если злоупотребляющий не испытывал необходимости опохмелиться, диагноз алкоголизма не ставился. Более того, если такая потребность была, но злоупотребляющий воздерживался от приема спиртного наутро, оттягивая опохмеление на вечер, его считали бытовым пьяницей. Неправда ли, распространенный случай самообмана... Именно поэтому систематика А. А. Портнова, который предложил трехстадийное подразделение болезни, была встречена психиатрами старшего поколения если не в штыки, то с явным недоверием.

Но и ориентация только на такой определяющий признак, как рост переносимости, без учета сопутствующей симптоматики, приводит к ошибочным суждениям, размывает границу болезни. Причина в том, что переносимость растет не только во время болезни, но и в период бытового пьянства параллельно взрослению человека. Начальная, невысокая, она у юношей в 17 — 18 лет, а к 30 годам поднимается. Затем, по мере возрастного угасания, опять падает. Во время злоупотребления она может возрасти за счет тренированности механизмов обезвреживания.

В 1975 году была сделана попытка измерить подъем

«физиологической», в пределах «бытового пьянства» и «алкоголизма», переносимости. Оказалось, что алкогольная симптоматика появляется при учетверенной изначальной переносимости. И хотя эти данные имеют общее, ориентировочное значение, в сочетании с другими признаками они становятся более достоверными, дополняют картину болезни. Однако надо отметить, что известны случаи, когда алкоголизм развивается при увеличении изначальном толерантности только в 2 — 3 раза, и, наоборот, пьянство без признаков болезни происходит на фоне 4 — 5-кратного увеличения.

Выходом из создавшегося затруднения может быть введение понятия «продром алкоголизма». Только обосновывать его следует не перечнем симптомов, которые всегда могут служить предметом неплодотворной дискуссии, а качественной характеристикой. Такая характеристика продрома должна отличить его от злоупотребления, с одной стороны, и от первой стадии алкоголизма, как определенной нозологической, болезненной сущности, — с другой.

Чтобы пользоваться понятием «продрома алкоголизма», четко определим его значение.

Итак, продром, или, что то же, предвестник алкоголизма (по-гречески *prodromos* — предыдущий, идущий впереди),—это ранний симптом болезни, предшествующий ее основным проявлениям.

Любое известное продромальное состояние включает признаки нарушения устойчивости равновесия внутренней среды и симптомы декомпенсации здоровья. Иначе говоря, какие-то изменения в организме уже происходят, по симптомам их неспецифичны. В лучшем случае они лишь позволяют ориентировочно подозревать группу болезней. Для инфекционных характерен подъем температуры, для обменных — изменение вкуса, а для психических — нарушение самосознания, настроения. Чем длительнее, «хроничнее» болезнь, тем менее вятен и четок ее продром. Од-

нако основным свойством продромального состояния всегда является изменение адаптации к обычным жизненным нагрузкам. Отмечаются признаки нарушения организации функции и отдельные системные симптомы раздражения, возникающие без поражения центров и путей центральной нервной системы.

Только алкоголизм на первый взгляд является исключением из этого правила. Все дело в стимулирующем действии этанола. Употребление и злоупотребление алкоголем не может в первое время дать классической картины нарушения адаптивных функций. Напротив, налицо их активизация: даже малые дозы спиртных напитков становятся адаптогенным веществом, повышающим переносимость таких нагрузок, как психические, физические, холодовые и другие. Но при внимательном рассмотрении мы увидим в продроме алкоголизма симптомы дезадаптации.

Людей, потребляющих спиртные напитки, ученые разделили на такие категории:

1. Пьющие редко, по общезначимым поводам, не более раза в месяц, в малых количествах.

2. Употребляющие алкоголь чаще, по более индивидуальным поводам, но не более раза в неделю, в среднем до 0,2 литра крепких напитков; сохраняется контроль за поведением.

3. Пьющие часто, по индивидуальным поводам и без внешне обусловленных причин, которые обычно затрудняются объяснить, в значительных количествах (от 0,2 литра крепких напитков); асоциальное поведение в опьянении.

4. Такое же потребление, но с признаками влечения к спиртному и к состоянию опьянения, с ростом толерантности, утратой контроля за количеством выпиваемого.

5. Такое же потребление, но с абстинентным синдромом.

Лиц первой и второй категории относили к группе пот-

ребляющих в биологических и социально приемлемых границах. Лица третьей категории — к группе злоупотребляющих. У лиц четвертой и пятой категорий диагностировался алкоголизм соответственно первой и второй стадий.

Комплексная оценка, которой пользуются авторы такой градации, позволяет усмотреть у злоупотребляющих (третья категория) продромальную симптоматику алкоголизма. Ее показатели следующие.

У одних на фоне злоупотребления спиртными напитками обнаруживаются признаки социальной дезадаптации: прогулы на работе, конфликты в семье, с администрацией и органами правопорядка.

Читатель может возразить, что такое поведение отражает навыки, воспитанные средой, вытекающие из определенного уровня культуры, выражает социальную незрелость. Разумеется, такие моменты нельзя исключить. При прочих равных условиях, чем ниже эти характеристики, тем скорее происходит поведенческая дезадаптация. Чем они выше, тем дольше сохраняется самоконтроль. Иногда он утрачивается уже после того, как алкоголизм разовьется полностью. При этом чем свободнее условия труда, тем позже проявятся признаки социальной дезадаптации.

Однако такие случаи крайне редки. Из бесед с пациентами наркологических стационаров выясняется, что в прошлом у многих возникали сложные отношения с милицией, были попадания в медвытрезвитель, моменты, когда нельзя было пойти на работу — и каждый раз они определяли их как случайность.

Социальная дезадаптация, как ранний признак развивающегося патологического состояния, отмечается у всех пациентов, независимо от их социального и культурного уровня. При этом прогулы, невозможность выйти на работу отражают и психофизическую неспособность к труду. Следовательно, потеря социальной адаптации частично вытекает из биологической дезадаптации.

Выделена еще одна совокупность признаков, предшествующая развитию симптоматики болезни. Это, как уже говорилось, возросшая заболеваемость и обращение за медицинской помощью.

Заболеваемость в период злоупотребления требует очень внимательного анализа. Мы уже отмечали, что ряд последствий пьянства и алкоголизма диагностируется неправильно. Это касается случаев «гипертонической болезни», «неврозов», простудных заболеваний и других. Передки случаи симуляции с целью оправдания прогула, сокрытия пьянства. Довольно часты обращения в скорую медицинскую помощь по поводу травматизма, который, бесспорно, вызван злоупотреблением в целом и состоянием опьянения в каждом частном случае. Такая совокупность может быть оценена как биологическая дезадаптация на фоне злоупотребления.

Правильно поставленное и тщательно выполненное социально-гигиеническое, эпидемиологическое исследование позволило вычленил два комплекса явления, характерных для периода, предшествующего клинически ясному этапу алкоголизма. Это наборы признаков социальной и соответственно — биологической дезадаптации. В каждом конкретном случае заболевания присутствуют два комплекса с различной степенью выраженности и в различном сочетании. Если сопоставить имеющиеся расстройства с тем, что в медицине известно о продроме, обнаруживается принципиальное сходство.

Естественно, что, выделяя продром как особое качественное состояние на границе между злоупотреблением и болезнью, нужно внимание сосредоточить на признаках, которые ранее характеризовали, с одной стороны, этап злоупотребления, а с другой,— первую стадию алкоголизма.

Чем же характеризуется продром алкоголизма — качественно нового состояния, предшествующего болезни?

Известно, что любые отклонения от нормы рельефно проступают в ситуации нагрузки. Поэтому и это новое состояние наиболее ярко проявляется в опьянении и непосредственно вслед за ним. Пик нагрузки — максимальная интоксикация.

Потребление в период продрома все еще нерегулярное, но достаточно частое, 2 — 4 раза в неделю. Системы еще нет, ритм не установился.

Спиртное переносится хорошо, толерантность, как правило, не превышает ту, что была в периоде злоупотребления. Ориентировочно она в 2-3 раза больше изначальной. Остается в границах свойственной определенному возрасту переносимости умеренно пьющего человека. Для 30—50 лет такая переносимость кажется нормальной. Определенное подозрение может возникнуть, лишь если возраст пациента 20—30 лет или если такой подъем толерантности образовался за короткий срок. Сохраняющийся рвотный рефлекс при передозировке и чувство насыщения на индивидуальном для каждого уровне опьянения подтверждают, что переносимость не увеличилась.

Наглядно обнаруживается стремление выпить в рабочие, утренние и дневные часы. Это весьма примечательно при условии, что накануне не было большой передозировки.

Здоровый человек, пьющий «в силу обстоятельств» днем, делает это без удовольствия. Дело в том, что в норме уровень катехоламинов в светлое время суток выше, чем к концу дня и ночью. Прием спиртного вызывает выброс катехоламинов из депо, их ускоренное образование. Избыток адреналина в организме — причина неприятного повышенного возбуждения. Если же появляется способность алкоголизироваться утром и днем, то это свидетельствует об изменившейся реактивности.

Новым по сравнению с периодом бытового пьянства оказывается возросшая активность в состоянии опьянения. Проявляется она в способности к организованной и целенаправленной деятельности.

Тесно связана с возросшей активностью эмоциональная избыточность опьянения: громкая речь, жестикуляция, несдержанность чувств.

Следует сказать, что проявления опьянения варьируют широко. Оно, как говорилось ранее, всегда акцентирует личностные особенности и манеру поведения. При равной степени опьянения молодые, в отличие от пожилых, ведут себя шумно. Менее воспитанные, да еще если они пьют большой компанией, веселятся чрезмерно. А вот эмоциональная избыточность, возникающая в продроме алкоголизма, утрачивает связь с обстоятельствами. Она спонтанна, не нуждается в индукции и проявляется даже в одиночестве. Опьяневший начинает напевать, читать стихи, говорить (если нет собеседника — сам с собой). При этом мимика, телодвижения приобретают не свойственную ранее этому человеку выразительность, экспрессивность, он делает не присущие ему мимические гримасы (движения бровями, челюстью). Это не просто снижение самоконтроля пьяного, но здорового человека. Это начало особой жизни пьющего, находящегося в состоянии эйфории свой новый м и р.

Эмоциональный фон при этом приподнятый и устойчивый. Но если у здорового опьяневшего только облегчаются межперсональные контакты, то на стадии продрома появляется потребность и более широкое общение. Характерны некоторая бесцеремонность, легкость в приобретении новых знакомств, желание привлекать к себе внимание в публичных местах. При умеренной степени опьянения объем внимания увеличивается, а не сужается, как это было на этапе бытового пьянства и как будет в последующем, уже в стадии алкоголизма. Однако качество внимания снижено. В продроме падает порог чувствительности ко всем раздражителям, что раньше относили к периоду бытового пьянства. Ярко проявляется активизирующий эффект этанола.

Интоксикация не сопровождается ни палимпсестами, ни тем более амнезиями — «потере» памяти. Возможны наркотические амнезии, соответствующие сопорозному опьянению (от лат. *sopor* — оцепенение). Такое состояние беспамьята наблюдается и у незлоупотребляющих лиц при передозировке.

Тяжелые опьянения учащаются. На какой-то, для каждого индивидуальной, степени интоксикации возникает желание «добавить». Оно сосуществует с чувством насыщения и с рвотным рефлексом на передозировку. Нельзя сказать, что желание это неуправляемо. Если обстоятельства не благоприятствуют, оно не реализуется. Но уже его появление показывает, что в продроме возникает тяга. Пока это навязчивое влечение, с борьбой мотивов и возможностью отказаться. По-настоящему обнажается оно только при опьянении — так называемое «расторжение влечения». Стремление углубить опьянение не осознается и всегда объясняется обстоятельствами, рассуждениями типа «а почему бы и нет?» Наутро отчетливо вспоминается чувство насыщенности. Борьба между появляющимся влечением и защитными механизмами выражается в том, что в период продрома наблюдаются наиболее частые рвоты в опьянении. Несмотря на регулярное, достаточно интенсивное потребление, утреннее самочувствие хорошее — это новое состояние, отличающее человека, находящегося в продроме, от бытового пьяницы. Лишь чрезмерная передозировка как бы возвращает находящегося в продроме алкоголизма на этап бытового пьянства. Плохое самочувствие утром, вялость, разбитость, головная боль, отвращение к спиртному, потливость, чувство жара, сердцебиение и жажда вызывают некоторую паузу в злоупотреблении, раскаяние, намерение ограничить себя.

Для продрома не только в опьянении, но и вне опьянения также характерна высокая активность. Человек находится в состоянии эмоциональной приподнятости —

он подвижен, общителен, деятелен. Упрощается контакт с людьми, появляется открытость, приветливость, легкость в заведении знакомств. Оптимизм восприятия ничем не омрачается, в том числе и неприятностями из-за злоупотребления. На производстве человек инициативен, нетребователен, работает сверхурочно, не теряя хорошего настроения. У людей умственного труда при наличии активности можно наблюдать некоторое снижение продуктивности, концентрации внимания. Они легко отвлекаются. Однако общее впечатление о «хорошем работнике» остается в силе. Жизнерадостный нетребовательный сотрудник, действующий «быстро и весело», пренебрегающий сложностями, многих устраивает. Легкость взаимоотношении вообще очень характерна для этого периода.

Повышение активности наблюдается и в других сферах деятельности, а также в образе жизни. Такой человек быстро и крепко засыпает, легко и рано встает, отличается хорошим аппетитом, ест беспорядочно, зачастую случайную недоброкачественную пищу. Возбуждаются и другие аномально-вегетативные функции, в том числе и сексуальная.

Обращает на себя внимание возросшая физическая выносливость. Несоблюдение режима сна, работы, отдыха, питания, нередкие переохлаждения не влекут за собой усиления заболеваемости. Однако учащается травматизм. Но и здесь примечательна легкость и быстрота выздоровления.

Такое состояние, когда окружающий мир кажется только приятным и все вызывает лишь добрые чувства, когда физическое самочувствие повышается, самим пьющим оценивается очень высоко. Поэтому состояние активизации в начале болезни можно рассматривать как подкрепляющий фактор, как основу влечения наряду с эйфорией.

Если злоупотребляющего критикуют за пьянство, то он доказывает, что спиртное ему не вредит, а идет на поль-

зу, что он чувствует себя прекрасно, все успевает. Как и злоупотребляющий вне границ алкоголизма, человек в состоянии продрома знает, что «пить много — плохо», что это чревато неприятностями. Но его представление, что такое «много», уже сместилось. Неприятности он теперь связывает не со злоупотреблением, а с неудачно сложившимися обстоятельствами.

Человек не скрывает, что любит вино, что ему нравится состояние опьянения, но уверен, что может обходиться без него. Его «не тянет», но он не откажется «пропустить рюмочку-другую» по субботам-воскресеньям, после получки, бани, в компании и т. д. Он еще критичен к тем, с кем пьет, выбирает обстоятельства. Состояние опьянения еще не приобрело для него исключительного смысла. Он по-прежнему получает удовольствие от всего, что радовало раньше.

Иногда — что можно оценивать как симптом — возникает мысль, что надо бы пить поменьше. Связано это обычно с чрезмерной передозировкой и с последующим кратковременным, но все же плохим самочувствием: появляются отвращение к спиртному, вегетативные расстройства, исчезает аппетит. Обосновывая импульс ограничить себя, такой на мгновение опомнившийся человек выдвигает как аргумент этические и меркантильные мотивы. Но скоро мотивировка тускнеет и желание «остановиться» пропадает...

Для внимательного же наблюдателя утрата качества деятельности пьющего очевидна. Несмотря на сохранившуюся целенаправленность поведения и организованность, он замечает пониженную сосредоточенность, отвлекаемость и поверхностное отношение к работе, необязательность во взаимоотношениях, недостаточность тонкости и такта.

Это состояние, определяемое в психиатрических категориях как гипоманиакальное, но существу, является про-

образом будущего личностного дефекта большого алкоголизма. Не замедлят появиться такие черты, как суетливость, непродуктивность, забывчивость, черствость, грубость. Это наблюдение не ново. Еще в 1912 году крупнейший психиатр Э. Крепелин писал: «Психология острого опьянения даст нам возможность понять перемены, происходящие в психике хронического пьяницы... затрудненное восприятие и мышление, плохая память, душевное состояние, колеблющееся между торжеством победителя и тайном неуверенностью в себе, смесь возбуждения и ослабления воли...»

Состояния в период развивающегося алкоголизма еще более приближены к его классической картине. Личностные изменения, которые, как на проявляемой пленке, обретают очертания на фоне токсической энцефалопатии, можно искать в начале злоупотребления...

В периоде продрома, наряду с преобладающим подъемом жизненного тонуса, усматриваются явления дисхроноза — смещения функций во времени. О нарушении циркадного — суточного — ритма свидетельствует прежде всего само преобладание высокой активности и высокого эмоционального уровня, отсутствие циклических спадов. Те же колебания, которые есть, неупорядоченны. Так, в периоде продрома возможны вялость и сонливость днем, а вечером и ночью подъем настроения и уровня бодрствования. При этом прием спиртных напитков совсем необязателен. Позднее засыпание и как следствие того короткий сон и раннее пробуждение также говорят об искаженном суточном цикле. Прекрасное настроение с утра до позднего вечера сохраняется неделями. Затем вдруг может наступить период раздражительности, ссор, недовольства. В изменениях сна и общего тонуса отражается злоупотребление успокаивающим эффектом этанола, а в искажении эмоционального фона — его эмоциотропным эффектом.

Примечательно, что в периоде продрома дисхроноз не удается связать с каким-либо ритмом интоксикации. Когда же заболевание становится выраженным, например, во второй стадии, устанавливается новый четкий циркадный ритм, связанный с интоксикацией (так называемый алкогольный гомеостаз).

Явления дисхроноза особенно важны для диагностики. Состояние повышенной активности неспецифично и может быть принято за выражение личностных особенностей и особенностей эмоциональной сферы. Поэтому только два дополнительных обстоятельства позволяют дать дисхронозу правильную оценку. Первое — злоупотребление спиртными напитками с такой частотой и в таких количествах, которые вызывают состояние истощения у здоровых. Второе — в дисхронозе мы видим нарушение именно тех функций, которые изменяются алкоголем (эмоции, состояние сна — бодрствования).

Если судить поверхностно, то продромальное состояние при алкоголизме — пример того, как спиртные напитки хорошо влияют», «не вредят, если знать меру». Многие больные вспоминают период, когда спиртное «действовало хорошо», хотя не все могут объяснить, как именно. Этот период совпадает с продромом болезни.

Таким образом, продром алкоголизма отличается от < состояния злоупотребления высокой психофизической активностью и дисхронозом. При переходе от злоупотребления к продрому не меняется толерантность, но изменяется действие этанола. Те количества его, что казались ранее большими, теперь малы. Ведь малые, как мы помним, дозы требуются для получения стимулирующего эффекта. Кроме того, для продрома характерен синдром дезадаптации имеющий биологическое и социальное выражение. Эти качественные отличия от состояния здоровья свидетельствуют, что реактивность организма изменилась.

Частные признаки продрома: навязчивое желание усу-

губить опьянение интоксикацией, снижение, а порой и отсутствие чувства отвращения при передозировке, способность получать удовольствие от потребления спиртных напитков с утра и днем.

