



**В. А. Таболин  
С. А. Жданова  
И. Н. Пятницкая  
Г. А. Урывчиков**

# **АЛКОГОЛЬ И ПОТОМСТВО**



Москва  
«Высшая школа» 1988

ББК 54.13  
Т 12  
УДК 616.36

Рецензенты:

чл.-кор. АМН СССР, проф. Ю. Е. Вельтишев (Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения РСФСР);  
проф. В. В. Ковалев (Московский научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР);  
д-р мед. наук С. Г. Мамонтов (2-й Московский государственный медицинский институт имени Н. И. Пирогова).

Т  $\frac{410100000-077}{001(01) - 88}$  246-87

Совершенствование социалистического общества, рост производства, развитие науки и техники, раскрытие творческих способностей человека невозможно без устранения таких негативных явлений, как пьянство и алкоголизм.

Генеральный секретарь ЦК КПСС тов. М. С. Горбачев в докладе на апрельском (1985 г.) Пленуме ЦК КПСС подчеркнул, что одним из основных социальных резервов ускорения развития нашего общества является активизация человеческого фактора. Такая активизация несовместима с пьянством и алкоголизмом, препятствующими экономическому, социальному и духовному прогрессу.

Одним из первых мероприятий по реализации решений апрельского (1985 г.) Пленума ЦК КПСС явилось постановление Совета Министров СССР «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения» (1985 г.), в котором ликвидация вышеназванных пагубных явлений в нашей стране рассматривается как социальная задача большой политической важности. Это было подтверждено и в вышедшем в 1987 г. документе «О ходе выполнения постановлений ЦК КПСС по преодолению пьянства и алкоголизма и активизации этой работы».

Повышенное внимание к злоупотреблению алкоголем обусловлено огромными потерями, которые несет общество вследствие снижения уровня материального производства, затрат на лечение, физической и умственной неполноценности части населения, инвалидизации детей алкоголиков и подростков, пристрастившихся к алкогольным напиткам. Антиалкогольная пропаганда и воспитательные мероприятия должны базироваться на точном знании причин возникновения алкоголизма, его проявлений и последствий. Поскольку настоящее издание рассчитано на студентов и преподавателей высших учебных заведений, техникумов, ПТУ, широкий круг читателей, в него включены сведения, помогающие лучше понять влияние алкоголя на потомство.

*Авторы*

Употребление алкогольных напитков известно с глубокой древности. Об этом свидетельствуют материалы археологических и этнографических исследований. В эпосе разных народов встречаются упоминания об опьянении вином. И хотя социальный вред пьянства, а также вред для здоровья человека были очевидны очень давно, употребление алкоголя получило повсеместное распространение. Сформировались определенные обычаи, традиции приема спиртных напитков. Существуют, следовательно, определенные социальные и психологические причины алкоголизации отдельных лиц и микроколлективов. Без вскрытия этих причин антиалкогольные мероприятия будут недостаточно эффективными.

Широкие слои населения недостаточно осведомлены о пагубных последствиях эпизодического употребления алкоголя, не сопровождающегося развитием алкогольной болезни. Сюда относятся: снижение производительности труда, повышение уровня травматизма, снижение рождаемости, рост числа детей с физическими уродствами и умственными дефектами.

Организация борьбы против пьянства и алкоголизма, на новых принципах ориентирует систему профилактики и преодоления пьянства на развитие трезвеннических психологических установок, а отсюда и трезвого образа жизни. Такая работа основывается на данных научных исследований о нанесении обществу огромного ущерба любым потреблением спиртного, а не только его крайним, самым опасным проявлением — пьянством и исходящим из него мрачным последствием — *алкоголизмом*.

Борьба с пьянством и алкоголизмом предполагает наличие у всех граждан серьезных знаний сути антиалкогольных мероприятий и способов проведения их в жизнь трудовыми коллективами, обществом в целом. Задачи сегодняшней борьбы против пьянства и алкоголизма требуют, вместе с тем, определенной психологической перестройки всех слоев населения, в значительной мере посредством широкой популяризации научных знаний.

Авторы, исходя из поставленной перед ними задачи, стремились с должной научной достоверностью изложить сведения о причинах широкого распространения употребления алкоголя, неодинаковой чувствительности к нему разных лиц в силу генетических, конституциональных, психологических и других особенностей организма. Как следствие этих особенностей у части населения развивается форма наркоманической зависимости от алкоголя — психической и физической, возникает заболевание — *алкоголизм*.

Лица, больные алкоголизмом, выключаются из общественно полезного труда, они разрушают свое собственное здоровье и здо-

ровые окружающих. Но не меньший вред (а в количественном отношении, может быть, и больший) обществу наносят люди, употребляющие алкоголь эпизодически, по традиционному существующим поводам. Помимо расстройства функционирования органов и систем человека, снижения работоспособности и т.д., эпизодическое потребление спиртных напитков служит причиной многих несчастных случаев и правонарушений.

В качестве самого опасного для общества следствия алкоголизации населения следует рассматривать его влияние на здоровье потомства. Материалы, помещенные в данной книге, показывают, что неуклонно возрастает число новорожденных с диагнозом алкогольного синдрома плода. Физическое и умственное развитие таких детей протекает замедленно, с отклонениями от нормы, что представляет собой проблему для педагогических и медицинских учреждений, для общества в целом.

Подрастающему поколению и педагогам важно знать об особо опасных последствиях раннего употребления алкоголя и других веществ, вызывающих наркоманическую зависимость.

Актуальность проблемы алкоголизма в современном обществе требует усиления борьбы за здоровый образ жизни.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ  
ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА****РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ  
АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ В РАЗНЫХ СТРАНАХ**

Существует определенная связь между производством и потреблением алкоголя, с одной стороны, и распространением пьянства и увеличением числа больных алкоголизмом — с другой. Вид и количество потребляемых спиртных напитков очень различаются в отдельных странах, в разных регионах каждой страны, среди лиц разных профессий и т.д. Однако усредненные данные позволяют составить определенное представление об уровне потребления алкоголя на душу населения (рис. 1). Этот уровень характеризуется наиболее высокими показателями в винодельческих странах — Франции и Италии. Огромное значение виноградарства и виноделия в экономике, широко распространенный обычай повседневного употребления большого количества вина и ряд других факторов сделали вино элементом социальной жизни и вывели эти страны по потреблению алкогольных напитков на первое место в мире. В большинстве других экономически развитых стран уровень потребления алкоголя на душу населения колеблется от 6 до 8 л абсолютного алкоголя в год.

В дореволюционной России (по данным на 1913 г.) на душу населения приходилось сравнительно много алкоголя — 4,7 л в пересчете на абсолютный спирт. Величина эта значительно меньше уровня потребления алкоголя в странах Западной Европы и США в начале XX в. (от 7,5 л в Германии до 22,9 л во Франции). В настоящее время в разных странах ежегодный прирост душевого потребления алкоголя составляет от 2 до 5%. В середине 60-х годов потребление алкогольных напитков в СССР характеризовалось той же величиной, что и до первой мировой войны — 4,7 л абсолютного алкоголя на душу населения. За истекшие 20 лет производство и потребление алкоголя в нашей стране, хотя и находилось на более низком уровне по сравнению с большинством экономически развитых стран, но неуклонно увеличивалось. В разных регионах страны это повышение оказалось неравномерным. Так, в республиках Прибалтики темпы роста потребления алкоголя в 10—15 раз превышают алкогольный показатель для Средней Азии. В республиках Закавказья увеличение потребления спиртных напитков также характеризуется невысокими цифрами. Указанные различия объясняются особенностями национальной культуры, традиций, обычаев и т.п. Вместе с тем очевидно также, что темп прироста невелик там,

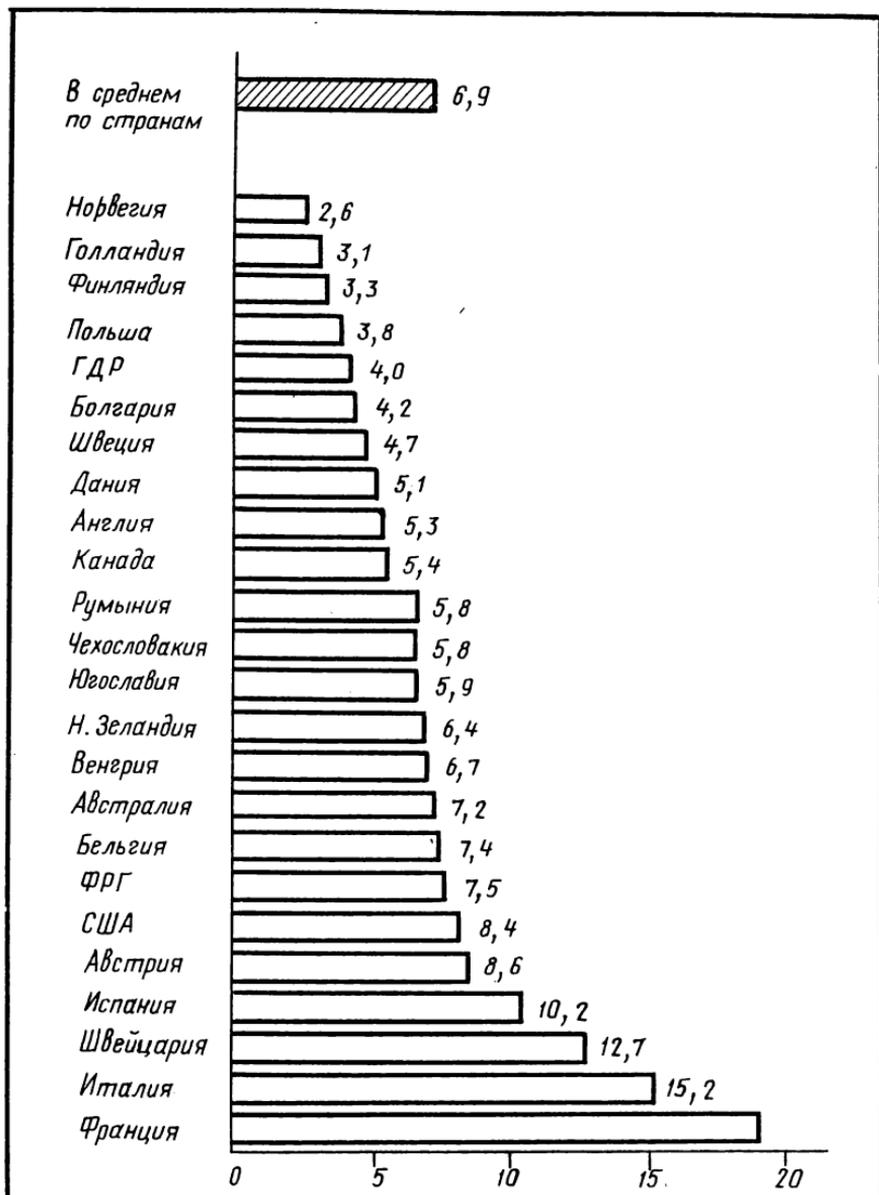


Рис. 1. Потребление алкогольных напитков (в литрах абсолютного алкоголя) на душу населения в год по отдельным странам (по Ю. П. Лисицыну и Н. Я. Копыту, 1978)

где исходный уровень потребления алкогольных напитков населением был достаточно высок.

Приведенные расчеты, основанные на данных о производстве спиртных напитков, не полностью отражают потребление их населением. Это обусловлено тем, что не может быть точно учтено неле-

гальное производство напитков. Во Франции, например, оно достигает 50% от легального, а в некоторые годы равно ему. В нашей стране до самого последнего времени достаточно широко было распространено самогонование, изготовление араки, чачи, тутовой водки, браги, виноградного вина и т.п. По оценкам ученых, в 70-е и первой половине 80-х годов количество спиртных напитков домашнего приготовления составляло около 50% от количества потребляемой водки.

На уровне потребления алкоголя сказалось усвоение алкогольных стереотипов поведения частью женщин и молодежи. Социологические исследования, проведенные в ряде городов, показали, что около 70—75% взрослых женщин периодически употребляет спиртные напитки. Если в 1960 г. доля женщин среди больных алкоголизмом не превышала 8%, то в конце 70-х годов этот показатель достиг 10—15%. Изучение динамики алкоголизма среди женщин на протяжении последних 20 лет выявило, что частота алкогольных заболеваний среди них за это время возросла в 1,5 раза.

Употребление алкогольных напитков среди несовершеннолетних и молодежи также получило значительное распространение. Выборочное обследование учащихся 9—10 классов обнаружило, что если в 1965 г. эпизодическое употребление спиртных напитков среди девушек составляло в среднем 49%, а среди юношей — 68%, то в начале 80-х годов эти же показатели возросли соответственно до 70 и 90%.

Таким образом, данные о производстве спиртных напитков, результаты социологических исследований, наблюдений врачей позволяют выделить следующие основные тенденции.

1. Наблюдается повсеместный рост потребления алкогольных напитков. 2. В городах уровень алкоголизации населения в среднем вдвое выше, чем в сельской местности. 3. Быстро растет женский алкоголизм. 4. Отмечается увеличение потребления алкоголя детьми и подростками.

Возрастание числа «умеренно» пьющих людей таит в себе серьезную опасность. Установлена четкая зависимость между показателем потребления алкоголя на душу населения и показателем «чрезмерного» потребления. От 1 до 9% лиц в возрасте 15 лет и старше предаются неумеренному пьянству: потребляют в среднем более 150 мл абсолютного спирта. Это эквивалентно 375 мл 40° водки, 1 л вина или 3 л пива. Число лиц, злоупотребляющих алкоголем, возрастает при общем увеличении потребления спиртных напитков среди населения. Соответственно возрастает число больных-алкоголиков. Из каждых 5 лиц, злоупотребляющих алкоголем, у 1—2 развивается болезнь — алкоголизм. Насколько это опасно для здоровья населения, показывают данные социологических исследований: в разных профессиональных группах злоупотребляют алкоголем от 10 до 20% лиц. При этом до 78% здоровых мужчин в возрасте от 20 до 40 лет считают для себя «нормой» 350—500 мл 40° алкоголя в день.

Каковы причины столь широкого распространения употребления алкогольных напитков? Одна из них — свойства самого алкоголя, его способность оказывать *эйфорическое действие* (от лат. *euphoria*), создавать настроение удовольствия. Именно поэтому алкогольные напитки были непременным атрибутом различных праздников и обрядов еще во времена первобытно-общинного строя и на более поздних этапах развития человеческого общества. Так, прием спиртных напитков был приурочен к событиям, имевшим значение для всего племени — удачная охота, сбор урожая, праздники по случаю перехода несовершеннолетних юношей и девушек в группу взрослых, полноправных членов племени и т.п. Позднее прием алкогольных напитков приобрел ритуальное значение. Так, у скифов существовал обычай добавления крови каждого из соплеменников в общую чашу вина. Этим подчеркивалось кровное единство всех членов племени. Обряд причастия у христиан также включает прием вина, символизирующего «кровь господню».

Традиции, связанные с употреблением спиртных напитков, складывались повсеместно. Хмельные напитки из винограда, пальмового сока, хлебного сула умели изготавливать в Древней Греции, Древнем Риме, Египте. Из литературных памятников Древней Руси известно, что наши предки употребляли алкогольные напитки, приготовленные из меда и семян злаковых растений. Алкогольные обычаи широко распространены и сейчас. Употреблением спиртных напитков отмечают какие-либо события в коллективе, семье, посещение гостей.

Таким образом, алкогольные обычаи — это исторически сложившиеся и передаваемые из поколения в поколение внутри отдельного микроколлектива формы употребления спиртных напитков. Алкогольные обычаи выполняют определенные социальные функции. Они являются средством стабилизации утвердившихся в данной среде отношений и форм употребления алкоголя и осуществляют преемственность этих отношений в жизни новых поколения.

Другая, не менее важная причина, обуславливающая широкое употребление алкоголя, — его *свойство ослаблять напряжение*, создавать иллюзию благополучия. Человеку начинает казаться, что трудности, житейские невзгоды не имеют большого значения. На это указал Ф. Энгельс, описывая плохие бытовые условия и тяжелый труд английских рабочих: «... помимо этих скорее физических причин, толкающих рабочего к пьянству, оказывают свое действие и сотни других обстоятельств: пример большинства, недостаточное воспитание, невозможность оградить молодых людей от искушения, во многих случаях прямое влияние пьяниц-родителей, которые сами угощают детей вином, уверенность, что под влиянием спиртных паров забудешь хоть на несколько часов нужду и гнет жизни...»<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т. 2. С. 336—337.

Таким образом, Энгельс выделяет еще одну причину пьянства — *обычай ближайшего окружения*. Именно социальная микросреда, в которой живет человек, оказывает наибольшее влияние на употребление им алкогольных напитков, определяет его отношение к ним. В формировании отношения к алкоголю — положительного или отрицательного — одно из ведущих мест занимают *обычай семьи*. В силу подражания закрепляется, воспитывается будущий стереотип отношения к спиртным напиткам — «алкогольный стиль жизни». Формирование алкогольных установок, т.е. состояние готовности, начинается уже в детском возрасте. Алкогольные обычаи микросреды порождают алкогольные установки у молодого поколения, которое, вырастая, передает их своим детям — образуется порочный круг.

К причинам, порождающим злоупотребление спиртными напитками, относят и *усложнение социальной среды человека*, усложнение производства и производственных отношений. Одна из форм усложнения социальной среды — перемещение сельского населения в города — урбанизация. Выше уже отмечался стремительный рост употребления алкоголя в республиках Прибалтики. Этот рост совпал с увеличением доли горожан в общей структуре населения в Латвии с 36 до 68%, в Литве с 37 до 61%. В целом по стране доля городского населения за период с 1959 по 1979 г. выросла с 52% до 69%. Произошло изменение жизненного уклада у огромных масс населения, а вместе с ним — характера и форм потребления алкоголя.

Традиционное *сезонное потребление* алкоголя в сельской местности сменяется так называемым *ситуационным* — менее контролируемым, более частым, осуществляемым не в привычном окружении, а в случайных местах. Следовательно, психологические причины пьянства оказываются социально обусловленными. Сюда относятся: трудности адаптации, конфликты с окружающими, неудовлетворенность желаний и установок, утомление, робость, сознание своей неполноценности (вследствие, например, недостаточного образовательного уровня) и др. Следовательно, под психологическими причинами социально обусловленного пьянства понимается совокупность мотивов, по которым отдельные лица чрезмерно потребляют алкоголь как релаксант для облегчения своего дискомфортного психического состояния. Немалую роль при этом играет урбанизация, усиливающая эмоциональную напряженность и ослабляющая нравственный контроль из-за условий жизни большого города. Получает распространение индивидуальное использование алкоголя вследствие его расслабляющего, снижающего напряжение действия.

Тяжелое пьянство постепенно становится средством забвения населения в странах с выраженными социальными противоречиями, где существуют плохие жилищные условия, однообразное и недостаточное питание, тяжелый монотонный труд, отсутствие культурных развлечений, а в местах, где развито виноградарство, — еще и следствием отношения населения к вину как к доступному суррогату питания. Существенное значение в распространенности упот-

ребления спиртных напитков имеет отношение к этому явлению со стороны общества: чем снисходительнее общество к пьянству, тем шире распространен алкоголизм.

Изложение возможных причин употребления и злоупотребления алкоголем не дает ответа на основной вопрос: почему одни люди не пьют совсем, другие пьют эпизодически, а третьи становятся большими — алкоголиками?

Немаловажную роль играет личность человека, его способность адаптироваться к условиям жизни, умение использовать приемлемые, здоровые способы снятия напряжения. Личность с хорошими адаптационными возможностями успешно справляется с трудностями, социальными или физическими, с конфликтными ситуациями. Личность с плохо развитыми адаптационными механизмами легко выводится из равновесия и нуждается во внешних компенсирующих факторах, роль которых часто играет алкоголь.

Личностные особенности людей разнообразны: одни — легко ранимы, слабовольны, другие излишне самоуверенны, часто добиваются признания. Такие люди плохо адаптируются к окружающей обстановке, при малейших трудностях склонны прибегать к помощи алкоголя.

Можно указать следующие факторы, наиболее значимые для развития алкоголизма: *нервно-психическая неустойчивость, неблагоприятные социально-профессиональные и климато-географические факторы, низкий уровень образования, недостатки воспитания, раннее начало самостоятельной жизни, ранний возраст начала алкоголизации, алкогольные обычаи среды, отрицательное влияние пьющих взрослых, неправильное понимание принципа самоутверждения, узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов, бессодержательное проведение свободного времени, конфликты в семье и нарушение структуры семьи* и некоторые другие.

Таким образом, развитие привычки употребления алкоголя и злоупотребления им с последующим развитием алкогольной болезни обусловлены сложным комплексом факторов. Условно все эти факторы можно объединить в следующие группы.

1. Алкогольные обычаи социальной среды (семьи, ближайшего окружения), ранняя алкоголизация.
2. Нервно-психическая неустойчивость.
3. Биологически обусловленная неодинаковая переносимость алкоголя.

Для того чтобы разобраться в действии алкоголя и алкогольной среды на ребенка, необходимо рассмотреть, как влияют спиртные напитки на взрослого человека.

**ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ  
НА ОРГАНИЗМ ВЗРОСЛОГО  
ЧЕЛОВЕКА****ФОРМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

С тех пор как люди научились изготавливать алкогольные напитки и использовать их с целью искусственного возбуждения, они убедились, что сиюминутное веселье влечет за собой многочисленные беды, страдания и болезни. Стало очевидным, что систематическое употребление спиртных напитков неизбежно ведет к нарушению физического и, особенно, психического здоровья.

Алкоголизм как проблему изучают почти два века, что нашло отражение в многообразии терминов, обозначающих это страдание: «алкогольная болезнь», «хроническая интоксикация алкоголем», «хронический алкоголизм» и т.п.

Термин «*алкоголизм*» (от лат. *alcoholismus*) обозначает заболевание, характеризующееся определенной совокупностью патологических (болезненных) изменений, которые появляются в организме при воздействии длительного, неумеренного употребления алкоголя. Термин «*алкоголизация*» означает прием спиртных напитков независимо от количества и распространенности.

Бытовое употребление алкоголя влечет за собой алкогольное опьянение, определяющееся как острая *алкогольная интоксикация* (отравление).

При частом неумеренном, а нередко и умеренном приеме алкоголя с целью получения эйфорического эффекта алкогольного опьянения, может развиваться *хронический алкоголизм* — одна из форм зависимости, возникающая у лиц, принимающих алкоголь. По определению Всемирной организации здравоохранения, алкоголизм характеризуется вынужденным потреблением спиртных напитков в пределах психической и физической зависимости и выражается в относительно постоянном, непрерывном или периодическом их потреблении с постепенным повышением переносимости, наступлением функциональных нарушений при внезапном прекращении приема алкоголя (абстинентный синдром, или синдром воздержания), а с углублением болезни — развитием психических и физических расстройств.

Начало заболевания — чаще на третьем десятилетии жизни, преимущественно у мужчин. В последние годы, однако, заболеваемость хроническим алкоголизмом среди женщин имеет тенденцию к увеличению.

Различают следующие формы алкоголизма. *Альфа-алкоголизм* — начало пьянства в силу психической ранимости; психиче-

ская потребность в опьянении; незначительные, чаще семейного порядка, социальные осложнения, на этом этапе существует возможность индивидуума прекратить злоупотребление алкоголем. *Бета-алкоголизм* — начало пьянства под влиянием среды, обычаев (например, в странах с развитым виноградарством); сохранение контроля за количеством выпиваемых спиртных напитков; отсутствие потребности, необходимости продолжать пьянство; позднее наступление соматических осложнений. *Гамма-алкоголизм* — начало пьянства в результате психической или физической ранимости; физическая или психическая потребность продолжать злоупотребление алкоголем; утрата контроля за количеством выпиваемых спиртных напитков; интенсивное влечение к алкоголю; абстинентный синдром; психо-физическая и социальная деградация (обычно встречается в странах, где более распространены крепкие напитки).

*Дельта-алкоголизм* — начало пьянства вследствие физической ранимости или социальных влияний; потребность в продолжении употребления алкоголя для улучшения физического самочувствия; неспособность прервать пьянство, но возможность контролировать количество выпиваемых спиртных напитков, отсутствие абстинентного синдрома, медленное развитие осложнений.

## МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ

Глубокие изменения личности человека, злоупотребляющего алкоголем, и, тем более, больного-алкоголика развиваются постепенно. В их основе — непосредственное действие этанола на клетки и протекающие в них обменные процессы. Вредное влияние алкоголя распространяется поэтому не только на нервную систему, но практически на все органы и ткани человека.

**Пути превращения алкоголя в организме человека и изменения, которые он вызывает в тканях.** В организме человека постоянно содержится небольшое количество этилового спирта, образующегося на промежуточных этапах обмена углеводов или в результате бродильных процессов в пищеварительном тракте. Концентрация его в крови не превышает 0,1—0,3 г/л. Небольшие количества этанола, поступающие в кровь вследствие указанных процессов, не опасны, так как быстро обезвреживаются ферментными системами печени и других тканей.

Иначе протекают реакции при поступлении в организм больших количеств алкоголя извне. Алкоголь быстро всасывается слизистой оболочкой полости рта, желудка и кишечника. В желудке всасывается примерно 20% принятого алкоголя и около 80% — в тонком кишечнике. После приема алкоголя на голодный желудок его предельная концентрация в крови наблюдается спустя 30—60 мин. После еды концентрация алкоголя в крови нарастает медленнее и максимум ее обнаруживается спустя 1,5—2 ч. При этом часть алкоголя (до 30%) связывается с пищей и не поступает в кровоток. Свободный алкоголь полностью исчезает из организма спустя 5—15 ч после приема. Наибольшая часть поглощаемого этанола кон-

центрируется в головном мозге и печени, меньшая — в других органах (легкие, почки, мышцы и др.).

Примерно 90—95% принятого алкоголя окисляется и лишь незначительная часть удаляется с мочой (2—4%) и через легкие с выдыхаемым воздухом (3—7%). Скорость окисления алкоголя колеблется в зависимости от индивидуальных особенностей организма, она генетически детерминирована и составляет у разных людей от 4 до 14 г/ч.