В будущем, несомненно, определятся различные варианты течения продрома, которые отразят личностные и биохимические индивидуальные свойства, помогут предсказать тот или иной тип течения болезни и, следовательно, определить выбор лечения и контроля за больными. Таким образом, продром может быть ценен прогностически. На данном этапе наших знаний мы можем говорить лишь о двух крайних типах развития продромального периода: высокопрогредиентном и малопрогредиентном. Это как бы две реки, несущие свои воды в одно море. Одна горная — быстрая, другая спокойная — равнинная.

Высокопрогредиентный продром интенсивен и короток. Для него характерно быстрое возникновение эмоциональных расстройств, которые сопровождают и само опьянение и проявляются в трезвые промежутки, а также избыточная направленность интересов на внешний мир и окружающих людей.

Опьянение быстро приобретает гротескный характер, с чрезмерным обнажением личностных особенностей. Больные стремятся к излиянию своих переживаний, к общению «по душам», вмешиваются в чужие дела, стараются привлечь всех и каждого к своим проблемам. Несмотря на сохранность эйфорического фона, они не «забавляют», не смешат, а вызывают раздражение неуместностью, бестактностью своих слов и действий. Опьянение здесь проявляется так, как при сформированном алкоголизме.

Вне опьянения сохраняется жизнерадостность и приподнятое настроение. Однако оно неустойчиво, а это еще один признак быстро наступающих эмоциональных рас-

стройств. Как в опьянении, так и в трезвом состоянии больные легко становятся задиристыми, грубыми, раздраженными. Даже в шутках, большей частью дерзких и неуважительных, проскальзывает жестокость. Но преобладающий фон — приподнятость и добродушие — быстро восстанавливаются.

Жестокость и снижение самоконтроля наводит на мысль об органическом поражении мозга. Однако этих людей отличает подвижность, переключаемость, неутомимость, что делает неправомерным такой диагноз.

Сниженный самоконтроль и расторможение побуждений, характерные для этого тина продрома, в сочетании с повышенной эмоциональностью ведут к частым конфликтам: ссоры в семье, задержание органами охраны правопорядка за шумное поведение, драку, доставка в медвытрезвитель.

В тех редких случаях, когда больных осматривали наркологи, диагноз не ставился, так как симптоматика алкоголизма отсутствовала. Но уже в то время они часто и регулярно пили, и то, что это не бытовое злоупотребление, можно было заподозрить по ряду признаков. О становлении болезни свидетельствовали: способность приема спиртных напитков в утренние и дневные часы, хорошее самочувствие и высокий фон активности. Несмотря на чрезмерность потребления, не всегда возникало отвращение при воспоминании о передозировке, присутствовала уверенность, что спиртное на пользу. По истечении нескольких месяцев рвотный рефлекс при передозировках исчезал, появлялось влечение с постоянными мыслями о спиртном, пьянство приобретало систематический характер. Длительность высокопрогредиентного продрома — не более года.

Малопрогредиентный продром труден для диагноза, ибо выражен неярко. Патологический характер потребления проявляется в его регулярности и в активизирующем эффекте алкоголя. Спиртные напитки принимаются в лю-

бое время суток и обязательно в вечерние часы с осознанной целью — взбодрить себя, поднять аппетит и работоспособность.

Особенно заметна такая мотивация у людей умственного труда. Перед тем как сесть за письменный стол, начать ответственное совещание, они принимают малую дозу крепкого напитка, чтобы «собраться», «выдержать». Считают, что спиртное не вредно, а напротив — полезно. Вредно, мол, другим, слабым, которые не знают меры и спиваются. С ними же, несомненно, успокаивают они себя, ничего дурного не произойдет. Такой человек, уверенный в своем самообладании, не видит в алкогольной поддержке, ставшей необходимой, своей слабости. Но поскольку существует незыблемое представление о социальных нормах трезвости, использует различные способы скрыть запах спиртного.

Впрочем, и без алкоголизации работоспособность вполне удовлетворительна.

Медленно текущий продром наблюдается у индивидуумов, имеющих силу воли и обладающих самоконтролем. Этот тип личности соответствует тому, для которого характерен и малопрогредиентный алкоголизм.

Личностными качествами, так же как и отсутствием влечения в трезвом состоянии, можно объяснить, что передозировки редки. Они возможны вечером в конце, а не накануне рабочей недели. В отпуске, на охоте, в командировке тоже допускается «перебор», если обстоятельства это позволяют. Здесь проявляется стремление «добавить», углубить опьянение, так как именно в состоянии интоксикации обостряется влечение. Рвотный рефлекс, чувство насыщения пока сохраняются. Отвращение наутро, анорексия — потеря аппетита, ухудшение общего состояния проявляются нерегулярно. Ночью бодрствование, днем клонит в сон. Длительность такого малопрогредиентного продрома до 10 лет и более.

На примере вялотекущего продрома видно, что социально-психологические факторы могут выступать как ограничители биологически-патологического процесса. Ведь контролируется и интенсивность и частота интоксикации.

Как проявление злоупотребления, так и продром зависят от микросоциальной «нормы» алкоголизации: «допустимости» количества, частоты при том или иной ситуации. Вероятно, что неискаженную, истинную скорость развития алкоголизма можно наблюдать лишь в условиях 'свободного выбора», когда нет внешнего контроля, а это и в современном обществе практически невозможно.

Влечение в трезвом состоянии отсутствует и прекратить потребление спиртных напитков в периоде продрома еще легко, но для этого нужны достаточно убедительные причины или изменившаяся ситуация.

Общее свойство продрома алкоголизма — повышение жизненной активности — еще раз показывает, что связь между пьянством и заболеваемостью нелинейна. В развитии ее наступает разрыв, когда при возрастающей алкоголизации заболеваемость снижается. Но травматические поражения в периоде продрома не исключаются. А преувеличение болезни и симуляция используются для прикрытия наступающей социальной дезадаптации.

Можно предположить, что бытовое злоупотребление — фактор отбора. Кто-то не выдерживает, и на этапе бытового употребления возрастает заболеваемость и смертность. Лица с хорошими конституциональными свойствами, пройдя этот «фильтр», продолжают злоупотребление.

На начальных этапах алкоголизма — в продроме и, как мы видим ниже, в первой стадии общесоматическое состояние остается благополучным. По мере же прогрессирования алкоголизма заболеваемость вновь возрастает. В зависимости от врожденной устойчивости систем организма к вредностям возникают те или иные нарушения. Таким образом, как это ни парадоксально звучит, больные

алкоголизмом в своем прошлом представляли наиболее здоровую часть той популяции, которая злоупотребляет спиртными напитками.

### **На краю обрыва...**

Вы замечали: можно долго стоять на краю обрыва, балансируя. Но стоит наклониться немного больше вперед — и назад уже хода нет — только падение. Так и с продромом: есть еще надежда удержаться, но уже сильна угроза свалиться...

Что же влияет на потерю равновесия?

От первой стадии алкоголизма продром отличается тем, что влечение к спиртному лишь начинает формироваться и проявляется слабо, только в определенных условиях. Еще существуют естественные ограничители интоксикации. Такие, как сохранность рвотного рефлекса и чувства насыщения в опьянении. Эмоциональная устойчивость наличествует, отсутствуют палимпсесты. Еще не выражены последствия хронической интоксикации, например астенический синдром (астения — по-гречески слабость, бессилие).

Но вот продром начинает переходить в первую стадию алкоголизма. Об этом качественном изменении говорит такой признак, как увеличение толерантности в 3 — 4 раза.

С ростом переносимости начинает запаздывать чувство насыщения, реже проявляются рвоты при передозировке. Становятся частыми тяжелые опьянения. Эмоциональный подъем в это время чередуется со вспыльчивостью, раздражением, стремлением указывать окружающим на недостатки. Состояние напоминает слабовыраженный синдром гневливой мании. Эпизодически возникают палимпсесты. Наутро даже после чрезмерной передозировки уже нет отращения к спиртному, причем сохраняется удовлетворительное самочувствие и способность — уже безусловная! —

алкоголизироваться. Отсутствие аппетита по утрам теперь постоянное.

На этом этапе начинается противодействие среды: попадание в медицинский вытрезвитель, приводы в милицию, конфликты с семьей. Утяжеление пьянства объясняется формирующимся влечением. Теперь оно может появляться и в трезвом состоянии — нужно лишь, чтобы возникла ситуация. Возрастание тяги не только приводит к учащению и утяжелению опьянений, но и снижает критику к обстоятельствам и лицам, включенным в алкогольный эксцесс.

Таким образом, растущая толерантность и связанные с ней симптомы, а также формирование влечения обуславливают развитие первой стадии алкоголизма.

Устанавливая сроки развития алкоголизма, продром не учитывают. Период, в который его можно «втиснуть», начинается на этапе систематического злоупотребления и заканчивается появлением первых симптомов заболевания. В целом же длительность продрома не определена и будет оставаться неясной до тех пор, пока наркологи не начнут фиксировать этот этап.

Можно предполагать, что продром алкоголизма длителен, как это вообще свойственно хроническим заболеваниям. Быть может, протяженность его варьируется, как и сроки становления других этапов алкоголизма. Факторы-ускорители, такие, как патология личности, возраст, экзогенные, лежащие вне организма, дополнительные вредности, сокращают и течение продрома во времени. Спонтанное, без постороннего воздействия, развитие процесса или внешний толчок также способны резко перевести болезнь на следующий этап.

По наблюдениям Портнова, у психопатической личности становление алкоголизма происходит скорее. В последних исследованиях отечественных ученых психопатии оценивалась дифференцированно. Т. А. Небараква,

Н. Н. Иванец, Л. Л. Игонин выявили, что алкоголизм быстро формируется при истеровозбудимом типе психопатии. И. Г. Ураков, ретроспективно оценивая темп развития этого заболевания, обнаружил значительную скорость процесса у лиц с плохими адаптационными способностями. По данным Л. А. Курилко, у людей с пассивно-оборонительными реакциями, сниженным энергетическим потенциалом, склонных к психастеническим реакциям, проявляющихся в нерешительности, боязливости, мнительности, наблюдается злокачественный тип алкоголизма. Люди с агрессивно-оборонительными реакциями, с тенденцией к депрессивно-дисфорическим настроениям испытывают релаксирующий эффект опьянения, и течение алкоголизма у них умеренное. Таким образом, скорость развития болезни, а значит, и сжатость продрома определяются не только явственной патологией, значительными отклонениями, но и индивидуальными особенностями, не выходящими за границы нормы, но имеющими определенную биологическую базу.

Роль возраста в скорости формирования алкоголизма особо наглядно выступает в случаях раннего заболевания. Пьянство вызывает у подростков быстрое развитие яркой клинической симптоматики без периода продрома.

Отсутствие продрома при раннем алкоголизме заставляет иначе смотреть и на клинику болезни позднего возраста.

Известны случаи, когда полностью сформировавшийся алкоголизм ослабевал с наступающим старением: гасло влечение, урежалось потребление, снижалась толерантность. Падение последней выражалось не только в тяжелом опьянении, но и в чувстве насыщения...

Время начало патологии, которую впервые обнаруживают в старческом возрасте, в наркологии, в психиатрии и во многих других дисциплинах определяется предположительно.

Порой пациент и его близкие утверждают, что пьянство началось с выходом больного на пенсию. Но тяжесть симптоматики заставляет нарколога сомневаться в этом. Ведь нельзя исключить, что злоупотребление было тайное и длилось десятилетиями. Однако отсутствие продрома у подростков, сжатые сроки развития болезни заставляют допустить, что подобное возможно и в старческом возрасте.

С увеличением во всех экономически развитых странах продолжительности жизни, а значит, и доли пожилых среди населения в целом знание особенностей развития и течения алкоголизма в этой группе приобретает все большее значение.

### **Первая стадия — начало болезни**

Прежде всего о клинике заболевания. основополагающим признаком первой стадии, отличающим ее от предыдущих этапов — злоупотребления и продрома, является влечение. Если в продроме зачатки его выступали в опьянении, причем нерегулярно и слабо, то теперь влечение будет проявляться достаточно ясно в любом состоянии. В периоде продрома сам пьющий мог подавить желание углубить интоксикацию и прекратить дальнейший прием спиртных напитков. Этому способствовало то обстоятельство, что одновременно с влечением к углублению опьянения наблюдалось чувство насыщения — уровня достигнутой интоксикации хватало и дальнейшее питье вызывало рвотную реакцию.

В первой стадии заболевания уже практически невозможно подавить желание «добавить». Его приостанавливают только ситуационные препятствия. Бывшие ранее биологические ограничители — насыщение и рвотная реакция — в начале болезни уже отсутствуют. Вместе с тем толерантность не выросла по сравнению с той, какой она

стала при переходе от продрома к первой стадии.

Во многих наркологических исследованиях именно поломка защитных реакций рассматривается как условие, открывающее «шлюз» дальнейшему росту толерантности. Более же тщательный анализ даст возможность вскрыть в границах болезни иную последовательность. Мы уже видели, что вначале поднимается толерантность, затем отказывают такие защитные ограничительные реакции, как чувство насыщения и рвота. Поскольку возрастание переносимости алкоголя происходит одновременно с ростом влечения, стимулом увеличения дозы до степени, превышающей защитные способности, можно считать именно влечение, а не просто привыкание к достигнутому уровню яда. Это в какой-то мере согласуется с тем, что рост толерантности отражает угасание эйфорического эффекта, а стремление вновь и вновь его получать — остается. Влечение становится двигателем болезни.

Вывод, который следует из этих фактов: рост толерантности не может рассматриваться только как биохимическая проблема, в отрыве от наркоманических психологических мотивов. Искажение закономерности развития процесса само по себе служит признаком патологического состояния и может рассматриваться как симптом.

Влечение в состоянии опьянения в первой стадии выражено интенсивно. Практически каждый прием спиртного заканчивается глубоким опьянением — ведь количественный контроль утрачивается. Это происходит при превышении некоторого — индивидуального для каждого — уровня интоксикации. Вольные, чтобы избежать неприятностей, принимают спиртное в таких условиях, когда можно не думать о воздержании. В анамнезе началу алкоголизма соответствует период регулярных тяжелых опьянений, сопровождающихся выпадениями из памяти отдельных эпизодов или моментов.

Мысль о некотором самоограничении, которая иногда

возникала в продроме, здесь, несмотря на возросшую интенсивность злоупотребления, практически отсутствует. Она подавляется растущим влечением, хотя и не всегда осознаваемым.

В трезвом состоянии у больного оно пока еще выражено в меньшей степени, чем в опьянении, сопровождается борьбой мотивов «пить — не пить», достаточно легко подавляется в неподходящих условиях, пьянство учащается, если пет препятствующих ситуаций. Появляется множество предлогов для выпивки, даже если она не к месту и не ко времени. Больные используют малейший повод, чтобы собрать гостей, «надо отомстить», съездить за город с вином и т. п. Побуждают жену устраивать воскресный обед, приглашать родственников, покупать вино, «чтобы не осудили». Таким образом, один больной алкоголизмом формирует алкогольную среду, ставит людей в зависимость — необходимость ответных угощений. Выполнение домашних обязанностей также связывается с поощрением спиртным: «поставишь бутылку — сделаю», «сто граммов нальешь — схожу» и т. д.

Мысли заняты алкоголем. Предвкушение выпивки вызывает подъем настроения и повышение активности. Если же она срывается, то появляется недовольство, раздражение, неудовлетворенность.

Иногда влечение выражено незначительно, и «активизируется» оно при возникновении провоцирующих ситуаций. Для синтонного и неустойчивого типов личности этими факторами является семейно-бытовые и производственные, а для астенического и возбудимого — индивидуально-психологические.

Вначале, пока не упрочилась самодовлеющая роль влечения, добавочная мотивация, бесспорно, имеет значение. Однако развившееся влечение, даже если оно выражено

неинтенсивно, снижает возможность внешнего контроля за злоупотреблением, в том числе и со стороны семьи.

Возникшее влечение меняет внутренний мир больного и искажает психические процессы, такие, как мышление, восприятие и оценки. Это — один из ранних его показателей. Сходное мы наблюдаем у человека под действием сильных эмоций. Спиртное становится мерилom отношения к окружающему миру, оценки событий, своих и чужих поступков. Все, связанное с опьянением, окрашивается в розовые тона, снижается критика к собутыльникам, обстоятельствам, условиям алкоголизации. Положительно начинают оцениваться те, с кем пьют, кто угощает, у кого можно собраться, занять денег. Все, что препятствует опьянению, вызывает неудовольствие. Это пока колеблющиеся настроения и отношения. Но они — прообраз той картины в черно-белых красках (т. е. только «черное» или только «белое», лишь приятие либо полное отрицание), которая свойственна больным с упрочившимся влечением.

Происходит переоценка ценностей, переориентация личности. Друг теперь — собутыльник, интересная компания — там, где пьют, добрый человек — тот, кто даст деньги на водку. Семья рассматривается как бремя и препятствие к пьянству. Межличностные отношения формируются на базе этих искаженных чувств симпатии — антипатии.

Потребность привести себя в состояние опьянения постепенно становится ведущим, смыслообразующим мотивом поведения. Она начинает вытеснять все другие желания. Особо ярко это проявится в последующем течении болезни. Скажем, чтобы заставить алкоголика действовать, ему надо пообещать выпивку. И тогда разителен контраст между возникшим энтузиазмом и предшествующей вялостью и безразличием.

В первой стадии болезни пока еще существенны неалкогольные удовольствия. И все же на передний план выступает поиск радости от опьянения, «пьяное счастье», и если

возникает необходимость выбора — предпочитается именно оно.

Психическое влечение в трезвом состоянии иногда может быть удовлетворено и другими, нежели алкоголизация, способами.

Небезынтересно такое наблюдение: после лечения, в ремиссии, больные с удовольствием начинают пить крепкогазированную воду, что можно оценить как насыщение путем раздражения оральной зоны. Нельзя также не обратить внимание на склонность некоторых лиц к неалкогольным напиткам в бутылках. Количество выпиваемой при этом жидкости (с ритуалом открывания бутылок, разливом и пр.) превышает потребности организма. И это заставляет подозревать замещающую роль такого питья.

Несколько слов о терминологии. Названия «обсессивное», «психическое» влечение, к которым, надеемся, читатель уже привык, были предложены А. А. Портновым. Они достаточно полно характеризуют неустойчивый, двойственный, с борьбой мотивов, характер влечения. Название «психическое» влечение, казалось бы, не совсем правомерно, оно тавтологично. Любое влечение — явление психическое. Но это определение позволяет дифференцировать обсессивное влечение от компульсивного, «физического», сопровождающегося телесной вегетативной симптоматикой, которое появится позже...

Устанавливая влечение, мы не можем всегда считать достоверными косвенные признаки. Так, мы не можем ко вкусовой рефлекс, обязательный для больного алкоголизмом (оживление, выражение удовольствия на лице, причмокивание и проглатывание слюны при упоминании о спиртном), наблюдать и в продроме алкоголизма и на этапе бытового пьянства. Более того, при достаточно жизнерадостном складе характера, приподнятом настроении, в соответстви-

ющей компании он возникает и у здорового человека. Этот рефлекс лишь отражает память об алкогольной эйфории, что знакома и малопьющим.

Для доказательства влечения недостаточно самого факта злоупотребления. Важно, что обсессивное влечение в опьянении проявляется передозировками, то есть потерей количественного контроля. В трезвом состоянии у таких больных оно подтверждается тем, что пьянство продолжается, несмотря на возникшие к этому времени последствия, конфликтные ситуации.

Еще одно доказательство наличия влечения — существование системы защиты злоупотребления. Этой защиты на этапе бытового пьянства нет: человек обычно испытывает чувство вины после эксцесса. На этапе продрома при чрезмерных передозировках также возникает желание объяснить и извинить происшедшее хотя бы случайным стечением обстоятельств. И в том, и в другом случае передозировки не отрицаются.

С началом болезни, а значит, с появлением влечения пациент начинает скрывать эксцессы. Наиболее упрощенный вариант — отрицание, ложь, преуменьшение количества выпитого. Влечение приводит к построению системы психологической защиты. Правда, слово «система» здесь не совсем подходит.

Не рациональность, а эмоциональность мышления, что также определяется влечением, делает эту защиту нелогичной и тем самым разоблачающей. Так, больной, стараясь доказать, будто он малопьющий, утверждает, что если захочет, то может не пить неделю, две недели, месяц. По существу, даже если этому поверить, само утверждение есть доказательство злоупотребления за пределами воздержания. Впрочем, способы защиты непоследовательны. Они каждый раз меняются и каждый раз оказываются недостаточными. Это может быть ссылка на других людей, которые пьют больше или чаще, на различного рода обсто-

яательства. Больные ссылаются на не относящиеся к данной ситуации общие положения — святость дружбы, невозможность не исполнить приказ начальства и т. д. Такие доводы обычно используют дети. Например, объясняя плохую школьную отметку тем, что у соседа по парте отметки еще хуже. Для близких противоречивость, малоубедительность такой инфантильной защиты становится ясной очень скоро.

На этом этапе начинается «вытеснение» истинных причин происходящих неприятностей. Каждый раз оказывается виноватым кто-то другой — придирчивый, чрезмерно требовательный, несправедливый. Обращает на себя внимание, что с формированием влечения утрачивается чувство вины. Больные алкоголизмом, даже в депрессивных состояниях, занимаются самообвинением крайне редко. Эти данные, полученные методом психологического тестирования, противоречат расхожему мнению, будто алкоголик, протрезвев, становится «очень хорошим», стремится загладить вину, услужить, что-то сделать по дому и пр. Не боится ли он наказания?

С началом заболевания формируются цинизм и бесстыдство, о чем писали еще такие крупные ученые, как Э. Крепелин и И. А. Сикорский. Способность к критической оценке своего поведения постепенно, с развитием влечения, подавляется. Самооценка находится в прямой зависимости от желания оправдать пьянство.

В опьянении у больного первой стадии сохраняется способность к целенаправленной деятельности, а также хороший аппетит и другие функции жизнедеятельности. Однако больные часто сами подавляют желание поесть, чтобы спиртное действовало сильнее и скорее. Сон короткий, но глубокий, самочувствие наутро хорошее.

Новое качество состояния опьянении — лабильность, подвижность эмоционального фона. Снижение эмоциональ-

ной устойчивости началось с переходом продромального состояния в первую стадию болезни, одновременно с ослаблением рвотного рефлекса и чувства насыщения D опьянении. В начале алкоголизма эти признаки окончательно оформляются. Пока еще в гамме чувств, ощущаемых в опьянении, нет депрессивных переживаний, тоски и пр. Эмоции достаточно активны, энергетически насыщены. Это касается как радости, благодушия, так и недовольства, раздражительности. Преобладающий фон — положительные ощущения, которые перемежаются быстро возникающими и скоропреходящими отрицательными. Конфликтность в опьянении, появившаяся с утратой эмоциональной устойчивости при переходе к первой стадии, остается высокой.

Несмотря на то, что наутро после эксцесса самочувствие хорошее и работоспособность, казалось бы, высокая, появляются другие тревожные признаки, которые говорят о дальнейшем развитии болезни.

Теперь по утрам отсутствует аппетит. И некоторые пациенты объясняют свое утреннее и дневное питье необходимостью подкрепиться. Работа утомляет, внимание отвлекается. Рабочие часы тянутся невыносимо долго. Вместо выполнения трудовых обязанностей — хождение с места на место и пустые разговоры. У работников умственного труда при такой сохраняющейся активности вы заметите некоторую бестолковость, которая маскируется энтузиазмом и хорошим настроением. К концу дня отчетливо ощущается усталость, что опять же служит оправданием для приема спиртного.

В течение первой стадии алкоголизма, также, как и в продромальном периоде, выделяются две формы: медленнотекущие и быстротекущие формы болезни. Различить их можно по эмоциональным особенностям и поведению в опьянении.

При высокопрогредиентном течении первой стадии опьянение гротескно и обнажает личностные черты. Успокаивающее, седативное действие, так же как и эйфорическое, выражено слабо. Нередко тоскливое настроение, со слезами, с сетованием на несправедливость жизни. Еще чаще опьянение сопровождается приступы злости, агрессивность. Быстро утрачивается контроль за поведением со всеми вытекающими из этого социальными последствиями.

Колебания настроения вне опьянения создают неверное впечатление, будто бы пациент злоупотребляет в силу эмоциональных нарушений. Если в анамнезе не будет установлена связь начала эмоциональных расстройств со злоупотреблением, возможна диагностическая ошибка: отнесение больного к психопатически неустойчивому типу.

При высокопрогредиентном типе, кроме наркоманической симптоматики, ярко выражены вегетативные реакции на интоксикацию и ранние расстройства функций вегетативной нервной системы. Вытрезвление сопровождается головными болями, неясностью «в голове», приступами озноба и жара, массивным потоотделением, чувством разбитости, тяжестью в конечностях, нарушением координации движения, вестибулярно-мозжечковыми расстройствами.

Эта картина сходна с абстинентным синдромом, однако прием спиртного самочувствия не улучшает и лишь в некоторой степени «облегчает» душевное состояние.

Рано наступают расстройства аппетита и сна. Аппетит в состоянии опьянения исчезал еще в периоде продрома, и в первой стадии он отсутствует и наутро после опьянения. Появляется отвращение к пище, связанное с алкогольными эксцессами. Сон становится прерывистым. Через два-три часа после засыпания опьяневший пробуждается, встает, начинает ходить. Утверждает, что наступило утро, и будит домашних. Заводит с ними разговор на общие темы. Иногда ночной сон прерывается кошмарами или приступами

голода и жажды. В то же время для таких больных характерна периодическая сонливость. Они погружаются и дремоту в неподходящих условиях, в дневное время.

В силу всех этих субъективно и объективно тяжелых последствий алкоголизма возможны перерывы, что внешне может выглядеть как благоприятный признак. Однако именно тяжесть опьянения и вытрезвления свидетельствует о злокачественности болезни. Скорое появление новых наркоманических симптомов подтверждает это.

Длительность быстротекущей злокачественной формы первой стадии алкоголизма 1—3 года.

Вялотекущая начальная стадия алкоголизма, так же как и вялотекущий длительный продром, не имеет ярко выраженной симптоматики.

Основная отличительная черта — высокая сохранность контроля злоупотребления самим заболевшим, несмотря на наличие влечения. Определяется это личностью больного, сохранением самообладания в опьянении. На фоне общей активности эйфорические и успокаивающие эффекты сильно ощутимы. Эмоциональный фон остается ровным. Благодушие и опьянении в сочетании с контролем над своим поведением делает эту группу больных даже приятной в общении. Они располагают к себе приветливостью, веселостью. Примечательно, что рост толерантности здесь может быть очень высоким.

Сопоставление вялотекущей с быстротекущей первой стадией, когда переносимость бывает небольшой, говорит о том, что тяжесть и скорость развития заболевания определяется не только фактором интоксикации. Вопрос прогредиентности решается на уровне биохимической индивидуальности.

В случае же внезапной болезни, скажем инфекционной, или воздействия каких-либо внешних вредностей высокая индивидуальная выносливость может резко снизиться, и первая стадия алкоголизма примет злокачественный ха-

раκτηр. Тем, кто обольщается, уповая на крепость своего здоровья, над этим стоит задуматься.

При малопрогрессирующей первой стадии обращает на себя внимание высокая активность таких биологических функций, как сон, аппетит, половая деятельность. Причем прекрасный аппетит сохраняется долго. По утрам после эксцесса больные могут съесть много белковой и жирной пищи — печень пока еще хорошо работает. Нет чрезмерной жажды. Сон без сновидений, глубокий.

Ранние расстройства сна, так же как появление симптомов тревожности, говорит о том, что в будущем возможны психотические осложнения алкоголизма.

При вялотекущем начале болезни сохраняется критическое отношение как к собственному злоупотреблению, так и ко всему, что связано с ним. Будучи уверен, будто спиртное лично ему не вредит, больной отдает себе отчет в том, что количество выпитого им чрезмерно. Такие пациенты преуменьшают размеры потребления, маскируют его. Для этой группы характерна определенная лживость, что расценивается порой как «нравственное снижение» — суждение ошибочное, так как ложь связана только с алкогольной тематикой. Изменения личности при таком течении болезни наступают позже.

Развивающийся алкогольный астенический синдром более полно выступает при стационарном обследовании, когда есть возможность объективно выявить признаки вегетативных расстройств, сопровождающих его. В продроме, как мы видели, астенический синдром отсутствует. Специфичность этого синдрома проявляется и в течение сна. Причем если при астеническом, неалкогольном неврозе пациент долго не может заснуть и поздно просыпается, то при алкоголизме, наоборот,— быстро засыпает и рано пробуждается. Добавим к этому, что сон в начале болезни глубже (Г. П. Колупаев).

Иногда при астеническом синдроме больные алкоголизмом пытаются снять на время неприятные ощущения приемом малых доз спиртного, что нередко служит толчком к следующему алкогольному эксцессу.

Здесь следует вспомнить, что первая стадия, так же как и продром, этап алкоголизма, который начинается после длительного злоупотребления. Поэтому появление астенического синдрома уже после начала хронической интоксикации — явление необычное. Примеры отравления другими веществами свидетельствуют, что неалкогольная астения наступает куда как быстрее. Это первая неспецифическая реакция на отравление. Запоздывание астенического синдрома при алкоголизме говорит об адаптивном действии этанола. Потому-то этап преалкоголизма и представляет особый вид продрома. Гиперадаптивная симптоматика — повышено психофизической активности как следствие злоупотребления сочетается с дезадаптивной — искажение реактивности, дисхронозом, как это свойственно продрому при прочих заболеваниях.

В первом стадии алкоголизма дисхроноз выражен так же, как в продромальном периоде, но начинает проступать зависимость циклов активности и эмоционального подъема от ритма «опьянение — трезвость». Это становится нагляднее, если пьянство приобретает периодичность, которая в это время, когда влечение постоянно, определяется только внешними факторами: отсутствие или наличие денег, бесконтрольность или ответственная ситуация-

В тесной связи со сказанным выше стоит такое проявление болезни, как повышение чувствительности к перегрузкам, чего не было в периоде продрома и что в дальнейшем приведет к тому, что самые обычные повседневные обязанности станут тяжелы. Кроме того, если раньше изменение режима, смена работы, климатической зоны переносились легко, то теперь это затруднительно.

Уже в начале болезни у пациента появляются некоторые характерные внешние признаки: появляется неопрятность в одежде и в быту. А затем он, пытаясь закамуфлировать злоупотребление, становится чрезмерно подтянутым и чистооплотным. Лицо приобретает розовый оттенок (в опьянении он более яркий). Оно будто бы «полнеет», так как в тканях задерживается жидкость. Утрачивается ясность окраски радужной оболочки, как бывает при раздражении печени. Волосы тускнеют. Пряди взлохмачены, топорщатся в разных направлениях. Этот новый симптом вызван избыточной симпатической стимуляцией и при воздержании исчезает в течение нескольких дней. Такая характерная «прическа» будет у больного и в дальнейшем — во второй стадии заболевания. Разлитый розовый оттенок кожи со временем перейдет в застойную красноту или бледность, на фоне которой проступит сеть мелких сосудов. Наиболее примечательны в лице — припухлость, обеднение мимики и обвисание нижней губы. Но это явным станет уже ближе ко второй третьей стадии болезни.

Голос в начале алкоголизма делается громче, жестче, утрачивает мягкие интонации. Модуляция его ограничена, так как исчезают эмоциональные обертоны. Речь избыточно экспрессивна, но подбор слов затруднен. Обороты речи стереотипны. Когда больной питается сосредоточиться, интеллектуально мобилизоваться, эти нарушения возрастают.

Первая стадия алкоголизма отличается от продромального периода новым качеством — отказом защитных механизмов при передозировке и устойчивым обсессивным, психическим влечением и в опьянении, и в трезвом состоянии. Как и в продромальном периоде, постоянно повышена психофизическая активность, но при этом и нерпой стадии переносимость более высокая, а в опьянении эмоциональная устойчивость утрачивается. В симптоматике дисхроноза появляется некоторая система, наглядная в случае перио-

дического, а не систематического потребления — начинают формироваться ритмы, связанные с периодичностью приема спиртного. Появляется симптоматика астенического синдрома.

Частные признаки нерпой стадии — утрата количественного контроля, выпадения памяти, отсутствие аппетита по утрам, снижение критики, которую полностью вытесняет психологическая защита пьянства. Состояние в начале алкоголизма определяется синдромами измененной реактивности и психической зависимости.

А теперь обобщим все, что мы рассказали о начале болезни — периоде продрома и первой стадии алкоголизма.

Патология состояния наиболее ярко проявляется в опьянении. Оно уже включает ряд так называемых опережающих симптомов, которые должны появиться позже, на следующем этапе болезни. Чем это опережение больше, тем быстрее формируется заболевание.

Продром имеет свою особенность: в случаях передозировки возникает клиника опьянения и вытрезвления, которые характерны не для последующего, а для предыдущего этапа. Помните, это обилие признаков отравления. Достигнутый к этому времени уровень толерантности не в состоянии еще компенсировать тяжесть передозировки.

Скорость развития алкоголизма определяется массивностью атаки на организм: частоты и количества принимаемого алкоголя. Зависит она от социально-психологического, индивидуального контроля и самоконтроля. Самая мощная атака бывает в случаях отсутствия этих видов контроля. Однако наличие двух вариантов течения — быстрого и вялотекущего — указывает на то, что период формирования болезни во многом связан с индивидуальны-

ми особенностями человека. Какими — пока не известно.

В ряду признаков, способствующих ускорению алкоголизма, на первом месте стоит влечение — оно оказывается наиболее сильным движущим механизмом в его развитии. Меньшее значение имеет уровень толерантности на данный момент.

На всем протяжении алкоголизма прослеживается определенная динамика активизирующего и седативного эффектов этанола, что, так же как и сочетание этих эффектов, определяет поведение больного, симптоматику, имеющую социальное значение. О продромальном периоде на первой стадии она может и не иметь в социальном смысле заметных последствий.

Постепенное снижение седативного эффекта в процессе болезни определяет дезорганизацию поведения в опьянении и эмоциональную неустойчивость. Активизирующий эффект при этом сохраняется, чем и объясняется агрессивное поведение. Он же способствует утрате продуктивности в работе.

Дальнейшее углубление этих особенностей и рост влечения к алкоголю в следующей, второй стадии лишает человека возможности владеть своим поведением. Происходит ценностная переориентация. Все это делает больных на второй стадии болезни ограниченно дееспособными.

Больной оказывается в хмельном плену...

### Вниз по лестнице...

Показателем перехода первой стадии во вторую служит ряд признаков. Снижается способность к продуктивной работе в опьянении. Эйфорический эффект укорачивается и менее выражен. На фоне эмоциональной неустойчивости опьянения с легкой возбудимостью, раздражительностью и отходчивостью возникают картины дисфории с застойной

злостью, придирчивостью. Многим знакома и страсть алкоголиков к монологам. Опынению сопутствует отсутствие аппетита. Влечение все больше становится неуправляемым — импульсивным. Теперь уже обстоятельства не могут остановить потребность усилить интоксикацию. В трезвом состоянии влечение остается обсессивным, но возникает спонтанно, в большинстве случаев не нуждаясь со внешней провокации. В определенной микросреде, где осуждают злоупотребление, больной переходит к тайному пьянству, при этом вырабатывается навык скрывать опьянение. Толерантность возрастает в 4-5 раз, и, выпив большое количество спиртного, больной утверждает, что принял рюмку-другую. Неспециалисту теперь бывает трудно определить степень опьянения. Потом, в третьей стадии, утратится и это «умение», снизится также и толерантность. Опынение будет бросаться в глаза, особенно так называемая дефицитарная симптоматика: уровень сознания, аффе́кты, речь, нарушение координации.

Вне опьянения самочувствие ухудшается, активность падает. Но утрам отсутствует аппетит и возникает потребность повысить тонус душем, крепким чаем, кофе. Сон становится тяжелым. Приступы ночного голода и жажды делают его прерывистым. Вольной пробуждается по-прежнему рано, но теперь с ощущением, что не отдохнул, в плохом настроении. Дисфории опьянения и нарушения сна свидетельствует, что успокаивающее действие этанола снижается.

Признаками перехода от первой ко второй стадии алкоголизма некоторые ученые считают короткие, в 2 — 3 дня, запои, приуроченные к концу недели, получению зарплаты, к каким-либо торжествам. Отмечается также интенсивное, не только ситуационное, но и спонтанное первичное влечение, быстро проходит эйфорический эффект от спиртного, а неприятные ощущения и опасные симптомы опьянения, наоборот, усиливаются. Провалы памяти

уже не редкое явление, а постоянное. При этом начинается формирование абстинентный синдром, появляются наглядные психопатические изменения.

Для клиники второй стадии характерны не только синдромы измененной реактивности, психической зависимости, но также синдром физической зависимости и синдром последствий хронической интоксикации.

При сохранении достаточно высокого уровня активности в опьянении вне этого состояния психофизический тонус оказывается низким. Какие-либо другие источники радости и удовольствия померкли. Хорошее психическое и физическое самочувствие возможно лишь в опьянении. Только при стимуляции алкоголем восстанавливается аппетит, сон, половая деятельность. Динамическое постоянство внутренней среды и устойчивость основных физиологических функций организма (алкогольный гомеостаз) устанавливается при условии постоянного приема спиртных напитков. Как сигнал, что настала необходимость восстановления алкогольного гомеостаза, возникает влечение к интоксикации в трезвом состоянии, а как спонтанная попытка восстановить его — абстинентный синдром. Для этого необходим этанол, что и определяет патологический смысл абстинентной симптоматики. Впрочем, синдром похмелья, как и интоксикация, имеет общую направленность — активацию.

Во второй стадии у трезвого тонус снижен, но и в опьянении, когда он поднимается, качество деятельности оказывается утраченным. Суетливость заменит обычную для здорового человека активность. Продуктивная деятельность уже невозможна, даже после приема спиртного. Теперь действия опьяневшего беспорядочны, энергия его быстро истощается. Эти особенности выявляются в некоторых психологических экспериментах. Так, рисунки пьяных — это хаотичные штрихи, которые отражают депрессию и снижение сознания. В опьянении наиболее яр-

ко выступает нажитым к этому моменту болезни дефект и проглядывает уже симптоматика следующего этапа. Быстро возникая, столь же быстро исчезают импульсы к активности и движению. Пьяный способен выполнять только неквалифицированную работу, и то неудовлетворительно.