Начальная стадия распада этанола осуществляется главным образом в печени под воздействием фермента *алкогольдегидрогеназы*, который превращает алкоголь в ацетальдегид. Затем ацетальдегид разносится током крови по всем органам и тканям, где и происходит его дальнейшее химическое превращение: под действием фермента ацетальдегиддегидрогеназы образуется свободный ацетат и связанный — в форме ацетилкоэнзима А. Эти соединения вступают в цикл Кребса (цикл лимонной кислоты) и через ряд промежуточных стадий распадаются до  $\text{CO}_2$  и  $\text{H}_2\text{O}$ .

Помимо основного процесса этиловый спирт разрушается и другими второстепенными путями, также преобразуясь в ацетальдегид. Эти пути метаболизма этанола приобретают большое значение при хроническом употреблении алкоголя. Именно поэтому у алкоголиков возрастает максимально переносимая доза этилового спирта.

*Ацетальдегид* — химически очень активное и очень токсичное соединение. Поэтому влияние алкоголя на биохимические и функциональные процессы в организме, на структуру клеток и тканей складывается по существу из эффектов двух веществ — этилового спирта и образующегося из него ацетальдегида.

Основное действие алкоголя — на центральную нервную систему: угнетение, торможение вызывается целой молекулой этанола. Ему предшествует возбуждающее (эйфоризирующее) действие, которое выражено в период всасывания, когда концентрация алкоголя в мозге ниже, чем в крови. Когда же концентрация этилового спирта в головном мозге максимальна, а в крови начинает падать, проявляется его угнетающее, тормозящее действие.

Ацетальдегид гораздо более активен, чем этанол, по отношению к широкому спектру биохимических реакций. Так, на образование ацетальдегида расходуется большая часть (до 75%) окислительных возможностей печени. Это нарушает (тормозит) течение нормальных окислительно-восстановительных реакций: подавляется синтез гликогена, окисление жирных кислот и аминокислот и т.д. Сам ацетальдегид, обладая высокой реакционной способностью, изменяет нормальное, согласованное течение биохимических реакций, соединяясь с белками, аминокислотами, другими органическими соединениями, подавляя дыхательные процессы в клетке.

Таким образом, алкоголь и его производное — ацетальдегид — грубо нарушают практически все стороны обмена веществ в организме, и, что очень важно, медиаторов нервной системы — *катехоламинов*. Токсическое действие ацетальдегида во много раз превышает соответствующий эффект алкоголя. Полагают, что состояние

абстиненции (синдром похмелья) во многом обусловлено высокой концентрацией ацетальдегида.

Токсическое влияние алкоголя различно, в зависимости от вида вызываемого им отравления: острого или хронического. Так, при остром отравлении алкоголь оказывает угнетающее влияние на центральную нервную систему, вызывая все стадии опьянения.

Хроническое отравление этиловым спиртом многообразно: отрицательное воздействие сказывается на печени, сердечной мышце, кровеносной системе, желудочно-кишечном тракте и метаболических (обменных) процессах в организме.

**Острое действие алкоголя на организм.** Степень проявления острого отравления этиловым алкоголем связана с его концентрацией в крови. Различают три степени алкогольного опьянения: легкую, среднюю и тяжелую. Доказано трехфазное течение опьянения: возбуждение, торможение, кома. В фазе возбуждения у отравившихся отмечаются эйфория, экспансивность, говорливость, несдержанность, снижаются способность наблюдения, острота зрения и слуха, быстрота рефлекторных реакций и т.д. Таким образом, неверно, что эта фаза названа фазой возбуждения: она возникает в связи с угнетающим действием алкоголя на высшие нервные центры, выполняющие контролирующие и тормозящую функции по отношению к низшим (подкорковым) центрам головного мозга. Последнее выражается чрезмерной, «неуправляемой» их активностью, не поддающейся контролю со стороны высших центров головного мозга, расположенных в его коре, которая при этом оказывается в угнетенном состоянии. Именно этим объясняются необузданность инстинктов и неконтрольное, некритичное поведение. Для этой фазы характерно и расширение периферических сосудов, создающее ощущение тепла.

В следующей фазе опьянения у человека обнаруживается общеизвестная картина алкогольного опьянения: мысли спутанные, несвязные; отмечается постепенный переход от чрезмерной говорливости к «смазанной» речи. Притупляется общая чувствительность, ухудшаются зрение и слух. Походка становится шаткой, неустойчивой. Отравившийся алкоголем индивид в этой стадии отличается резким переходом от чрезмерно веселого настроения к приступообразной ярости, он дезориентирован в пространстве и времени, его сознание спутано. Такие психические нарушения нередко сопровождаются агрессивным поведением (ссоры, драки, уголовные преступления, несчастные случаи и т.п.).

Для отравления алкоголем характерны частые обильные рвоты. У подростков вторая фаза отравления алкоголем зачастую быстро переходит в последующую, третью — алкогольную кому. Концентрация алкоголя в крови при этом превышает 2,5—5,0 г/л. У отравившегося исчезает сознание, рефлексы не вызываются, зрачки расширены, на свет не реагируют. У детей нередко отмечаются судороги за счет снижения концентрации сахара в крови, наступающего под влиянием алкоголя.

После однократного приема алкоголя в количествах, вызываю-

сих среднюю степень опьянения, расстройство различных функций организма обнаруживается в течение довольно длительного времени, значительно превышающего сроки выведения этанола из организма.

Самочувствие и умственная работоспособность остаются сниженными на протяжении более чем двух суток. Уменьшается степень точности выполнения умственной работы, подвижность нервно-психических процессов. Физическая работоспособность также снижается и восстанавливается до нормы лишь на третьи сутки после приема алкоголя.

**Хроническое действие алкоголя на организм.** При хроническом отравлении алкоголем помимо изменений личности (см. ниже), большое значение приобретают расстройства со стороны внутренних органов. В центральной нервной системе наблюдается повреждение и распад нервных клеток. В далеко зашедших случаях объем головного мозга уменьшается — наступает *атрофия мозга*. Страдает и периферическая нервная система. Это проявляется в нарушении структуры нервов, снижении или утраты рефлексов, расстройстве чувствительности, ощущении слабости в конечностях, нарушениях походки.

В печени вследствие гибели печеночных клеток развивается воспалительный процесс — *гепатит*. При продолжающемся употреблении больших доз алкоголя наблюдается массовая гибель печеночных клеток. На их месте разрастается соединительная ткань — возникает *алкогольный цирроз печени*. Одним из последствий цирроза печени является нарушение кровообращения и накопление жидкости в брюшной полости.

Поражение желудочно-кишечного тракта проявляется в форме воспаления слизистой оболочки желудка — *гастрита*, возникновении язв в желудке и двенадцатиперстной кишке.

В молодом возрасте часто страдает поджелудочная железа. При употреблении больших количеств алкоголя нередко наступает распад поджелудочной железы, заканчивающийся смертью.

При алкогольной болезни поражается мышца сердца, она становится дряблой, ее сократительная функция ослабляется. Наблюдаются нарушения строения, функции и других органов и систем.

Таким образом, «алкогольный образ жизни» приводит к серьезному расстройству здоровья. Смертность среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 2—4 раза выше, чем среди населения в целом. От 30 до 50% дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом связано с употреблением водителями алкоголя. Алкогольный цирроз печени является одной из пяти ведущих причин смерти в возрасте старше 25 лет. Уровень общей заболеваемости у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, на 20% выше, а у алкоголиков в 1,5 раза выше, чем среди мужского населения в целом. В этих же группах населения высок уровень травматизма. Хроническое потребление алкоголя у некоторых людей приводит к развитию алкогольной болезни, или алкоголизма.

В настоящее время хронический алкоголизм считают заболеванием, имеющим определенную совокупность признаков, закономерную динамику и характерные психические и соматические осложнения. Понятие «алкогольная зависимость» обозначает психическую и физическую зависимость состояния больного от присутствия или отсутствия в его организме алкоголя.

Быстрота формирования алкогольной зависимости определяется частотой приема, количеством и концентрацией спиртных напитков, индивидуальными особенностями, возрастом, полом, наличием психических болезней, макро- и микросоциальными условиями. Однако развитие зависимости укладывается в общую схему, что соответствует трем последовательным стадиям хронического алкоголизма.

*Первая стадия* развивается независимо, постепенно. Характерна совокупность таких признаков, как исчезновение защитного рвотного рефлекса на передозировку (интоксикацию). Регулярность приема спиртных напитков — 2—3 раза в неделю. Возрастание их переносимости в 3—4 раза по сравнению со средней физиологической дозой. Появление способности к многодневному питью без чувства отвращения к спиртному, утрата воспоминаний об отдельных событиях прошедшего вечера, когда принималось спиртное; при этом сохраняется способность восстановить в памяти общее представление о происшедшем. У таких больных обычно обнаруживается психическое влечение к алкоголю, однако в этой стадии оно может быть еще в виде внутреннего борения «пить — не пить»; чаще ищутся поводы, чтобы выпить. Случаи глубокого опьянения учащаются, и только в этом состоянии больной приобретает чувство удовлетворения. Другие жизненные ситуации теряют в его глазах ценность, проявляется *астенический симптомокомплекс*: работоспособность падает, между опьянениями ухудшается самочувствие, появляются раздражительность и расстройство сна в виде ранних пробуждений. Сопутствующие заболевания обостряются.

На этой стадии еще возможен отказ от спиртного по волевому решению больного или, например, под влиянием семьи.

Возможно возникновение *психо-социального конфликта* (лживость, жесточенность к родным и т.д.), когда больной не может справиться с влечением к алкоголю, а семья и сослуживцы осуждают его пьянство.

В редких случаях алкогольная зависимость не переходит во вторую стадию. Но расстройства физического состояния вследствие хронической алкогольной интоксикации будут обязательно. Длительность 1-й стадии развития хронического алкоголизма зависит от степени злоупотребления алкоголем и протекает от одного года до шести и более лет.

Во *второй стадии* наблюдается выпадение памяти — после трезвления обнаруживается неспособность вспомнить события прошедшего вечера, имевшие место после наступления опьянения. Постепенно выпадение памяти возникает от все меньших доз спир-

тного. У молодых людей, недавно начавших употреблять спиртные напитки и еще не знающих своей выносливости к ним, возникает выпадение памяти как результат острого опьянения.

В этой стадии заболевания изменяется форма опьянения: успокаивающий эффект от спиртных напитков сменяется феноменом стимуляции, подъемом психо-физического тонуса. Сон наступает по прошествии какого-то времени после опьянения или после принятия очень большой дозы спиртного. Хорошее настроение в первое время после опьянения легко переходит в свою противоположность, когда проявляются возбудимость, гнев; возможно развитие депрессии — угнетенного состояния духа. Наблюдаются идеи ревности или бред преследования, а также агрессивность с повышенной двигательной активностью. При умеренной интоксикации алкоголем у больного в этом состоянии обнаруживается предельно повышенная работоспособность.

При прекращении употребления спиртных напитков по каким-либо причинам больной хроническим алкоголизмом испытывает дискомфортное состояние: он раздражителен, рассеян, с резко упавшей работоспособностью и ухудшенным самочувствием. Только после приема необходимого количества алкоголя больной приобретает психический и физический тонус, становится более внимательным и работоспособным. Это и есть проявление *алкогольной зависимости*. Психическое влечение к алкоголю, возникшее еще в первой стадии болезни, теперь осознается больным, становится во много раз значительнее.

Вторая стадия заболевания отличается появлением так называемого *физического влечения к спиртным напиткам*. Его сравнивают с интенсивностью голода, жажды. При этом возникают расстройства вегетативной нервной системы, например расширение зрачков, потливость.

В состоянии опьянения у больных утрачивается контроль над количеством принятого алкоголя, появляется стремление продолжить прием алкогольных напитков, что ведет к передозировкам и потере сознания. Каждый больной имеет свою пороговую дозу, после превышения которой он теряет способность к ограничению в приеме спиртного.

*Абстинентный («похмельный») синдром* — формируется постепенно, от нескольких месяцев до полутора и более лет. Его появление — показатель второй стадии заболевания и того, что хронический алкоголизм полностью сформировался. Абстинентный синдром возникает каждый раз при прекращении употреблении спиртного, через 8—10 ч после последнего приема алкоголя и длится 3—7 дней, если такой больной не лечится. Начало развития абстинентного синдрома — чувство дискомфорта, озноб, зевота, послабление кишечника. Позже этот синдром проявляется усилением перечисленных признаков и появлением новых: дрожанием рук, расстройствами координации, сосудистой гипертонией, сердцебиением, расширением зрачков, расстройством сна и снижением аппетита.

Описываемый синдром в начале своего формирования может

подавляться крепким чаем, кофе, холодным душем. Больные вначале опохмеляются пивом, крепленым вином, но по мере развития заболевания — водкой. С течением болезни физическое влечение к алкоголю, естественно, усиливается, а поэтому «утреннее опохмеление» постепенно переходит в дневное пьянство.

Со временем к физическому проявлению абстинентного синдрома может прибавиться психический компонент: депрессия, тревога, различные страхи, бред преследования. Раннее проявление психического компонента — признак развития в дальнейшем *алкогольных психозов*. В течение абстинентного синдрома могут обнаружиться признаки типа эпилептических, а также острый психоз.

Больной хроническим алкоголизмом во второй стадии может принимать дозы алкоголя, в 8—10 раз превышающие начальную: за день может выпить 1,5—2 л водки. В этой стадии хронического алкоголизма злоупотребление большим количеством спиртных напитков почти всегда носит непрерывный, ежедневный характер. Перерыв бывает обычно непродолжительным, например из-за отсутствия денег, конфликтов в семье и на работе.

Указанные выше признаки болезни возникают в течение 10—20 лет на протяжении второй стадии, причем степень их выраженности все возрастает. В этой стадии заболевания резко падают защитные силы организма, что проявляется различной по своему характеру высокой заболеваемостью и смертностью.

*Третья стадия* болезни характеризуется изменениями в нервной системе, внутренних органах, что определяет специфические для хронического алкоголизма осложнения. Появляются признаки преждевременного старения, резкого похудения. Больные страдают бессонницей, жалуются на кошмарные сновидения; сон не дает ощущения отдыха. Аппетит полностью исчезает: после приема алкоголя больные не едят. Только алкоголь оказывает на них стимулирующий эффект, в особенности если до очередного его приема был период воздержания, из-за чего такие больные отличались вялостью, потерей интереса к чему-либо вокруг; половое влечение в этой стадии угасает.

В результате злоупотребления алкоголем обнаруживается нравственно-этическая деградация в сочетании с психопатизацией личности. Эмоционально-волевые и интеллектуальные особенности такого человека, естественно, резко снижаются, резко падают творческие возможности. Для лиц умственного труда длительная и значительная по объему интеллектуальная нагрузка становится неосуществимой. Память резко снижается, запоминание нового материала минимально, усвоенное вскоре забывается. Интерес к работе резко снижается.

Невозможность работать продуктивно, как прежде, больные оправдывают, демонстрируя неприязнь к преуспевающим в труде и к своему делу. Появляется стремление к конфликтам с окружающими, часть больных пытается склонить окружающих к сочувствию, говорит об «объективных» причинах собственного увлечения алкоголем и т.п. В этой стадии заболевания больной хроническим алко-

голизмом становится непоследовательным в своих действиях, не доводит начатое дело до конца; невыдержанность, нетерпеливость, лживость, недисциплинированность, потеря высоких интересов и стремления к приобретению новых знаний — далеко не полный перечень отрицательных черт в характеристике такого больного. У последнего теперь появляется новый круг знакомых, конечно же пьющих, его «понимающих» в отличие от близких ему людей, пытающихся пресечь зло, которое его губит. По этой причине близкие вызывают у больного отрицательные эмоции, тем более, что для него становится характерным эмоциональное огрубение.

При хроническом алкоголизме выделяют несколько типов болезненного изменения личности. Такие больные сосредоточиваются на собственных интересах, равнодушны к интересам других, отличаются лживостью, винят в своих трудностях окружающих, не признают своей вины; при опьянении особенно усиливаются истерические черты поведения. Других больных отличают «взрывчатость», склонность к агрессивности, они — причина конфликтов в быту и на производстве. Особую группу составляют больные, которым свойственны вялость, отсутствие инициативы, утрата интересов, работоспособности и социальных связей. При утяжелении состояния больные становятся плаксивыми, не способными преодолевать жизненные невзгоды, они ищут защиту у окружающих, постоянно ощущают свою вину, подвержены депрессии и ипохондрическим реакциям. Развитие алкогольной болезни завершается состоянием, когда наступает физическая и нравственная деградация больного, резко снижается интеллект, нарушается способность к пониманию, абстрактное мышление утрачивается. Для больных характерна неряшливость, утрачиваются представления о чести, достоинстве, связь с семьей либо полностью прекращается, либо семья остается только источником существования.

**ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ  
ЛИЧНОСТИ АЛКОГОЛИКА  
НА ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ**

Велик *материальный ущерб*, наносимый пьющим человеком своим близким. Это — не только прямые расходы на покупку спиртного. Подсчет денежных затрат в каком-либо городе, области на покупку спиртных напитков (по количеству проданного в магазине) скорее относится к категории «умеренно пьющей» части населения. Дело в том, что пьяница не в состоянии удовлетворить свою потребность в алкоголе прямым, обычным способом, так как это слишком дорого. Учитывая среднюю суточную потребность алкоголика в алкоголе, прямые затраты на покупку в магазине могут составить для него от 250 до 500 рублей. Поэтому алкоголики чаще потребляют самогон, суррогаты, воруют спиртное, выполняют «левые» разовые работы, условием оплаты которых является спиртное, и т.п. Основным материальный ущерб семье пьяница приносит исключением из семейного бюджета своей зарплаты, которая становится все меньшей, воровством домашних вещей, необходимостью оплачивать налагаемые на него штрафы. Этот материальный ущерб является основным фактором, разрушающим благосостояние семьи.

Помимо материального ущерба бесспорна роль пьянства в *формальном разрушении семьи*. В последние годы опубликованы сведения о разводах, причиной которых является пьянство мужа. В различных регионах нашей страны эта причина составляет от 20 до 80% всех случаев распада семьи. Пока еще нет данных о роли в обнищании и распаде семьи женского пьянства. Наблюдения в алкогольных клиниках показывают, что в этих случаях жизнь семьи претерпевает особо тяжкую катастрофу. Но женский алкоголизм — недавно возникшее явление в нашей стране — пока не получило достоверной социальной оценки.

Как бы ни были опасны для семьи социальные последствия пьянства, медики большое значение придают нравственно-психологическим последствиям, психическим и физическим нарушениям здоровья членов семьи алкоголика. Эти нарушения таковы, что в сравнении с ними материальный ущерб теряет свое значение, а развод оказывается спасительным благом. Алкоголизм — мощный причинный и ускоряющий фактор патологии, влияющий не только на нисходящее поколение — детей, но и на восходящее — родителей, братьев и сестер, супругов.

**ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛЫХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ**

Особенно наглядно пьянство мужа отражается на здоровье жены. В семьях алкоголиков практически отсутствуют здоровые

женщины даже молодого возраста. Обязательными у них являются признаки психического истощения: раздражительность, плаксивость. В начале работы быстро наступает слабость. Нарушены сон и аппетит. Обычны жалобы на плохое засыпание, частые тревожные пробуждения по утрам — разбитость, отсутствие чувства отдыха. Расстройство аппетита чаще выглядит чрезмерным повышением и использованием еды как способа успокоиться.

Настроение снижено постоянно, и постоянно держится уровень тревоги, даже в те периоды, когда муж не пьет. Женщины рассказывают, что каждый раз они испытывают чувство страха при звуке открывающейся двери: в каком состоянии — трезвом или пьяном — вернулся в дом муж. У некоторых возникают временами приступы злости, придирчивости (наступает полоса скандалов в доме и на работе) или глубокая подавленность, депрессия, с нежеланием что-либо делать («руки опускаются», «ничто не мило»), длящаяся днями и неделями.

У жен алкоголиков обращает на себя внимание патологическая манера держаться. Иногда это — экзальтированность, навязчивость, сверхзаботливость, самоотверженная преданность. Иногда — демонстрируемая беспомощность, кротость, детские интонации голоса. Все это свидетельствует о развивающейся психопатизации личности, реактивном, в ответ на психотравмирующую домашнюю ситуацию, развитии психики. Большинство жен алкоголиков своей непоследовательностью, неспособностью контролировать мужа препятствуют, в лучшем случае — не помогают лечению. Больные алкоголизмом, со своей стороны, утверждают, что они пьют, или возобновляют пьянство из-за «нервности», «плохого характера» жены. Из сказанного видно, насколько такие упреки несправедливы: психическое состояние этих женщин лишает их возможности быть последовательными, сдержанными и разумными в поведении.

Наиболее здоровая реакция — закрытость, уклончивость в беседах, избегание общения. Эта реакция свидетельствует о большей сохранности личности, отражает достоинство, боязнь компрометации семьи.

Такую же реакцию можно наблюдать у живущих вместе братьев и сестер пьяницы — ограничение круга знакомств, малая контактность, «скрытность». Разумеется, здесь имеется в виду изначально здоровая, благополучная, а не асоциальная семья, где психические изменения, развивающиеся у жен, незначительно выражены у братьев и сестер пьяницы, даже если они проживают вместе, но достаточно наглядны у матерей алкоголиков, бабушек, воспитывающих внуков. Для женщины, сын которой злоупотребляет спиртными напитками, это обстоятельство — такой же психотравмирующий фактор, как и для его жены. К сожалению, не всегда мать и жена объединяют свои усилия в борьбе с пьянством, действуют совместно. Чаще их отношения становятся враждебными. Выясняется вина в пьянстве не того, кто пьет, а той, которая «такого вырастила» или «таким сделала». Этот конфликт создает дополнительное напряжение в доме, создает еще большую противоречивость в воспитании детей.

Психические расстройства жены алкоголика требуют лечения. Однако обычно женщины лечатся сами, принимая различные успокаивающие средства. Современные успокаивающие и снотворные средства при неверном их использовании углубляют психическое истощение, еще больше снижают эмоциональный тонус. Применение их бессмысленно, если семейная ситуация не меняется, и опасно, так как утяжеляет психические расстройства. Психические и эмоциональные нарушения в сочетании с особыми или высокими профессиональными нагрузками в ряде случаев ведут к утрате трудоспособности.

Высокая болезненность взрослых членов семьи алкоголика проявляется в различных расстройствах: это расстройства телесных функций, вызываемых психическим напряжением, стрессом, нарушением нервной регуляции деятельности организма.

Основными пораженными системами оказываются сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и кожная. Могут возникать боли в области сердца, нарушения сердечного ритма. Возникают колебания кровяного давления, головокружение, головные боли. Колебания сосудистого тонуса, связанные с расстройством нервной регуляции просвета сосудов, формируются в стойкое болезненное состояние, называемое *вегето-сосудистой дистонией*. Чем старше возраст, тем больше риск ускоренного развития склеротического процесса. Поэтому у жен и матерей алкоголиков даже в среднем возрасте часты стенокардия, гипертоническая болезнь, приступы при которых провоцируются семейными обстоятельствами.

*Дыхательная система* при психотравмирующих обстоятельствах проявляет свое расстройство в форме астмы или приступов невротического удушья. Из-за неожиданности, непонятности новой болезни возникают переживания страха. Женщина начинает всячески ограничивать себя, щадить, лечиться и пр. Дом приходит в запустение, дети лишаются заботы и присмотра.

*Пищеварительные расстройства* представлены гастритами, энтеритами, колитами, а также язвенной болезнью желудка, кишечника. Поскольку общий психический фон в таких случаях характеризуется тоской, тревогой, нередко заболевшая начинает предполагать у себя раковое заболевание. Возникает еще один глубоко травмирующий психику длительно действующий фактор.

Наименее психотравмирующим расстройством в ряду психосоматических болезней, которые встречаются у жен и матерей пьяниц, являются *кожные заболевания*. Иногда это — временные высыпания, местные покраснения, шелушения, зуд, иногда — длительно действующие нейродермиты, экземы. Связь яркости и затухания кожных проявлений с событиями в семье наглядна. Болезнь неприятна, особенно если поражение проступает на открытых участках кожи или сопровождается изнурительным зудом.

Совместная жизнь с пьяницей приводит к вышеописанным заболеваниям даже у молодых, здоровых и уравновешенных ранее женщин. Разумеется, если здоровье не было крепким, бывшие прежде болезни обостряются и утяжеляются. Особо быстро действие психотравмирующих факторов сказывается на *эндокринной системе*

(щитовидная железа, яичники, поджелудочная железа и ряд других), поскольку стресс действует на эндокринную систему непосредственно. Кроме того, железы внутренней секреции очень чувствительны к регуляторным нервным влияниям.

Психические расстройства, нажитые в браке с алкоголиком, определяют неадекватное отношение к возникшему заболеванию. У многих женщин, как выражение эмоциональной подавленности, депрессии, нет побуждения к лечению. Возможна и полярная реакция — избыточной тревоги, страхов, беспокойных поисков лечения, обследования. Женщина «уходит в болезнь», отстраняясь от домашних дел и обязанностей, становится крайне нетерпимой, жестокой по отношению к близким, в том числе — к детям.

Это состояние, выглядящее как физическое нездоровье или просто каприз, вздорный характер, на самом деле является одной из форм патологического развития личности — *ипохондрического*. Здесь нет притворства, нет обмана — субъективные переживания тягостны и требуют врачебной помощи. Некоторые специалисты рассматривают ипохондрическое развитие личности как бессознательную попытку бегства от несчастной ситуации.

Затяжная болезнь в любой семье всегда требует заботы, ухода, внимания. Не всегда для этого хватает, к сожалению, терпения и сострадания близких, здоровых и благополучных людей. В дезорганизованной семье пьяницы, где межличностные связи нарушены, а пьющий утратил нравственные качества, заболевшая не находит поддержки. Хотя даже нетребовательная женщина, заболев, ждет этой поддержки, ждет хотя бы освобождения от домашних дел и участливого отношения к себе. Она оказывается в эмоциональном вакууме, уходит в себя и очень часто ожесточается. Болезнь, поддерживаемая постоянной стрессовой ситуацией, приобретает неблагоприятное течение. Нужен большой запас душевных сил, чтобы преодолеть столь много тяжелых обстоятельств, однако силы женщин очень быстро истощаются в браке с алкоголиком.