При углублении опьянения — а к концу дня это становится правилом — слабеет связь с реальностью. Больной теперь погружен и себя, и только сильные раздражители привлекают его ускользающее внимание. Жизнь в опьянении оказывается самодостаточной.

Небезынтересно, что на разных этапах развития болезни компании пьющих также имеют свои характерные особенности. Алкоголики второй и третьей стадии собираются, чтобы вместе выпить, но их совместное пребывание кратковременно. Они уже не единая шумная компания с общими решениями и действиями, сидящая во дворе, в квартире или гуляющая по улице. Теперь они собираются только на время приема спиртного, чтобы тут же «погрузиться в себя». Утрачивают чувства симпатии, доверия, которые ранее были по отношению к собутыльникам.

Отрешенность от реальности становится явной и в трезвом состоянии, проявляясь в узости и слабости восприятия, в сужении круга интересов, в пренебрежении трудовыми и семейными делами. Теперь больного необходимо контролировать и принуждать, чтобы заставить хотя бы частично выполнять свои обязанности.

Наступившие изменения пьющий не осознает в полной мере. Так, нарушение семейных взаимоотношений, оценка которых не требует высоких интеллектуальных данных, он рассматривает как цепь частных недоразумений, как следствие проступков жены.

Основа описанного состояния — наступление энергетического истощения, надвигающаяся энцефалопатия и

дисфункция всех систем. Это характерно для второй и третьей» стадии болезни. На третьей стадии, кроме различных поражений нервной системы и внутренних органов, происходит деградация личности, выражающаяся в алкогольном слабоумии, разрушении человеческой сущности.

### **Чтобы подавить влечение...**

Роль вегетативной нервной системы в нашем организме громадна — она участвует в регуляции деятельности внутренних органов, в частности сердца. Как мы знаем еще из школьных учебников, она делится на симпатическую и парасимпатическую.

Первая активизирует процессы, связанные с распадом энергии, вторая активизирует процессы пополнения энергии и веществ.

Этанол, оказавшись в организме, начинает «хозяйничать» и в вегетативной нервной системе, нарушает, искажает сложившееся в процессе эволюции функциональное гармоническое равновесие.

Если начало заболевания, продром и первая стадия характеризуются состоянием напряжения симпатической и парасимпатической систем, их высокой реактивностью, скоростью и насыщенностью ответов, то с течением первой стадии парасимпатическая реактивность слабеет. Во второй стадии видима высокая напряженность преимущественно симпатической системы. В третьей стадии наблюдается истощение и симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Распространено мнение, что болезнь начинается с похмелья, с момента, когда рюмка но утрам улучшает самочувствие. (Вспомним пословицу: не за то отец сына бил, что пил, а за то, что похмелялся.) Так ли это? Давайте разберемся.

Степень сохранности и степень истощения тон или иной системы объясняет и характер ответной реакции организма больного на алкоголь — симптомы опьянения и симптомы острых состояний в течении алкоголизма. Для продрома и первой стадии, как мы уже знаем, характерна гармоническая картина активации в опьянении, для второй стадии — чрезмерность симптоматики возбуждения, для третьей стадии — слабое возбуждение в опьянении, ограниченное умеренной тонизацией. Непреодолимое влечение и абстинентный синдром появляются во второй стадии алкоголизма. Эти признаки болезни, как и рецидив влечения к спиртному в ремиссии, как и острый алкогольный психоз, представляют несбалансированное интенсивное возбуждение симпатической системы. В третьей стадии, в связи с наступившим и симпатическим истощением, абстинентный синдром представлен вялой картиной — анэргией, депрессией. Ресурсов для насыщенных, сильных реакций уже нет. Для третьей стадии алкоголизма характерны не острые психотические синдромы, а затяжные, хронические, также с вялой симптоматикой, которые, как, например, галлюциноз, отражают органические мозговые расстройства или мозговую декомпенсацию.

Такую же направленность изменений мы можем видеть в любой функциональной системе алкоголика. Активизация углеводного обмена, высокие цифры гинергликемин и инсулина наблюдаются в первой стадии алкоголизма; во второй стадии происходит снижение показателей, истощение инсулярной функции. Аналогичную динамику — активизация и истощение — имеют анимальные, «животные» функции — аппетит, сон, половая деятельность.

Здесь надо отметить, что в условиях хронической алкоголизации нарушаются связи между системами центральной регуляции вегетативных функций (гиппокамп, гипоталамус) и системами периферической автономной активности. Следовательно, в процессе заболевания происходит

смена функциональных иерархических уровней, их перестройка, снижение.

Состояние вегетативной регуляции можно рассматривать как способ функционального сопротивления интоксикации, который постепенно утрачивает свою надежность.

Анализ клинических изменений с этой точки зрения показывает определенную их этапность. Напомним их последовательность. В продроме мы видим полную компенсацию воздействия — хорошее самочувствие, высокую сопротивляемость. Вегетативная дистония, токсические явления после передозировки легко спонтанно устранялись. Эта самокомпенсация свидетельствует о хорошем балансе, компенсаторной сохранности. Выраженная вегетативная дисрегуляция — плохой прогностический признак.

Первый симптом снижения компенсаторных возможностей — появление влечения, пока слабого, подавляемого, психического. Влечение свидетельствует о жажде интоксикации для сохранения высокой активности биологически активных веществ, участвующих и передаче нервных импульсов. Это новое алкогольное постоянство и устойчивость физиологических функций — гомеостаз — можно усмотреть, как мы уже знаем, в первой стадии болезни. Формируется иной циркадный ритм, не действуют защитные от передозировки механизмы. Об ослаблении компенсаторных возможностей свидетельствует уже только желание выпить, по и астеническая симптоматика. После чрезмерных передозировок труднее выравнивается состояние. Утрачивается эмоциональная гармония в опьянении, подавляется избыточная возбудимость. Однако в целом остается высокая активность и хорошее самочувствие, сопротивляемость. Состояние повышенного обмена веществ сохраняется, а с ростом переносимости обмен веществ станет еще интенсивнее. Но активность парасимпатической системы слабеет. Ослабление одной составляющей — реактив-

ности парасимпатической системы — вызывает симптом влечения, желаниа алкогольной стимуляции.

Следующий этап — дальнейшее снижение компенсирующих систем — появление непреодолимого влечения. Это уже не желание, а необходимость алкоголизации. По существу, это свидетельствует о поломке механизма компенсации. Об этом же говорят такие признаки, как невозможность хорошего психического и физического самочувствия вне алкоголизации, наблюдающаяся у больных второй стадии алкоголизма. Новый алкогольный гомеостаз полностью образован. Все в организме работает только в условиях наличия этанола. Алкогольный фон становится необходимым. Потребление спиртного утрачивает связь с какими-либо внешними факторами (видимая связь случайна, необязательна), становится независимым от внешних обстоятельств, отражает внутренние процессы. Больной уже не выбирает между неалкогольными и «пьяными» радостями. Циркадный ритм приобрел патологическую упорядоченность, он связан с циклами «опьянение — трезвость». Возрастание активности функций и спад ее колеблются между этими полюсами. Непреодолимое влечение и абстинентный синдром можно рассматривать как потребность восстановить алкогольный гомеостаз, нарушенный вырезвлением.

И абстинентный синдром, и компульсивное влечение в равной степени купируются препаратами, снижающими уровень медиаторов симпатической системы, например, адреналина. Значит, выброс именно этих веществ — причина таких состояний. Если симпатическая адренергическая стимуляция этанолом привычна для больного алкоголизмом и соответствует условиям поддержания его гомеостаза, то адренергическая мобилизация трезвого алкоголика — патологична. Ее можно сравнить с попыткой заставить работать двигатель без топлива. Этим объясняется, например, чрезмерность, избыточность симптоматики аб-

стинентного синдрома в сравнении с опьянением. Вместо психической активности — тревога, вместо восстановления мышечного тонуса — судорожные сведения, подергивание мышц, вместо выравнивания упавшего кровяного давления — его повышение и т. д.

На примере алкоголизма мы видим значение для компенсации не активности симпатической системы, а гармонию активности обеих составляющих — и парасимпатической, и симпатической системы. Исследование продромальных случаев дало возможность увидеть, что парасимпатическая и симпатическая системы в начале болезни активизируются. Ослабление одной из них — при алкоголизме парасимпатической — означает ослабление компенсаторных возможностей.

Для третьей стадии алкоголизма характерно падение активности и симпатической системы. Здесь наблюдается не только неспособность самопроизвольной компенсации алкогольного гомеостаза при вытрезвлении, но и падение реактивности в целом. В заключительной стадии утрачивается жизнеспособность. Высока заболеваемость — это следствие хронической алкогольной интоксикации. После первоначального интенсивного подъема нейромедиаторной активности следует непропорциональное ее снижение и истощение, что не может не сказаться на продолжительности жизни больного алкоголизмом. Сроки ее сокращаются, жизненные силы иссякают.

Оценка клинических симптомов биохимическими, нейрофизиологическими и другими методами исследований помогает уяснить развитие наркоманической зависимости. Однако было бы неверно ограничить объект исследования только такими феноменами, как абстинентный синдром и эйфория. До настоящего времени изучение первоначального эйфоризирующего эффекта в фармакологи-

ческих, нейрохимических и психологических работах не проливалось свет на сущность патогенеза токсикоманий. Полное и дифференцированное описание такого феномена, как первоначальное активизирующее действие наркотика, открывает новые перспективы в теоретических наркологических исследованиях.

Исследование патогенеза — более сложная задача, нежели клиническое изучение: структурные связи клинических симптомов несоизмеримо проще, чем взаимоотношение биологических систем и функциональные связи.

В отличие от этиологических исследований, результаты которых позволяют рекомендовать профилактические мероприятия, препятствующие развитию алкоголизма, патогенетическое изучение обещает открытие новых лечебных средств и методов восстановления утраченного. А главное, даст возможность вплотную подойти к коррекции и подавлению патологического влечения к спиртному.

## ЛЕЧЕНИЕ НАЧИНАЕТСЯ С ДИАГНОСТИКИ

### Распознать болезнь

Помните у Лескова в «Тупейном художнике»: «...я сразу весь плакон выпила. Противно было, но спать без того не могла, и на другую ночь тоже... выпила... и теперь без этого уснуть не могу, и сама себе плакончик завела и винца покупаю... мне это нужно.

И как сейчас я ее вижу и слышу: бывало, каждую ночь, когда в доме уснут, она тихо поднимается с постельки, чтобы и косточка не хрустнула, прислушивается, встает, крадется на своих длинных простуженных ногах к окошечку... Стоит минутку, озирается, слушает: не идет ли из спальни мама; потом тихонько стукнет шейкой «плакончика» о зубы и «пососет»... глоток, два, три... Уголек тлила и Аркашу помянула, и опять назад в постельку, — юрк под одеяльце и вскоре начинает тихо-претихо посвистывать — фю-фю, фю-фю, фю-фю. Заснула!

Более ужасных и раздирающих душу поминок я во всю мою жизнь не видывал».

Можно ли по рассказу девятилетнего мальчика определить: больна ли его няня? Несмотря на два важных признака: наличие влечения к спиртному и регулярность его употребления, поставить диагноз затруднительно даже для нарколога. Если бы Любовь Онисимовна жила в наши дни, то уместней всего было бы посоветовать ей обратиться к врачу хотя бы за консультацией. Учитывая искренность няни, помочь ей было бы нетрудно.

Куда менее откровенны современные алкоголики. Однако у мужчин с красными припухлыми лицами, покупающих в парфюмерных магазинах дешевый одеколон, гораз-

до определеннее, чем у героини Лескова, можно предположить наличие болезни. Желание одурманить себя у них настолько сильно, что они готовы пить все без разбора. А ведь этому состоянию предшествовали месяцы и даже годы, когда влечение не носило столь патологический характер, когда остановиться можно было без помощи медикаментозных средств.

Если в начальный период злоупотребления обратиться к врачу, помочь легко. Но, как правило, сами пьющие или их родственники бьют тревогу, когда болезнь зашла далеко и уже произошли патологические изменения в организме.

Многие знают: стоит появиться болям в области живота, и нет-нет да и мелькнет тревожная мысль... Кольнуло в груди — и здоровый мужчина готов встревожиться: не грозит ли ему инфаркт. И с какой поразительной легкостью злоупотребляющий отмахивается от симптомов, которые буквально «кричат», что он болен алкоголизмом. Мешает отчасти стыд, нежелание попасть в разряд алкоголиков.

Как и при любом другом заболевании, лечение алкоголизма начинается с диагностики. Диагноз ставится на основании обследования и наблюдения за больным.

В отличие от других нозологических форм, ранняя диагностика алкоголизма особенно трудна. Объясняется это рядом обстоятельств. Для медицинской практики проблема определения начальной границы медленно развивающегося любого хронического расстройства вообще сложна. Тем труднее «разглядеть» ее в наркологии, которая делает лишь первые шаги.

Самое большое препятствие ранней диагностике алкоголизма — принятое во всем мире потребление спиртного. Являясь социальной нормой во многих странах, оно, даже интенсивное, рассматривается только как нарушение, под-

лежащее этической, а не биологической оценке. Бывает, что и близкие не всегда способны увидеть опасность злоупотребления, а тем более понять понос качество пьянства, когда оно приобретает черты болезни. Представление, что пьяница не хочет «взять себя в руки», распространяется и на случаи болезни, запущенной с наркологической точки зрения. Непонимание опасности недуга усугубляется тем, что угрозы его не осознают в течение долгого времени и сами пациенты. Поэтому за наркологической помощью обращаются с большим опозданием, и чаще родственники, сослуживцы, чем сами заболевшие. Продром и первая стадия алкоголизма — понятия, которые только начали входить в практику наркологии (именно этому этапу в книге уделено особое внимание).

Помимо общеизвестных причин, способствующих запаздыванию диагностики алкоголизма, нужно вспомнить еще одну — особенность симптоматики продрома и первой стадии болезни. Подъем психофизического тонуса под действием постоянной алкоголизации уводит и пациента, и его родственников от размышлений о болезни. Кажется, зачем бить тревогу? Хотя пьянство и продолжается, но исчезли токсические последствия злоупотребления, улучшилось самочувствие. Все это в обыденном сознании не может оцениваться как признак ухудшения (так, улучшение функций организма в атональном периоде не воспринимается предвестником смерти)...

Благодаря исследованиям отечественных психиатров клинические представления об алкоголизме к настоящему времени достаточны. Динамический принцип оценки симптоматики позволил дифференцировать клиническую картину и выделить стадии развития болезни.

Осознавая высокое гражданское значение своей работы, сотни специалистов начали обследовать население, чтобы выявить больных с ранними формами алкоголизма. Создана наркологическая служба, что резко увеличило

возможность диагностики и лечения в начальной стадии заболевания.

В последние годы проблеме алкоголизма теоретики и практики уделяют много внимания. И работы в этом направлении будут продолжаться, результаты исследования дадут возможность внедрить в работу общемедицинской сети различные методы раннего и объективного распознавания заболевания. Во внимание будут приниматься не только клинические и социально-психологические, но и биологические характеристики. Все это позволит, с одной стороны, исключить возможность ошибки, когда симптомы опьянения трудно отличить от комы, инсульта, черепно-мозговой травмы, или когда опьянение сочетается с ними. С другой, — своевременный диагноз при любом заболевании — основа правильного и — насколько это возможно — успешного лечения, при алкоголизме ранняя и точная диагностика важна тем более, что определяется не только медицинское воздействие, но и мера социальных санкций по отношению к злоупотребляющему.

### **Методы диагностики**

В каждой стране свой подход к решению проблемы раннего диагноза алкоголизма. В США, например, ведется поиск поведенческих критериев, критериев изменения профессиональной деятельности. Поэтому в последние годы появились многочисленные психологические тесты. Национальным советом по алкоголизму выпущен опросник, который включает 16 разделов для анализа психологических, поведенческих и социальных функций опрашиваемого. Вопросы охватывают сферу работы, семьи, финансов, взаимоотношений с полицией, здоровья. Анализируя ответы на них, американские медики определяют «ранние», «средние» и «поздние стадии» алкоголизма. На-

сколько точно они на этом основании ставят диагноз — вопрос спорный.

В Западной Европе используют так называемый мюнхенский алкогольный тест, основанный на подобных же принципах.

Психологической диагностикой алкоголизма увлеклись до того, что допустили самодиагностику болезни. Впрочем, европейские, наркологи справедливо полагают, что психологические тесты очень трудоемки, а результат их применения зависит от установки опрашиваемого, от того, насколько он откровенен или скрытен. Применение опросников в нашей стране, когда повсеместно развернута широкая противоалкогольная кампания, лишено смысла, ибо вряд ли можно рассчитывать на правдивые ответы тех, кто злоупотребляет спиртным.

Ищут европейские ученые и биологические критерии. Но не все они, как мы увидим, могут быть определяющими и служат лишь дополнением к основным методам ранней диагностики алкоголизма.

Основополагающими для суждения о состоянии или для распознавания болезни — патологического состояния организма в целом могут быть отдельные характеристики — клинические симптомы.

Биохимический диагноз, несмотря на высокий уровень знаний и исследовательской техники, не может заменить диагноза клинического. И не только потому, что биохимическое и клиническое состояния — различные категории представления и подмена тут нелогична. Биохимические данные отражают лишь индивидуальный уровень обмена веществ. Диапазон его достаточно широк — генотип, пол, возраст, перенесенные заболевания создают неисчислимые биохимические варианты. Биохимический показатель может быть индивидуально «нормальным» и не свидетельствовать о выходе за пределы здоровья. Он может компенсироваться другим метаболическим звеном — сос-

тояние функционального баланса при этом сохраняется. Это происходит в любой отдельно рассматриваемой системе. Например, благополучно существуют люди с конституционально высоким кровяным давлением. Поэтому по одному только биохимическому или по любому другому отдельному показателю нельзя судить о выходе за пределы здоровья.

В этой связи как пример курьеза можно вспомнить попытки диагностировать алкоголизм только на основании содержания в моче ацетона (кетонурии). Частые переломы костей у подозреваемых также служили «доказательством», что пациент страдает алкоголизмом.

Разумеется, массовость обследования в значительной мере гарантирует неслучайность биохимических находок. Если в обследуемой группе больных обнаруживается отклонение от условной нормы, можно считать его специфичным для алкоголизма. И все же, учитывая биохимическую индивидуальность, мы не будем считать его стопроцентным. Полное того, подобное отклонение наблюдается и в случаях, но относящихся к алкоголизму.

Клинический показатель синтетичен. Он — результат ряда системных изменений и, бесспорно, говорит о выходе за пределы нормы, об утрате компенсации, о новом качестве состояния организма — болезни. Именно поэтому даже ограниченное число клинических характеристик даст возможность поставить диагноз, в то время как обширные лабораторные данные — лишь основание предположить его.

Однако при сборе анамнеза и субъективных данных нарколог, как и психиатр, сталкивается с рядом трудностей: больные могут добросовестно заблуждаться, давать искаженную трактовку своего состояния и даже активно скрывать плохое самочувствие, проявление болезни, ее длительность.

И вот здесь-то наркологам так важны не только точ-

ность и полнота клинического знания, но и дополняющие, объективизирующие лабораторные данные.