Лечение больных из семей алкоголиков малоэффективно, их выздоровлению мешает семейная обстановка. Именно с семейной обстановкой, а не с лечением чаще связаны улучшение и ухудшение состояния.

Здоровье взрослых членов семьи пьяницы было рассмотрено не случайно. Обычно, когда оценивают обстановку, в которой растут и воспитываются дети алкоголика, имеют в виду только пьянство отца. Однако не меньшее значение имеет состояние здоровья остальных членов семьи алкоголика. Их заболевания также оказывают психотравмирующее влияние на ребенка.

Описанные расстройства наблюдаются в большинстве семей алкоголиков за двумя исключениями. Первое, когда оба супруга — пьяницы. Существуют данные, что 10% мужчин-алкоголиков и 50% женщин-алкоголичек состоят в супружестве с пьяницами. Такой брак не вызывает личностного конфликта и психически (как бы это странно ни звучало) комфортен. Второе, когда пьянство происходит в семье, моральные нормы которой пьянство допускают. Здесь также пьянство не является психотравмирующим фактором.

Основу воспитания дети получают в семье, где формируется их личность. Детские дошкольные учреждения и школа только дополняют основное — *семейное воспитание*. Самые близкие ребенку люди — мать, отец, старший брат или сестра становятся примером для подражания. Выдающийся советский педагог А. С. Макаренко, обращаясь к родителям, писал: «Ваше собственное поведение — самая решающая вещь. Не думайте, что вы воспитываете ребенка только тогда, когда с ним разговариваете, или поучаете его, или приказываете ему. Вы воспитываете его в каждый момент вашей жизни, даже тогда, когда вас нет дома. Как вы одеваетесь, как вы разговариваете с другими людьми и о других людях, как вы радуетесь или печалитесь, как вы общаетесь с друзьями и с врагами, как вы смеетесь, читаете газету — все это имеет для ребенка большое значение. А если дома вы грубы, или хвастливы, или пьянствуете... вы уже воспитываете ваших детей, и воспитываете плохо, и никакие самые лучшие советы и методы вам не помогут»<sup>1</sup>.

Если в семьях с нормальными, не пьющими родителями требования последних к своим детям основываются на твердых жизненных взглядах, а потому имеют постоянный характер по отношению к тем или иным эмоционально-поведенческим проявлениям детей, то трагедия детей в семьях алкоголиков состоит в искажении, словно в кривом зеркале, человеческих взаимоотношений.

В семьях, где родители — алкоголики, нарушаются все функции семьи: репродуктивная, экономическая, культурная, воспитательная, эмоциональная, психологическая. Расход значительных материальных средств на спиртное ухудшает, нередко значительно, питание семьи, что не может не отражаться на физическом развитии ребенка. Реакции родителей-алкоголиков на те или иные поступки или высказывания детей отличаются (из-за особенностей алкоголизма как заболевания) непредсказуемостью и непоследовательностью, оно может быть разным в зависимости от настроения. Поэтому ребенок не знает, какие из его мыслей и действий получат одобрение, а какие — осуждение. Это дезорганизует его психическое развитие: у ребенка не вырабатываются навыки правильного реагирования на то или иное явление, поступки друзей, учителей и иных воспитателей. Отрицательный пример отца-алкоголика, часто неработающего, грубого и несдержанного, пагубно отражается на формировании личности будущего человека. Дети обычно стыдятся таких отцов, скрывают от сверстников, что их отец пьет и скандалит дома, для них это всегда остро переживаемое глубоко личное, «потаенное» горе, бесследно не проходящее для здоровья: развиваются заболевания, называемые *неврозами*.

Неврозы у детей из семей алкоголиков проявляются в виде трудного засыпания, ночных страхов, из-за которых ночной сон

<sup>1</sup> Макаренко А. С. Лекции о воспитании детей // Педагогические сочинения. М., 1984. Т. 4 С. 63

часто прерывается. Замечено, что расстройства сна — это реакция на частые «семейные» сцены. Неврозы у детей могут проявляться в виде нервных подергиваний (тиков) отдельных мышц лица или плечевого пояса, а также навязчивых движений, заикания. Известно, что заикание может возникнуть у ребенка после тяжелых сцен (ссоры, драки и пр.) между родителями. После сильного испуга у детей из таких семей наблюдалось даже развитие недержания мочи или кала.

Эти страдания дети тяжело переживают, стыдятся, стремятся скрыть от сверстников, в особенности когда их недомогания обнаруживаются в детском коллективе, который они посещают или куда временно попали (например, в пионерских лагерях). Все это глубоко травмирует психику ребенка.

Как правило, в семьях, где отец — алкоголик, мать, стремясь сгладить черствость, грубость отца, отсутствие к ребенку любви, внимания, заботы, начинает проявлять к дочери или сыну чрезмерную нежность, повышенную опеку, снижая, в то же время, необходимую при воспитании требовательность. Таким образом, в семье складывается резко противоположное отношение к ребенку, а это ведет к неустойчивости его поведения и настроения, способствуя развитию болезненных черт характера, связанных со страхом перед отцом и безнаказанностью со стороны всепрощающей матери.

Привыкнув к такому отношению матери, ребенок использует его в эгоистических целях; позже, по мере взросления, такой тип поведенческих реакций им применяется уже и в отношении к окружающим его подросткам, а затем и в коллективах взрослых.

Еще тяжелее отражается на психике детей морально-психологический климат семьи, когда спивается мать, быстро утрачивая при этом свою социальную роль хранительницы очага: она теряет материнские чувства, опускается настолько, что кроме мыслей о том, где бы достать спиртное, — забот у нее не остается.

Формирование нервно-психического развития детей в семьях, где и отец, и мать — алкоголики, протекает с тяжелыми отклонениями. У таких детей низкий интеллектуальный уровень, что обусловлено отсутствием правильного воспитания в раннем детстве. Здесь речь идет не о детях с алкогольным синдромом плода (когда причиной задержки психического развития оказывается повреждение алкоголем и продуктами его метаболизма центральной нервной системы плода, а о так называемых «педагогически запущенных» детях, внутриутробное развитие которых протекало нормально; рождение и первые недели не былиотягощены алкогольной интоксикацией).

Узкий круг интересов родителей, очень кратковременное общение с детьми, невнимание к ним не позволяют ребенку приобрести первоначальный, наиважнейший жизненный опыт, элементарные знания, необходимые для правильного формирования сознания, умственной деятельности. Недаром считают, что первый год жизни ребенка — это год упущенных возможностей, возможностей разви-

тия высшего отдела центральной нервной системы — коры больших полушарий головного мозга. Отсюда — резкое отличие таких детей от товарищей. Кроме того, у детей нередко обнаруживается чувство собственной ненужности, безысходности, тоски по лучшей жизни в семье. У них длительно истощается нервная система, а это ведет к постоянно ощущаемому утомлению. Поэтому в школе их отличает заметная пассивность, безразличие к окружающему. Нередко протест против безысходного положения в семье проявляется в буйстве, озорстве, стремлении через эти качества самоутвердиться в коллективе. Такие «трудные» дети обычно бросают обучение после 4—5 классов, затем занимаются неквалифицированной работой.

В семьях алкоголиков дети нередко получают и травмы. В детские отделения больниц иногда доставляют детей с переломами, ожогами, сотрясением мозга и другими ранениями, полученными из-за невнимательности родителей, занятых выпивками, ссорами между собой. Бывает и так, что дети получают травмы в драке с пьяными родителями. Существует даже термин «синдром избитого ребенка» или «синдром жестокого обращения с детьми». Чаще всего жестоко обращаются с детьми именно пьющие родители.

Подростки испытывают переживания иного плана: подавленность настроения, стыд за родителей, чувство неполноценности, беспомощности, неуверенности. Отсюда — недисциплинированность («расхлябанность»), неорганизованность действий, что в сочетании с неизбежным нарушением духовной близости с родителями дает обществу подростка, ищущего деятельности, не требующей даже минимального интеллектуального усилия. Постепенно такой подросток находит себе подобных, а от перечисленных ущербных переживаний у него формируется психологическая предрасположенность к приему алкоголя.

Уклад семейной жизни играет очень большую роль в формировании личности. Правила общения, соблюдаемые в семье, являются формой социального контроля. Поэтому без контроля семьи человек, достигнув зрелости, очень часто не приемлет контроль со стороны общества, вступает с ним в конфликт. Отсутствие душевной близости с родителями, отсутствие навыков сопереживания ближнему приводит к тому, что подросток взрослеет, не усвоив общественно значимых взглядов, норм и навыков поведения. У него формируется оборонительно-агрессивный стереотип поведения. Постепенно насилие становится нормой поведения по отношению к окружающим: воровство, хулиганство, ранняя половая жизнь.

Так, у этой категории подростков вне зависимости от того, в какой стране они проживают, складываются болезненные (патологические) черты характера: безволие, лживость, мстительность, лицемерие, склонность к беспредметному бродяжничеству, отсутствие трудовых устремлений, повышенная конфликтность с домашними и соседями. Нарастает социальная дезадаптация, когда конфликт с обществом приобретает характер *уголовных правонарушений*.

**ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ  
НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ**

Детский организм особо чувствителен к действию алкоголя и других токсических веществ. Это связано со своеобразной реакцией, обусловленной физиологическими особенностями детского организма: 1) повышенная проницаемость гематоэнцефалического барьера и сосудистой стенки; 2) неустойчивость и легкая нарушаемость обменных процессов; 3) сниженная активность ферментных систем, ответственных за обмен веществ, включая и попадающие извне (лекарственных и токсических), особенно у детей раннего возраста; 4) незрелость печеночных механизмов, ответственных за детоксикацию (обезвреживание) вредных веществ, в частности их окисление, ацетилирование. Этими особенностями объясняется быстрое проникновение алкоголя и других токсических веществ в организм ребенка, большая тяжесть интоксикации при сравнительно малых количествах токсического вещества.

Алкоголизм родителей оказывает влияние на здоровье потомства тремя путями: токсическим воздействием на половые клетки; воздействием на развивающийся плод; алкогольной интоксикацией ребенка в ранний период после рождения.

Давно замечено, что потомство мужчин-алкоголиков отстает в умственном и физическом развитии. Степень умственной недостаточности детей зависит от длительности заболевания отца. Часто такие дети рождаются с пороками развития, уродствами. Вследствие наследственной отягощенности у них повышается вероятность заболевания алкоголизмом.

Указанные нарушения развития объясняются токсическим действием алкоголя и ацетальдегида на половые клетки — сперматозоиды. Среди них обнаруживается много деформированных или неподвижных форм. Оплодотворяющая способность их снижена. Если оплодотворение все же наступает, развивается неполноценный зародыш. Понятно, что подобные нарушения развития наступают и в том случае, если мужчина употребляет алкоголь изредка, но в момент зачатия находится в состоянии опьянения.

Особенно грубые нарушения развития плода наступают в случае алкоголизма матери: при этом часто происходят выкидыши или рождение мертвых детей.

Нередко женщины употребляют спиртные напитки, не зная еще, что они беременны. Многие считают, что небольшая доза алкоголя «не повредит». Чтобы убедиться, что это не так, необходимо проследить развитие плода человека.

Развитие человека — это сложный биологический процесс, представляющий собой совокупность закономерных, взаимосвязанных, характеризующихся определенной временной последовательностью структурных, физиологических и метаболических изменений от зачатков, имеющих простое строение, до сложных органов. Такой процесс развития человека принято обозначать как *онтогенез*. Онтогенез разделяют на два периода: эмбриональный (антенатальный, или дородовой) и постэмбриональный (постнатальный, или послеродовой).

Эмбриональный период онтогенеза охватывает промежуток времени от оплодотворения до рождения. Внутриутробный период развития человека принято разделять на собственно эмбриональный и плодный периоды. Первый из них занимает промежуток времени с 1-й по 12-ю недели развития. Затем начинается плодный (фетальный) период, который характеризуется ростом, дальнейшей дифференцировкой органов, становлением их функций и заканчивается рождением.

Знание особенностей развития человека крайне необходимо, так как каждый период отличается рядом особенностей, от которых зависит реакция организма на токсическое воздействие различных веществ, включая и алкоголь.

Индивидуальное развитие человека начинается с *оплодотворения*. Наиболее часто оплодотворение происходит в маточной трубе — яйцеводе. После проникновения сперматозоида в яйцеклетку, их ядра сливаются, образуя одноклеточный зародыш — *зиготу*. В процессе дробления зиготы образуется многоклеточный зародыш, который к концу первой недели превращается в бластоцисту — образование, состоящее из двух частей: поверхностного слоя клеток (трофобласта) и внутренней клеточной массы (эмбриобласта). Развитие происходит за счет многократного деления и реорганизации клеток зародыша. В конце периода дробления (6—7-й день развития) происходит погружение зародыша в слизистую оболочку матки — *имплантация*.

Следующим этапом развития эмбриона, в значительной степени определяющим весь дальнейший ход развития, является *гастрюляция* — образование зародышевых листков. Она протекает с 7-го по 19-й день внутриутробного развития. Гастрюла состоит из трех зародышевых листков: наружного (первичная эктодерма), внутреннего (первичная энтодерма) и среднего зародышевого листка (мезодерма).

В дальнейшем в составе каждого зародышевого листка обособляются различные эмбриональные зачатки, в результате дифференцировки которых возникают ткани и органы. Параллельно происходит преобразование трофобласта и возникновение плаценты. На 3-й и 4-й неделях внутриутробного развития происходит обособление зародыша от внезародышевых частей. Начинают формироваться жизненно важные органы и системы. Завершается началь-

ный этап развития сердца, формируется система кровообращения, возникают зачатки дыхательной системы, печени, щитовидной железы, образуются органы выделения — почки.

В конце 3-й — начале 4-й недели на переднем конце зародыша возникает впячивание — ротовая ямка, а в конце 4-й недели на заднем конце кишки — заднепроходное отверстие. В этот же период появляются зачатки конечностей, а их развитие происходит на протяжении 5—8-й недели. В конце 8-й недели беременности длина эмбриона составляет около 3—3,5 см. У него отчетливо дифференцированы голова, туловище, имеются зачатки конечностей. Отчетливо видны зачатки глаз, носа, рта. По микроскопическому строению половой железы можно определить пол плода.

В возрасте 12 недель длина плода достигает 9 см, его масса — около 40 г. Голова и конечности хорошо дифференцированы, начинается дифференцировка наружных половых органов.

К концу 16-й недели беременности длина плода составляет около 16 см, масса — 115—120 г, лицо почти сформировано, кожа тонкая, подкожно-жировая клетчатка еще отсутствует. В связи с формированием мышечной системы активность движений конечностей нарастает. Отмечаются слабые дыхательные движения.

В конце 20-й недели беременности длина тела плода становится около 25 см, масса около 300 г. Движения настолько активны, что начинают ощущаться матерью, а сердцебиение может быть прослушано. Кожа плода, начиная с головы и лица, покрывается тончайшими пушковыми волосами. В кишечнике формируется меконий (первородный кал). Начинается формирование подкожной жировой клетчатки.

В конце 24-й недели — длина плода около 30 см, масса около 700 г. Внутренние органы сформированы настолько, что в случае преждевременных родов такой ребенок в специальных условиях может жить и развиваться внеутробно.

В конце 28-й недели беременности длина плода около 35 см, масса около 1000 г. Все тело плода покрыто пушковыми волосами, хрящи ушных раковин очень мягкие, ногти не достигают кончиков пальцев.

В конце 32-й недели — плод имеет длину около 40 см, масса около 1600 г. Плод жизнеспособен, но нуждается в особых условиях для выхаживания.

В конце 36-й недели беременности длина плода 45 см, масса около 2500 г. Плод приобретает признаки зрелости и при рождении быстро адаптируется к условиям внеутробной жизни.

**Эмбриопатии и фетопатии.** В периоде развития плода выделяют так называемые *критические периоды*, в течение которых плод особенно чувствителен к воздействию различных вредных факторов. Основными критическими периодами для эмбриона и плода человека являются конец предимплантационного периода и период имплантации (1-я неделя после зачатия), период плацентации — (начало образования плаценты — 9—12-я неделя после зачатия), период образования зачатков органов. Результаты повреждения,

возникающие в первые 12 недель беременности и наблюдаемые у ребенка при рождении, обозначают как *эмбриопатию*. Формирование вида порока развития зависит преимущественно от времени, в течение которого вредный агент начал действовать на плод, и от длительности этого воздействия (рис. 2).

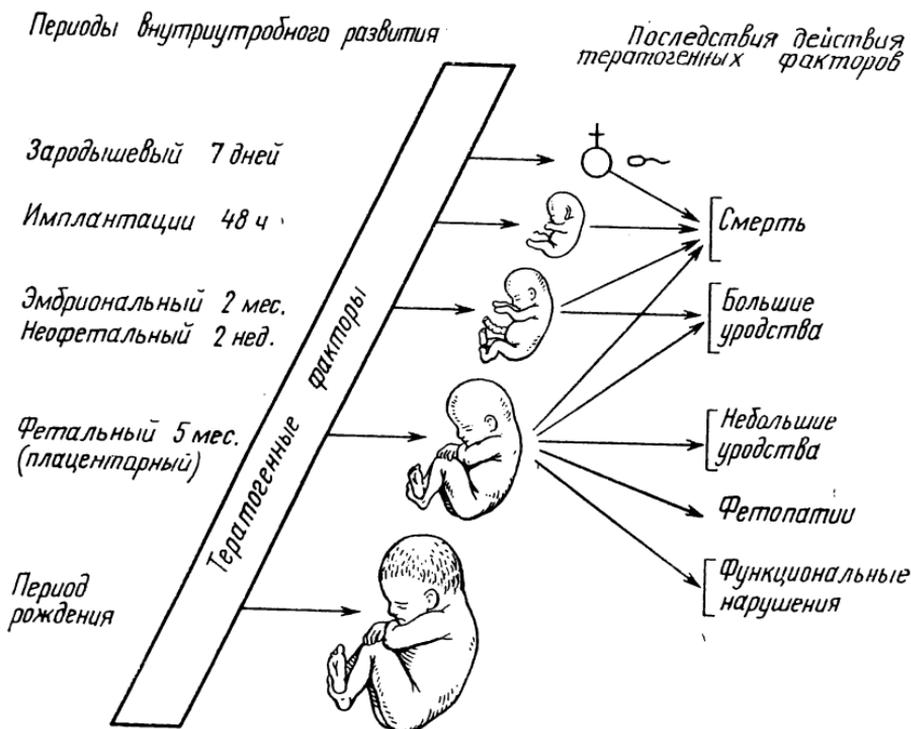


Рис. 2. Влияние тератогенных факторов на плод (по А. В. Мазурину, И. М. Воронцову, 1985)

Наиболее часто эмбриопатии проявляются врожденными пороками, которые выражаются в грубых отклонениях развития эмбриона, ведущих к гибели зародыша и самопроизвольному аборт, или менее тяжелых нарушениях формообразования — порокам развития (*тератогенный эффект*, от греч. *teratos* — уродство, *genesis* — зарождение, развитие). Доказано тератогенное действие вирусов краснухи, сывороточного гепатита, кори, эпидемического паротита и др., а также некоторых лекарственных средств, ионизирующего излучения (рис. 3). Эмбриотоксическое действие (особенно на развивающийся мозг) выявлено у алкоголя и его метаболитов и наркотиков.

В фетальный период развития плода (от 12-й недели до рождения) продолжается развитие и формирование органов плода и завершается в основном их тканевая дифференцировка. Характер и скорость этих процессов определяются и регулируются функциональной системой мать — плацента — плод. Поражения плода в фе-

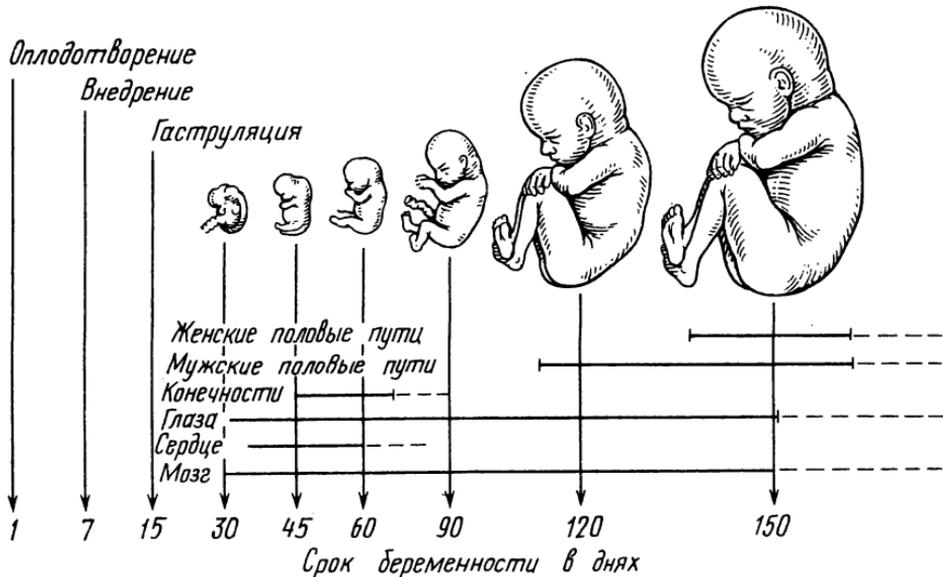


Рис. 3. Наиболее опасные сроки формирования пороков развития различных систем плода (по А. В. Мазурину, И. М. Воронцову, 1985): сплошными линиями обозначена наибольшая вероятность уродства; пунктирными — меньшая вероятность уродства

тальном периоде называют *фетопатиями*. Так как в начале фетального периода продолжается формирование органов и систем плода, то воздействие вредных факторов в этот период может вызвать порок развития в тех органах, где органогенез еще не закончился. Поэтому фетопатии принято разделять на ранние (продолжающиеся до 28-й недели беременности) и поздние (при действии вредного фактора с 28-й недели беременности до рождения ребенка). Нередко фетопатии сочетаются с эмбриопатиями. *Эмбриофетопатия* нередко встречается при хроническом алкоголизме у женщин, если они продолжают употреблять алкоголь или его суррогаты во время беременности.

**Особенности кровообращения плода.** Кровообращение у плода имеет ряд особенностей, которые необходимо знать для понимания влияния алкоголя и его метаболитов на плод.

При хроническом алкоголизме, алкоголь и его метаболиты, вредно воздействуя на формирование сердечно-сосудистой системы, нередко приводят к развитию порока сердца. Степень выраженности порока зависит от сроков беременности.

*Формирование сердечно-сосудистой системы* начинается с конца 2-й недели развития эмбриона, когда в мезодерме появляются скопления клеток, в дальнейшем превращающихся в первичные сосуды. Сердце в этот период начинает развиваться из складки мезодермы, образуя первичную сердечную трубку.

В начале 3-й недели происходит бурный рост трубки, она S-об-

разно изгибается, образуя первичное сердце, которое поперечной перегородкой делится на переднюю и заднюю половины.

К концу 7—8-й недели путем образования продольной перегородки сердце из двухкамерного превращается в четырехкамерное. На всем протяжении развития сердце чувствительно к воздействию вредных факторов и поэтому все аномалии сердечно-сосудистой системы возникают от 2-й до 8-й недели внутриутробного развития эмбриона.

В этот период из отдельных частей сердца и сосудов образуется сложная функциональная система — сердечно-сосудистая, ответственная за транспорт веществ (включая  $O_2$ ).

В плаценте кровь плода, насыщаясь кислородом и получив другие вещества, необходимые для развития плода, поступает по пупочной вене к печени (частично), а основным потоком вливается через венозный (аранциев) проток в нижнюю полую вену (*первая особенность кровообращения плода*), где она смешивается с венозной кровью, поступающей из нижних конечностей и внутренних органов плода. Затем эта кровь поступает в правое предсердие и основная масса из него через овальное отверстие переходит в левое (*вторая особенность кровообращения плода*). Часть крови из правого предсердия поступает в правый желудочек, а затем в легочную артерию. Однако у плода легкие не работают, а следовательно, малый круг кровообращения не функционирует. Поэтому поступившая в легочную артерию кровь через открытый артериальный проток (боталлов проток) переходит в аорту (*третья особенность кровообращения плода*). Из левого предсердия кровь поступает в левый желудочек и затем нагнетается в восходящую аорту, откуда распространяется к голове через сонные артерии и к верхним конечностям по подключичным артериям. Ниже подключичной артерии через открытый артериальный проток в нисходящую аорту вливается кровь из легочной артерии. Эта кровь распространяется по внутренним органам и затем по пупочным артериям возвращается в плаценту.

Таким образом, исходя из особенностей кровообращения плода, можно легко представить, как токсические вещества, поступающие из организма матери через плаценту, попадают непосредственно в мозг плода.

К каким же последствиям для здоровья ребенка приводит развитие плода у матери-алкоголички и поступление алкоголя в организм зародыша?

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ

При постоянном и длительном употреблении алкоголя наряду с обменными нарушениями возникают глубокие и часто необратимые изменения внутренних органов. Между тем беременность требует от организма женщины мобилизации всех его ресурсов. Обмен веществ перестраивается как для обеспечения развития плода, так и для подготовки к будущему материнству. Поэтому заболевания

внутренних органов, особенно хронические, во время беременности могут неблагоприятно отразиться на внутриутробном развитии плода.

**Заболевания внутренних органов.** Беременность, отягощенную заболеваниями внутренних органов, называют «угрожаемой для плода». Неблагополучно протекает беременность при алкогольной болезни женщин прежде всего потому, что болезненно измененной оказывается их центральная нервная система. Расстройство нервной регуляции тонуса сосудов ухудшает питание плода. Ослабляется нервно-рефлекторный механизм родов, вследствие чего они затягиваются, нередко сопровождаются кислородным голоданием (асфиксией) плода или родовой травмой.

Важно помнить, что центральная нервная система особенно чувствительна к алкоголю у лиц, перенесших во внутриутробном периоде своего развития или при рождении воздействие тех или иных вредных факторов (асфиксия, родовая травма с нарушением мозгового кровообращения или кровоизлиянием в мозг и др.). В последующей жизни под влиянием лечения последствия травмы могут внешне не проявляться. Однако употребление спиртных напитков такими людьми часто приводит к развитию у них непреодолимого влечения к алкоголю, формированию алкогольной болезни и деградации личности. Таким образом, употребление женщиной спиртных напитков во время беременности и в еще большей степени — злоупотребление ими женщиной, больной алкоголизмом, как бы заранее обрекает детей на болезнь.