Но прежде чем познакомить читателей с основами комплексной диагностики, расскажем об исследованиях руководителя медслужбы государственных железных дорог Франции Пьера-Мари Ле Го. Он пришел к выводу, что только злоупотребление вином является основной причиной прогулов, несчастных случаев, утраты здоровья и ранней смерти на транспорте. В 1950 году он вместе с Жаном-Мари Пертусьсьером организовал алкогольную клинику. Вскоре они предложили новые диагностические принципы выявления алкоголизма. Метод получил название «сетка Ле Го». Состоит она из 12 разделов, расположенных по двум линиям. Первая линия включает объективные, кардинальные, по мнению Ле Го, признаки, касающиеся трех аспектов физического состояния (кожа, глаза, язык) и трех областей возможного тремора — дрожания (рот, язык, конечности). На второй линии отражаются субъективные данные (психологические, пищеварительные и психомоторные), объем и консистенции печени, кровяное давление и вес. Здесь мы не будем обсуждать, почему авторы теста разделяют тремор и психомоторные нарушения, относя последние, наряду с расстройствами пищеварения, к субъективной патологии. Важно отметить, что сумма баллов (от 0 до 5 за каждый симптом) колебалась в зависимости от степени злоупотребления, а у выявленных этим методом больных алкоголизмом после лечения насчитывалось число баллов, соответствующее «умеренному потреблению». Последнее свидетельствует, что сетка Ле Го выявляет скорее факт чрезмерного злоупотребления. Достижением Ле Го,— а его трудно переоценить,— было предложение схемы развития винного алкоголизма и выявление угрожаемых случаев. Здесь его диагностическая сетка, позволяющая различать степени злоупотребления, оказалась адекватной именно ранней диагностике. Опасность наступает

тогда, когда на сетке Ле Го отмечается 3 — 5 баллов, и этот этап французский исследователь оценивает как продромальный в развитии болезни. Следующий этап, первая стадия алкоголизма, характеризуется развитием физической зависимости, ухудшением физического здоровья — ее оценивают в 6 — 11 баллов. Для первой стадии характерно нарушение питания. Но возврат к норме еще возможен.

Второй стадии соответствует 12—17 баллов, третьей — 18 — 30 баллов. Эти две стадии характеризуются различной степенью выраженности психофизических осложнений. Необходимо абсолютное воздержание.

Как говорилось выше, сетка Ле Го позволяет устанавливать алкоголизм на ранних этапах. Что же касается диагностики продрома, то, хотя авторы используют это понятие, они характеризуют данный период лишь количеством потребляемого спиртного.

Поиск комплексного метода диагностики алкоголизма ведется как за рубежом, так и в отечественной наркологии. При этом, как говорилось выше, основой диагноза является клиническая симптоматика, а лабораторные данные служат только дополнительными аргументами, объективизируют его, причем на всем протяжении болезни.

Необходимость в дополнительных объективных критериях диктуется не только известной долей субъективизма в клинической оценке. Значительное число симптомов продрома и начала болезни приурочены к моменту злоупотребления. Патология выступает в самом состоянии опьянения и связана с ним непосредственно. В период воздержания от спиртных напитков, во время обследования, возможно успешное сокрытие истинной картины, особенно если объективные сведения отсутствуют. Нередко, даже когда болезнь достигнет полного развития, когда клиника при-

обретает яркие черты, сами больные, а иногда и их близкие упорно отрицают злоупотребление. В этих случаях лабораторные данные, уже излишние для врача, приобретают доказательное значение для больного и его родственников, для немедицинских инстанций.

За последние десять лет диагностический арсенал наркологов значительно вырос. С 1976 года право на существование завоевал ферментный тест для диагностики алкоголизма. Он включает две характеристики: уровень активности ферментного комплекса и колебание этого уровня в течение короткого времени.

Начиная с периода систематической алкоголизации активность ферментного комплекса повышается и достигает максимума в разгар заболевания. Третьей стадии болезни соответствует его снижение — иногда он падает даже ниже нормы. Таким образом, развитие ферментопатии отражает общую направленность процесса при токсикоманиях: активизация — побуждение функции — последующее их истощение.

Вторая характеристика теста дает возможность сопоставить уровень активности ферментного комплекса с интоксикационной патологией (быстрая динамика) или органичной (отсутствие динамики или незначительные колебания) в течение 5 — 7 дней. И главное, степень приближения к норме позволяет дифференцировать бытовое злоупотребление и начало болезни. Если при первом активностью сравнительно быстро снижается до нормального уровня, то уже в продроме она колеблется и остается выше нормы. Еще более она удалена от этой границы во второй стадии алкоголизма.

Хотя рассмотренный ферментный комплекс, бесспорно, связан с функциональным ответом печени на появление в организме этанола, гиперферментемия может отражать и адаптационную перестройку организма.

В качестве дополнительного диагностического теста

предложено и повышение поглотительно-выделительной функции печени, определяемое методом радиоизотопной гепатографии и скенограмм. С начала и на протяжении всей болезни показатели этой функции закономерно возрастают. Если при традиционных функциональных пробах печени (уровень липидов, уробилинурия, билирубинемия) через 20 — 25 дней воздержания бывают нормальные показатели, то этот тест позволяет диагностировать алкоголизм спустя год и более после прекращения злоупотребления. Метод может быть использован для ранней диагностики алкоголизма.

Убедителен тест, построенный на эндокринных показателях. С течением алкоголизма падает уровень мужского полового гормона тестостерона и возрастает уровень пролактина — гормона, вырабатываемого гипофизом, а разрыв этот растет в соответствии с давностью заболевания.

Разнообразие существующих тестов позволяет объективно поставить диагноз в различных условиях, при различных лабораторных возможностях.

Комплексный анализ алкоголизма может быть сделан с привлечением двух групп данных — поведенческих нарушений и самой заболеваемости. Началу заболевания соответствуют определенные признаки социальных отклонений, связанные с опьянением. Надо ли объяснять, что это такое? Ведь всем нам порой докучают конфликтность алкоголиков, нарушение ими общественного порядка, невыходы на работу, что сбивает рабочий ритм коллектива. Добавьте к этому доставку в медвытрезвитель, приводы в милицию. Все это оказывается, можно использовать в диагностике. Одновременно с поведенческими отклонениями возрастает число обращений за медицинской помощью (знакомая картина, когда травматологи, токсикологи и другие специалисты скорой помощи несутся спасать пьяницу). То или иное сочетание наркологических кли-

нических симптомов с признаками социальных и биологических нарушений позволяет в этой группе лиц выделить тех, кто находится в продроме, или больных в первой стадии алкоголизма. Метод пригоден при массовых обследованиях для определения, какая и в каких размерах медицинская помощь потребуется, какое социальное воздействие необходимо.

Особое значение в связи с проблемами диагностики приобретает раннее определение продрома, когда возврат с «обочины на дорогу жизни» еще легок, когда есть возможность «вернуться на сто восемьдесят градусов» и начать полноценное существование.

«Лицо» продрома, клинические критерии его и начальной стадии алкоголизма определяют уже известные нам признаки. Повышение жизненной активности, высокий фон настроения, хороший сон и аппетит, обсессивное влечение к опьянению и возможность целенаправленной активности в нем, дисхроноз и способность принимать спиртные напитки днем. С одной стороны, это состояние отличается от того, что было в периоде бытового пьянства, с другой, — от первой стадии болезни. Периоду злоупотребления соответствовало ухудшение функционального состояния, падение активности в опьянении, признаки интоксикации при вырезвлении, плохое самочувствие. Особо рельефен продром, если мы сравним его со второй стадией, когда активность достигается только при приеме спиртного, а качество ее утрачивается. Больные дезорганизованы, о необходимости алкоголизации говорит компульсивное влечение и абстинентный синдром; преобладающий эмоциональный фон — дисфория.

Это принципиальные отличия пьянства до возникновения болезни, начальных ее этапов - продрома и первой стадии и после полностью сформированного заболевания — второй и третьей стадий.

Как опьянение в первой и во второй стадиях содержит

симптомы следующего этапа болезни, так и опьянение в продроме включает прообраз предстоящих расстройств, в частности интеллектуальных и эмоциональных. Наблюдение опьянения у больных позволяет видеть их будущее и определять состояние настоящего этапа болезни.

Однако тех симптомов, которые используются в настоящее время для диагностики начала алкоголизма, недостаточно. Такие признаки, как чувство насыщения при увеличении интоксикации, рвота при передозировке, отвращение к спиртному наутро после тяжелого опьянения, присутствуют и в продроме. На основании их, как и на основании величины толерантности, дифференцировать периоды злоупотребления и продрома нельзя.

Пришлось вводить принципиально новые критерии для вычленения продрома, которые отражают появление нового качественного состояния организма человека, злоупотребляющего спиртными напитками.

Вопреки традиционным представлениям, это новое качество создается не накоплением интоксикационных расстройств. Напротив, оно свидетельствует о том, что организм успешно преодолел интоксикацию. Поэтому в клинической симптоматике продрома мы видим снижение, ослабление признаков отравления. Кроме того, уменьшение симптоматики в этот период развития болезни обнажает активирующее адаптационное действие алкоголя. На основании этих двух характеристик состояния — падения интоксикационной симптоматики и выявления активирующего эффекта этанола — и основан диагноз продрома.

Следует отметить, что излагаемые в настоящей главе основы диагностики алкоголизма — наркологическая симптоматика и лабораторные критерии — определены в наркологических и психиатрических исследованиях. Вме-

сте с тем, учитывая многообразное действие алкоголя на все сферы организма, возможна диагностика болезни в терапевтической, в неврологической и в ряде других клиник, что подтверждает сетка Ле Го. Однако какова картина алкоголизма, которую должен видеть кардиолог, окулист, другие специалисты? Эти вопросы ждут своего ответа. Следовательно, диагностика алкоголизма, в том числе ранняя, нуждается в дальнейшем исследовании и совершенствовании.

## С ОБОЧИНЫ - НА ДОРОГУ ЖИЗНИ

### Соблюдая осторожность...

Но всякое болезненное состояние требует лечения, тем более медикаментозного. При алкоголизме вопросы лечения особенно трудны. Нередки случаи, когда врачи бытовое пьянство и, напротив, меры социального воздействия применяют в нераспознанных случаях алкоголизма. Поэтому, как уже не раз подчеркивалось, с особой остротой выступает проблема правильной диагностики каждого этана алкоголизма, формы и меры лечебного вмешательства социального контроля на этих этапах.

В большинстве случаев в период предболезни (особенно, если неясно, продром какой болезни наблюдается) искусные врачи избегают чрезмерного вмешательства, ограничиваются назначением неспецифических средств, которые повышают сопротивляемость, активизируют силы, облегчают борьбу организма, смягчают субъективно тяжелые для пациента ощущения. Такую тактику определяет не только опасение, что избыточное вмешательство затруднит диагностику, исказит ход события, но и надежда на защиту самого организма.

Продром алкоголизма — особое понятие. Он отличается от известных продромов принципиально, так как является следствием злоупотребления адаптогеном — стимулятором активности, в том числе защитных функции организма. Субъективное состояние пациента не тягостно. Напротив, именно его улучшение, подъем жизненного тонуса и отличают, как мы постоянно подчеркиваем, продром алкоголизма от периода бытового злоупотребления.

Из этого следует ряд практических выводов. Во-первых, применение веществ, повышающих резистентность, сопротивляемость организма, при алкоголизме нецелесообразно, так как адаптационные системы уже перенапряжены. Может показаться соблазнительным перевести больного с алкогольной стимуляцией, скажем, на биостимуляции) с применением алоэ или избрать любую другую, нетоксичную форму стимулирования. Однако в случае возобновления пьянства это может ускорить течение болезни.

Во вторых, в периоде продрома нет необходимости в симптоматическом лечении, проводящемся с целью улучшения субъективного состояния.

Таким образом, принципиальное патогенетическое отличие продрома алкоголизма от продрома прочих заболеваний диктует и тактику ведения больного — при первом лечебное воздействие противопоказано. Исключения представляют случаи, когда алкоголизация вызвала обострение и предшествующего заболевания. Но это уже не задача нарколога.

Лишь чисто теоретически можно рассмотреть возможность не медикаментозной коррекции, а предупреждении дальнейшего развития болезни. Процесс поступательно движется от перевозбуждения адаптационных механизмов к их истощению и отказу. Допустимо вмешательство с целью повышения выносливости этих систем, сохранения тех запасов, из которых черпается адаптационная сила.

Однако наши знания об адаптационной системе организма еще очень ограничены. Г. Селье, Л. Х, Гаркави, Е. Б. Квакина и М. Л. Уколова и другие рассмотрели отдельные органые звенья этой системы (гипофиз, надпочечники, щитовидная железа, кроветворение). Но пока не выработано целостного понятия о системном реагировании и представлении о прекурзорах — предваряю-

щих звеньях адаптационных реакций. А ведь именно они могли бы служить объектом вмешательства при продроме алкоголизма. В свете этого необходимо дальнейшее изучение адаптационных возможностей организма, роли этанола первоначально в повышении, а затем — снижении его защитных сил.

Относительно определена активизирующая роль этанола в отношении периферических органов нейромедиаторной системы (надпочечники, другие депо катехоламинов, хромоаффинные ткани и пр.). И здесь еще не ясно, какими могут быть результаты медикаментозного вмешательства. Появились публикации о хороших результатах использования линолевой кислоты при алкогольной зависимости. Назначалась эта кислота в форме масляной вытяжки из некоторых растений при аффективных расстройствах и в далеко зашедших случаях алкоголизма. Но такие поисковые работы в наркологической практике пока единичны.

Для поддержания необходимого уровня адаптационных реакций необходим устойчивый баланс белкового обмена. Поэтому лечение аминокислотами обязательно назначается на всех этапах заболевания. Широко употребляется цистеин — незаменимая в питании человека аминокислота, входящая в состав всех белков. Снижает концентрацию ацетальдегида в крови и защищает тем самым ткани от токсического поражения незаменимая в питании людей содержащая серу аминокислота — метионин. Метионин участвует в образовании ряда нейромедиаторов, в том числе катехоламинов, и это позволяет считать его веществом, замедляющим развитие алкогольной зависимости. Аминокислоты задерживают истощение адаптационных систем и активизируют эндогенное образование холи на, некоторых других необходимых организму азотистых веществ, в том числе креатина. Сочетанное назначение аминокислот, например, метионина и вита-

минов, способствует полному усвоению последних.

В качестве защитника поражений печени (жирового ее перерождения) используются арахидоновая кислота — она содержится в животных продуктах, в головном мозге, печени, — и рибофлавин (витамин В<sub>2</sub>).

С течением алкоголизма прогрессирует нарушение фосфорного обмена и снижается содержание неорганических соединений фосфора. Именно поэтому широко применяется глицерофосфат (промежуточный продукт обмена жиров и углеводов), фитин и другие фосфоросодержащие препараты.

Наиболее употребимы аденозин, его производные — АТФ, фосфаден, адениловая кислота и другие — играют роль защитников сердечно-сосудистой системы и мозговой ткани. Препараты фосфора повышают окисление этанола и окислительно-восстановительные возможности внутриклеточных органелл, снижают количество в крови больных алкоголизмом кетоновых тел, содействуют правильному обмену веществ.

При токсикоманиях широко применяется глутаминовая кислота. Сегодня достаточно хорошо изучены ее успокаивающие аффекты. Умелым подбором доз (в зависимости от давности алкоголизма и конституции больного) с помощью глутаминовой кислоты можно снять абстинентный синдром. Некоторые свойства этой кислоты позволяют оценить ее как барьер, как защиту от дальнейшего процесса алкогольной зависимости. Так, глутаминовая кислота участвует в образовании медиаторов парасимпатической системы, способствуя более длительной сохранности соответствующих функций. Имеются сообщения, что потребление спиртного снижается триптофаном — незаменимой, не синтезируемой в организме аминокислотой, которая также включается в курсовое лечение больных.

Витаминотерапия использует широкий спектр пре-

паратов. Витамин РР применяется в форме никотинамида с целью восстановления сосудистого тонуса, в частности функции капилляров.

Известно, что при алкоголизме опустошаются запасы аскорбиновой кислоты, в том числе — запасы в надпочечниковой ткани. Поэтому аскорбиновая кислота не только нормализует окислительно-восстановительные процессы, но способствует повышению адаптационных возможностей организма. Недостаток тиаминов — это известно не только при алкоголизме — вызывает дегенеративные изменения нервной ткани (в форме невритов и даже центрально-мозговых синдромов). Поэтому на всем протяжении заболевания эффективно применение препаратов тиаминового комплекса — тиамин (В<sub>1</sub>), фосфотиамин, кокарбоксилаза, рибофлавин (В<sub>2</sub>), пиридоксин (В<sub>6</sub>). Тиамин показан в сочетании с сернокислой магнезией.

Что касается так называемого курсового лечения «глюкоза с витаминами», то у глюкозы должна быть очень скромная роль. Дело в том, что при алкоголизме содержание ее в крови во многих случаях и так бывает значительно повышено. Никогда нельзя исключить срыв перенапряженной системы. 15 практике работников «скорой помощи» известны, например, случаи гипогликемических ком у больного алкоголизмом при нормальном уровне инсулина. Поэтому до попадания в кровь глюкозы вводят тиамин, способствующий ее усвоению.

Комплекс аминокислот и витаминов используется во многих странах для профилактики развития болезни. И частности, во Франции в центрах гигиены питания его считают замедлителем алкоголизма.

Однако клинический опыт говорит, что все подобные назначения эффективны при условии прекращения пьянства.

Перечисленные средства и лечебной, и профилакти-

ческой помощи сами по себе отнюдь не препятствуют пьянству. Они лишь несколько тормозят утяжеление и ускорение процесса алкогольной зависимости. Поэтому пьющий не должен рассчитывать на «волшебные» лекарства — только него самого зависит его будущее.

Медикаментозное лечение начинается, как правило, с наступления детоксикации, когда организм очищается от этанола. В продромальном периоде такой необходимости нет, но она может появиться уже в первой стадии.

Помимо данных лабораторных исследований, указателем на необходимость детоксикации служат клинические симптомы, трофические «знаки»: состояние кожи, слизистых, волос, глаз (тургор, т. е. упругость, цвет, яркость, тусклость и пр.), признаки отечности (пастозности).

Астенический синдром является следствием специфического психотропного действия алкоголя. Наличие его также основание для детоксикации.

Последние несколько лет наркологи используют заимствованные в токсикологии методы: гемосорбцию и энтеросорбцию (по лат. *liaimalos* — кровь, *sorbeo* — поглощать, *entcrogi* — кишка). Состояние больных в продроме и в первой стадии алкоголизма позволяет ограничиться энтеросорбцией. Им дают энтеросорбенты различных марок, активированный уголь. Используют животный уголь. Это общеизвестные и уже достаточно широко применяющиеся методы. Кроме перечисленных энтеросорбентов, в нашей клинике назначается серосодержащий энтеросорбент, который, помимо детоксицирующего действия, оказывает выраженный седативный эффект.

Медикаментозное лечение в начале алкоголизма, когда оно целесообразно, основывается на двух принципах.

Первый — исключение препаратов, действующих в ка-

ком-либо отношении подобно этанолу. Эти средства найдут применение в дальнейшем, во второй и третьей стадии алкоголизма. Основание для такой тактики лечения — исключить возможность ускорения процесса зависимости. Обычно мы предостерегаем своих больных от злоупотребления кофе и крепким чаем, так как наблюдали несколько случаев, когда переход на кофе после лечения алкоголизма закапчивался внезапной смертью пациента вследствие сердечной дезрегуляции.