Вследствие системного поражения внутренних органов беременность у женщин, больных алкоголизмом, протекает очень тяжело. Все системы испытывают двойную нагрузку — беременности и повреждающего действия алкоголя. Не всегда больной орган матери и плод могут эту нагрузку вынести. Например, при алкогольном поражении печени во время беременности возможно развитие печеночной недостаточности, зачастую приводящей к гибели плода и женщины. Нередко также поражение печени (гепатит) сочетается с поражением поджелудочной железы (панкреатит). Если наступит беременность, то заболевание поджелудочной железы у матери отрицательно сказывается на формировании этой железы у плода, особенно ее островковой ткани, ответственной за синтез инсулина и глюкагона, — гормонов, регулирующих обмен углеводов в организме.

Отрицательное влияние на организм матери алкоголя и его суррогатов многообразно. При алкогольном поражении мышцы сердца — *кардиомиопатии* — ослабляется функция миокарда и развивается сердечная недостаточность. Это, в свою очередь, нарушает маточно-плацентарное кровообращение — возникает кислородная недостаточность (гипоксия) плода. Кровотворная система реагирует на токсическое действия алкоголя снижением защитных свойств лейкоцитов. Снижается активность иммунной системы, что проявляется склонностью организма больных алкоголизмом к очень тяжелому течению инфекционных заболеваний, например пневмонии. Часто

развивается токсический нефрит с осложнениями в виде инфекций мочевыводящих путей и пиелонефрита.

Естественно, что подобные изменения в материнском организме отрицательно сказываются на развитии плода: ребенок рождается преждевременно, с признаками пониженного питания (гипотрофии), с поражением центральной нервной системы.

При злоупотреблении алкоголем обнаруживается также значительная патология в эндокринных органах: надпочечниках, яичниках, щитовидной железе. При этом нарушаются нейроэндокринные взаимоотношения в системе гипоталамус — гипофиз — надпочечники — яичники, активно участвующей в регуляции обменных процессов в организме матери и плода.

У беременных женщин-алкоголичек, следовательно, плод подвергается многофакторному и крайне отрицательному воздействию: алкоголя и его метаболитов; продуктов нарушенного обмена веществ матери и недостаточного или неправильного функционирования ее внутренних органов.

Каким же образом заболевания внутренних органов матери могут оказывать отрицательное влияние на плод?

**Особенности обмена веществ в системе «мать — плацента — плод».** Плод в утробе матери находится в неразрывной связи с ее организмом. Плацента в этой системе выполняет многочисленные функции, к которым относятся транспортная (перенос различных веществ от матери к плоду и обратно), дыхательная, питательная (трофическая), эндокринная, метаболическая (за счет деятельности ферментов плаценты) и ряд других. Через плаценту осуществляется выведение продуктов обмена веществ плода (мочевины, мочевой кислоты,  $\text{CO}_2$ ). Через плаценту вещества проникают по-разному. 1) Путем простой диффузии (низкомолекулярные соединения: вода, простые сахара, аминокислоты, витамины, некоторые гормоны, кислород). Алкоголь и ацетальдегид также свободно проникают к плоду. 2) Путем связывания со специальными белками-переносчиками, которые транспортируют в кровь плода различные вещества, неспособные свободно проникать в плаценту. 3) Против градиента концентрации (ряд веществ переходит от плода к матери, например билирубин). Это свидетельствует о существовании в плаценте системы активного переноса и влияния плода на материнский организм. 4) Путем пиноцитоза (вещества, находящиеся в плазме крови матери, могут поступать в кровь плода вследствие захвата капелек плазмы клетками ворсинок плаценты).

Кроме того, плацента является органом, который вырабатывает различные гормоны, необходимые для развития плода.

Таким образом, плацента — сложный полифункциональный орган, полноценность деятельности которого зависит от многих факторов. Развивающийся плод и плацента как единое целое бурно реагируют на любые отрицательные воздействия, не свойственные нормальному, заложенному природой механизму развития. Вредное действие алкоголя и ацетальдегида на стенки сосудов плаценты проявляется, в частности, в спадении и запустевании части их. Та-

кая сосудистая сеть плаценты уже не в состоянии снабдить плод в должном объеме всем необходимым. Питание плода нарушается. Беременность заканчивается у женщин-алкоголичек, как правило, неблагоприятно: самопроизвольными абортами, мертворожденностью, рождением недоношенных детей. Следовательно, обменные процессы, происходящие в организме матери и плода, а также в плаценте, настолько взаимосвязаны, что их рассматривают как единую систему: любое нарушение функции одного из звеньев неизбежно влияет на другие звенья.

Самостоятельное и еще более отрицательное действие на плод оказывают этанол и его метаболиты.

Особенности кровообращения плода увеличивают степень его поражения алкоголем, поступающим от матери. После прохождения через плаценту этанол и ацетальдегид попадают в пупочную вену. Из пупочной вены 60—80% крови направляется по воротной вене в печень, 20—40% крови, минуя печень, через венозный (аранциев) проток попадает сразу в нижнюю полую вену. Поэтому достаточно большое количество этанола и его метаболитов, прошедших через плаценту, достигает сразу сердца и мозга плода. Алкоголь, проходящий через печень плода, также обезвреживается недостаточно эффективно. Активность ферментов-окислителей в печени плода составляет всего 20% активности ферментов взрослых людей.

Главный выделительный орган плода для большинства продуктов его обмена — плацента, второе место занимают почки. Установлено, что алкоголь и его метаболиты, выделяясь через почки и попадая в амниотическую жидкость, в которой «плавает» плод, могут быть им заглочены и вновь всасываются в кишечнике. Замедленное кровообращение в плаценте женщин-алкоголичек и повторное поступление алкоголя в плод через кишечник создают условия для более длительной циркуляции этого яда в крови плода и усиления его токсического действия.

Описанные вредные воздействия — не единственные, которым подвергается плод при алкоголизме матери. Кроме нормального снабжения питательными веществами, витаминами, гормонами, кислородом и т.п. через нормально развитую сосудистую сеть плаценты, плод нуждается в электролитах, микроэлементах, обмен которых также серьезно нарушается при алкоголизме матери.

**Нарушения обмена микроэлементов.** Считают, что среди микроэлементов, необходимых для нормального развития, одно из ведущих мест принадлежит цинку. Нарушение поступления к плоду цинка рассматривают как одну из главных причин эмбриофетопатий при алкоголизме матери.

Установлено, что физиологическая роль цинка в организме человека многообразна и заключается прежде всего в том, что он входит в состав многих ферментов. К настоящему времени выявлено более ста цинксодержащих протеинов, большинство из которых, — металлоферменты. Цинк является составной частью нескольких дегидрогеназ, ДНК- и РНК-полимераз, пептидаз, фосфатаз, циклической фосфодиэстеразы, что свидетельствует о его участии

в обмене белков, нуклеиновых кислот, углеводов, жиров, витаминов, гормонов. Цинк необходим для всех фаз клеточного деления, стабилизирует проницаемость наружных клеточных и внутриклеточных мембран, действует как катализатор на свободно протекающие радикальные реакции, участвует в процессах мембранного транспорта, вступает в конкурентные взаимодействия с кальцием. Крайне важна роль цинка в обмене нуклеиновых кислот, белка, росте и развитии костей, функционировании мужских половых желез, щитовидной железы и гипофиза.

Незаменимость цинка для течения основных процессов жизнедеятельности ярко проявляется при возникновении его *дефицита*: нарушается рост, снижается масса тела, возникает патология роста волос и ногтей, нарушается развитие мужских половых желез.

Дефицит цинка ведет к глубоким нарушениям в иммунной системе: развивается атрофия тимико-лимфатического аппарата, снижается функция макрофагов и Т-лимфоцитов, возникает угнетение клеточного иммунитета, уменьшается уровень иммуноглобулинов.

В наблюдениях за людьми и в экспериментах на многих видах животных установлено, что недостаток цинка во время беременности может привести к широкому спектру врожденных дефектов строения и уродств у потомства, даже способствовать уменьшению массы мозга у плода.

При этом у беременных женщин наблюдается повышение частоты преждевременных родов, слабость родовой деятельности, послеродовые кровотечения.

Внутриутробно возникший дефицит цинка ведет также к задержке роста, нарушению функций иммунной системы, высокой смертности. Тяжелые врожденные уродства центральной нервной системы и скелета наблюдали у потомства матерей, страдающих заболеванием, обусловленным дефицитом цинка.

Одной из причин дефицита цинка у таких женщин и у их плодов может быть алкоголизм, предшествующий беременности (или тем более — продолжающийся во время нее). Многие проявления алкогольного синдрома плода обусловлены именно дефицитом цинка.

При алкоголизме женщин нарушается обмен жизненно важных микроэлементов у плода.

## **АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА**

О вредном влиянии алкоголя на потомство известно давно, однако более углубленное изучение механизма этого воздействия началось лишь в последние 15—20 лет, когда было отмечено нарастание женского алкоголизма во всех странах мира. Следствием этого явилось повышение количества уродств и числа недоношенных детей. Так, в 1973 г. в США было описано своеобразное сочетание специфических уродств и умственной отсталости детей, родившихся у женщин, злоупотреблявших алкогольными напитками. Такой особый тип сочетанной патологии был назван *«алкогольным синдромом плода»*, или *«алкогольной эмбриофетопатией»*.

После первых описаний этого синдрома к его изучению обратились, прежде всего, врачи детских клиник, педиатры. Сейчас твердо установлено, что дети с алкогольным синдромом плода рождаются только у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом, не прекращающих систематического приема спиртных напитков даже во время беременности.

Механизм развития алкогольного синдрома плода сложен. Так, развитие синдрома зависит от дозы и частоты употребления алкоголя, а также срока беременности. Особенно опасным в указанном смысле был признан период с 3-й по 8-ю неделю беременности и особенно с 4-й по 6-ю недели. При этом токсическое воздействие на плод зависит прежде всего от количества алкоголя, содержащегося в крови матери. Была, например, отмечена следующая закономерность: при ежедневном приеме 30—60 г алкоголя риск данного тяжелого заболевания плода составлял 10%, а при дозе алкоголя около 150 г — 50%.

Алкогольный синдром плода обнаруживался и у детей, матери которых, будучи беременными, злоупотребляли пивом, коктейлями, шампанским, виноградными винами.

Существует еще одна закономерность: степень выраженности алкогольного синдрома плода (т.е. алкогольной эмбриофетопатии) значительно возрастала у регулярно пьющих беременных женщин настолько, что каждая последующая беременность приносила матери и обществу все более поврежденного алкоголем уродливого физически и деградированного психически ребенка.

Развитие алкогольной фетопатии связано не только с прямым действием этанола, но главным образом с токсическими свойствами ацетальдегида. Это обусловлено тем, что концентрация ацетальдегида в сыворотке крови матерей, родивших детей с эмбриопатией, в 3—4 раза больше, чем в контрольных группах женщин.

О роли ацетальдегида в развитии алкогольной эмбриофетопатии свидетельствует тот факт, что токсическое воздействие этанола более выражено в ранний период развития плода. Это связано с отсутствием в печени плода на самых ранних этапах его развития алкогольдегидрогеназы и ее недостаточной активностью в поздний фетальный (плодный) период.

Таким образом, ведущим в возникновении алкогольной фетопатии является *повышенный уровень ацетальдегида крови, обусловленный недостатком фермента ацетальдегиддегидрогеназы у матери.*

Среди факторов, которые способствуют развитию алкогольной фетопатии, следует учитывать роль свинца, который в большом количестве содержится в нерафинированных спиртных продуктах (самогоне, браге и др.) и обладает потенциально большой повреждающей активностью. Неоднократно указывалось также на роль дефицита железа, ряда микроэлементов, гипопротейнемии, гипогликемии, что связывают с нарушением питания матерей, больных алкоголизмом.

У детей с эмбриофетопатией обнаруживается снижение содержания цинка в плазме крови и волосах. Связь этого явления с прие-

мом алкоголя доказана в эксперименте. Беременных крыс поили раствором алкоголя в период формирования у них плаценты (так называемая критическая фаза). В организме животных определялся недостаток цинка, а у их потомства развились уродства, схожие с уродствами новорожденных детей, у которых при рождении ставился диагноз алкогольной эмбриофетопатии.

Истинная частота рождения детей с пороками развития, обусловленных влиянием алкоголя на плод, не установлена. Это связано с тем, что поражение, вызываемое алкоголем, может быть при рождении слабо выраженным и не диагностируемым, но проявляющимся умственным отставанием в более позднем периоде развития ребенка.

Частота алкогольной эмбриофетопатии у потомства тесно связана с частотой женского алкоголизма, которая в последние годы во многих странах заметно увеличилась. Так, ряд специалистов-наркологов указывают на частоту алкогольной эмбриофетопатии как 1 случай среди 1000 новорожденных (0,1%), а включая и менее выраженные формы патологии как 2—3 случая из 1000 новорожденных. Другие авторы указывают на более высокую частоту: от 0,1—0,4% до 2—5%.

При исследовании частоты алкогольной эмбриофетопатии среди больных алкоголизмом женщин установлено, что у 44% их детей определяется только задержка психического развития, а у 32—50% — комплекс типичных тяжелых проявлений алкогольной эмбриофетопатии. Таким образом, каждый третий ребенок у больных алкоголизмом женщин имеет признаки алкогольной эмбриофетопатии.

Алкогольный синдром (алкогольное повреждение) плода — это не только поражение мозга, но и болезненные изменения других органов и систем будущего ребенка. Клиническая картина алкогольной эмбриофетопатии разнообразна. Ее признаки могут быть сгруппированы следующим образом: 1) нарушения питания и обмена веществ у плода; 2) нарушения строения черепа; 3) пороки развития и уродства; 4) повреждения мозга, включая нарушения интеллектуального развития.

1. Одним из основных клинических проявлений алкогольного синдрома плода является *внутриутробная гипотрофия* (нарушение питания плода). Алкоголь, принимаемый женщинами во время беременности, вызывает замедление роста плода из-за неправильного развития мозга в результате задержки созревания нейросекреторных клеток мозга. Масса тела новорожденных снижается в зависимости от количества употребляемого матерью алкоголя во время беременности (рис. 4). Задержка физического развития новорожденных касается в еще большей степени длины тела. У детей старше 1 года, родившихся у матерей, потребляющих алкоголь, скорость роста составляет 65% от нормальной, а скорость прибавления в массе — 38% от нормальной. В значительной степени гипотрофия плода объясняется нарушениями обмена веществ под влиянием алкоголизации матери. Эти дети рождаются обычно в состоянии

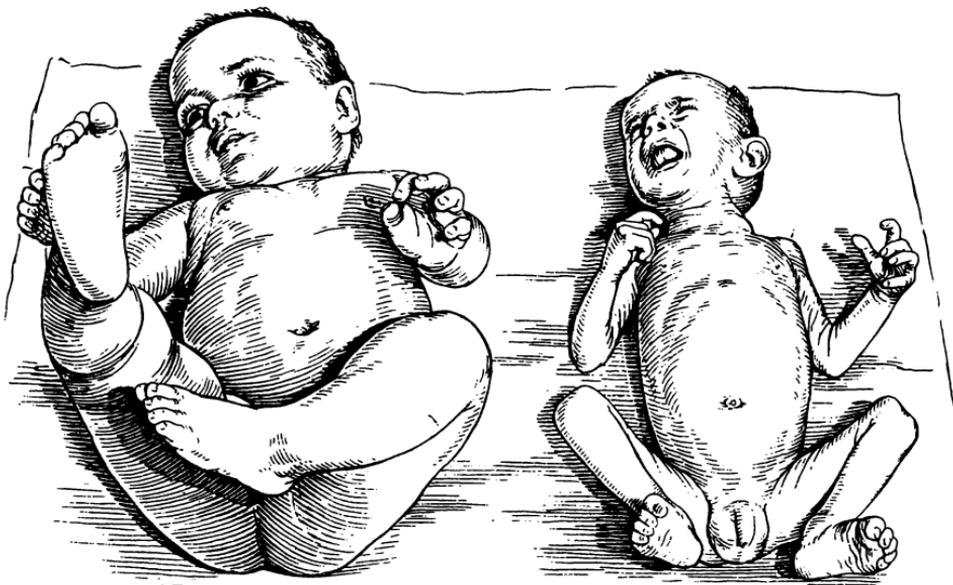


Рис. 4. Дети в возрасте 4 месяцев (слева — от здоровой матери, справа — от матери, употреблявшей алкоголь во время беременности)

кислородной недостаточности (асфиксии). У них отмечается накопление в крови недоокисленных продуктов обмена веществ. У одной трети больных выявляется желтуха, требующая срочного заменного переливания крови. У детей с алкогольным синдромом плода в результате внезапного лишения их алкоголя сразу после рождения наблюдается развитие характерных симптомов абстиненции (воздержания).

В течение первых 24 ч жизни, а у большинства в течение 6—12 ч после рождения появляются учащенное дыхание, повышенная реакция на раздражители (особенно звуковые), дрожание пальцев рук, судороги (у половины детей с временной остановкой дыхания), иногда — вздутие живота, рвота. Эти симптомы алкогольного воздержания (абстинентный синдром новорожденного) являются следствием дополнительного стрессового воздействия на центральную нервную систему и вызывают дальнейшее ее повреждение.

Новорожденные отказываются брать грудь, плохо набирают массу. Они постоянно возбуждены, кричат, плохо спят, но при высокой двигательной активности психофизическое созревание замедленно. Подробно развитие таких детей будет описано в гл. 5.

2. *Нарушения строения черепа* настолько характерны, что в медицине возникло понятие «лицо ребенка с алкогольным синдромом». Голова непропорционально мала, или напротив, велика. Наиболее тяжелое впечатление оставляют малые размеры головы (до  $\frac{1}{3}$  части от нормальных). Лицевая часть черепа недоразвита. Уши неправильной формы, малы, низко расположены. Лоб низкий и узкий. Глазная щель укорочена. Глаза или очень малы или шарообразны,

широко поставлены. Нередко бывает косоглазие, опущение верхнего века (птоз). Нос короткий, курносый, с утолщенным основанием, широкой плоской переносицей. У многих детей отмечается характерная выпуклость верхней губы с узкой красной каймой (рот рыбы). Часто наблюдается расщепление нёба (волчья пасть) или верхней губы (заячья губа) (рис. 5).



Рис. 5. Незаращение губы и твердого нёба (по А. В. Мазурину, И. М. Воронцову, 1985)

3. *Изменение строения конечностей* проявляется в неполном разгибании в локтевых суставах, деформации или укорочении костей конечностей (рис. 6). Пальцы нередко одинаковой длины, они могут срастаться по всей длине или имеют высокую перепонку («лягушачья лапа»). Описаны *аномалии развития костной ткани*, которые выражаются в сращении последнего шейного позвонка с первым грудным, что вызывает ограничение движения головы («человек без шеи»).

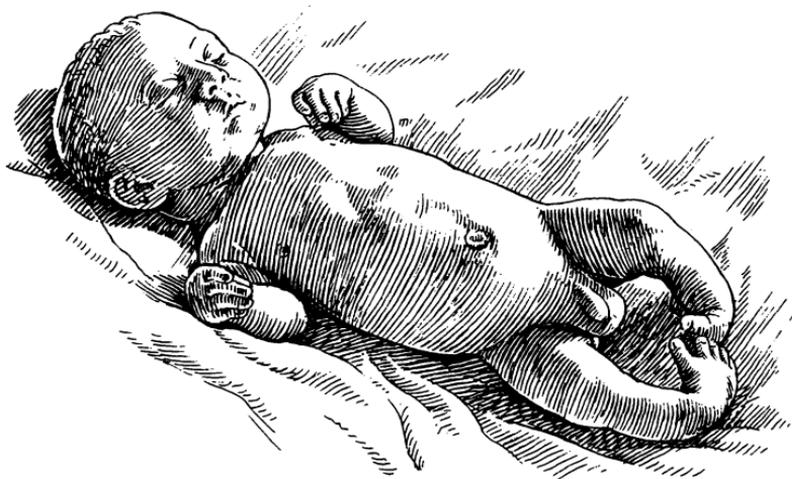


Рис. 6. Уродство конечностей новорожденного в результате употребления матерью алкоголя во время беременности

*Изменения строения внутренних органов* выражаются, в частности, в формировании трехкамерного («лягушачьего») сердца вместо нормального или разной степени незаращения межжелудочковой перегородки, сращении входящих и исходящих из сердца крупных сосудов и незаращении эмбрионального боталлова протока между

легочной артерией и аортой. Недоразвитие, остановка на какой-либо стадии эмбрионального развития приводит к другим разнообразным «уродствам» внутренних органов — от диафрагмальной грыжи до катаракты и выпячивания хрусталика и радужки (колобома). Часто обнаруживаются нарушения строения наружных половых органов. У мальчиков семенники не опускаются в мошонку (крипторхизм).

Указанные выше пороки развития встречаются с разной частотой; полная картина болезни развивается не у всех детей. Алкогольный синдром плода протекает по-разному в зависимости от выраженности клинических проявлений. На этом основании выделяют три степени тяжести синдрома: легкую, среднюю и тяжелую.

Прогноз зависит от степени тяжести повреждения плода алкоголем. В тяжелых случаях задержка роста обычно сохраняется в течение 5—6 лет, длительно не исчезает повышенная и некоординированная двигательная активность. Более выраженным становится несоответствие размеров головы возрастной норме, нарастает слабоумие.

4. У новорожденных обнаруживаются *органические* (структурные) и *функциональные расстройства нервной системы*. Резко затрудняется приобретение двигательных навыков, возникает эмоциональная неустойчивость. В результате исследований ученых было установлено, что у 33% идиотов родители были пьяницами, а 10% этих детей были зачаты в состоянии опьянения.

Такие дети нуждаются в соответствующем контроле и лечении, начиная с раннего возраста, что очень трудно обеспечить в семьях, где матери страдают алкоголизмом.

Таким образом, алкогольный синдром плода, обусловленный хроническим алкоголизмом женщин, отличается клиническим разнообразием и плохим прогнозом в соматическом, психическом и социальном плане (см. гл. 5).

**РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ,  
РОДИВШИХСЯ С АЛКОГОЛЬНЫМ  
СИНДРОМОМ ПЛОДА****ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

В ранние сроки после рождения заметно отставание таких детей от сверстников и в физическом, и в психическом отношении. У них оттянуты сроки фиксации взора, держания головки. Эти дети поздно начинают брать предметы, хотя у них долго сохраняется хватательный рефлекс. Длительный период не садятся, не стоят, не ходят, а двигаются на четвереньках до 3—5 лет.

Психическое развитие таких детей не только замедлено, но и ограничено. К возрасту школьного обучения становится ясно, что умственное развитие их находится на уровне имбецильности и даже идиотии. Нередко диагноз выставляется поздно потому, что из-за пьянства родителей дети лишены заботы и лишь вмешательство посторонних, соседей позволяет оказать ребенку медицинскую помощь.

Такие дети быстро погибают, жизнь их коротка. Обычно причиной смерти являются несчастные случаи, так как психическое развитие не дает возможности оценить опасность, научиться осторожности, или инфекционная болезнь, ибо иммунная система также недостаточно развита.

В пределах *тяжелой степени поражения* потомства, с видимыми морфологическими отклонениями, есть свои градации. Не всегда патология включает весь комплекс болезненных изменений, наблюдаемых у таких детей. Хороший уход, тщательное воспитание в некоторой (незначительной) степени компенсируют врожденные дефекты. Дети могут быть доведены до школы. Но уже первый, второй год обучения обнаруживает их неспособность и к усвоению знаний, и к общению со сверстниками в массовой школе.

Когда проблему алкогольного потомства только начинали изучать, помимо нравственной деградации отмечали высокую частоту идиотии и эпилепсии. Сейчас врачи различают уже более тонкие формы поражения, разные степени психического недоразвития. Что касается эпилепсии, то она нередко наблюдается при тяжелой и средней степенях поражения потомства.

*Средняя степень поражения* потомства алкоголиков проявляется в форме так называемого «синдрома малой мозговой недостаточности». При этом морфологических изменений может не быть, или они единичны, малозаметны, например асимметричное лицо (стороны лица разновелики). Если у взрослого человека асимметрия лица может развиться за счет мимических навыков, то у детей, сообразно

норме детского возраста, мимическая игра незначительна и асимметрия их лица определяется не мышечной, а костной асимметрией. Возможна легкая общая неправильность строения тела с неловкостью движений (дисгармоничность, диспластичность), уменьшенная голова.

Синдром малой мозговой недостаточности может проявляться и при правильном строении тела, что выражается только в расстройствах поведения. С первых дней жизни для таких детей характерны нарушения сна, питания, скорости и последовательности формирования психомоторных функций. В дальнейшем они обращают на себя внимание излишней подвижностью. Иногда это явно нецеленаправленное двигательное возбуждение, иногда, казалось бы, осмысленное. Но всегда движения этих детей нецелесообразны, поэтому часты травмы и несчастные случаи (поедание несъедобных предметов, отравление лекарствами). Дети непослушны, так как эмоционально возбудимы и неспособны к сосредоточению. Сон для них всегда проблема: тут и ночное недержание мочи, и ночные страхи, и трудности засыпания, вскрики и вскакивания.

Успеваемость детей с синдромом малой мозговой недостаточности плохая. В младших классах — за счет неспособности к последовательным действиям, концентрации внимания. Они постоянно теряют необходимые для занятий предметы, плохо и грязно пишут в тетрадях (вследствие недостаточности координации тонких движений), не могут высидеть спокойно урок до конца, мешают другим детям. Часто злобны, очень агрессивны. Получают удовольствие, обидев сверстника, им нравится причинять боль. В драках агрессия, проявляется древним, архаическим способом: кусаются, плюются.

По мере роста возбудимость снижается, в том числе эмоциональная. Агрессия приобретает целенаправленный, а не, как прежде, недифференцированный характер. Дерутся не «просто так», а из-за достаточного (для них) повода, для достижения определенной цели. На уроках уже упорядочены. Однако учатся по-прежнему неудовлетворительно, так как при возрастающих интеллектуальных нагрузках обнаруживается их интеллектуальная слабость. Такие дети плохо усваивают абстрактные понятия, у них недостаточная память. С годами больше проявляется и недоразвитие нравственных чувств — сострадания, привязанности, тепла, благодарности. Если эпизоды мелких краж (понравившаяся у соседа ручка и т.п.) случаются в первых классах со многими здоровыми детьми, то у детей с синдромом малой мозговой недостаточности воровство нередко становится системой. Они крадут деньги, отнимают их у младших и слабых. Первыми в классе начинают курить и употреблять спиртные напитки, другие опьяняющие средства. К 10—12 годам интерес к учебе (если он до того был) утрачивается. Здоровые дети вытесняют их из коллектива — чуждаются и боятся. Прогулы, пустое времяпрепровождение, уличная компания таких же, как они, замещают школьную жизнь и школьные интересы.

Старые авторы отмечали: «преждевременная жестокость, лень,

стремление к бродяжничеству — такова обычная участь детей алкоголиков» (К. де Риккер, 1901).

Дети с синдромом малой мозговой недостаточности представляют самый трудный для обучения и воспитания контингент в средней школе. Они требуют особой формы воздействия и контроля. И, прежде всего, медицинской помощи.

К сожалению, психиатрическое обследование детей у нас в стране недостаточно не только из-за нехватки специалистов во многих регионах. Имеет место лишь пассивное выявление таких детей — когда их ведут на прием к врачу родители. Но чаще уровень медицинской грамотности родителей таков, что они не видят необходимости врачебного освидетельствования. Родители считают ребенка всего лишь непослушным, упрямым, лентяем и т.п., наказывают его, ускоряя отчуждение и обрывая возможность дальнейших душевных контактов, результативного воздействия на него.

Вспомогательные школы сейчас принимают детей или с выраженным отставанием психического развития или с выраженной недостаточностью слуха, речи и т.п. Дети с синдромом малой мозговой недостаточности не соответствуют условиям приема в такие школы. Вместе с тем к ним необходим особый медико-педагогический подход. Своевременно начатое лечение, направленное на питание нервной ткани, восстановление баланса между возбуждением и торможением, способствующее созреванию психических функций, вместе с педагогическим воздействием, направленным на развитие и упрочение навыков дисциплины обучения, трудовой деятельности, сделает этих детей полезными членами общества. Ситуация сегодняшнего дня не выдерживает никакой критики. Дети с синдромом малой мозговой недостаточности составляют основную часть подростков-правонарушителей, дезорганизуют учебу и жизнь здоровых детей. Специализированная помощь детям с синдромом малой мозговой недостаточности — требование гуманности к ним и основополагающая часть профилактики девиантного (отклоняющегося от нормы) поведения, социального спокойствия.

*Легкая степень поражения* потомства алкоголиков проявляется слабостью психофизического развития, умеренным отставанием в развитии. При хороших условиях ухода и воспитания, щадящем режиме эти особенности обычно компенсируются (это видно в ряде случаев усыновления). Однако при нагрузках, в чрезвычайных обстоятельствах недостаточность легко проявляется. Это может выглядеть как физическая слабость, невыносимость к физическим нагрузкам. Высока смертность на протяжении первого года жизни. Ребенок «слабенький», часто болеет. Особо слабой оказывается печень. Отмечены повышенная частота инфекционных гепатитов, неинфекционные воспаления желчных путей (холангиты), нарушенные моторики желчевыводящих протоков.

Повышена заболеваемость мочевой системы. Недавно отечественные ученые установили, что почки младенцев принимают участие в разложении пищевого белка: белок разлагается на составные части, из которых строится индивидуальный белок. Полагают, что

почки детей алкоголика подвергаются особым нагрузкам: у их матерей быстро исчезает молоко и они рано переходят на искусственное вскармливание чужеродным белком. Этим можно объяснить частоту нефритов у детей алкоголиков.

У таких детей слаба иммунная система и иммунные реакции нередко несоразмерны — отсюда высокая аллергичность, хронические тонзиллиты с осложнением в форме ревматизма, ранние ревмокардиты; отмечена частота бронхиальной астмы. Это объясняется не только высокой аллергической готовностью, но и психосоматической реакцией. Астматические приступы нередки у детей в конфликтных семьях, не злоупотребляющих спиртными напитками.

По косвенным признакам можно судить о слабости эндокринной системы: малый рост, масса тела недостаточна, половое созревание задерживается. Более тяжелая степень эндокринной недостаточности у детей пьяницы может проявиться патологией вилочковой железы, ранним диабетом.

Вышеописанные расстройства физического здоровья, разумеется, встречаются не только при легкой степени поражения потомства алкоголиков. При средней и тяжелой степенях эти расстройства иногда и более тяжелы. Но если при средней и тяжелой степени поражения потомства социальная адаптация (поведение, обучение и пр.) нарушена, прежде всего, из-за психических дефектов, то при легкой степени поражения ребенок зачастую не справляется с решением жизненных задач именно из-за телесного нездоровья.

Слабость и отставание в развитии со стороны психической сферы проявляются многообразно, но неярко. Дети поздно начинают ходить и говорить. При этом не случается, что ребенок «вдруг хорошо заговорил» или «вдруг быстро побежал». Начав говорить, ребенок долго не овладевает фразовой речью, долго не осваивает ряд звуков. У таких детей нередко встречается заикание. Психическая слабость обнаруживает себя «тихостью» ребенка, он послушен, подчиняем. Не настаивает на своем, не требует, долго безутешно плачет от обиды. Волевая слабость требует особого педагогического контроля — такие дети легко поддаются под нежелательное влияние, оказываются «на посылках» у дурных, активных сверстников.

Психическая перегрузка может выглядеть как невротический срыв, временное, казалось, необъяснимое «ухудшение характера», необоснованное упрямство, непослушание. Возникает астения, дети легко устают, им бывает трудно усваивать новый материал. Облегчение нагрузок восстанавливает прежнее благополучие и без лечебной помощи.

До подростковых лет, в целом, эти дети не причиняют особых забот. Но период полового созревания (пубертатный) чаще предстает кризом, острым состоянием. Незрелость психики проявляется неупорядоченным поведением, безответственностью, неспособностью прогнозировать свои поступки и их следствия. Характерны незабоченность будущим, отсутствие стремления приобрести специальность. Они ограничиваются мечтаниями, меняют намерения, под

независимостью понимают бесконтрольность, легко начинают злоупотреблять опьяняющими средствами.

Когда подростковый период сопровождается крайностями поведения — здесь впервые у родителей и педагогов возникают трудности в управлении детьми. В целом же эти дети послушны и прилежны. В подростковом возрасте такие дети обнаруживают колебания настроения: периоды печали, «беспричинные» слезы, мысли о самоубийстве могут перемежаться состояниями приподнятого настроения, ажитации. В дальнейшем нередко постоянная эмоциональная неуравновешенность, непереносимость больших физических и психических нагрузок.

Во взрослой жизни слабость умственного развития проявит себя в недостаточности интеллектуальных интересов. Слабость эмоционального развития обеднит межличностные отношения, затруднит, сделает неустойчивыми дружеские, сексуальные связи; облегчит возникновение патологических эмоций, агрессивности. Считают, что для детей алкоголиков характерна триада: бедность межчеловеческих связей, социальная изоляция, склонность к депрессии (порознь эти черты могут встречаться у многих).

Здесь не случайно были рассмотрены особенности алкогольной семьи. В семье, где пьянствует только один ее член, постоянно психическая перегрузка, которую не выдерживают взрослые. И из-за поведения пьяного, и из-за расстройства здоровья — физического и психического — других членов семьи возникает многослойный конфликт. Напряжение, отчуждение, обида, злоба, прочие отрицательные чувствования создают крайне тяжелую атмосферу.

## ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Даже здоровый ребенок, оказавшись в алкогольной семье, проявит отклонения в состоянии своего психического здоровья. Ребенок с психофизической слабостью обязательно даст отклонения психики — вплоть до психопатического развития. Он становится груб и дерзок, поведение приобретает характер протестного, он отказывается учиться, убегает из дома.

Чем сохраннее личность, тем тяжелее она воспринимает психотравмирующие факторы. Таким образом, ребенок из семьи алкоголика находится в ловушке, из которой выбраться невозможно: если у него нет тяжелой степени поражения, то, при средней и легкой он крайне подвержен психотравмам, исходящим из ситуации. И результат при всех возможных вариантах оказывается плохим. Во многих случаях, к сожалению, помещение ребенка из алкогольной семьи в детский дом или интернат оказывается наилучшим решением.

В обратной зависимости находятся не только тяжесть поражения потомства алкоголиков и его подверженность психотравмам. Такая же зависимость имеет место между тяжестью поражения и подверженностью воспитательному воздействию: чем меньше тя-

жесть поражения, тем более податлив ребенок педагогическому влиянию.

Во многих случаях госпитализации в психиатрические подростковые стационары состояние ребенка врачами оценивается скорее как результат педагогической запущенности, нежели как следствие объективной психической недостаточности. Эти дети, не имея необходимого ухода и надзора в семье, оказывались и вне внимания учителей. Неорганизованные и внешне, и внутренне за счет слабости воли, они отставали в учебе даже в начальных классах, где вполне могли бы успевать. С возрастанием интеллектуальных нагрузок, не получая помощи, они окончательно отставали от программы к 5—6 классу, теряли интерес к учебе. Иногда появлялось отвращение даже к учебе, а к успевающим одноклассникам — ненависть. Их податливость, послушание использовались не учителями, а дурными сверстниками. Поведение становилось девиантным, отклоняющимся от общих норм. Направление в психиатрическую больницу давалось уже спустя 2—3 года после постановки на учет в детскую комнату милиции.

Врачебный опрос родителей, педагогов, самого ребенка показывает в этих случаях достаточно однотипную картину. Пренебрежение, невнимание взрослых к первым признакам отставания и к выбору друзей, бесконтрольность поведения, первые правонарушения. Постановка на учет в милиции происходит с запозданием, тогда, когда подросток уже сжился с асоциальными сверстниками, когда полностью сформировались порочные навыки.

Эти случаи, такие легкие для своевременного воспитания, доводятся до состояния, в котором и медицинское воздействие зачастую оказывается нерезультативным. Можно лечить расстройства психики. Но какие медикаменты изменят образ жизни? Результаты воздействия педагогического, и врачебного малоэффективны, так как ребенок возвращается и остается в прежней среде, в прежней ситуации, которые обусловили расстройство. Та же семья и те же педагоги, не имеющие влияния, тот же, ставший чужим класс и та же — это теперь главное — неблагополучная компания.

Медицинская помощь не дает эффекта при тяжелых степенях поражения потомства алкоголиков. Хирургически можно устранить некоторые морфологические, анатомические дефекты. Неврологически — улучшить двигательные функции, облегчить в меру возможностей созревание функций, отстающих в развитии. Психиатрически — восстановить равновесное эмоциональное состояние, снять психомоторное возбуждение. Все это в значительной степени упорядочивает поведение ребенка, облегчает уход за ним и обучение самообслуживанию, простым навыкам, в том числе трудовым. Однако больной с тяжелыми расстройствами физического и психического здоровья остается в течение своей жизни на социальном обеспечении.

При средней степени поражения медицинская и педагогическая помощь, при условии раннего начала, достаточно эффективны. Но необходимы оба вида воздействия, так как одни педагогические усилия нерезультативны. Ребенок должен постоянно получать лече-

ние и находиться под врачебным наблюдением. При такой усиленной помощи он может получить среднее профессиональное образование, стать полезным членом общества.

При легкой степени поражения на первый план выступает необходимость педагогического воздействия. Потребность в медицинской помощи возникает периодически, при декомпенсации психофизического состояния. Иногда, при благоприятных условиях, шадящей обстановке нужды в медицинском вмешательстве не возникает.

Однако соблюдение шадящего режима, тщательное поддержание здоровья (прежде всего психического) обязательны таким людям в течение всей их жизни. Психическое здоровье потомства алкоголиков страдает в большей мере, нежели здоровье физическое, из-за того, что алкоголь прежде всего поражает нервную (мозговую) деятельность и самого пьющего, и рожденных им детей. Психическое здоровье — условие здоровья физического. Люди скорее и чаще замечают телесное нездоровье, нежели психическую недостаточность, психическую слабость. Обычно психические нарушения трактуются как пороки характера. Например, вспыльчивость, злобность нередко бывают симптомами органического поражения мозга (существует много форм такого поражения), лень, безынициативность — симптомами астении, депрессии, конфликтность — психопатии. Разумеется, среда, окружающие (семья, педагоги) должны корригировать неправильное поведение. Но во многих подобных случаях более результативной будет помощь медицинская.

Важная роль психического здоровья показана во многих исследованиях. Так, английский ученый G. Vaillar (1979) спустя 30 лет обследовал 185 мужчин, психическое здоровье которых оценивалось в годы их студенчества. Из тех 59 человек, которые имели хорошее психическое здоровье, ко времени повторного обследования умерло 2. При слабом психическом здоровье из 48 человек тяжело заболели и умерли 18. Таким образом, хорошее психическое здоровье замедляет начало физических расстройств.

Между вышеизложенными данными о биохимических, морфологических изменениях эмбриона и плода под влиянием алкоголя и теми трудностями, которые ожидают педагогов в работе с детьми из алкогольных семей, нельзя, разумеется, проводить прямую связь. Нарушение формирования тканей и их функций, нарушение взаимодействия систем организма приводит к рождению слабого, с пороками или отставанием в развитии, ребенка. Очень часто это положение осложняется неблагоприятной ситуацией в семье. Болезненный физически и психически ребенок с трудом переносит (или не переносит и погибает) внешнесредовые нагрузки. То, что может здоровый ребенок, от больного — требует усилий.

Психическая слабость проявляется не только в малой выносливости к психическим нагрузкам. Психическое здоровье — состояние гармоничных отношений индивида с самим собой и обществом, средой и способность испытывать чувство довольства от жизни. Из содержания этого раздела следует, в частности, что такой критерий психического здоровья, как гармоничное отношение со средой,

у детей из алкогольных семей отсутствует. Отношение со средой — это и взаимоотношения со взрослыми, сверстниками, с педагогами. Поэтому то, что не может больной ребенок, должны возместить ему встречным движением здоровые взрослые. Чем меньше ребенок получает в семье, тем больше он нуждается в нашем участии. Не только лечение, но и любовь, и забота, и помощь — все это повысит уровень его психического здоровья — гармоничные отношения с самим собой и обществом, чувство довольства от жизни. В такой работе с больными детьми гуманный долг каждого человека, а для врачей и учителей — и профессиональный.

Таким образом, у ребенка, испытавшего действие алкоголя во внутриутробном периоде развития, наблюдаются серьезные расстройства физического и психического здоровья. Эти расстройства могут усугубиться, если после рождения он попадает в алкогольную среду.

### ЭТАПЫ ПОСТНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА

Для того чтобы оценить все последствия воздействия алкоголя на ребенка после его рождения, надо иметь в виду, что ребенок до совершеннолетия — постоянно развивающийся организм. Особенности постнатального физического и психического развития ребенка резко повышают вредность алкоголя для его организма и возможность его превращения в больного — алкоголика.

По современным представлениям, принято выделять шесть стадий развития ребенка: 1) период новорожденности (от рождения до 28 дней); 2) грудной возраст (от 28 дней до 1 года); 3) ранний возраст (от 1 года до 3 лет); 3) ранний дошкольный возраст (от 3 до 7 лет); 5) школьный возраст (от 7 до 15 лет); 6) подростковый период (от 15 до 17 лет).

Каждый возраст имеет свои анатомо-физиологические и функциональные особенности. Увеличение роста, окружности грудной клетки, массы тела, изменение с началом ходьбы положения тела из горизонтального в вертикальное, развитие речи, нарастание массы мозга и усложнение его функций — это лишь некоторые этапы в развитии ребенка (табл. 1 и 2).

Основой процессов роста и развития, иными словами, жизни в целом является обмен веществ; последний регулируется высшим отделом нервной системы — корой больших полушарий головного мозга ребенка. К моменту рождения нервная система в сравнении с другими системами является менее зрелой, именно она ответственна за приспособление организма ребенка к новым, внеутробным условиям жизни и за регуляцию жизненно важных функций новорожденного. При этом обмен веществ в начальный период жизни ребенка вне организма матери очень неустойчив к внутренним и внешним факторам. В первые 2—3 года жизни (особенно на 1-м году) происходит значительное нарастание массы головного и спинного мозга. Масса головного мозга новорожденного колеблется от 355 до 390 г, к концу первого года жизни она увеличи-

Таблица 1. Голосовые реакции и последовательность развития речи у здоровых детей (по А. В. Мазурину, И. М. Воронцову, 1985)

Возраст	Голосовые реакции и развитие речи
1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> мес	Гуление: а-аа, е-ее и т. д.
2—3 „	г-у, ш-и, бу-у, эы и т. п.
4 „	Свирель: аль-ле-е-лы-агы-аы и т. п.
7—8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> „	Лепет: произносит слоги (ба-ба, да-да и т. д.)
8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> „	Модулированный лепет — повторяет слоги с разнообразными интонациями.
9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —18 „	Слова: ма-ма, па-па, ба-ба, дя-дя, те-тя, ам-ам (есть) и т. д. Звукоподражательные слова: ав-ав (собака), тик-так (часы), му-му (корова) и т. д. Все существительные употребляются в именительном падеже, в единственном числе.
18—20 „	Попытки связать два слова во фразу (мама, дай!). Усваивается повелительное наклонение глаголов (иди-иди!, дай-дай! и т. д.), поскольку оно выражает желание ребенка и имеет для него важное значение.
20—22 „	Появляются формы множественного числа (так разница между одним предметом и несколькими очень наглядна)
22—24 „	Словарь доходит до 300 слов. Имена существительные составляют приблизительно 63%, глаголы —23%, другие части речи —14%. Союзов нет. От 18 до 24 мес. — первый период вопросов: «Что это?»
3-й год	Появляются те грамматические формы, которые помогают ребенку ориентироваться в отношении к предметам, пространству (падежи), во времени (глагольные времена). Сначала появляется родительный падеж, затем дательный, творительный и предложный. Однако полное овладение падежными формами происходит значительно позже. Появляются многословные фразы, придаточные предложения; к концу года — соединительные союзы и местоимения.
4—5 лет	Условная форма придаточных предложений. Длинные фразы. Монологи. Заключительная фаза в развитии языка. Второй период вопросов: «Почему?»

вается в 2,5 раза, к трем годам — утраивается, составляя в среднем 1100 г, в 7 лет масса мозга достигает уже 1250 г (у взросло — около 1400 г).

Структурному развитию центральной нервной системы соответствует и ее функциональное созревание: формируются механизмы, обеспечивающие непрерывное уравнивание организма с внешней средой. С конца первого года жизни начинает развиваться речь.

В дошкольном возрасте высшая нервная деятельность все еще определяется неустойчивостью нервных процессов, повышенной истощаемостью клеток коры головного мозга. У детей этой возрастной группы в коре головного мозга наблюдается значительное преобладание процессов распространения возбуждения над процессами торможения.

В младшем школьном возрасте продолжается функциональное развитие нервной системы: в 7 лет еще преобладают процессы возбуждения над внутренним торможением, а значит, сохраняется

**Таблица 2. Показатели нервно-психического развития детей 3-го года жизни (по А. В. Мазурину, И. М. Воронцову, 1985)**

Показатели	Возраст	
	2 года 6 мес	3 года
Сенсорное развитие	Подбирает по образцу разнообразные предметы 4 та цветов (красный, синий, желтый, зеленый)	Называет 4 основных цве-
Движения	Приставным шагом перешагивает через несколько препятствий, лежащих на полу (палка, веревка, кубик), при расстоянии между ними около 20 см	Переступает через препятствия высотой 10—15 см чередующимся шагом
Игра и действия с предметами	В играх действует взаимосвязанно и последовательно (кормит куклу, укладывает ее спать и т. д.)	В играх исполняет роли (например, играя с куклой, говорит: «Я — мама», «Я — доктор»)
Активная речь	Строит предложения из трех и более слов	Начинает употреблять сложные предложения
Навыки	Сам одевается, но еще не умеет застегивать пуговицы и завязывать шнурки	Одевается самостоятельно, с небольшой помощью взрослого застегивает пуговицы, завязывает шнурки

повышенная истощаемость клеток коры, быстро наступает утомление с развитием охранительного торможения. С 8—9 лет внутреннее активное торможение усиливается, окончательно выявляется и закрепляется тип высшей нервной деятельности ребенка.

В среднем школьном возрасте эндокринные сдвиги, связанные с половым созреванием, вызывают неустойчивость нервных процессов, хотя нервная система к 14 годам достигает значительного функционального развития. Эта неустойчивость нервных процессов проявляется у подростков эмоциональной возбудимостью.

Детство и отрочество — время формирования личности: жизненных установок, накопления знаний, развития необходимых в последующей жизни основных морально-этических навыков в виде объективного восприятия окружающего, сдерживания грубых проявлений отрицательных эмоций, развития волевых качеств, аналитического типа мышления и многое другое.

Такое интенсивное развитие и функциональное совершенствование центральной нервной системы вызывает необычные реакции на воздействие факторов внешней среды, таких, например, как психические перегрузки, травмы, случайное или умышленное употребление алкоголя, курение, употребление наркотиков.

Между тем со многими вредными факторами ребенок встречается буквально с первых дней своей жизни. Так, матери-алкоголички обычно не вскармливают своих детей, их питание снижено, а смер-

тность в младенчестве высока. Некоторые нерадивые матери или кормилицы дают детям смоченный спиртными напитками хлебный мякиш, сами пьют пиво, чтобы было «больше молока» и чтобы ребенок «лучше спал». Действительно, дети под действием алкоголя становятся «спокойнее», их активность тормозится. Медицина дает объяснение такому «спокойствию»: алкоголь угнетает очень важную систему функциональной активности организма — *гипоталамо-гипофизарно-адреналовую*.

Этиловый алкоголь может попасть к новорожденному, если кормящая мать пьет водку или вино перед кормлением ребенка. При этом создаются условия для отравления ребенка. Самый частый вариант — застолье, организуемое по случаю возвращения матери с новорожденным из роддома. Захмелевшие родственники и друзья принуждают мать выпить за «здоровье ребенка». Во время кормления ребенок вместе с молоком матери получает алкоголь. Для новорожденного токсическая доза невелика: он становится бледным, вялым, начинает редко дышать. Требуется срочное вмешательство врача. В случае употребления кормящей матерью самогона или браги содержащиеся в них ядовитые сивушные масла действуют так быстро, что отравленного ребенка бывает невозможно спасти.

Отравление детей алкоголем может продолжаться и в более поздние сроки его развития.

## ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

Выявление раннего пьянства и раннего алкоголизма — сложная задача. Даже специалисты-наркологи, имеющие дело со взрослыми, больными алкоголизмом, нередко оказываются в затруднении. Объясняется это тем, что злоупотребление спиртными напитками у детей и подростков выглядит иначе, чем у взрослых; социальная позиция, биологическая основа иные. Поэтому ранние формы алкоголизма качественно отличаются и в предпосылках, и в клинике, и в последствиях.

### ПРЕДПОСЫЛКИ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

**Наследственность.** Еще Плутарх, как о давно известном, сказал, что пьяницы рождают пьяниц. Тысячелетия не заставили в этом усомниться.

Опыт человечества свидетельствует о том, что генетическая предрасположенность к алкоголизму может существовать. Известно, что в случаях семейного алкоголизма, когда пьют несколько кровных родственников (отец, дяди, мать и пр.), дети пьянствуют часто. Но особенно высокая частота пьянства детей наблюдается, если фон семейного алкоголизма дополнительно отягощается преступностью, антисоциальным поведением старших. Из этого можно сделать вывод, что пьянство возрастает при отягощенной не только алкоголизмом, но и другими личностными отклонениями наследственности.

Как следует из материалов предыдущей главы, потомство пьяниц биологически неблагополучно. Поэтому не удивительно, что некоторые биохимические характеристики таких детей особенны. В том числе те звенья обмена веществ, которые ответственны за восприятие алкоголя. Так, у детей алкоголиков при приеме спиртных напитков очень быстро возрастает концентрация этанола в крови, у них больше концентрация ацетальдегида в равный отрезок времени, чем у лиц со здоровой наследственностью. Но при этом, как показали американские исследователи, субъективное ощущение опьянения чувствуется меньше, появляется «жадность» к напиткам, чтобы опьянение ощутить. Отсюда — большая вероятность развития алкогольной болезни. Эта вероятность в 4 раза больше, чем у детей здоровых родителей.

Высокая частота пьянства детей алкоголиков обусловлена как генетическими факторами, так и примером поведения старших. Очень важно следующее обстоятельство. Если ребенок родился,

когда родители не употребляли спиртного, то в дальнейшем пьянство родителей вызывает у него отвращение и он может стать трезвенником. Если он родился, когда родители уже пьянствовали, он начинает пьянствовать тоже. В этом можно видеть еще одно доказательство роли психического нездоровья ребенка из алкогольной семьи, проявляющееся в его неспособности сопротивляться злоупотреблению.

В предыдущей главе было показано, как многообразно поражение детей в семьях, злоупотребляющих алкоголем. Для того чтобы эти дети с годами начали пьянствовать или употреблять наркотики, довольно их психической недостаточности, неспецифической предрасположенности к неправильному поведению, неблагоприятия микросреды. Специфическая, генетическая предрасположенность к алкоголизму здесь не необходима.

Против абсолютной роли генетической предопределенности свидетельствует факт быстрого распространения пьянства при попустительстве общества, колебания его размеров в зависимости от социальных обстоятельств.

Поэтому исследователи сейчас предпочитают говорить не о генетическом, а о «семейном» алкоголизме.

**Семья.** Существует несколько типов семьи, в которой ребенок начинает потреблять спиртные напитки чаще, чем в других семьях. Формальные характеристики (социально-демографические) важны, но не они главные. Так, по данным социологических исследований, пьющие подростки в 31% случаев жили в структурно нарушенной семье (у неупотребляющих алкоголь подростков структурно нарушенная семья была в 12% случаев). У 51% подростков отношения между родителями были конфликтными даже при структурно целой семье (у неупотребляющих — у 21%), имели низкий образовательный уровень в 54% (у неупотребляющих — 15%), внимание детям было недостаточным в 53% семей (у неупотребляющих — в 13%).