Второй принцип, которому следуют в нашей клинике, — повышение дозировок в 1,5 — 2 раза по сравнению с терапевтическими для больных со средней массой тела и в 2 — 3 раза — для больных с высокой массой. Основание этого принципа — состояние усиленного обмена веществ у больных в продроме и начальной стадии алкоголизма.

Собственно антиалкогольное врачебное воздействие в продроме и первой стадии алкоголизма требует более индивидуализированного подхода, чем на дальнейших этапах заболевания. Определяется оно средой и обстоятельствами жизни пациента, его личностью, выраженностью наркоманической симптоматики. Следовательно, без помощи родственников и общественности наркологу справиться с недугом чрезвычайно трудно.

Как мы видели, в начале алкоголизма, даже в тех случаях, когда влечение к спиртному уже выражено, оно имеет необязательный характер. Реализация влечения зависит от волевого решения. Побуждение к потреблению исходит из внешней среды; она и обстоятельства определяют и принятие решения «пить или не пить». Обстановка, которая запрещает потребление, может гасить пробуждающееся влечение. Поэтому подобно тому, как фтизиатр или ревматолог выясняют условия быта,

диабетолог — принципы питания, нарколог должен знать среду общения своего пациента.

Перемена обстановки, трезвое окружение — обязательное условие успешного лечения на всех этапах алкоголизма. В начале же болезни это обстоятельство зачастую имеет основополагающий смысл. Работа наркологов с родственниками больного, а не только с самим больным, объем и значение которой обычно не оцениваются, особо велика на ранних этапах алкоголизма. Оценка среды и возможные способы ее благоприятного изменения намечаются в беседах с родственниками, поскольку сам больной, как мы видели, даже в начале заболевания утрачивает критичность к лицам и обстоятельствам, связанным с потреблением. К сожалению, в случаях, когда для смены нездоровой обстановки требуются какие-либо жертвы, в том числе материальные (например, смена работы), нарколог не всегда встречает понимание семьи. И не всегда довод о предстоящих еще больших потерях кажется убедительным.

Смена обстановки во многих случаях оказывается достаточным сдерживающим фактором, особенно в продромальном периоде. И здесь особенно рельефно выступает роль личности больного.

Для оценки личности необходимо знание психиатрии, которое, позволяет увидеть качественные особенности пациента, в частности его эмоциональные реакции. Психиатрическая оценка необходима в случаях так называемого симптоматического алкоголизма, в основе которого лежит психоз, психопатия, невроз, органическое расстройство психики.

Симптоматический алкоголизм подлежит психиатрическому лечению, которое часто обрывает злоупотребление. Наркологическое же его лечение нецелесообразно — оно может вызвать утяжеление основного заболевания.

Требует психиатрического подхода реактивное пьян-

ство, ситуационное, приведшее к формированию первых признаков алкоголизма.

Выявление как изначальной, так и поддерживающей злоупотребление причины, разрешение затрудняющих обстоятельств, привлечение помощи близких — все это часто оказывается достаточным для прекращения пьянства.

Как ни покажется парадоксальным, но врачебное вмешательство в мотивационно усложненных случаях алкоголизма дает значительно лучший результат, чем когда оно осуществляется в отношении личности упрощенной, не требующей психопатологического анализа. В начале болезни именно она наиболее трудна для лечения. Впоследствии, когда осложнения злоупотребления станут грозными, и у таких больных может появиться желание умерить пьянство. Пока же эйфорические ощущения, энергетическая насыщенность — серьезный чувственный противовес воздержанию. Несклонность и неспособность к самоанализу не позволяют оценить начинающееся снижение работоспособности, утрату профессиональных качеств, осложнения в отношениях с людьми. Наилучший эффект в данном случае достигается, когда на вооружение берутся социальное воздействие, запретительные установки и жесткий контроль.

Напрашивается вопрос, какова же роль врача, необходимость врачебного вмешательства, коль скоро предлагаемые выше меры могут выполняться не медиками, а работниками социальных служб?

Действительно, в большинстве случаев продрома и первой стадии алкоголизма коррекции состояния можно достигнуть немедицинскими средствами. Впрочем, в этом отношении аналогию началу алкоголизма легко найти в возникновении некоторых других нозологических форм, когда, только зародившись, болезнь обрывается влиянием среды (режим труда, отдыха, питания и т. д.)

Однако из этого не следует, что врачебной работе здесь

нет места. Главная функция медиков в этот период — диагностическая. Значение лечебного воздействия возрастает с длительностью заболевания.

Но и при том, что обрыв злоупотребления можно достичь воздействием среды, что субъективное и объективное состояние больного благополучно, лечение в начале заболевания алкоголизмом тоже имеет место и играет определенную роль в выздоровлении.

В процессе болезни меняется удельный вес социальных и биологических динамических факторов, соотношение диагностической и лечебной работы.

Поменяется в течение болезни и пропорция различных видов лечения. Медикаментозные средства совершенно необходимы на последующих этапах алкоголизма. В состоянии продрома и первой стадии применение медикаментов возможно, но не всегда целесообразно. Психотерапия, эффект которой в далеко зашедших случаях алкоголизма всегда сомнителен, наиболее результативна именно в начале болезни.

Мы повторим, что, на каком бы этапе ни проводилось лечение, успех его в большой степени зависит от помощи близких больному людей.

### **Путь выбирает поводырь**

В начале болезни особенно эффективна психотерапия. Она изучается и успешно применяется такими ведущими специалистами, как В. Е. Рожнов, И. В. Бокий, В. И. Григорьев. Исключительных результатов достиг руководитель республиканского наркологического центра Министерства здравоохранения СССР Л. Р. Довженко.

Формы психотерапии разнообразны. Большую долю успехи психотерапии даст сочетание лечения с трудотерапией: оно может быть осуществлено на базе заводских лечебных профилакториев. Трудовое воспита-

ние, пребывание в трезвом коллективе — это также один из методов воздействия на психику, на нравственные установки больного,

Существует мнение о необходимости соответствия формы психотерапии личности больного. Это справедливо. Но многое зависит и от врача. Опыт наших психотерапевтов показывает: искусное владение одним методом делает его эффективным для самых различных пациентов. Следовательно, нельзя строго рекомендовать какой-либо определенный метод психотерапии. Выбрать его должен сам нарколог сообразно личности больного, а также своим склонностям и способностям.

Некоторые в своей психотерапевтической работе предпочитают эмоционально-стрессовую, адаптивную перестройку. Как при всех видах и формах лечения, результат ее находится в прямой зависимости от степени сознательного желания больного вылечиться. Если алкоголик страстно стремится вырваться из коварных объятий Бахуса, перспективы радужны и оптимистичны.

Большое значение имеет укрепление психологической защиты от первой рюмки, «прививка» отвращения к опьянению, восстановление интерперсональных отношений, психической гармонии.

А. Р. Довженко создал модель трезвости. Метод заключается в формировании в мозгу больного так называемой доминанты трезвости — установки на то, чтобы не пить в течение определенного времени.

Условия: лечение должно быть по доброй воле больного, а не под «нажимом». Перед сеансом больной должен выдержать 15 — 20-дневный «ноет». Срок этот необходим, чтобы нервные клетки очистились от алкоголя. Гипноз, психотерапия не способны оказывать воздействие на заторможенную клетку. Кроме того, столь длительное воздержание «проясняет» сознание, подготавливает почву для «раскрепощения» волн пьющего. Больные считают,

что суть метода Довженко — в воздействии его личной воли. На сеансе он говорит о страшных последствиях алкоголизма, его воздействии на психику человека, потомство, о страданиях близких. Рассказывает об эффективности своего метода лечения и тем самым «закладывает в мозг больного противоалкогольный код». «Ядром метода Довженко,— писалось в заключении Харьковского НИИ психологии и психотерапии,— является формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя» (больного) воля, а «моя» (психотерапевта) избавляет от недуга... Это принципиально отличается от традиционной психотерапевтической установки при лечении алкоголизма — использовании воли самого пациента для преодоления болезни. Методики Довженко отличается от других и тем, что больному предоставляется, с одной стороны, свобода выбора длительности периода полном трезвости (но не менее года), и с другой — необходимость строгого соблюдения поставленных условий».

Чтобы вылечиться полностью, Довженко предлагает полное поддержание в течение 10—15 лет.

Метод, разработанный и применяющийся А. Р. Довженко, дает удивительный эффект: от 82 до 93 процентов и лечившихся у него больных бросают пить, становятся полноценными людьми.

При всех формах психотерапии возникает опасение, как бы не снизить у больного ответственность за свое злоупотребление. В этой связи интересно исследование английского ученого Р. Стефорта. Понятие больного о контроле за потреблением и поведением в опьянении, о причине пьянства (внешней — внутренней), его выбор («пить — не пить»), стыд за последствия пьянства — так называемый понятийный локус контроля — может быть внутренним, сопряженным с ответственностью, или внешним, когда алкоголик винит в своем пьянстве людей и обстоятельства и ответственность снижается. Внешний

заставляет искать помощь вовне, по результат лечения всегда хуже, чем в случаях внутреннего.

Существует мнение, что психотерапевт по время сеанса затрачивает много энергии. Но в этом смысле психотерапия незначительно отличается от многих видов труда, в том числе труда психиатра. Объективной сложностью психотерапевтического лечения является его исключительная времяемкость, что мешает применять этот метод настолько широко, чтобы удовлетворить запросы жизни. Попытки обойти этот недостаток путем увеличения групп пациентов и использования таких технических средств, как магнитофонные записи, нельзя считать удачными. Психотерапия бывает эффективной при непосредственном человеческом контакте.

Есть ли что-либо новое в арсенале наркологов?

Долгое время одним из методов лечения алкоголизма был страх. Зафиксировано немало случаев, когда люди бросали пить без вмешательства врачей. Помогали им в этом, как ни парадоксально, инфаркты, кровоизлияния в мозг и другие тяжелые заболевания, о чем мы говорили в начале книги. Но чаще жажда выпить побеждала даже инстинкт самосохранения. Тогда применялись средства, вызывающие отвращение и повышающие чувствительность к алкоголю, использовался условный рефлекс. Однако это было врачевание без знания патогенеза алкоголизма. Теперь, опираясь на данные о биологической сущности заболевания, в основу воздействия положили знание, что алкоголизм связан с изменением определенных веществ в организме, которые влияют на психическую и эмоциональную деятельность человека. Под влиянием алкоголя происходит перестройка этих веществ, нарушается их баланс. Например, как мы говорили, из-

лишек дофамина приводит к физическим и психическим расстройствам. Сейчас, ученые приступили к подбору существующих и созданию новых лекарственных средств, стабилизирующих соотношение этих веществ, и следовательно, снижающих влечение к спиртным напиткам, нормализующих физическое и психическое состояние.

Алкоголь при систематическом потреблении разрушает в нашем организме ряд веществ, которые начинают компенсаторно вырабатываться и выделяться в больших, а точнее во всевозрастающих количествах. Если поступление этанола прекращается, то они накапливаются в избытке. Излишек же их приводит к психической и физической дисгармонии.

Новый метод лечения состоит в том, что вместо алкоголя вводятся лекарственные средства, которые понижают уровень этих веществ и нормализуют их образование. Так, переизбыток дофамина снижается с помощью малых доз апоморфина, бромкриптина и других препаратов, предложенных И. П. Анохиной. При этом задерживается и образование дофамина. Чтобы установился естественный баланс, надо лишь подобрать дозу лекарства.

Таким образом, знание патогенеза алкоголизма открывает широкие возможности для лечения заболевания, дало толчок для создания новых эффективных лекарств, новых методов медикаментозной терапии.

### Как побороть влечение?

Особого рассмотрения заслуживают случаи начала алкоголизма с выраженным влечением к спиртному. Его легко подавить. И тем не менее, если в течение некоторого времени его не удовлетворять, могут появляться психические, в том числе эмоциональные, нарушения и поведенческие расстройства, а в некоторых случаях — анимально-вегетативные дисфункции. Самая частая из них — рас-

стройство сна, которое можно объяснить неудовлетворенностью влечения, дисбалансом центральной нервной системы, прекращением стимуляции этанолом. Эмоциональные и поведенческие нарушения трудно разделять, так как последние определяются первыми. Дисфория делает больных раздражительными, конфликтными, депрессия — вялыми, обособленными, незаинтересованными, что, конечно же, влияет на микросоциальные отношения, ухудшает их. Наиболее частое нарушение психики при неудовлетворении влечения — сосредоточенность на объекте влечения. Она приобретает навязчивый характер, лишает возможности концентрировать внимание на чем-либо еще. Появляется «забывчивость» и другие ранее не присущие больному черты рассеянности, что затрудняет интеллектуальную деятельность, снижает ее качество.

Подавление влечения, купирование его клинических проявлений — наиболее сложная задача в лечении алкоголизма, особенно в начале заболевания. Затрудняется она и отсутствием критической оценки своего состояния. Пациент, как правило, не признает себя больным и всячески «охраняет» объект своей привязанности от психотерапевтического вмешательства.

В повседневной практике чаще приходится использовать прямой запрет на потребление спиртного. При этом не следует определять срок запрета. Поначалу, пока влечение активно, принять мысль о полном воздержании больной не в состоянии. Но обычно он согласен обсудить этот вопрос через 2 — 3 месяца, в течение которых не будет алкоголизироваться. Проведенная за это время терапия гасит влечение, и больной как бы открывается для психотерапевтического, в том числе рационального, воздействия. Многие пациенты сами выражают желание полного отказа от спиртного, строят планы на будущее в условиях абсолютной и бессрочной трезвости.

Из средств, подавляющих влечение, используются апоморфин. Г. В. Морозов, П. П. Анохина и Н. Н. Иванец предложили и практикуют курс лечения малыми его дозами, а Г. Ф. Буренков, при отсутствии противопоказаний — разово, в ударных дозах. С этой же целью применяют серу, пирроксан или глютаминовую кислоту. Н. Н. Иванец назначает для подавления влечения к алкоголю пирацетам и другие препараты из группы ноотропов. Хороший эффект оказывают пирогенал и сульфозин: помимо подавления влечения, достигается эффект психической релаксации.

Подавляют влечение к алкоголю препараты, увеличивающие в мозге серотонин и допамин. Эти исследования, весьма перспективные, нуждаются в клинической апробации.

Имеются сообщения, что влечение к алкоголю могут уменьшать антидепрессанты различных фармакологических групп. Так, длительный прием лития без каких-либо дополнительных мер урежает и уменьшает потребление. Увеличивая жажду и мочеотделение, он способствует также и быстрому выведению этанола. И. К. Сосин успешно вводил литий методом электрофореза. Н. С. Марковская достигала длительных ремиссий, проводя курс лечения антидепрессантом мелипрамином. Такое лечение требует высокой врачебной квалификации. Применение некоторых групп антидепрессантов при алкоголизме противопоказано — совмещение их с действием этанола, прием которого в процессе лечения — втайне от врача — исключить никогда нельзя, опасно для жизни.

Медикаментозное подавление влечения проводится без лишней торопливости, без стремления к немедленному обрыву злоупотребления. Есть ли в этом острая необходимость? Постепенное угасание влечения, достигаемое подбором доз некоторых препаратов, позволяет больному через желание и сопротивление, колебания и на-

дежду — прийти к сознанию необходимой трезвости. Установка на трезвость постепенно возникает и укрепляется без фактора вынужденности, насилия.

В редких случаях начала болезни влечение обнаруживает себя настолько упорным симптомом, что требует специального лечения. Когда алкоголизация сопутствует психопатии, влечение оказывается неконтролируемым в той мере, в какой не контролируются больным его аффективные переживания. Но и в этих случаях, несмотря на дополнительные показания — психопатологическую симптоматику, нецелесообразно применять транквилизаторы. При склонности больных к опьянению эти дополнительные показания оказываются в сущности противопоказанием. Такие больные особо часто переходят на злоупотребление успокаивающими препаратами. Здесь более целесообразно нейрорептическое лечение, и некоторые препараты — этапипразин, хлориротиксен — дают хороший эффект.

Транквилизаторы в лечении больных алкоголизмом — «палка о двух концах». Их применять нужно крайне осмотрительно. Транквилизаторы, не опасаясь последствий, можно использовать только при угрожающем или развившемся остром психозе. Неразумно применять их для успокоения или для нормализации сна. Эти расстройства устраняются не специально, а в ходе лечения абстинентного синдрома.

Здесь мы назвали ряд медикаментозных средств, применяющихся для подавления некоторых симптомов болезни, в том числе влечение к алкоголю. Но считаем необходимым обратить внимание читателей на то, что терапия проводится только по предписанию врача — никакой самостоятельности быть не должно. Самолечение, как и при других заболеваниях, может обернуться самой неожиданной, коварной своей стороной.

Последние годы успешно применяются для подавления влечения, снятия расстройств сна, для общего успокоения или, по показаниям, повышения психофизического тонуса акупунктура, в частности аурикулопунктура — иглоукалывание в активные точки ушной раковины.

Для нормализации сна, в зависимости от индивидуальной восприимчивости, выбор может быть сделан между фитотерапией (отвары валерианы, пустырника, хмеля, боярышника, гомеопатическая форма пассифлоры, валерианы) и препаратами белладонны (белласпон, беллоид) или антигистаминавыми препаратами. Значение индивидуальной восприимчивости особо наглядно в отношении последних: одни больные прекрасно спят, а затем хорошо себя чувствуют после приема любых антигистаминавых препаратов; другие засыпают тяжелым сном и наутро отмечают «тупость», вялость, даже после малых доз антигистаминов с минимальным побочным действием.

Следует отметить, что за последние годы авторитет фитотерапии в глазах больных, как и всего населения, возрос, и пациенты сейчас с удовольствием принимают отвары трав. При этом отмечают высокую эффективность их не только в отношении сна, но и общего самочувствия, аппетита и настроения. К сожалению, равной психотерапевтической силы пока не приобрели такие действенные средства, как согревание ног в постели, теплое сладкое питье перед сном.

Для восстановления функционального равновесия эффективны физиотерапевтические процедуры, направленность которых (седативная, тонизирующая) зависит от преобладающей симптоматики периода начального воздержания. Многие формы физиотерапевтического воздействия (ванны, душ, отрицательная ионизация) доступны в домашних условиях.

Перспективно новое направление, разрабатываемое сейчас украинскими учеными П. В. Волошиным, Т. М. Воробьевой, А. Г. Лещенко. Это — метод адаптивного биоуправления. Сущность его — научить больного оценивать свое функциональное состояние и изменять его, достигая наилучшего. Метод требует технического оснащения, с помощью которого регистрируются функциональные показатели.

Затем они выводятся в визуальной графической форме на дисплей. Меняющееся состояние изменяет картину на дисплее, и больной, стремясь к оптимизации, фиксирует ощущения, соответствующие тому или иному функциональному состоянию. В дальнейшем аутотренинг проводится вне медицинского учреждения.

Упорным симптомом оказывается влечение при быстротекущем алкоголизме и у некоторых больных, не способных к критической оценке своего пьянства. Это обычно личности с низким уровнем интеллектуального и нравственного развития, для микросреды которых характерен высокий уровень потребления алкоголя. Относительно эффективны здесь внешний социальный запрет и психотерапия, ориентированные на состояние физического здоровья. В таких случаях гораздо ранее, даже в продромальном периоде, показано назначение специфической антиалкогольной терапии: условно-рефлекторной, сенсibiliзирующей, то есть повышающей чувствительность организма к воздействию спиртных напитков — так называемый химический запрет.