С другой стороны, показано, что у лиц с крайними формами психореактивного поведения (но не страдающих алкоголизмом!) конфликтные отношения родителей были в 85—88%, семьи родителей в состоянии распада или неполные — в 55—60%, безнадзорность детей наблюдалась в 40—55% случаев. Изучение семей подростков, помещенных в спецПТУ, дало следующие результаты: неквалифицированный труд родителей — 72%, низкое образование родителей — 90%, практически во всех семьях постоянными были скандалы, драки, родители привлекались к уголовной и административной ответственности. А дети помещались в спецПТУ не из-за пьянства (таких было 10%), а из-за преступного поведения. Поэтому считают, что факторы, способствующие ранней алкоголизации, являются общими для любых форм нарушения поведения в подростковом возрасте.

Внимание лиц, работающих с детьми и подростками, должно быть направлено не только на формальные характеристики семей родителей. Очень важно «качество» семьи. Например, структурно неполная семья. Это не только семья разведенная. Иногда развод

(не только с пьяницей) означает оздоровление семейной обстановки, создание спокойных условий для воспитания детей.

Нередко злоупотребляющий подросток рожден вне брака. Если при этом женщина одинока и добропорядочна, если у ребенка нет связи с семьей матери (ее родителями, братьями, сестрами), психологический климат воспитания, как правило, неудовлетворительный. Это сосредоточение всей эмоциональной жизни матери на ребенке, нескритичность к нему, отсутствие должной требовательности при сверхзаботе и мелочном контроле. Избыточный контроль начинает вызывать у подростка протест в силу его стремления к независимости, взрослости, что нормально для пубертатного возраста (переходного периода). Протест подростка в силу его психической незрелости всегда прямолинеен, чрезмерен и выражается в крайних формах. Подросток демонстративно перестает готовить уроки, уходит из дома, ночует у приятелей и т.п. Создается впечатление, что он воспринимает не сущность контроля, не сущность заботы о нем, а форму, в которой эти контроль и забота выражаются матерью. В ответной реакции ребенка — обиде, раздражении — отражается не сущность ситуации, а стремление как можно больше досадить. Здесь потребление спиртного может начаться волею случая, когда ребенок вырывается «на свободу». Но эмоциональная связь в таких неполных семьях взаимно крепка. Высокая ценность любви к матери, страх ее потерять вскоре возвращают подростка к разумному поведению, если конфликт не усугубится психопатологией одной из сторон.

Гораздо существеннее, чем «бунт» подростка, то, что сверхзабота матери формирует и пассивность, волевой дефект, который делает ребенка уязвимым для многих сторонних, в том числе алкогольных, влияний. Здесь результаты бывают хуже, поскольку слабее исходный психический базис того, кто подчиняем, а не того, кто сопротивляется.

Семья, из которой часто происходят злоупотребляющие спиртными напитками подростки, — это конфликтная семья. Но это не та конфликтность, которая выражается скандалами, а кончается разводами, не та конфликтность, которую можно выразить в процентах. Эта конфликтность сущностная, когда налицо глубокое несоответствие родителей друг другу, когда отношения между ними строятся по типу соперничества, изоляции, невротического дополнения. В таких семьях искажается восприятие близких. Родители не знают детей, дети — родителей, приписывая друг другу преимущественно отрицательные качества и намерения. Здесь дети используют противопоставление взрослых и, в частности, начинают злоупотреблять спиртным, чтобы добиться каких-либо уступок.

Таким образом, не всегда формально благополучная семья (сохранность, постоянство, материальное обеспечение, внимание к воспитанию детей) — истинно благополучная семья. Поверхностный взгляд здесь мало что дает, внутрисемейная патология выявляется только при специальных исследованиях. Те общественные функции семьи, которые выделяются социологами — социализации,

хозяйственно-экономическая, социального воспроизводства, биологического воспроизводства — могут оставаться на высоком уровне. Но внутрисемейные связи, функция семьи по отношению к сочленам — эмоциональность, сочувствие, поддержка, чувство надежности, общение, соответствие индивидуальным склонностям и интересам — могут быть недостаточными или отсутствовать вообще.

Этим нередко объясняются удивляющие нас у ребенка «из хорошей семьи» факты эмоциональных отклонений (жестокость, бесчужденность, издевательство над сверстниками), нравственной недостаточности (лживость, доносительство), нарушений в поведении, включающих раннее курение и злоупотребление опьяняющими средствами.

Не вызывает удивления нарушение поведения ребенка из десоциализированных семей. В качестве примера можно рассмотреть случай, когда семья состоит из матери, одного из ряда ее сожителей и нескольких единоутробных братьев и сестер. Здесь — беспорядочность, неорганизованность, недостаточный материальный уровень, санитарная запущенность. Нередко — пьянство матери, старших детей, раннее внебрачное материнство сестер, низкий образовательный ценз семьи, неквалифицированный труд, смена мест работы (включая трудовую миграцию) или незанятость.

Две характеристики таких семей наглядны: отсутствие душевной близости и чрезмерная функция защиты. За детьми присматривают, пока они малы, но очень скоро, еще в дошкольном возрасте, они начинают неконтролируемо проводить время подальше от взрослых (подвалы и чердаки, стройки и т.п.). Дети не ухожены, не всегда накормлены. Их поступки непосредственны и часто опасны для них и окружающих. Замечания соседей, педагогов о неправильном поведении встречают со стороны матери, старших членов семьи враждебный отпор, как бы ни был незначителен повод к замечанию. Отрицание, ложь, оговор других, якобы виновных, ругань и, при случае, побои других детей, соседей по квартире, «обидчиков» — обычные способы защиты. Эта семья активно формирует у подрастающих ее сочленов агрессивно-оборонительное отношение к внешнему миру. Как правило, эти дети составляют большую проблему для школы, состоят на учете в детской комнате милиции, нередко их отправляют в специнтернаты и спецПТУ. Неразумная защита продолжается до тех пор, когда выросший юноша или девушка не начинают проявлять агрессию к близким.

Казалось, такая защита говорит о большой заботе и любви. Однако это не так. Родители не могут рассказать, каков характер ребенка, что ему нравится, что он не любит, как проводит время, с кем дружен, каковы его интересы. «Хороший», «как все» — обычные ответы. Неудивительно, что родители долго не замечают начавшегося злоупотребления спиртными напитками или другими опьяняющими средствами. А при обращении их внимания на это со стороны, отрицают злоупотребление, лгут. Случаи раннего алкоголизма в таких семьях, наркомании выявляются в запущенных состояниях, при неоднократном задержании органами милиции, при

появлении нетрезвого подростка в классе, при срочной госпитализации с угрожающим жизни отравлением. Старшие в семье сами никогда не обращаются за медицинской или педагогической помощью ребенку.

Со своей стороны, дети из таких семей нередко не могут сообщить о родителях простых сведений: день рождения, специальность, место работы. Не знают обычно родственников, их имен и фамилий, если те живут в других городах. Возраст братьев и сестер отсчитывают от своего; при большой разнице лет затрудняются и в этом. Внутрисемейная привязанность невысока. Детей стремятся устроить в интернат, дети быстро, при возможности, покидают родительский дом, и в дальнейшем отношения поддерживаются редко. Такие семьи ждут специального социологического и психологического изучения.

Не всегда, хотя и часто, в этих семьях пьянствуют. Но асоциальность, иногда и антисоциальность, всегда присутствуют. Это может выражаться в корыстной ориентации, когда, допустим, семья занята незаконным промыслом, спекуляцией. Здесь нередки хронические болезни, в том числе психические отклонения от нормы, венерические заболевания.

К сожалению, служба социальной профилактики у нас не получила необходимого развития. При выявлении асоциальной семьи — очаге медико-социальной опасности — общество часто остается лишь сострадающим наблюдателем. Ни работники милиции, ни педагоги, ни врачи не проявляют озабоченности до тех пор, пока преступление или болезнь не потребуют срочного вмешательства. Вмешательства запоздалого и малоэффективного. Лишь в исключительных случаях в такой семье вырастает ребенок — будущий полезный член общества.

Семьи со взаимной эмоциональной глухотой, отражающей низкий уровень психического развития сочленов, встречаются и при формальной своей полноте, при стабильных брачных и социальных отношениях.

При рассмотрении отклоняющихся характеристик семьи, где вырастают злоупотребляющие спиртными напитками подростки, обнаруживается, что некоторые из этих характеристик не следует переоценивать.

Например, знакомство с алкоголем в семье. Это факт прискорбный, но его связь с последующим пьянством неоднозначна. Дело в том, что чем старше ребенок, тем реже ему дают пробовать вино и предложение сменяется запретом. Так, любящая мама разрешает маникюр и косметику трехлетней дочери, игру во «взрослую», но запрещает это же дочери-подростку. Исключение — семья асоциальная, где пьянствуют. Там вино предлагается тем чаще и больше, чем старше ребенок. При первом же варианте — ознакомление и запрет — подросток начинает алкоголизацию в компании сверстников. И если бороться с семейным ознакомлением, а оно существует в большинстве случаев, и видеть в нем корень зла, будет упущено очень важное время и место профилактической антиалкогольной работы (ватага сверстников).

В семье неблагополучной, конфликтной, неполной вырастают не только алкоголики, но и лица с расстройшенной нервной системой, больные неврозом, с нарушенной системой взаимоотношений с окружающими. Нельзя предупреждать в этих случаях только пьянство, здесь необходима достаточно серьезная психопрофилактическая и воспитательная работа в целом.

Об ограниченной роли плохого материального обеспечения, безнадзорности и неполной семьи свидетельствует история. Во времена революции в нашей стране, в гражданскую и Великую Отечественную войны, в годы нового строительства, индустриализации, когда родители отсутствовали или тяжело трудились, дети вырастали без опеки и материального достатка. Тем не менее, за исключением детей, активно вовлеченных в криминальную среду, проблемы злоупотребления подростками алкоголем не существовало. Исторический опыт склоняет к признанию роли примера, поскольку в упомянутое время алкоголизм у взрослых был редкостью.

**Влияние среды.** Современные дети видят примеры пьянства с ранних лет. В детских садах 75% детей играют в «гости» со взаимным «угощением» вином; 34% девочек и 43% мальчиков уже пробовали пиво; 13% девочек и 30% мальчиков — водку. Число «пробовавших» растет с годами, достигая 75% к старшим классам школы.

Таким образом, дети не только наблюдают винопитие, но и принимают в нем участие. Однако лишь в отдельных случаях начинает подросток злоупотребление. При этом пьянство в окружении бывает столь распространено, что не употребляющий спиртное подросток вызывает удивление: почему он не пьет?

Если жизненные обстоятельства детей дают им возможность выбора: пить или не пить, то чем определяется этот выбор? Дошкольники знают, как пьют и как выглядит опьянение, поэтому к тому возрасту, когда дети могут достать спиртное самостоятельно, у них должно быть некоторое отношение к алкоголизации.

Есть основание полагать, что в течение своей пока короткой жизни дети проходят фазы отношения к пьяным и к действию алкоголя: отрицательное-снисходительное и, в некоторых случаях, положительное. Маленьких детей пьяные пугают своей необычностью, этот испуг поддерживается реакцией старших, опасливо отстраняющих малышей от пьяных. Снисходительность появляется в 5—7 лет, при этом прежде всего — к пьяному отцу.

Формирующее действие на поведение детей оказывают два фактора: норма (требования) и пример (подражание). На самых маленьких действуют нормы, установленные родителями (требования родителей). В дошкольном возрасте появляется восприимчивость к примеру сверстников. В младшем подростковом возрасте дети начинают быть чувствительными к нормам, требованиям сверстников. Влияние родителей падает. Старшие подростки продолжают принимать норму сверстников, но становятся чувстви-

тельные и к норме родителей, пример родителей начинает на них влиять; в этом периоде подражание, пример сверстников постепенно утрачивает значение.

Таким образом, влияние родителей ярко в детстве (нормы) и позднем подростковом возрасте (нормы и пример). Влияние сверстников начинается в дошкольном возрасте и продолжается почти на протяжении всего школьного периода. В меньшей степени, чем родители, но сходным образом в тех же возрастных периодах на подростка влияют взрослые (в том числе — учителя). Девочки более чувствительны к влиянию родителей и старших. *В целом же для подростка пример значимее правила.* Эта закономерность прослеживается в различных параметрах поведения детей — от школьной успеваемости до потребления спиртного.

Из сказанного выше ясно, что наиболее опасны начало подросткового периода, когда падает влияние родителей и дети впечатляются примером сверстников, и старший подростковый период, когда действуют нормы сверстников и родителей, а также пример родителей. Следовательно, на младшего подростка порочное влияние может оказать даже наблюдение пьяных сверстников, на старших — пребывание в пьяной компании сверстников и пьянство в семье. Злоупотребление алкоголем в семье до старшего подросткового возраста не обнаруживает своего пагубного значения.

Для оценки роли внешних влияний, в частности влияния сверстников, целесообразно рассмотреть некоторые особенности поведения подростков: отклонения в поведении и значение этих отклонений.

**Отклонения в поведении подростков.** Некоторые характеристики поведения пьющего спиртные напитки подростка известны. Установлена прямо пропорциональная связь злоупотребления алкоголем, криминальности, дурной компании, неуспеваемости и большого количества свободного времени. Однако значение этих факторов различно. Так, не все, кто плохо учатся, злоупотребляют спиртными напитками, с другой стороны, пьянство в течение какого-то времени иногда не отражается на успеваемости (в тех случаях, когда требования в школе и ПТУ занижены). У лентяя, не интересующегося учебой, которому всегда «на дом ничего не задавали», принимает он спиртное или нет, свободного времени, как правило, больше, чем у прилежного ученика. Пьянство и криминальность, дурная компания нередко не связаны причинно, а являются равноценными следствиями единой причины.

Чем больше мы пытаемся понять, что такое «норма» поведения подростка, тем слабее кажутся связи пьянства и поведения. Во многих случаях то, что считается нормой, вызывает большое сомнение. Пример — так называемые ватаги подростков. Банальный взгляд видит в группах подростков норму. Однако психологический анализ поведения группы и ее сочленов допускает вывод, что ватага подростков — явление во многих случаях нездоровое, пример отклоняющегося, девиантного поведения.

Разумеется, объединение ровесников распространено в различных возрастных группах. Но каждой возрастной группе присущ определенный характер взаимодействия и интересов сверстников. Эти взаимодействия, интересы все же не поглощают личность полностью, и группа никогда не служит единственной формой самовыражения.

Группа маленьких детей не является группой в функциональном смысле, в смысле действия, достижения какой-либо цели. Это совместное, одновременное пребывание — игры рядом. Чтобы дети занялись общим делом, необходим организующий момент извне, со стороны старших (родители, воспитатели). По существу, истинная группа — это дети от 6 до 12—13 лет.

Эти объединения — следствие самоосознания, самовыделения из мира взрослых, что подтверждается рядом «обычаев» детских групп, передаваемых из поколения в поколение. Тут и придумывание собственного языка (присоединение какого-то слога к слогам обычной речи, перестановка слогов, «перевертывание» слов), постройка своего дома (шалаша, пещеры, снежные городки), свои тайны (зарывание в землю «секретов»), свои обычаи и фольклор, отражающие мистические элементы в детском мышлении (игры в «замри», рассказы-«страшилки»), свои правила поведения, кажущиеся взрослым нелепыми, и многое другое. При этом нужно отметить, что детская группа — группа без выбора: в нее входят все, кроме тех, кто отвергается. (Это особая тема, которая здесь обсуждаться не будет.) Группа образуется как бы сама, там, где дети оказались вместе (двор, школа, дачный поселок, день рождения и т.п.).

В возрасте 14—15 лет, на следующем этапе психического развития, появляется выбор, причем выбор — индивидуальный. Появляется один друг или не более двух-трех приятелей. Выбор здесь избирателен, именно выбор (а не стечение обстоятельств) из многих соучеников, живущих в том же доме сверстников. Уже есть индивидуальная симпатия, объединяющий ребят интерес, а не простое времяпрепровождение. Друг может жить в другом районе города, учиться в другой школе, но взаимный интерес и симпатия помогают преодолевать препятствия и даже запреты.

Ватага подростков характеризуется чертами детских групп. Они объединяются там, где оказались вместе (двор, улица, река — класс, ПТУ, так как в этих случаях помеха объединению в различных отношениях к учебе). Группа, по существу, случайна, ей не требуются индивидуальные интересы, индивидуальные симпатии, предпочтения.

Группирование с чертами, присущими детству, дает основание предполагать или задержку или остановку в развитии. Наблюдение за некоторыми взрослыми показывает, что это может быть и остановкой развития: с годами не все люди приобретают способность к индивидуальному существованию, избирательному индивидуализированному общению. Им скучно, они не могут себя ничем занять, хорошо чувствуют себя лишь в группе. Эти группы, как

и ватаги подростков, несут черты детства в поведении, нецеленаправленность или случайные цели, отсутствие или кратковременность плана и организации действий, склонность к игровой активности.

Таким образом, видимо, упорядоченный подросток, входящий в группу, может предположительно оцениваться как имеющий уровень психического развития, не достигший возрастной нормы. О низком уровне развития свидетельствуют такие черты ватаги как легкость взаимной индукции, агрессивность, не критичность к действиям. Эта не критичность наглядна, когда старшие начинают выяснять причину тех или иных поступков группы. В этих случаях подросток действия группы объясняет случайностью, а лично свои — тем, что поступал «как все», «мы же вместе были». Это не уклонение от ответа, не ложь и не заpirationство. Это отсутствие критики, а также неспособность анализировать и неразвитость индивидуального самосознания.

Психиатры, педагоги, сотрудники МВД, правоохранительных органов знают, что группа подростков — источник социальной и индивидуальной опасности. Группа склонна к противоправным действиям, приему спиртных напитков и наркотически действующих средств. Поэтому, как было указано выше, корреляция пьянства и преступности, дурной компании не указывает на причинную взаимосвязь этих факторов. Эти черты могут быть равноценными следствиями единой причины. В рассматриваемом случае эта причина — *отставание уровня психического развития*.

Подростки, уровень развития которых соответствует возрасту, попав в такую группу, скоро выходят из нее, иногда увозя кого-то с собой, если найдены некий интерес, некое занятие, отличающие их от массы. Подростки нормального уровня развития редко собираются числом более 2—3, и их совместное пребывание — всегда целевая деятельность, продуктивная, удовлетворяющая индивидуальный интерес. Помимо того, что группа их мала, они не противопоставляют себя взрослым так ярко, как большая ватага подростков низкого уровня развития. Напротив, такие дети активно «прибиваются» к кому-нибудь из старших на основе общего интереса. Эти наблюдения показывают, что мир здорового подростка не противоречив миру взрослых.

Из сказанного вытекает следующее. Расширение группы подростков без видимой цели (поход, организация студии, клуба и пр.) — признак неблагоприятный, так как повод к расширенному общению обычно более сниженный, нежели к индивидуальному. Такому расширению необходимо срочное внимание взрослых. Большая группа подростков без определенных интересов и увлечений требует особого педагогического вмешательства, даже если пока видимых отклонений поведения группы нет и группа кажется «нормальной», «благополучной». В целях профилактики необходимо активное вхождение в такие группы с предложениями занятий, интересов и т.д. Целесообразно разъединение таких групп на меньшие, что облегчает вовлечение их в продуктивную деятельность и контроль за ними.

Однако прием спиртных напитков у здоровых подростков высокого уровня развития вовсе не исключен. Практически все подростки пробуют алкогольные напитки. Причинами этого бывают «любопытство», стремление к взрослости, желание снять стеснительность. Кроме того, существует еще одна причина приема спиртного, связанная с особенностями нормального, здорового поведения и не связанная с собственно алкогольными мотивами.

Известно, что девочки реже (в 2—3 раза), чем мальчики, употребляют спиртное (самостоятельно, не в компании). Ранее употребление спиртных напитков девочками учащается лишь при выраженных нервно-психических расстройствах (патология личности, олигофрения, органическое поражение центральной нервной системы и т.п.). На примере другой формы отклоняющегося поведения, более тяжелой, — преступности — также видны еще большие различия между мальчиками и девочками. Среди состоящих на учете в детской комнате милиции девочки составляют около 10%.

Эти данные свидетельствуют, в частности, о половых различиях физиологической и психической конституции подростков. Мужчинам свойственна поисковая активность, часто за пределами традиций. Женщин, напротив, характеризует стабильность поведения в этих границах. Употребление спиртного у здорового подростка мужского пола выражает часть такого поискового поведения и со стабилизацией поведения, с повзрослением употребление спиртного сводится к традиционному, по общезначимым поводам. Действительно, как правило, отмечается самопроизвольное прекращение злоупотребления подростками алкоголем (речь идет о здоровых подростках, у которых нет ни эмоциональных расстройств, ни других нарушений поведения). Наркологи обнаруживают, что в ряде случаев диагноз раннего алкоголизма, поставленный подростку, в дальнейшем не подтверждается, пьянство прекращается, даже если подросток не получал никакого лечения.

Все это указывает на то, что иногда злоупотребление алкоголем — временное отклонение от нормы. Но объяснение, понимание мотивов не означает, что нужно быть снисходительными, не «замечать», ожидая, когда поведение восстановится. Здесь риск очень велик, ведь речь идет об употреблении токсичного вещества, каким является алкоголь. Хотя при временных отклонениях поведения алкоголизация и не приобретает характер систематической, интенсивной, последствия могут быть скорыми и очень серьезными. Вероятны социальные следствия (вовлечение в сомнительные и даже опасные ситуации) и биологические (провокация заболеваний, необычные осложнения возрастных инфекций). Надо отметить особо — последствия даже эпизодического употребления спиртных напитков подростками своей *злокачественностью* превышают то, что наблюдается у взрослых.

Отличия злоупотребления алкоголем подростками от злоупотребления взрослыми этим не ограничиваются. Как было показано выше, у подростка пьянство может быть самостоятельным показа-

телем поискового поведения (нормальная личность); одним из проявлений поведения, расстроенного в целом (девиантная личность); вынужденным, под влиянием дурного примера; у психофизически ослабленного ребенка; может быть протестом и намеренной тактикой. Внимательный педагог, наблюдая жизнь детей, может продолжить перечень причин, которые кроются в особенностях поведения. Нельзя умолчать и о таких случаях, как активное вовлечение в пьянство, особенно если подросток материально и бесконтрольно обеспечен. Эти мотивы, нормальные и патологические, самостоятельные и вынужденные, превышают то, что наблюдается у взрослых. Такие отличия объяснимы незрелой психикой, неустоявшимся стереотипом поведения, большой зависимостью ребенка от окружения.

При известном значении окружения для всех людей взрослый человек способен, хотя и в некоторой степени, сопротивляться, уклоняться. Выбор подростка также возможен, но он еще больше ограничен в силу биологических особенностей возраста и зависимого социального положения. Среда формирует ребенка радикально: период зарождения, вскармливания, роста — биологическое формирование; уход, эмоциональная связь со взрослыми, навыки семьи, воспитание — социальное формирование. Биологическое и социальное формирование подводят (если подводят) подростка к злоупотреблению алкоголем не прямо, а опосредованно, меняя личность, и эти изменения часто бывают трагичными.

Особое явление, не встречающееся в клинике взрослого алкоголизма, особое мотивационно и прогностически, требует и особого подхода — не только медицинского, но и педагогического для своего разрешения. Что касается медицинского вмешательства, оно в значительной мере должно быть психологическим, психиатрическим, а не наркологическим.

**Личность злоупотребляющего алкоголем подростка.** У подростков, злоупотребляющих алкоголем, установлены признаки нравственно-этической несостоятельности. Сюда относят низкий уровень образования и отрицательное отношение к обучению, отсутствие общественно-политической активности и социально значимых установок; узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов; уход от ответственных ситуаций и решений; дефицит мотивации поведения; неопределенность в вопросах профессиональной ориентации; отсутствие установки на трудовую деятельность; утрата «перспективы жизни» — видения и осознания путей развития своей личности.

Низкий уровень социализации обусловлен соответствующим развитием личности. Среди подростков, злоупотребляющих спиртными напитками, преобладает определенный тип. Это дети с низким интеллектуальным уровнем, повышенной внушаемостью, высокой индукцией, раздражительностью и подчиняемостью в поведении. Познавательные интересы отсутствуют, они плохо учатся, многие испытывают отвращение к учебе, даже если материал им доступен.

Местонахождение таких подростков также ограничено — двор, ближайшие улицы, точки сбора. Что находится за пределами привычной территории — любопытства не вызывает. Словарный запас беден, с преобладающим жаргоном. При необходимости разговора со взрослым человеком в присутственном месте они замолкают не от смущения, а от беспомощного невладения речью. Как уже отмечалось, негативизм подростков (при нарушенных отношениях со взрослыми) проявляется именно в отношениях со взрослыми, но не со сверстниками — там он сменяется полным принятием своего микроокружения. Обычно же внушаемость, индукция, подражательность, подчиняемость проявляются и в отношениях со сверстниками, и в отношениях со взрослыми — со взрослыми «своими» и «чужими».

Характерными также являются нестойкость, кратковременность подражательных действий и послушания. Поведение тем самым оказывается неорганизованным, непредсказуемым. Подросток не вступает в спор, редко возражает, его поведение вполне упорядочено, пока он находится на глазах; послушен родителям, учителям. Оказавшись в кругу сверстников, он действует в соответствии с субординацией этого круга. Когда он один — поведение его, по существу хаотично, он ищет себе занятия, найдя, легко бросает, переходя к следующему. Такие же характеристики приложимы к компании, которую он выбрал: бесцельное времяпрепровождение, праздность, разглядывание того, что движется по улице.

В поведении отражается незрелость сферы интересов, соответствующая незрелости интеллекта, и слабость волевой сферы. Даже будучи настоятельно побуждаемы со стороны к целенаправленной деятельности, они в скором времени отвлекаются, начинают играть, стремятся переменить занятия. Нуждаются в веселом поощрении, чтобы довести начатое до конца.

Вместе с тем психомоторная активность высока, что соответствует возрасту. Болтливость, движение, инициативность, не будучи организованы, контролируемы, производят впечатление чрезмерных. В сочетании с нравственно-эмоциональными особенностями активность нередко выражается вандализмом. Склонность к разрушению, а не созиданию также соответствует уровню развития личности. Поверхностность, легкость отличает суждения, интересы. Так, например, интерес к технике проявляется умением пользоваться музыкальной аппаратурой (но не разбираться в принципе работы), кататься на мотоцикле (но не знать его устройства). Видима любовь к ярким краскам, громким звукам, скорости. Практически обязательно увлечение поп-музыкой, модной одеждой.

Нельзя не отметить определенный практицизм таких подростков — бытовой, но достаточный для их жизни: они умеют торговать, обменять, «достать» деньги на спиртное. При видимой неозабоченности жизнью многие из них выбирают специальность, по их представлениям, «хлебную»: идут в сферу обслуживания, общественного питания. Не тяготеют паразитическим существованием,

легко крадут. Некоторые правонарушения и преступления объяснимы не только уровнем нравственности, но и неспособностью осмыслить ситуацию достаточно широко, усвоить абстрактные нормы. Так, как правило, подросток знает, что нельзя, но не понимает, почему он подлежит наказанию, если поставил на место машину, которую «взял покататься». Стремление к развлечениям постоянно, и здесь важна не *содержательность* развлечений, а *их смена* при том, что впечатления, по существу, однотипны.

Характерны скудость нравственных представлений, ограниченных чувствами к узкому кругу лиц — мать, братья и сестры, друг. Сочувствие, сострадание, благодарность, забота нередки. Но ответственность, чувство долга, достоинство, подчинение своих желаний, честность — нравственные свойства, обращенные к широкому кругу лиц, «чужим», обществу — не выражены. Хотя упрощение нравственных норм объяснимо слабостью интеллекта, усвоение нравственных чувств требует и определенного уровня эмоциональности.

Эмоциональная жизнь обеднена. Эмоции ограничены в своей гамме, нюансах, нередко встречается агрессивный способ самоутверждения. Лица, на которые распространяется привязанность и отношения с которыми значимы эмоционально, немногочисленны. Обычно это кровные родственники. При видимой общительности постоянного друга нет. Круг общения однотипен, узок. Чувство товарищества — скорее стереотип социальных связей. Общение, по существу, обезличено. Это однообразные облегченные отношения, распадающиеся при затруднении, переходящие в неприязнь. Друзья постоянно меняются, не происходит избирательного эмоционального сосредоточения на сверстниках. Об этом же свидетельствует непостоянные, без выбора сексуальные связи. Раннее начало половой жизни говорит и о малом чувственном контроле. Малоконтролируемые влечения впоследствии проявятся в клинике алкоголизма. В ранней половой активности находят свое объяснение недифференцированность сексуальных влечений, нередки гомосексуальные отношения. Нельзя исключить низкий уровень, ненапряженность элементарных чувственных ощущений. Подтверждением этого можно считать любовь к громкой музыке, цветомузыке. Фон биологической недостаточности мог бы объяснить потребность в искусственной стимуляции (пьянстве).

Не всегда неврологическое исследование обнаруживает отклонение от нормы. У части детей, напротив, видны отклонения от нормального строения частей тела: непропорциональность частей тела, асимметрия лица, неправильное строение черепа, лицевых костей, зубов. Такие признаки обычно свидетельствуют об алкоголизме родителей. Характерны функциональные расстройства: непереносимость крайних температур, светочувствительность, головные боли при физической и психической нагрузке, что свидетельствует о слабости регулирующих влияний со стороны центральной нервной системы.

Таким образом, ни личность злоупотребляющего алкоголем подростка, ни его микросоциальная среда не соответствуют норме.

Симптомов алкоголизма, наблюдаемых у взрослых, у подростков видеть не удастся. Систематическое пьянство вызывает у подростков особое состояние, которое следует называть «злокачественная алкоголизация».

Непосредственные поводы приема спиртных напитков называются детьми разные. Примечательно, что они редко содержат личный, индивидуальный мотив. Обычно это: «все пьют», «делать было нечего», «музыку лучше слушать», «повеселиться хотелось». Подобные объяснения вмещают отсутствие индивидуального мотива и служат показателем распространенности злоупотребления алкоголем в конкретной среде.

Индивидуальные мотивы потребления, которые характерны для взрослых, наблюдаются в возрасте не моложе 15—16 лет. Тут и стремление облегчить общение, смущение в компании с девушками, страх перед своей несостоятельностью, стремление к взрослости, некоторые «трудности», снимаемые опьянением.

«Собрались» — групповой мотив, характерный именно для подростков. Разумеется, он не исключен и для взрослых. Это прием спиртного по праздникам, после зарплаты, бани, завершения какого-либо дела. Однако у взрослых это скорее условие приема, охотно используемое любителями выпить и алкоголиками. Взрослый человек может уклониться, избежать ситуации, где принято пить.

Для подростка групповой мотив самодовлеющ, подросток стремится слиться со своей группой во всем, и пьянство подростка — всегда групповое. Из этого следует вывод, что при *выявлении пьянствующего подростка медико-педагогическая работа не завершается, а начинается*. В профилактических и лечебных целях необходимо выявить всю группу.

Многое еще остается неясным в мотивации подросткового злоупотребления алкоголем, в частности такой мотив, как «повеселиться». Это мотив эмоциональный, стремление к эйфории — состоянию подъема, радости. Этот мотив понятен у взрослого, у человека в состоянии дисфории — расстройства настроения. Но в подростковом возрасте высокий фон настроения, жизнерадостность, смешливость являются нормальным состоянием, в отличие от возраста пожилого, когда сниженное настроение, печаль и прочие отрицательные чувствования преобладают. Почему возникает желание поднять настроение, которое должно быть высоким? Вероятно, на этот вопрос можно будет ответить после специальных исследований, рассмотрения особенностей эмоций современного человека.

В последние десятилетия замечен рост депрессий, депрессивных реакций, самоубийств среди населения в целом. Появились ранее неизвестные случаи самоубийств детей и подростков. Последнее обстоятельство родители и педагоги должны постоянно иметь в виду, так как самоубийства детей, как правило, реактивны, возникают в ответ на ситуационные обстоятельства, созданные взрослыми.

В связи с мотивом «повеселиться» вновь уместно вспомнить

ранее высказанное предположение о возможной недостаточности элементарных чувствований, что требует избыточного раздражения — звуком, светом и алкоголем тоже.

В ряде случаев подросток не может объяснить, почему он употребляет спиртные напитки, в какой бы форме его ни спрашивали. Иногда, учитывая низкий уровень развития, неспособность к самоотчету, этого объяснения ждать не приходится. Но и при достаточном интеллекте нередко подросток не может мотивировать алкоголизацию. Остается неясным, следует ли он пассивно за товарищами или у него уже появилась тяга к состоянию опьянения как признак болезни. Если нет потребления спиртного в одиночестве — а это у подростков признак влечения к опьянению — понять причину пьянства здесь практически невозможно. Ответ нужно ждать после наблюдения за подростком.

Некоторые специалисты считают, что склонность к пьянству у подростков проявляется, помимо тайного потребления, в высокой переносимости спиртного и в интересе к алкогольным темам.

**Признаки болезни.** В развитии алкоголизма у взрослых обнаруживается закономерность изменения переносимости спиртного, толерантности. Начальная толерантность молодого человека 17—18 лет составляет 0,1—0,15 л крепкого напитка, слабого напитка — соответственно большее количество. При превышении этой дозы развивается заметное опьянение, появляются рвота и другие признаки отравления. В течение жизни переносимость постепенно повышается в 2—4 раза, а с началом старения начинает снижаться. Привыкание к спиртному — результат систематического потребления — проявляется активизацией биохимического механизма, ответственного за распад этанола в организме.

Таким образом, получается, что привыкающий к спиртному человек пьянеет все меньше и меньше от возрастающих доз спиртных напитков. Когда переносимость увеличилась больше чем в 4 раза, уже можно видеть первые признаки алкоголизма как болезни. Когда переносимость увеличится в 5—6 раз (редко в 8—10), устанавливается «потолок». На кривой роста толерантности появляется плато, длящееся несколько лет. Вслед за этим переносимость падает: к исходу заболевания алкоголик пьянеет от малой рюмки. Так происходит у взрослого. У подростка этой закономерности не просматривается, что затрудняет определение давности пьянства и состояния болезни.

Начальная переносимость спиртного подростком невысока — 0,1—0,15 л ординарного вина, большее количество вызывает рвоту. Если употребление началось до 13—14 лет, в дальнейшем переносимость остается низкой, до 0,5—0,75 л вина. Если употребление началось в 14—15 лет, то толерантность растет быстро, достигает переносимости взрослого человека; принимаются крепкие напитки, до 0,4—0,8 л водки. Очень важно, что подросток пьет не столько, сколько он хочет и может, а сколько ему нальют в компании. Доза зависит от места на иерархической ступени в группе. Чем больше «уважения», тем больше наливают, тем больше наливает себе сам.

От такого «признания» подросток не отказывается, даже если тяжело переносит опьянение. Кроме того, если спиртного достаточно, пьют свободно, без дележа, каждый стремится выпить не меньше самого выносливого в компании.

При перерыве в несколько месяцев, если ребенок взят под контроль, первоначальная толерантность восстанавливается, чего не наблюдается у взрослых. У взрослого, даже после длительного перерыва в пьянстве, восстанавливается переносимость, бывшая до перерыва.

Искажает развитие толерантности и быстрый рост массы тела в этом возрасте. Нужно, однако, добавить, что алкоголизация через 2—3 года останавливает рост и пьющий подросток отличается от сверстников слабостью телосложения.

Плато толерантности устанавливается через 1,5—2 года от начала злоупотребления, а не через 10 и более лет, как у взрослых. Превышение приемлемой дозы вызывает рвоту. У взрослого начало рвот, длительность периода, в течение которого рвоты сопровождают передозировку, время исчезновения рвот отражают определенный этап в развитии болезни. Колебания толерантности у подростка, а также легкость рвотной реакции в этом возрасте приводят к тому, что пьянство подростка сопровождается рвотами постоянно. Ни начала этой реакции, ни ее окончания определить не удастся.

Форма потребления алкоголя у подростка также отличается от таковой у взрослых. Во-первых, очень быстро с начала «знакомства» со спиртным потребление становится систематическим. Спустя 1—2 месяца, пусть в малых дозах, но подросток начинает пить 1—2 раза в неделю, а спустя 3—6 месяцев — несколько раз в неделю. За этот период тяга к спиртному еще не появляется, пьянство поддерживается взаимоиндукцией в компании. Эта взаимоиндукция, стремление к объединяющей друзей процедуре, зависимость от одобрения или осуждения компанией поддерживает пьянство в не меньшей мере, чем желание опьянеть, ощутить эйфорию. Влияние друзей доказывается тем, что изоляция от них подростка прекращает пьянство во многих случаях без специальных усилий. Это наблюдается во время каникул, при направлении в спортивно-трудовой лагерь и при других подобных обстоятельствах. Влияние компании подтверждается и тем, что когда появляется такой сильный индивидуальный мотив, как влечение, тяга к спиртному, подросток реализует его именно в компании. Даже переехав в другой район города, подросток долгое время ездит на прежнее место жительства, где напивается со старыми друзьями, хотя такого рода возможность есть и на новом месте.

Одиночная форма потребления, в отличие от взрослых, не характерна для подростков и возникает в далеко зашедших случаях, когда выражены глубокие изменения личности вследствие пьянства, апатия и слабоумие.

Подростки обычно пьют в утренние и дневные часы, прогуливая занятия, в уединенном месте, пустой квартире, когда старшие на работе. Прием алкоголя в светлое время суток крайне нефизиологи-

чен, так как в это время у человека понижена устойчивость к алкоголю. Домой возвращаются поздно, когда отрезвеют, когда старшие заснут. Так может продолжаться достаточно долго, и прогулы, исчезновения кажутся необъяснимыми, пока дети не выйдут из-под контроля. Тогда они нередко начинают вести себя вызывающе, демонстративно, приходят в опьянении на занятия, ходят пьяной «стаей» по улице, задирая прохожих.

Форма опьянения у подростков выражается *избыточной психофизической активностью*. Если вначале они уединяются, стараются не привлекать к себе внимание, то в дальнейшем для них характерно бахвальство опьянением друг перед другом и окружающими. Они беспричинно смеются, болтливы, дурашливы, расторможены. Спустя 1,5—2 года эйфорическое действие алкоголя гаснет и опьянение становится дисфорическим. Двигательная и речевая активность сохраняются, но теперь они могут спорить, оскорблять друг друга, драться. Нередка агрессия вовне, вандализм, нападение на прохожих и с целью грабежа, и «на спор», и с целью издевательства, избиения. Это, по юридической терминологии, так называемые «безмотивные преступления». Но там, где, с точки зрения юриста, мотива нет, преступление бессмысленно, педагог и психолог видят выражение неуправляемых низменных чувств, реализация которых не сдерживается ни нравственными представлениями, ни разумной предусмотрительностью.

Неразвитая личность проявляет, как кажется, не свои, а генетически древние чувствования. Подверженность индукции, внушаемость, достаточно высокая у такого подростка в отношениях с друзьями в трезвом состоянии, становится абсолютной в опьянении. Пьяная компания подростков не знает, какой дурной импульс вспыхнет у одного из них через несколько минут, но этот импульс будет воспринят без критики, сомнений. Возможна крайняя жестокость мальчика, который «любит животных и заботится о сестренке». Жестокими и агрессивными становятся в опьянении и некоторые девочки. Считают, что поведению дочерей алкоголиков свойственны мужские черты: агрессивность, смелость, решительность; эти черты усиливаются опьянением.

Формы опьянения в виде разных степеней нарушенного сознания наблюдаются у подростков на протяжении всех лет алкоголизации, так как количественный контроль практически не развит, а переносимость колеблется. Когда пьянство начинается в зрелые годы, пьющий вскоре научается знать и чувствовать пределы своих возможностей. В далеко зашедших случаях болезни (III стадия алкоголизма) при падении толерантности вновь возникают тяжкие отравления с помрачением сознания. Поэтому в вытрезители взрослые попадают, в основном, в начале и конце алкоголизма. Подросток же и при установившейся высокой для него переносимости всегда может превысить свой предел. Он оказывается в токсикологическом пункте или доставляется милицией домой с последующим вызовом скорой помощи. Тем самым пьянство подростков ускользает от выявления, так как в медвытрезители, где проводят

соответствующую регистрацию, они не поступают. Запрет на доставку подростков в вытрезвитель обоснован, ибо медицинская помощь там не всегда квалифицирована (дежурство фельдшера).

Тяжелое опьянение — интоксикационный удар по мозгу, особо опасен для подростка. Это опьянение всегда сопровождается *амнезией* — невозможностью вспомнить события вечера, начиная с какого-то момента (момент помрачения сознания). Такое глубокое острое расстройство памяти наблюдается только при серьезных травмах мозга (сотрясение, контузия, кровоизлияние и пр.). У взрослых, злоупотребляющих спиртными напитками, наблюдаются иные расстройства памяти на опьянение. Мозг взрослых оказывается более защищенным, чем мозг ребенка, против действия алкоголя.

Вышеописанные особенности пьянства подростков показывают, что становление алкоголизма у них происходит замедленно. Вместе с тем токсическое действие этанола, последствия пьянства, дезорганизация поведения у подростков более выражены.

Вкус спиртных напитков детям неприятен, но вкусовыми ощущениями пренебрегают, так как ценно на первых порах не столько опьянение, сколько совместное действие. При этом можно обнаружить ритуальность действия: значимость самого процесса, а не результата, его неадекватная оценка. Особую эмоциональную привлекательность имеет предвкушение выпивки, ожидание, использование других средств возбуждения, например музыки и иных опьяняющих средств. Влечение, тяга к спиртному появляется не ранее полугода и не позже года от начала регулярного потребления, уже на фоне систематического пьянства. Но подростки редко могут дать самоотчет, они, как правило, не способны к самоанализу. Незрелая личность, испытывающая токсическую нагрузку, утрачивает критику даже в отношении внешних, наглядных явлений. Было проведено такое исследование: группе испытуемых лиц дали прочесть описание поведения пьяницы. Верный диагноз поставили 81% здоровых юношей, 74,5% взрослых алкоголиков и только 53,6% алкоголизирующихся подростков. Поэтому оценку эффективности лечения приходится проводить на основании косвенных признаков. Например, когда разъединенный с пьющей компанией подросток быстро находит такую же, когда при воздержании от спиртных напитков ухудшается эмоциональное состояние, врач приходит к заключению о болезненном состоянии пациента.

Так же сложно установить у подростка наглядный у взрослого алкоголика признак неуправляемого влечения к алкоголю. У взрослого алкоголика это состояние сопровождается всегда определенными симптомами со стороны вегетативной нервной системы. У подростка же влечение к алкоголю проявляется психопатологическими симптомами: вызывающее поведение, грубые требования, злобная придирчивость, драка и т.п. Нередко эта симптоматика оценивается как проявление неуравновешенности и алкоголизация упускается из вида.

Абстинентный (похмельный) синдром у подростков проявляется

иначе, чем у взрослых. В то время как у взрослого алкоголика характерными признаками являются красное отечное лицо, покрытое каплями горячего пота; расширенные зрачки, налитые кровью; выступающие глазные яблоки, крупное дрожание рук, головы; пошатывание; учащение сердцебиения, дыхания; подъем кровяного давления; тревога, страх. У подростка, напротив, наблюдаются бледность, тонкий слой холодного пота, запавшие глаза с нерасширенными, а иногда и с узкими зрачками. Частота сердцебиений и уровень кровяного давления возрастают незначительно, малозаметно не крупное дрожание пальцев, незначительны расстройства координации движений. Психическое состояние характеризуется раздражительностью, капризами, демонстративностью, нежеланием разговаривать. Эти расстройства, в сочетании с ощущениями слабости, разбитости, головной болью, головокружением, тошнотой, жаждой скорее сходны с состояниями наутро после чрезмерной интоксикации у взрослого, нежели с «взрослым» похмельным синдромом.

Такой абстинентный синдром подростка часто не выявляется, к тому же он краток, длится 1—2 дня, а не как у взрослого алкоголика 3—5, а иногда и 7 дней. Абстинентный синдром у подростка становится похожим на абстинентный синдром взрослого алкоголика в том случае, если пьянство началось позже 14—15 лет.

Таким образом, даже сформированный алкоголизм у подростков не похож на алкоголизм взрослого — это касается и влечения, и абстинентного синдрома, которые могут быть приняты за расстройства поведения (ситуационные, психопатические) или за расстройства эмоциональной сферы. Из этого следует, что все случаи нарушения поведения подростка, даже когда они, казалось бы, объяснимы особенностями его личности, ситуации, требуют консультации у психиатра и у психиатра-нарколога. Это необходимо не только для точного диагноза психических нарушений и своевременной лечебной помощи, но и для выявления скрытого алкоголизма.

**Последствия алкоголизации подростков.** Злоупотребление спиртными напитками начинается, по большей части, на фоне недостаточной социализации — усвоения норм и ценностей социальной жизни. Это проявляется в незнании этических норм, отсутствии общественных идеалов, жизненных целей, стремления к образованию, профессиональным знаниям, семейной жизни и пр. Но на этом уровне дети еще соблюдают необходимые требования: посещают занятия, хотя прогулы часты, готовят уроки, хотя и неприлежно, помогают в домашних делах, опекают младших братьев и сестер.

С началом систематического потребления спиртного очень быстро наступает утрата и такой непрочной социальной позиции: постоянные прогулы, незнание уроков, длительные отлучки из дома, неизвестные старшим времяпрепровождение и занятия. Когда такие подростки все же появляются в учебном заведении (нередко — в опьянении), то отнимают деньги у младших, воруют в гардеробе вещи, неприязненны к соученикам и преподавателям. Отношения со взрослыми становятся остроконфликтными, особенно в семье.

Вскоре обе стороны начинают проявлять жесточенность: родители (при возможности) сопровождают детей в школу и встречаются после уроков, запирают в доме, прячут одежду, избивают. Дети проявляют изворотливость, лживость, дерзость, вступают с родителями в драку. Поскольку учение продолжать невозможно, подростки пытаются устроить на работу в надежде на более серьезные дисциплинарные требования и «влиятельного трудового коллектива». Однако спустя несколько дней они перестают являться и на работу. На этом этапе нередко обращение к психиатру, обычно по совету со стороны. Вследствие правопреступных действий (кражи, в том числе спиртного из магазинов, чужих квартир, хулиганство) подростков привлекают к административной или уголовной ответственности, берут под строгий контроль правоохранительными органами. И этот контроль, особенно в сочетании с изоляцией, оказывается более эффективным для прекращения пьянства, нежели медицинская помощь.

У подростков, в отличие от взрослых, не наблюдается самопроизвольного прекращения пьянства. Прекращение пьянства можно достичь изъятием подростка из привычной среды, например отправкой в пионерский, спортивно-трудовой лагерь, в студенческий отряд, где он находится под специальным контролем. Однако временное воздержание при возвращении к прежним обстоятельствам жизни вновь сменяется злоупотреблением алкоголем.

Более эффективна для прекращения пьянства смена места жительства. Переезд в пределах одного города подростка обычно не останавливает: какое-то время он ездит к «друзьям», пока не найдет подобных им в своем районе. Отдаленные переезды или отправление к родным в другой город, устройство в длительные экспедиции под присмотр знакомых — те меры, которые дают обычно хороший результат. Однако эти случаи редки, так как требуют не только больших усилий семьи. Главное — *осознание опасности для ребенка* — можно встретить не во всякой семье. Чаще прекращение алкоголизации бывает вынужденным: вследствие криминальных действий подросток изолируется.

Прекращение пьянства лечением непродолжительно. После курса лечения злоупотребление обычно возобновляется через 1—2 месяца.

Частота ситуационных (под влиянием микросреды) — возвратов к пьянству у взрослых больных высока. Но взрослые возвращаются к злоупотреблению алкоголем в силу индивидуальных побуждений или в результате ухудшения психофизического состояния. У подростков, неотягощенных дополнительной психопатологией, не наблюдается индивидуальных мотивов возвращения к пьянству. В некоторых случаях причиной рецидива можно считать спонтанно возникшее влечение, когда подросток при видимо благополучном состоянии, будучи один, неожиданно напивается пьяным. Но чаще всего пьянство возобновляется в прежней компании.

Следует еще раз подчеркнуть *зависимость подростков от микросреды*. Несмотря на видимое стремление к отходу от семьи, связь

с семьей родителей у него более прочная, чем у взрослого. У подростка меньший выбор неформального общения (класс, двор). Семья часто отягощена алкоголизмом, а «компания» — всегда. Таким образом, после лечения подросток возвращается в пьянствующую среду с обязательностью, которая не характерна для всякого взрослого. Взрослый при соответствующей установке меняет компанию, и его семья помогает ему в этом. Ситуация подростка в этом отношении оказывается безысходной.

**Прогноз.** В связи с ранним алкоголизмом (злокачественной алкоголизацией подростков) целесообразен возврат к давнему принципу прогноза, прогнозу дифференцированному: болезни и жизни.

*Прогноз болезни* при прекращении интоксикации хорошей. При достаточном микросоциальном контроле подросток не возвращается к злоупотреблению. Он как бы перерастает болезнь, вырастая, становится новым. Наглядно это проявляется в случаях, когда после длительного воздержания от алкоголя (включающего отбытие наказания или службу в армии), обнаруживается способность умеренного потребления. Принимается спиртное в малых и средних дозах, на уровне меньшей, чем ранее, толерантности. Количественный контроль сохранен, а при ситуационных передозировках возникают рвотный рефлекс и чувство отвращения наутро.

Продолжение интоксикации приводит к формированию злокачественного алкоголизма с комплексом признаков апатического слабоумия. Но наблюдается это не ранее 17—18 лет.

Если прогноз болезни в пубертатном возрасте двойкий, то *прогноз жизни* всегда плохой. Выше были описаны последствия хронической алкогольной интоксикации в тех системах, которые особенно важны для растущего организма. Точнее, в тех системах, в которых прежде всего проявляют себя рост, развитие. В значительной степени эти следствия обратимы, как обратима «алкогольная» симптоматика.

При прекращении алкоголизации нарушения интеллектуальной деятельности подростков сравнительно быстро исчезают. Восстанавливается и эндокринная гармония: юноши после прекращения пьянства достигают хорошего роста и массы тела, их облик и признаки зрелости начинают соответствовать возрасту. Социальная позиция приобретает устойчивость. Все это свидетельствует о высокой пластичности организма в процессе роста, о восстановительных возможностях периода полового созревания. Впрочем, оптимизм здесь требует ограничения, поскольку отдаленный исход нам неизвестен; подростковый алкоголизм — явление недавнее. Проблема обратимости симптоматики алкоголизма, но исследованная вообще, особо важна в случаях подростковой злокачественной алкоголизации. Какова заболеваемость в последующем? Продолжительность жизни? На эти вопросы пока нет ответа. Но даже короткие наблюдения обращают внимание на другую сторону этой проблемы.

*Плохой прогноз ранней алкоголизации для жизни определяется тем, что утраченные за время интоксикации возможности развития впоследствии не компенсируются — пропускаются этапы усвоения,*

развития важных качеств и способностей. Дети не достигают того уровня развития, который был потенциально возможен.

В случае алкоголизации все зависит от того, на каком этапе развития ребенка произошло действие вредности. Остановка, искажение развития каждый раз оказываются различными.

При исключительно редкой алкоголизации 4—5-летних детей, спустя 1—2 года наблюдается картина умственной недоразвитости: неразвитая речь, неловкость движений, неспособность самообслуживания, отсутствие гигиенических навыков<sup>1</sup>.

Привнесение токсического фактора в *возрасте 6—7 лет*, этапе игровой деятельности, приводит к тому, что спустя несколько лет ребенок продолжает находиться на этом уровне развития, не достигая следующего. Он представляется, казалось бы, активным. Но эта деятельность — непродуктивная, она не имеет цели, несет сиюминутный смысл. И в дальнейшем молодой человек, предоставленный сам себе, не обнаруживает способность к целеполаганию, его деятельность хаотична и, по существу, остается игровой, для которой важен процесс, а не результат. Активность претворяется в поиски развлечений, поскольку жива потребность в смене впечатлений, дела не завершаются. Как всякая игра, эта активность не связана с конкретной реальностью, зачастую противоречит требованиям социального статуса, уровню микросреды.