Методики современной условно-рефлекторной и сенсibiliзирующей терапии достаточно хорошо разработана и описаны.

В начале заболевания условно-рефлекторная терапия даст наивысший эффект, и для нее обычно не имеется противопоказаний. Можно применять и сенсibiliзирующую

щую терапию, направленную на повышение чувствительности организма к этанолу.

Одна из основных трудностей противоалкогольного лечения в том, что, как говорилось, больные не осознают свое состояние.

Причины, по которым заболевание не осознается, различны. Происходит это не только потому, что влечение определяет неадекватность оценки злоупотребления, не только потому, что субъективно хорошее состояние не допускает мысли о каком-либо расстройстве. Это и результат сформированных с детства представлений о допустимости пьянства, и результат сопоставления себя с другими злоупотребляющими, и недостаточность умственного, этического, нравственного развития, легкомыслия, самоуверенности... Чем ближе к началу заболевания, тем больше разброс причинных факторов.

С длительностью заболевания довлеющую роль приобретают факторы биологические: влечение и падение интеллекта, способности критической самооценки.

Еще один осложняющий лечение момент — понимание болезни и установка пациента на врачебную помощь колеблется. Существует выражение «алкогольная игра», в которую пациент играет со своим врачом. Она включает не только обман и самообман, но и силу намерений, решений.

Врачи, имеющие психиатрический опыт и профессиональное психиатрическое терпение, безошибочно выбирают единственно правильную тактику неизменной доброжелательности и столь же неизменной непоколебимой твердости позиции.

При прекращении пьянства ремиссия может носить различный характер. Она бывает устойчивой, с чувством полноты жизни, хорошим самочувствием, уверенностью в себе, активностью и общительностью. И не-

устойчивой, с психическим напряжением, конфликтностью, дезорганизацией поведения и отношений, анимально-вегетативными нарушениями или же вялостью, подавленностью, отчуждением от прежних связей и интересов, ипохондричностью.

Пока мы не знаем причин различных типов ремиссий, но, разумеется, давность болезни при прочих равных условиях играет первостепенную роль...

Сохранность личности и ее позиции в семье и обществе характерны для продрома и первой стадии алкоголизма. Малая интенсивность собственно наркоманической симптоматики, в том числе такого осевого симптома, как влечение, делает развитие болезни доступным и для социального вмешательства. Тем более успешным оказывается вмешательство медицинское. Возвращаясь к неоднократно подчеркиваемому нами положению, повторим: диагностика алкоголизма на ранних этапах — крайне актуальная задача наркологической практики и наркологических исследований.

Итак, современная медицина располагает немалым набором медикаментов и других средств для снятия патологического влечения к спиртным напиткам для выведения больных из абстинентного состояния. Имеет на вооружении сенсibiliзирующие препараты, вызывающие непереносимость алкоголя.

И все же, несмотря на некоторые успехи, ведется дальнейший поиск в этом направлении. Нужны более эффективные и менее токсичные лекарства, воздействующие на патологическое влечение к алкоголю и препятствующие развитию болезни при его употреблении.

Перспективным путем профилактики алкоголизма и его осложнений может оказаться создание препаратов, снижающих толерантность к этанолу, так как эта

будет способствовать уменьшению количества потребления спиртных напитков.

Предполагается дальнейший поиск эффективных лекарственных средств, снимающих опьянение и токсическое действие больших доз алкоголя, а также различных препаратов для симптоматического лечения алкоголизма. Средства, которые помогли бы уменьшить вредное действие спиртных напитков, сейчас ищут. Синтезируются новые препараты для лечения последствий длительного злоупотребления — они будут использоваться только в клиниках, только во имя спасения жизни и для ликвидации тяжелых последствий.

Понятно, что дальнейший прогресс в борьбе с таким грозным недугом, как алкоголизм, невозможен без использования последних достижений психиатрии и наркологии, биологической и медицинской химии, общей патологии и патофизиологии, иммунологии и генетики.

## НЕ ДОЖИДАЯСЬ БЕДЫ

### Зло, которому нет пощады

Алкоголизм — лишь одно из многих последствий злоупотребления спиртными напитками. Многообразный ущерб здоровью населения, наносимый пьянством, мы с вами рассмотрели далеко не в полном объеме.

В отношении же социальных последствий нет существенной разницы между привычным пьянством и алкоголизмом. Значит, профилактика обязательно должна иметь в поле своего внимания и пьянство, и алкоголизм.

Определить общий экономический ущерб от злоупотребления спиртными напитками нереально. Да и как можно точно подсчитать «стоимость» падения продуктивности (не только производственной), порчи материальных ценностей, дезорганизации производства, содержания в больницах, интернатах, тюрьмах, домах инвалидов, упущенных возможностей, распада семьи, преждевременной гибели и болезни самих пьющих и их близких, соцобеспечения?..

Вот лишь некоторые усредненные цифры.

Злоупотребление алкоголем сокращает жизнь на 15 — 20 лет, особенно если оно началось в молодом возрасте. До 60 процентов больных алкоголизмом погибает, не достигнув 50 лет; 58,2 процента смертей в группе злоупотребляющих (но больных алкоголизмом) приходится на возраст 20—50 лет. По некоторым данным, работник, умерший в возрасте 45 лет, недодал в национальный доход около 100 тысяч рублей, в возрасте 20 лет — 60 тысяч. Находящийся на стационарном лечении больной' алкоголизмом недодает продукции ежедневно на 25 руб-

лей. Заболеваемость с утратой трудоспособности в 2 раза ниже у злоупотребляющих (не больных алкоголизмом), чем в среднем по популяции. Выработка на следующий за тяжелым опьянением день падает на 26 — 30 процентов. По зарубежным данным, производительность злоупотребляющих спиртным снижается в среднем на 10 процентов.

Большим коллективом отечественных авторов показано, что одна из наших республик за год потеряла от пьянства и алкоголизма 196 миллионов рублен. Из них только за счет падения производительности — 74,7 миллиона рублен. Доход же от производства и реализации вина составил 146 миллионов рублей. При низком уровне производственной дисциплины, при возможности опьянения на работе ущерб неизмеримо возрастает, и не только за счет снижения производительности, но и из-за травматизма, порчи сырья и оборудования.

Таким образом, доводы несведущего меркантилизма о значимости доходов, получаемых от продажи спиртных напитков, не удовлетворяют сегодня общественное мнение. И ни одна противоалкогольная мера не покажется дорогой, ведь на пьяницу, как говорит пословица, «и семь сох не напашешься».

### **Сохранял объективность**

Наркологической практикой отмечено, что трудности борьбы с токсикоманией пропорциональны тому, насколько данная форма традиционна, в какой степени она вошла в повседневность, стала обычаем. Так, например, в странах Азии ликвидация пьянства особых сложностей не представляет, в отличие от борьбы с опиизмом и гашишизмом.

В этой связи целесообразно критически оцепить тривиальное убеждение, что население России всегда было склонно к алкоголизму. В подтверждение приводятся

легендарные источники «Питие есть веселие Руси». Так якобы сказал былинный Владимир Красное Солнышко. В качестве доказательства приводятся и свидетельства путешествовавших по Московии европейцев. В частности, особой популярностью пользовались записки Сигизмунда Герберштейна (1480 -1566). Он дважды приезжал в Россию. Знал славянскую речь с детства. Помимо личных наблюдений, использовал в работе над «Записками» летописные источники, современную ему русскую литературу. Однако представление о всеобщем пьянстве в Московии того времени акцентировалось не столько Герберштейном, сколько читателями следующих поколений. Герберштейн же указывал, что простому народу было запрещено употребление пива и меда<sup>1</sup>, кроме как на самые главные праздники.

Исторические документы допускают вывод, что условия для пьянства простого человека — а Россия в течение восьми столетий X—XVII на девять десятых своего населения была крестьянской страной — были затруднены. В хозяйстве разрешалось варить спиртное по важному поводу (праздник, свадьба, поминки), но к исходу третьего дня остатки спиртного изымались старостой.

При крепостном праве душевладелец за пьянство карал крепостных и дворовых сурово, вплоть до отдачи в солдаты.

Нравственные правила четко формулировали умеренность в питье, о чем свидетельствует «Домострой» Сильвестра.

При крепостном праве пьянство было присуще скорее свободным жителям и горожанам, нежели крепостным и жителям сельской местности<sup>2</sup>.

В конце XVII века пьянство как распространенное

---

<sup>1</sup> См.: История России с древнейших времен. — М., 1986.— Кн. I.— Т. V.-С. 1721.

<sup>2</sup> Там же - С. 1574

явление отмечалось в духовной среде, что нельзя не поставить в связь с разрешением монастырям винокурения...

Если бы основная масса населения России пьянствовала, страна не выжила бы в тяжелых природных условиях, не выигрывала бы войн.

Картина стала меняться с середины XIX столетия. Освобождение крестьян с недостаточным количеством земли вызвало миграцию из сельской местности. Развитие промышленности сосредоточило вчерашних земледельцев в тяжелых заводских условиях, разорвало их традиционные нравственные и бытовые связи. Сейчас мы называли бы их положение маргинальным, «краевым». Эти процессы сопровождалась резким подъемом пьянства.

Система частного винокурения и откупы на торговлю способствовали преступному спаиванию населения, неоднократно вызывавшему бунты, разгром шинков и кабаков. Особенно тяжкими, разорительными были последствия в юго-западных губерниях. Передовые общественные деятели требовали от правительства активных мер против растущего алкоголизма. К 1894 году государственная монополия охватила в большинстве губерний и производство, и продажу спиртных напитков. Меры мы дали, на наш взгляд, ощутимые результаты.

К концу XIX века цена за ведро водки поднялась на 2,5 рубля, число «мест продажи питей» сократилось с 1 на 259 жителей (!) до 1 на 1295 жителей, что привело к падению подушного потребления с 1,23 до 0,58 ведра.

«Пьяная» Россия в 1906—1910 годах потребляла ежегодно 3,4 литра абсолютного спирта в год на душу населения. За те же годы Франция — 22,9, Италия — 1/3, Швейцария — 13,7, Испания — 10,8, Бельгия — 10,6, Англия — 9,7, Германия — 7,5, США — 6,9.

Цифры — их язык всегда беспристрастен — свидетельствуют, что считать пьянство склонностью русского человека неверно. Борьба же с ним, развернувшаяся сейчас

в нашей стране и получившая самую широкую поддержку населения, не могла бы найти такой мощный отклик, если бы русский народ пьянствовал во все времена и эпохи, если бы любовь к спиртному стала его национальной сущностью.

### **Всем миром против пьянства**

Современное общество располагает большим и разнообразным опытом профилактики пьянства и алкоголизма — борьбы со злоупотреблением спиртными напитками. Это меры ограничительные, запретительные и карающие, а также воспитательные.

Ограничения касаются мест, времени продажи спиртных напитков, их количества, стоимости. Л также лиц, коим спиртное не продается: подростки, душевнобольные, состоящие на учете за алкогольные правонарушения, пользующиеся социальным обеспечением и т. п.

Во всех странах определены профессиональные группы, которым полностью запрещается потребление или по крайней мере явное. Во всех промышленно развитых странах требуется трезвость на рабочем месте. В ряде виноградарских европейских стран для лиц, работающих на транспорте, пока допускается минимальный уровень алкоголя в крови, но число таких стран сокращается. Степень соблюдения этих запретов зависит от меры наказания.

Надо сказать, что в нашей стране после принятия постановления ЦК КПСС от 7 мая 1985 года «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» введена ограничительная система штрафов (за появление в публичных местах и автовождение в опьянении), но размер их самый невысокий. Можно отметить также, что до последнего постановления административные взыскания за пьянство были незначительными, и, по данным Ю. П.Ли-

сицина и Н. К. Копыта, 70,5 процента тех, кто получил такое взыскание, через два года продолжали злоупотреблять спиртными напитками (не будучи алкоголиками) и совершать антиобщественные поступки.

Наказания в ряде стран существуют D виде штрафов, увольнений, отказа в приеме на работу, тюремного заключения и даже смертной казни.

Каждая страна имеет свой опыт борьбы с пьянством, и степень успеха ее различная.

Среди неоспоримо эффективных мер надо назвать повышение возраста покупателей спиртного. Так, когда о США в 39 штатах его подняли с 18 лет до 21 года, за первые 3 месяца только дорожно-транспортные происшествия сократились на 24,6 процентов, а число жертв — на 214 человек.

Повышение стоимости спиртного снижает его потребление, снижение — повышает.

Когда в Дании в 1917 году цена бутылки водки возросла с 0,9 до 11 крон, последствия пьянства сократились в 5 раз. Когда же о 1927 году цена упала с 12,5 крон до 8,1, они возросли в 1,5 раза.

Увеличение объема бутылок (что означает увеличение разового покупательского расхода) тоже играет положительную роль. В Венгрии в 1977 году добились снижения потребления на 3 процента благодаря снятию с производства посуды емкостью 0,5 литра. Если этот пример недостаточно нагляден, более убедительна закономерность, обратного свойства: доступность спиртного в мелкой расфасовке, в розлив повышает алкоголизацию не только мужского, но и женского населения.

Ограничение количества спиртного, купленного одним человеком за некоторый календарный период, и расширение перечня лиц, которым оно не продается (в это число входят и замеченные в злоупотреблении), — также эффективные иные меры. Они применяются в Скандинавских

странах и «держат» их в нижних графах таблицы потребления алкогольных напитков в мире.

Одно из неэффективных антиалкогольных мероприятий, основанных на том, что вино и пиво менее токсичны вследствие малого содержания этанола,— продажа вместо высокоградусных малоградусных напитков, то есть вина и пива.

Меньшая токсичность их, измеряемая градусами, не означает меньшую токсичность фактически. Нельзя забывать, что такие поражения, как некоторые формы энцефалопатии, полинейропатии, цирроз печени, были описаны давно и сейчас распространены в регионах, где потребляются виноградные вина.

И связи с теми надеждами, которые иной раз возлагаются на замену крепких напитков малоградусными, кажется интересной работа, выполненная французскими учеными. Была отобрана группа мужчин среднего возраста (50 — 55 лет), для которых наиболее часты и опасны сердечные дисфункции. У наблюдаемых не было признаков алкоголизма, но они регулярно потребляли слабое вино. Оказалось, что расстройства сердечной деятельности были пропорциональны длительности потребления и общему, в течение жизни, количеству выпитого вина.

Наблюдения подтвердили, что существует безусловная зависимость между сосудистой патологией и количеством выпитого алкоголя.

Следует отметить работы исследователей, совершенно справедливо прослеживающих зависимость между количеством потребленных малоактивных напитков, в частности пива, и возникновением алкоголизма. Для кого-то слабоалкогольные напитки таят особую опасность. Так, заболеваемость женщин высока даже в традиционных виноградарских регионах. По данным А. Габiani, в некоторых районах Грузии она достигает 29,4 процента

от мужского. В этой связи при расширении потребления легкоградусных напитков, пива в том числе, мы должны предвидеть и рост пьянства среди женщин.

И вообще опыт некоторых государств показывает, что распространение нетрадиционных напитков не снижает потребления традиционных. Например, в Швеции введение легкого пива привело к увеличению алкоголизации детей и женщин и к общему росту подушного потребления в стране.

Нельзя не принять во внимание, что в наших северных широтах имеют спрос спиртные напитки из «северных фруктов» (суррогаты портвейна, вермута и пр.). Клиника опьянения, вызываемая ими, заставляет считать их высокотоксичными.

Каждая, даже наиболее действенная мера не абсолютна и имеет недостатки. Так, молодежь обходит ограничение с помощью старших членов компании. Привыкают к высокой стоимости — один из «эффектов цен». К тому же они нивелируются ростом уровня жизни. Продажа напитков в посуде большого объема ведет к организации собутыльников. Карточная система — к нелегальной торговле и вынужденности потребления («если мне полагается»). Кроме того, это касается не только борьбы с пьянством и алкоголизмом, но и ряда других явлений с отклонениями от норм поведения, основанными на влечениях и чувствах, — любая мера со временем утрачивает действенность.

Таким образом, кажется целесообразным не перевод на нетрадиционные напитки (тем более без предусмотренного контроля за их качеством и количеством), не потребление суррогатов, а введение трезвого образа.

А теперь нужно сказать несколько слов о попытках борьбы с алкоголизмом путем введения «сухого закона», пропаганды так называемого культурного потребления,

установления биологических норм приема спиртного.

Совершенно справедлива критика «сухого закона» (на почве его произрастали бутлеггерство, то есть самогонование, преступность и пр.). Однако надо помнить о социально-экономических условиях, в которых он вводился. Мы не можем ссылаться на опыт «сухого закона» в России (1914—1924 гг.), поскольку это был период общественных катаклизмов, для которых характерно снижение пьянства даже вне запрета. Правда, в те годы занимались самогонованием.

Обычно предметом обсуждения является неудачный опыт США. Обнаженное стремление к прибыли,— а производство спиртных напитков весьма доходно,— заинтересованность частного капитала не могли не расшатать «сухой закон», и в конце концов монополии добились его отмены. Нечто подобное мы видим и в тех странах, где преобладает частный капитал в производстве, где большую часть прибыли получают монополии, а дефицит вследствие злоупотребления ложится на плечи государства. В этой ситуации, при всем понимании преобладающего ущерба, радикальные методы ограничения потребления утвердиться не могут. Более того, к интересам монополий правительства приспособливают свою не только внутреннюю, но и внешнюю политику. Известны конфликты между Испанией и Исландией, Португалией и Норвегией: виноградарские страны отказались от закупки рыбы (основной статьи валютных поступлений северных стран), когда те снизили ввоз вина.

Что касается «культурного потребления» вина, то следует остановиться на двух моментах.

Прежде всего нельзя забывать, что уже само опьянение несет в себе момент, разрушающий культуру.

Не менее важен момент биологический. При незначительной интоксикации воздействие алкоголя на отдельные функциональные системы, не у всех и не всегда благо-

получные, может быть достаточно серьезным, вызывать внезапное обострение существующей болезни. «Приятное», «культурное» опьянение песет в себе желание повторений, учащается, формируя образ жизни, и он, этот образ жизни, неизбежно становится эгоцентрическим, препятствует духовному развитию личности.

Неоднократно делались попытки установить биологическую норму потребления спиртных напитков в математическом измерении, превышение которой опасно для здоровья и за пределами которой развивается алкоголизм.

Ввиду того, что этанол является энергетическим веществом, определяли и допустимое количество вина как доли пищевого рациона. Дело в том, что во многих южных виноградарских странах с низким уровнем жизни, например в странах Латинской Америки, алкоголь служит источником калорий.

Подобные выкладки носят лишь умозрительный характер. Ведь вообще невозможно без последствий употреблять спиртное, уже не говоря о значительном его количестве.

Так же небезопасно каждый день поглощать и пиво — правомерно напомнить, что у пивных пьяниц вследствие жидкостных перегрузок развивается так называемое «бычье сердце» — гипертрофия миокарда.

Хронобиологические исследования показывают, что после приема здоровым человеком 2,4 грамма спирта на килограмм массы тела даже на вторые сутки ритмы обмена веществ — гликогена, белка и липидов остаются измененными, а синхронность биоритмов восстанавливается только на третьи сутки.

Иногда полагают, что частота потребления имеет большое болезнетворное значение, чем количество. Сторонники такой оценки полагают, что количество не важно. Оно якобы определяется пьющим как бы инстинктивно и зависит от возраста и пола. И только, мол, регулярность,

систематичность придаст этому количеству опасный смысл.

Если проследить за развитием алкоголизма у пациентов наркологических стационаров, то можно заметить, что становление болезни — результат и количества, и частоты потребления, и крепости напитка. У многих болезнь развилась после редких, но тяжелых опьянений: такие «удары» не всегда бесследно проходят для детоксицирующих и других функциональных систем.

В последствиях же злоупотребления немаловажную роль играет качество напитка. «Пиво вызывает тяжесть духа и тела, подавляет возвышенные и чистые чувствования и порождает низменные стремления. Сидр и грушевое вино производят почти те же эффекты, что и пиво. Абсент даже в слабых дозах делает человека злым и вздорным. Водка делает пьющих ее сердитыми и задорными. Анисовка вызывает неясность и стеснение в мозгу. Вишневка действует подобно анисовке. Картофельный и хлебный алкоголь вызывают сонливое опьянение, тогда как алкоголь виноградный — опьянение веселое, шутовское, но легко переходящее в гневное», — писал К. де Риккер в 1901 году. К этому можно добавить, что полынная настойка содействует развитию алкогольной эпилепсии. Самогонные крепкие напитки, как и суррогаты, вредны для нервной ткани, ухудшают зрение. Опьянение от них выражается в помрачении сознания. От некоторых сортов вермута возникают грубые расстройства регуляции сосудов.

Таким образом, нет безопасных, а тем более полезных вин. Делавшиеся ранее попытки определять «нормальное» потребление и злоупотребление для индивидуума мы расцениваем как ошибочные: прямая семантика слова оказывается достаточной — потребление во зло. Это зло может выражаться в плохом самочувствии после приема спиртного. В асоциальном поведении. В наруше-

нии межличностных отношений, о чем самому пившему неприятно вспоминать. В обострении имеющихся болезней. В нарушении в последующие дни профессиональных умений.

Физические, психические, поведенческие последствия «употребления во зло» столь же многообразны, как и действие спиртных напитков. При этом — повторим — не имеет значения ни количество, ни качество принятого спиртного напитка. Важен результат.

Напротив, измерение пьянства, как общественного явления, возможно с помощью количественных единиц. Оно проводится со второй половины прошлого столетия. Например, определяется подушное потребление, соотношение дохода и расхода на алкоголь и т. д.

### **Трезвость — норма жизни**

Сказанное позволяет сделать вывод, что ориентация на «культурное питье» не даст эффекта. Нужно воспитывать людей сознательную трезвость. А она основана на личностной установке, возможна при определенном уровне развития человека и соответствующем воспитании.

Антиалкогольное воспитание имеет две формы: нравственное воспитание и целевая санитарно-просветительная работа.

В нашей стране на санитарную пропаганду тратятся большие средства. Однако эта форма борьбы с алкоголизмом относительно эффективна. Видимая причина: конкретный чувственный опыт для большинства значим больше, чем возможное отдаленное, абстрактное следствие. Охранительное свойство психики таково, что человек стремится исключить из переживаний возможную опасность, даже такую неизбежную, как смерть. Тем проще это с алкоголем, оказывающим опьяняющий эффект.

Ранее мы предполагали, что знание о пагубном дей-

ствии спиртного — антиалкогольное воспитание и санитарное просвещение в возможно раннем возрасте — изменит восприятие, привьет настороженное отношение к спиртному, уменьшит удовольствие опьянения. Однако работы последнего времени показывают, что так происходит не всегда. Обследована группа детей 3—4-летнего возраста. Оказалось, у них уже произошло формирование алкогольных представлений. Все они знали, что спиртные напитки вредны, но вместе с тем в содержании их игр отражались ритуалы потребления спиртного. Школьники младших классов тоже знают о вреде алкоголя, но до 10 процентов тех из них, кто пробовал вино, сказали, что оно им понравилось.

Эти данные свидетельствуют не о ненужности санитарно-просветительной работы, а вероятно, о том, что нельзя исключительно на этот метод антиалкогольной борьбы возлагать надежды. Она — необходимое условие, при котором другие противоалкогольные мероприятия будут приниматься населением с пониманием.

Санитарное просвещение нуждается в новых формах. Передачу знаний о вреде спиртных напитков целесообразно вести не посредством специальных лекций на эту тему, а в «русле» других тем: сохранение здоровья, семейная жизнь, воспитание детей и пр. То, что дети 6—8 лет, пробовавшие спиртные напитки, делали это в семье, что, как показывает повседневный опыт работы в наркологическом учреждении, девушки выходят замуж за молодых людей, уже страдающих алкоголизмом, и не придают этому значения, — все это свидетельствует о еще недостаточном усвоении знаний о грозной опасности, таящейся за рюмкой.

Санитарную пропаганду нужно вести в комплексе с антиалкогольным воспитанием. Но и оно должно стать частью целостного нравственного формирования. В последние годы в нашей стране требования нравственно-

сти — отношения межличностных, личности и общества — возрастают. Воспитание в этом направлении — процесс длительный и более трудоемкий, чем какая-либо иная форма пропагандистской работы. Но и результат его несоизмеримо более важен. Нравственное совершенствование, гуманитарное развитие раскрывают творческие возможности личности, способствуют формированию духовных интересов.

Процесс воспитания имеет в виду ряд компонентой. В частности, создание условий для ремесел, рукоделия. Занятия этого рода пробуждают духовные интересы, чают творческое удовлетворение.

Заслуживает внимания опыт ленинградских наркологов, настоявших на том, чтобы больные алкоголизмом получали садово-огородные участки. У этих пациентов отмечены длительные ремиссии.

Опыт спортивных клубов оценивается высоко далее при наркоманиях: занятия спортом позволяют ощутить «мышечную радость», снижают агрессивность, дают удовлетворение.

Такого рода организация досуга способствует упорядочению поведения, занятости и будет пользоваться, очевидно, большей популярностью.

Что же касается клубов по интересам, то их посещают те, кому не угрожает пьянство. Такие клубы — лишь одна из многих в нашей жизни возможностей удовлетворить высокие запросы. Без необходимого же духовного, гуманитарного, эстетического, нравственного развития они не используются, да и не замечаются — подобно тому, как дальтоник; не видит некоторых цветов. Клубы по интересам нужны тем, у кого есть интересы.

Очень многие проблемы, в ряду которых и пьянство, мы пытаемся решать локально, в то время как они имеют одну причину — низкий культурный уровень, недостаток нравственного воспитания.

Результатов нравственного воспитания, ведущегося активно сегодня, нельзя ждать уже завтра. Это процесс длительный, и в нем должны принять участие не только институты общественные, но — и это главное — семья. Не одно и не два поколения.

Сейчас же перед нами стоят оперативные, тактические задачи, требующие немедленного решения.

Начинается работа по биологической профилактике алкоголизма. Мы не будем рассказывать о попытках выявить генетически предрасположенных индивидов с намерением рекомендовать им воздержание от спиртного. Речь идет лишь о добавлении к спиртным напиткам ингредиентов, препятствующих метаболическим эффектам этанола. Так, результаты добавления тиамин в виски (50 миллилитров на бутылку), в пиво (5 миллиграммов на бутылку) исследуются в Швеции, Англии. Во Франции в центрах гигиены питания, наряду с лечением выраженных форм алкоголизма, в случаях бытового пьянства назначается специальная диета с повышенным содержанием аминокислот и витаминов.

Необходимо обратить внимание на важность активного выявления случаев пьянства и алкоголизма — сейчас это пока делается не в полную меру. Задержание видимо пьяных в общественных местах позволяет зарегистрировать лишь незначительную долю злоупотребляющих. Это в основном начинающие пьянство и большие алкоголизмом в третьей стадии, пока не научившиеся или уже не могущие скрывать опьянение. Так, частота попадания в вытрезвитель от начала злоупотребления снижается: 39, 32, 24,3 процента (выраженный алкоголизм). А между тем уже определены принципы выявления на производстве, существует комплекс критериев, дающих возможности более полного обнаружения всех злоупотребляющих (фиксируются не только прогулы, случаи появления в нетрезвом виде на работе, увольнения, малый стаж работы,

попадание в вытрезвитель, приводы в милицию, но и участие в ДТП, обращение за скором медицинской помощью, в травмпункты и пр.). Эти критерии показательны и при бытовом злоупотреблении, и в продроме алкоголизма, и в дальнейшем течении болезни.

Нужно добавить, что выработанные наркологами и организаторами здравоохранения критерии пока еще не используются в полной мере для противоалкогольной борьбы.

Социальная деградация у больных алкоголизмом наблюдается в среднем спустя 6 лет после абстинентного синдрома, одновременно с началом падения толерантности и потреблением суррогатов. Это подтверждает не только относительную замаскированность алкоголизма в среднем течении, но и то, что в начале злоупотребления и продроме не были предприняты необходимые меры.

Теперь эти критерии будут использованы в антиалкогольной работе.

Пока же проблемой остается выявление алкоголизма даже в среднем его течении, то есть во второй стадии. Как известно, сами больные не склонны обращаться за наркологической помощью. Мы уже говорили о возможности активного выявления больных второй стадии и даже в случаях скрываемого алкоголизма. Это дифференцированный отбор в общей больницы сети и на врачебных участках. Мы видели, что биологический комплекс продрома проявляется в основном травматизмом и прочими расстройствами, требующими медицинской помощи. В медицинской карте по месту жительства не всегда регистрируются такие случаи. Но участковый врач может обратить внимание на болезненность отдельных своих пациентов, а возрастать она начинает именно с началом второй стадии. Частота психосоматических расстройств в семье, поражение потомства также дают возможность участковым терапевтам и педиатрам фиксировать случаи алкоголизма.

Еще резерв, способствующий активному выявлению,—

специализированная медицинская помощь. Мы говорили о том, что алкоголики составляют большой процент среди общего числа госпитализированных больных. Они обращают на себя внимание своей жизнерадостностью, легкомысленным отношением к болезни, несоблюдением режима, общительностью, отсутствием дистанции — неадекватностью. И в дополнение к этому — тайный прием спиртных напитков, сомнительные посетители, не всегда трезвые. Умение при различных соматоневрологических страданиях выделить дополняющий интоксикационный компонент даст возможность сделать более прямым обнаружение больших алкоголизмом.

Среди задач медицинской службы — и выявление злоупотреблений в отдельных профессиональных группах. Положительный пример этой работы существует в системе гражданской авиации. Но этого недостаточно. Имеющиеся же методы объективной диагностики позволяют проводить скрининг (т. е. массовое обследование) на алкоголизм достаточно широко.

Совершенно не используется еще одна возможность активного выявления. Ранее говорилось: злоупотребление, прежде чем оно станет известно администрации по месту работы, работникам милиции или врачам, давно не секрет для членов семьи, соседей. Независимо от того, насколько правильна оценка близких, они — первые, кто замечает регулярные опьянения и изменения поведения. И этот очаг «самовозгорания» виден невооруженным глазом: пьянство, безделье, регулярные гулянки, музыка, безнадзорные дети и пр. Однако в силу ложных представлений не принято, вплоть до крайних ситуаций, обращаться за сторонней помощью, «выносить сор из избы». Обнаружить этих больных можно только при росте медико-социального контроля по месту жительства. Помимо общих задач, решаемых в ходе профилактической работы, ежс-го-иНоii диспансеризации, необходимо специально сфор-

мул и ропать задачи выявления пьянства. Их можно решать именно по месту жительства, в ходе санитарных обследований домов и квартир.

Это — хорошее поле деятельности для такой организации, как Красный Крест. При Красном Кресте целесообразно организовать «бригады здоровья» из молодых людей, проявляющих склонность к общественной, педагогической, медицинской деятельности. Они будут следить за здоровым образом жизни, в частности за чистотой, тишиной, трезвостью, мирными взаимоотношениями.

Этические сомнения о праве вмешательства в «личную жизнь» не следует принимать в расчет. У лиц медицинских профессий это право вообще велико. А пьянство и алкоголизм подобны опасной инфекции, при которой этическим колебаниям нет места. Многообразные же тяжкие последствия для самого пьющего, его близких, потомства делают семью пьяницы источником не только медицинской, но и социальной опасности.

Результат активного выявления, даже в том незначительном объеме, что существует сейчас, снижается из-за того, что разрозненные сведения не имеют «собирающего центра». Л должны они концентрироваться по месту жительства: в отделениях милиции, опорных пунктах охраны общественного порядка, в специальных противоалкогольных комиссиях, определяющих принудительное освидетельствование, конкретные меры воздействия и контроль. Эти предложения, однако, охватывают только случаи пьянства без признаков алкоголизма.

Более всеобъемлюща предложенная В. И. Габоевым система медико-социального контроля с дублированием ее отделениями милиции и наркологическими диспансерами по месту жительства. Соответствующие разделы индивидуальной карты заполняются не только медиками и милицией, но и администрацией по месту работы. Этот

способ контроля особенно эффективен в малых и средних по величине населенных пунктах. Однако при должной заинтересованности он может применяться и в больших городах.

Требуют усовершенствования и немедицинские формы профилактики пьянства и алкоголизма: предупреждение, выявление, контроль, в том числе контроль за больными алкоголизмом, прошедшими курс антиалкогольного лечения (вторичная профилактика). Постановление ЦК КПСС от 7 мая 1985 года «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» расширяет возможности этой работы, возлагая таковую обязанность на всех должностных лиц.

Здесь следует подчеркнуть значение «слабого пола» в антиалкогольной пропаганде. Женщина, приобретшая право суждения и право требования, может стать и инициатором движения трезвости. В связи с этим желательно было бы сместить акценты в воспитании девочек. Они должны знать, что не только имеют с мужчинами равные права, но и оставляют за собой исключительную роль хранительниц домашнего очага, заботящихся о муже и детях, оберегающих их от опасности.

Опыт антиалкогольной работы женщин всегда бывал успешным. Примером тому может служить организация женских противоалкогольных комиссий на промышленных предприятиях г. Запорожья. Здесь заработную плату злоупотребляющих выдают женам. Это начинание не всюду поддерживается, хотя заслуживает дальнейшего распространения. Нуждается в повсеместном распространении опыт перевода заработной платы на счета в сберкассе.

При всей сложности и объемности борьбы с пьянством и алкоголизмом, при том, что, как показывает исторический опыт, борьба эта знает не только успехи, но и поражения, мы не должны терять оптимизма.

В заключение следует сказать, что постановление

ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» имеет принципиально новый смысл: эта борьба теперь — задача всех служб общества и всех должностных лиц. Совершенно ясно, что реализация этого постановления резко снизит злоупотребление спиртными напитками всего населения, в том числе молодежи, а значит, и последствия этого, в частности алкоголизм. Вместе с тем наркологи должны прогнозировать и возможные нежелательные эффекты, заранее приготовившись к их ликвидации. К вероятным нежелательным эффектам нужно отнести ускорение скорости течения заболевания в запущенных случаях второй и третьей стадии алкоголизма за счет употребления суррогатов и возникновение смешанных форм токсикомании — злоупотребления спиртными напитками в сочетании с седативными средствами (транквилизаторы, снотворные). Отсюда — внимание и постоянный контроль за больными алкоголизмом, возрастание роли лечебно-профилактических профилакториев, совершенствование методик выявления и лечения больных алкоголизмом.

Итак, трезвость должна стать нормой нашей жизни. Сегодняшняя борьба с пьянством и алкоголизмом идет по всем направлениям. Намечен широкий, комплексный подход. А это значит, что и наука не может, не имеет права оставаться в стороне. Более того, за ней важная роль в этом нелегком деле.

Но еще раз напомним, что алкоголизм — это проблема не только медицинская, но и социальная. А это значит, что многое зависит и от каждого человека, в какой бы области он ни работал, где бы ни жил. Необходимо вести воспитательную работу, предупреждать, «подстраховывать» прежде всего тех, кто относится к группе с повышенным фактором риска. Это задача общественных ор-

ганизаций, родственников, администрации. Но выделить такие группы и помочь им с медицинской точки зрения должны врачи и ученые.

А пока, читатель, могу посоветовать: не рискуйте и не проводите эксперимент на себе. Каждый может обойтись без спиртного. И немало людей, прожив большую, порой нелегкую жизнь, не только ни разу не напились, но и совсем не знают вкус вина. Помните, пьющий, употребляющий спиртные напитки во зло, уничтожает себя как личность.

Возвращаясь к названию книги, повторим: «Пить — значит не быть»...

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Чем отзовется рюмка .....	3
Что толкает на хмельной путь? .... .	31
Предвестники алкоголизма и его начало .....	68
Лечение начинается с диагностики.....	115
С обочины — на дорогу жизни ...	128
Не дожидаясь беды .....	150

**Пятницкая И. Н.**  
П99 Пить — значит не быть.— М.: Сов. Россия,  
1987.- 176 с.

Автор, заведующая отделом по изучению молекулярных механизмов наркомании Второго Московского медицинского института, рассказывает о влиянии алкоголя на самого пьющего, на его потомство, значительное внимание уделяет раскрытию причин, толкающих людей на путь потребления спиртного. В основе изложения лежит современная концепция развития алкоголизма, в разработке которой немалая заслуга принадлежит самой Пятницкой.

Книга расширит представления читателей о закономерностях возникновения этого разрушающего личность заболевания, в том числе наиболее трудно распознаваемого начального его этапа, познакомит их с современными методами лечения больных.

Расчитана на широкие круги читателей.

П 411800000—128 66—87  
М-105(03)87

**617.9**

**Ирина Николаевна Пятницкая**

**ПИТЬ - ЗНАЧИТ НЕ БЫТЬ**

*Литературная запись*

**Е. И с а к о в о й**

Редактор

**М. Г. Пожидаева**

Художественный редактор

**И. И. Рыбченко**

Технический редактор

**Г. П. Мартянова**

Корректор

**Н. Д. Бучарова**

ЦБ № 7356

Сдано в набор 30.06.87. Подписано в печать 29.10.87. Л0237Э. Формат 70x108 1/32-  
Бумага типогр. № 1. Гарнитура обыкновенная новая. Печать высокая. Усл. п. л.  
7.7. Усл. кр-отг. 7,88. Уч.-изд. л. 7,49. Тираж 100 000 экз. Зак № 227. Цена 40 к.  
Изд. инд. НА-82.

Ордена «Знак Почета» издательство «Советская Россия» Государственного комитета  
РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 103012, Москва,  
проезд Сапунова, 13/15.

Книжная фабрика № 1 Росглавополиграфпрома Государственного комитета РСФСР  
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 144003, г. Электросталь  
Московской области, ул. им. Тевосяна, 25.

## К ЧИТАТЕЛЯМ

Издательство просит отзывы об этой книге и  
пожелания присылать по адресу: 103012,  
Москва, проезд Сапунова, 13/15, издательство  
«Советская Россия»

# Пить- значит не быть

---

Среди других прегрешений пьянство представляется мне пороком особенно грубым и низменным. В других пороках больше участвует ум; существуют пороки, в которых имеется оттенок благородства, если можно так выразиться. Есть пороки, связанные со знанием, с усердием, с храбростью, с пронизательностью, с ловкостью и хитростью; но что касается пьянства, то это порок насквозь телесный и материальный.

Монтень

Created by Skychatel