Задержка созревания личности может выглядеть внешне и как вполне благополучное состояние. Так, свободное, постоянное, повторяющееся выполнение какой-либо ручной функции создает впечатление виртуозности. Это умение — из тех, которые сохраняются и поддерживаются всю жизнь, без желания следующего шага в мастерстве.

Застывание на этапе собирательства выглядит как хозяйственность подростка, который постоянно приносит в дом «нужные» вещи, разыскивая их на свалке или воруя. Подросток может иметь репутацию одержимого коллекционера, что производит хорошее впечатление как выражение устойчивых интересов и последовательной целевой деятельности. Но и здесь обращают внимание стереотипии, отсутствие развития увлечения, что позволяет оценить эти случаи как результат остановки развития, как задержку перехода от собирательской деятельности на более высокий уровень функциональной интеграции. Будучи взрослым, такой человек не обнаруживает потребности в новых представлениях, занятиях; в течение жизни сохраняется «оригинальное» коллекционирование (о котором нередко сообщается в прессе) — по существу, нелепое, не связанное ни с познавательными, ни с эстетическими, ни с меркантильными целями.

С *возраста 8—10 лет* ребенок приобретает способность ставить перед собой задачи, не связанные с наличествующей ситуацией. Постепенно эти задачи отдаляются от сенсорного опыта (опыта

<sup>1</sup> В этих тяжелых случаях обязательно пьянство в семье, поэтому генез состояния сложен: здесь и отягощенная наследственность, и внутриутробная и постнатальная вредность, нарушение вскармливания и др.

ощущений), приобретают идейный смысл — возникают цели идеального, социального, внечувственного смысла, значимости. Токсическое воздействие на протяжении этого периода, очень важного для формирования человека как социального существа, дает в результате личность, социально нестабильную. Такой человек не может выбрать специальность, его позиция в жизни случайна, он ею не удовлетворен, меняет места работы, не зная, чего бы он хотел. Эта неопределенность усугубляется неспособностью овладеть высокой квалификацией в каком-либо деле. В ряде случаев затруднена даже несложная профессиональная подготовка таких лиц, поскольку они малоспособны к сосредоточению и совместной деятельности.

*В возрасте 7—11 лет* нарушения развития проявляются быстрой эмоциональных срывов, неустойчивостью, легкостью возникновения грубых аффектов, неспособностью к эмоциональному резонансу — сердечности, сочувствию. В сочетании с пропущенным периодом усвоения новых знаний, развития новых навыков, отношений с окружающими это создает достаточно значимую социальную проблему, что наблюдается даже в семейных отношениях, которые, особенно в семье кровной, строятся инстинктивно.

Подросток становится не способным к следующему этапу развития — индивидуальной интеллектуальной деятельности. Он остается на примитивном уровне группового взаимодействия. Это может казаться ситуацией момента: группа асоциальных подростков, неблагоприятная микросреда, которую следует разрушить, изменить, в том числе методом индивидуальной психотерапии. В дальнейшем, однако, обнаруживается, что групповое существование — теперь единственная возможность для индивида; прошедшего период алкоголизации. Ватага сменяется столь же случайной компанией с особыми представлениями о жизненных ценностях. Любое групповое существование ориентировано на более низкий, нежели общественный, идеал, отражая более низкий индивидуальный уровень развития сочленов. Индивидуальные взаимоотношения — постоянство и полнота в дружбе, любви — обычно не складываются. Предпочтение отдается необязательным связям, брачные отношения непрочны, что сказывается на количестве и качестве следующего поколения.

Искажение развития *в подростковом и юношеском возрасте*, когда формируются индивидуальное самосознание и способность соотносить себя с индивидуальным миром другого человека, формируются ролевые возможности, оставляет на последующую жизнь прямолинейность, категоричность, застывший стереотип поведения — нарушенную межперсональную адаптацию.

Ранний подростковый период — время формирования духовных интересов. Токсическая нагрузка в этом возрасте в дальнейшем дает духовно обедненную личность, неспособную к высоким запросам. Искажается процесс формирования идеалов, интеллектуального развития, что в последующем проявляется непродуктивностью мышления, невозможностью решения интеллектуальных задач даже при усвоенных профессиональных знаниях, пустым рассуждательством.

Общая черта психики подростков в описанных здесь случаях —

отсутствие спонтанного развития, замедление и скорая остановка. В какой-то степени это отражает общее правило — чем выше уровень психического развития, тем больше, иногда до старости, сохраняется способность дальнейшего духовного роста, обогащения новыми представлениями, знаниями, интересами.

Таким образом, алкоголизация подростков нарушает закономерность психического и социального созревания, перехода в последующие возрастные категории. Расстройство механизмов развития психики, механизма усвоения социальной действительности, по существу, означает обрыв в усвоении опыта предыдущих поколений.

Известная демографическая ситуация, с одной стороны, и поставленные перед нашим обществом высокие политические и экономические цели, с другой — заставляют с особой серьезностью относиться к тому, что часть молодежи может оказаться неспособной осознать социальные обязанности, жизненные задачи, неспособной к достаточной рабочей производительности и полноценному воспроизводству.

Миновав пубертатный возраст, молодые люди, перенесшие хроническую алкогольную интоксикацию, оказываются вне поля зрения специалистов. Исключение составляют случаи возобновления пьянства или криминального поведения. Здесь и обнаруживаются вышеописанные дефекты онтогенеза (индивидуального развития). Оценка этих расстройств онтогенеза: остановки, выпадения, искажения последующего развития — нуждается в специальных психологических исследованиях. Целью этих исследований должна стать выработка государственной системы социальной профилактики отклоняющегося поведения, которой будут подлежать не только вышеописанные лица, но и другие социально неблагополучные контингенты.

**Восстановление здоровья подростка.** Реадаптация подростка, перенесшего злокачественную алкоголизацию, вероятно при условии изменения его микросреды. Изоляцию от группы, в составе которой он злоупотреблял алкоголем, могут осуществить во многих случаях родители, хотя это требует от них таких усилий и жертв, что без помощи обойтись трудно. Если же пьянство принято в семье подростка, то здесь помощь со стороны абсолютно необходима. Таким же условием реадaptации является периодическое повторение медикаментозного лечения, направленного на улучшение мозговых функций. Длительность медикаментозного лечения и коррекции неопределенна и решается каждый раз индивидуально. В большинстве случаев продолжение терапии требуется до наступления зрелости и психофизической стабилизации.

Учитывая дефекты, нажитые в процессе алкоголизации, и последующие личностные дефекты, подростки нуждаются в контролируемом режиме воспитания. Целесообразна организация специальных классов в школах и профессиональных училищах, где уделялось бы особое внимание обучению и развитию таких детей. Рассеянные в обычных учебных заведениях, подростки не справляются с нагрузками, особенно интеллектуальными, вытесняются коллективом сверстников и даже вынужденно объединяются с антисоциальными

элементами. Кроме того, контроль за ними в обычных учебных заведениях невозможен. Специальные учебные заведения с учетом усиления педагогического воздействия и медицинского, в частности психиатрического, наблюдения, психологической помощи способны готовить работников достаточной квалификации и обеспечить их социальную полезность. Организация таких заведений повлечет определенные расходы. Любые из этих расходов окажутся меньшими, чем те, которые потребуются, если подростки, перенесшие злокачественную алкоголизацию или продолжающие пьянствовать, будут предоставлены сами себе.

**Профилактика раннего алкоголизма (злокачественной алкоголизации).** Любое потребление спиртных напитков подростком является злоупотреблением. Ранимость растущих систем делает опасным прием даже малых доз алкоголя, учитывая, что самоконтроль подростка недостаточен, и разовый прием может оказаться чрезмерным. Средняя и тяжелая степень опьянения означают острую мозговую интоксикацию. О том, какие следствия, в том числе отдаленные, влечет продолженное злоупотребление, злокачественная алкоголизация, были изложены в настоящей главе. Поэтому не подлежит дискуссии сухой закон для лиц, не достигших зрелости.

Кардинальное решение профилактики пьянства подростков содержится в постановлениях правительства: абсолютный запрет спиртных напитков (потребление, продажа) лицам, не достигшим 21 года. Однако расчет на автоматическое действие этих указаний не обоснован. Потребление подростками алкоголя будет исключено лишь тогда, когда будет исключена возможность попадания его в алкогольную среду. Это не только снижение потребления спиртных напитков населением. Оздоровление среды подразумевает контроль за поведением подростков, который в настоящее время явно недостаточен, и активную организацию их занятости и досуга. Это большая социальная задача, требующая усилий многих служб общества и многих специалистов.

Учитывая психологические особенности подростков, следует обратить внимание на следующее. Сейчас в организации досуга детей и подростков недостаточна их самостоятельность: мелочный контроль, инициатива сверху (педагогов и пр.) лишает детей возможности самовыражения, проявления личностных качеств, личных инициатив. Предлагаемое занятие становится неинтересным, детей вскоре требуется понуждать, организаторы утомляются и становятся раздраженными. Дети, достигнув в подростковом периоде свободы выбора, усиленно начинают эту свободу демонстрировать (так называемый *негативизм*) и находят занятия вне какой-либо связи со взрослыми. Таким образом, принята сейчас педагогическая тактика не привлекает детей в организованные формы досуга. Тщательный, но, видимо «отдаленный» контроль взрослых на границах опасности, создающий у детей иллюзию независимости, простор их инициативам, возможность проявить собственные организаторские способности будет привлекать детей к коллективным формам жизни.

В педагогической практике дети, как правило, не различаются в зависимости от их личности, способностей, интересов. И если понятна необходимость равного объема знаний, то однотипность досуга необъяснима. Дети сопротивляются и этому, а не только жесткой форме организации свободного времени. Вместе с тем такой же равнозначимой для всех, как образование, нагрузки, как физическая работа, они практически лишены (если не считать редких и постоянно сокращаемых уроков физкультуры). Гигиенические обследования последних лет показали рост ожирения и других расстройств обмена у несовершеннолетних, тех болезней, условием которых является гиподинамия. Роль телесного воспитания известна. Хотелось бы обратить внимание на психорасслабляющее действие физического утомления (купирование аффектов) и на возможности самореализации, которые дает спорт (чувство группы в командных видах, самоутверждения и пр.) — на психогигиеническое значение физических, спортивных нагрузок. Недостаточность эстетического воспитания снижает духовность: развивается так называемая уплощенная личность. Невысокий уровень развития личности определяет склонность к примитивному времяпрепровождению, в том числе — к пьянству.

Как было показано выше, употребление спиртных напитков подростками — *поведенческое явление*. Это явление достаточно широкого спектра: от поискового, нормального, до девиантного, антисоциального и психопатологического. Алкоголизация подростков всегда группового поведения. Наивно было бы полагать, что только молодежные организаторы или только медицинские работники способны изменить ситуацию, если она складывается опасным образом. Усилий нарколога, подросткового психиатра недостаточно не только потому, что эти специалисты не имеют времени для контроля за поведением пациентов; они не располагают необходимыми правами. Ликвидация антисоциальных групп, изъятие (компрометация) лидера, принудительное лечение от алкоголизма членов семьи или их изоляция — все эти мероприятия должны осуществляться компетентными органами.

Поскольку злоупотребление алкоголем у подростков групповое, выявление одного означает тревожный сигнал о необходимости выявления всей группы. И эта группа подлежит не только наркологической, но и социологической оценке; иногда и криминологической.

Активное выявление пьянствующих подростков пока недостаточно. Даже столь ограниченное, как сейчас, оно не влечет должных следствий. Например, разовое задержание пьяного подростка должно служить отправной точкой для комплексного (рядом служб) анализа группы и среды. Особого педагогического внимания требуют закрытые учебные заведения, типа интерната, с проживанием в общежитиях.

Вопросы профилактики пьянства подростков достаточно полно разработаны в нашей стране П. И. Сидоровым (1979) и Е. С. Скворцовой (1981). Е. С. Скворцовой составлена програм-

ма антиалкогольного воспитания детей в средней школе; в зависимости от возраста (от 1-го класса) и в соответствии с каждой преподаваемой дисциплиной (включение необходимых знаний в курсы естественных и гуманитарных дисциплин). П. И. Сидоров предложил программу медико-социальной профилактики раннего потребления спиртного. Эта реализуемая в ряде районов страны программа включает этапы оздоровления микросреды, антиалкогольного просвещения, индивидуального и коллективного воспитания, симптоматической терапии и, наконец, антиалкогольного лечения. Каждый из этих пяти этапов соответствует пяти звеньям динамики развития алкоголизации несовершеннолетних.

В заключение следует сказать, что в то время, когда встречались лишь единичные случаи пьянства подростков, это не привлекало большого внимания. Эти случаи расценивались как крайне исключительное отклонение от нормы и считались объектом детской психиатрии. Жизнь внесла свои печальные коррективы. Сейчас, учитывая, что дети в дошкольном возрасте имеют опыт наблюдения приема спиртных напитков и его результата, что у детей формируются свои понятия о предмете, необходимо раннее вмешательство в формирование этих понятий.

Таким образом, необходимая система профилактических мероприятий раннего злоупотребления спиртными напитками должна включать социально-гигиенические, психологические, педагогические и медицинские методы воздействия, охватывающие период от детства до юности.

## СЛУЧАЙНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛЕМ

Этанол содержится в различных алкогольных напитках — водке, винном спирте (коньяке), пиве (2—7%), вине (6—22%), ликерах (30—60%), роме (50—55%), в конфетах, а также во всевозможных косметических жидкостях, например одеколоне (50—60% алкоголя с добавкой эфирных масел). Этанол входит в состав широко распространенных зажигательных и горючих технических средств (денатурат, добавки к горючему, растворители лаков, олиф и др.). В технические средства при изготовлении преднамеренно, во избежание приема человеком вводят токсические, чаще дурно пахнущие, цветные ингредиенты.

У новорожденных и детей грудного возраста возможны отравления при всасывании этанола через кожу или вдыхании паров (компрессы, укутывания с использованием спиртовых экстрактов растений, обтирание одеколоном, туалетной водой).

Отравление этиловым алкоголем у детей характеризуется симптомами угнетения центральной нервной системы. Реакция на алкоголь у детей отличается от таковой у взрослых: она оказывается весьма бурной даже на сравнительно малые дозы. Степень проявления отравления зависит от концентрации алкоголя в крови.

Характерным для отравления алкоголем у детей и подростков является быстрое развитие симптомов интоксикации и внезапная

потеря сознания: выявляются резкая общая и мышечная слабость, падение сердечной деятельности, снижение артериального давления, нарушение дыхания. Пульс слабый, частый, плохо прощупывается. Температура тела снижена. Кожные покровы бледные. Непроизвольное выделение мочи и кала. Возможна аспирация (попадание в легкие) слизи и рвотных масс. В тяжелых случаях развивается отек легких.

Случайные отравления этиловым алкоголем (этанолом) или напитками, его содержащими, наблюдаются чаще в семьях, где употребление их уже давно стало для родителей ребенка печальной реальностью. Алкоголь из недопитых бутылок и стаканов представляет собой большую привлекательность и большую опасность для детей в алкогольных семьях. Не сознавая всех последствий, ребенок может выпить большое количество вина или другого спиртного напитка. Развивается острое отравление, требующее врачебного вмешательства. Однако в условиях невнимательного отношения к детям в таких семьях отравление ребенка может остаться незамеченным, и тогда возможен трагический исход. Медицинской практике известны случаи, когда в лечебные учреждения с тяжелым отравлением алкоголем поступают дети в возрасте 5—10 лет. Спассти их не всегда удается.

Иногда наблюдаются отравления детей метанолом (метиловым, или древесным, спиртом). Он содержится в денатурированном спирте, употребляется как дешевый растворитель смол, красок, средств обработки дерева и кожи, клеящих веществ, протравы и др. По запаху и вкусу (!) почти не отличается от этанола, поэтому возможны случайные отравления, даже массового характера. Технический метанол часто загрязнен ацетоном, альдегидами и другими токсичными для человека продуктами. Метанол крайне токсичен для взрослых, а для детей и подростков — в особенности.

Всасывание метанола происходит из желудочно-кишечного тракта, реже — через легкие (при вдыхании), а также через кожу. Попавший в организм метанол в «целом» виде выводится крайне медленно — через легкие и почки. Токсическое действие метанола на организм человека осуществляется путем блокады ферментов. Нарушаются окислительные процессы в клетке, происходит расстройство кислотно-щелочного равновесия, поражается сетчатка глаз, развивается слепота. Токсичность в большей степени зависит от обстоятельств отравления и индивидуальной восприимчивости: опасность потерять зрение возникает у взрослых уже после приема 4—15 мл метанола; у детей и подростков, естественно, — от значительно меньшего количества.

**Симптомы отравления.** Если ребенок (подросток) находился в комнате с повышенным содержанием метанола в воздухе, развивается раздражение слизистых оболочек рта, дыхательных путей, которое довольно длительно удерживаются, сопровождаясь сухостью и покраснением кожи. В случае приема метанола внутрь появляется алкогольное оглушение. Оно возникает у детей и подростков по истечении скрытого периода, длящегося после приема от

0,5 до 8—10 ч. Появляются тошнота, затем — рвота с запахом алкоголя. Зрачки умеренно расширяются, со слабой реакцией на свет. Пульс вначале учащенный, а затем, по мере нарастания отравления, становится редким. Артериальное давление падает вследствие поражения сердечной мышцы и снижения функции надпочечников. Нарастает поражение центральной нервной системы в виде угнетения сознания, повышается тонус мышц конечностей, затылочных мышц. Голова запрокидывается назад. У детей раннего возраста тотчас же или вскоре после отравления появляются судороги — это грозное предупреждение о возможных осложнениях со стороны центральной нервной системы. Смертельный исход возможен при приеме метилового алкоголя от 0,5 до 1,5 мл/кг массы ребенка или подростка от тяжелого токсического шока и паралича дыхательного центра.

У отравившихся в ближайшем посттоксическом периоде (первые — вторые сутки) развивается слепота. Первым признаком надвигающейся катастрофы у детей старшего возраста и подростков является мелькание мушек перед глазами.

**Необходимая помощь при отравлении.** После попадания алкоголя внутрь — промыть желудок. Если имело место вдыхание паров алкоголя, человеку следует организовать дыхание кислородом или обеспечить пострадавшему постоянный приток свежего воздуха. При попадании яда в глаза — срочно начать промывание их проточной водой и продолжать эту процедуру 15 мин, а затем обратиться к офтальмологу.

Неотложная помощь детям при случайном отравлении этиловым алкоголем или напитками, его содержащими, должна начинаться срочно, еще до приезда врача! Родители или кто-то из обнаруживших запах изо рта у отравленного алкоголем, прежде всего должны: 1) поднести к носу пострадавшего нашатырный спирт и заставить через ноздри глубоко и несколько раз втянуть в себя его пары; 2) срочно промыть желудок простейшим способом — заставить выпить теплую воду в объеме стакана или нескольких, в зависимости от возраста отравившегося; 3) дать солевое слабительное<sup>1</sup>; 4) приложить грелку к ногам; 5) при сердечной слабости (ее должен уметь диагностировать любой человек по едва ощутимому «нитевидному» или с перебоями пульсу) дать сердечные средства — настойку валерианы, кофеин-бензоат натрия, кордиамин.

---

<sup>1</sup> Перечисленные в п.п. 2, 3 мероприятия — один из путей экстренной, доврачебной детоксигирующей помощи.

**ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И СОВМЕСТНОГО  
УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ,  
НАРКОТИЧЕСКИХ  
И ТОКСИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  
НА ПОТОМСТВО**

**Курение.** Среди вредных привычек человека курение занимает особое место как по своей распространенности, так и по ущербу, наносимому организму. Действие курения обусловлено и физиологическими эффектами никотина, и продуктами сгорания табака, содержащимися во вдыхаемом дыме. Никотин обладает свойством стимулировать деятельность центральной нервной системы. Он влияет на функционирование вегетативной нервной системы. В крови курящего повышается концентрация адреналина. Сосудосуживающее действие никотина вызывает некоторое повышение кровяного давления. Все эти эффекты обусловили широкое распространение курения.

Однако порог чувствительности к никотину быстро растет, и для достижения того же результата приходится выкуривать все большее количество табака. Кроме того, никотин включается в систему обменных процессов в организме, становится обязательным их компонентом. В результате развивается физическая зависимость от никотина — при перерыве в курении возникает сильное влечение к табаку, ухудшение самочувствия, желание вернуться к исходному состоянию путем употребления никотина. Хорошо известно, как трудно курильщику отказаться от этой привычки. Между тем с увеличением количества потребляемого табака и длительности курения возрастает и степень его вредных последствий. Поступающие в дыхательные пути продукты сгорания содержат угарный газ (СО), различные смолы, в том числе канцерогенные, и другие вредные вещества. Здесь не обсуждаются такие последствия, как повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них, возникновения рака легких и т.д. В рамках задач этой книги будет рассмотрено влияние курения на способность к воспроизводству потомства и на здоровье детей.

У мужчин курение может затруднять зачатие ребенка. Снижено количество сперматозоидов, подвижность их уменьшена, соответственно снижена плодовитость. Указанные болезненные изменения половой сферы возрастают с увеличением числа выкуриваемых сигарет. Имеет значение и длительность курения. Со временем меняется концентрация ряда гормонов в крови, в том числе половых, развиваются сосудистые расстройства, ослабляется потенция.

У женщин курение вызывает еще более серьезные последствия. В последние десятилетия растет число курящих женщин. Особое беспокойство у врачей вызывает курение в наиболее детородном возрасте — от 20 до 30 лет. В этом возрасте в крупных городах

развитых капиталистических стран курит до 20% женщин. В нашей стране курение среди женщин, к сожалению, тоже получает все более широкое распространение. Неблагоприятное воздействие курения на женщину пагубно не только из-за появления у нее или обострения различных заболеваний внутренних органов (хронические бронхиты, пневмонии, сердечно-сосудистые расстройства и т.п.).

Хроническое отравление никотином вызывает нарушение менструального цикла и уменьшение способности к зачатию. Вероятность забеременеть у курящей женщины составляет всего только 67% от такой вероятности у некурящей. Если беременность наступает, она протекает неблагоприятно. При ежедневном выкуривании от 10 до 20 сигарет в день у женщин развиваются такие осложнения, как кровотечения, разрывы плаценты. В плаценте обнаруживаются участки омертвения тканей. Число сосудов в ней уменьшается. Никотин вызывает спазм маточных сосудов, в результате чего кровообращение в плаценте нарушается. Никотин проникает к плоду не только через плаценту. Он обнаружен в амниотической жидкости и вместе с ней может быть заглочен. В организме плода, следовательно, возможна более длительная циркуляция никотина, чем в организме матери.

Все это неблагоприятно влияет на развитие плода. У курящих женщин значительно чаще, чем у некурящих, наблюдаются ранние и поздние выкидыши, внутриутробная гибель плода, преждевременные роды, снижение массы тела новорожденного на 200—300 г по сравнению с нормой и жизнеспособности плода. Иллюстрацией того, как сильно влияет никотин на нервно-рефлекторную деятельность плода, служит наблюдение, что его дыхательные движения уменьшаются при выкуривании матерью даже двух сигарет в день. Чаще встречаются осложненные роды и родовой травматизм. У курящих матерей в два раза чаще наблюдается внезапная смерть новорожденных.

Наступающая вследствие спазма и заустевания сосудов плаценты кислородная недостаточность плода отражается на дальнейшей жизни ребенка. Дети отстают в умственном и физическом развитии. У них длительное время остается расстроенной вегетативная нервная система, сохраняется гормональный дисбаланс.

После рождения ребенка у него может развиваться абстинентный синдром вследствие лишения привычного поступления никотина. Расстройство обмена веществ сопровождается расстройством функций вегетативной нервной системы: дети беспокойны, кричат, плохо спят, плохо берут грудь, медленнее набирают массу. Курение женщин во время беременности отражается на здоровье ее детей длительное время. Даже в семилетнем возрасте такие дети имеют меньший рост, чем дети некурящих женщин, у них чаще возникает отставание во время учебы.

Употребление алкоголя нередко сочетается с курением или с систематическим приемом других токсических средств, вызывающих развитие психической и физической зависимости у человека. Курение

ние, наркомания, а также токсикомания — это привыкание к некоторым наркотическим или токсическим веществам, действующим на центральную нервную систему. Привыкание выражается в изменении реакции организма на действие данного наркотика, повышении переносимости и вследствие этого вынужденном стремлении к увеличению принимаемых доз, потребности в повторных приемах вещества и развитии *абстиненции* (комплекса признаков расстройства психического и физического состояния, тягостного для больного) при лишении привычного вещества.

Количество веществ, вызывающих наркоманию, очень велико. Наиболее распространены: 1) опий и его препараты (пантопон, омнопон), некоторые алкалоиды опия и его производные (морфий, кодеин, дионин, героин и др.), а также синтетические вещества с морфиноподобным действием (промедол, фенадон и др.); 2) снотворные средства (ноксирон); 3) индийская конопля — гашиш (план, анаша, марихуана); 4) кокаин; 5) стимуляторы центральной нервной системы (первитин, фенамин и др.). К формирующим зависимость средствам относятся вещества, вызывающие галлюцинации, — лизергид (ЛСД), мискалин, диметилтриптамин и др.

**Употребление наркотиков.** К наркотическим средствам относятся различные вещества, которые по их действию на психику можно условно разделить на следующие группы: действующие успокаивающе; угнетающе; возбуждающе; и создающие фантастические переживания, переносящие человека из мира реальности в мир искаженного восприятия.

*Наркомания* — явление не новое. Издавна во многих странах мира у многих народов употреблялись разнообразные одурманивающие сознание вещества. Их использовали с целью испытать удовольствие, наслаждение, улучшить физическое или психическое состояние, т.е. тот комплекс ощущений, который объединяется термином *эйфория*. Некоторые свойства наркотиков, например притупление болевой чувствительности препаратами опия, широко используют в медицине.

Неоднократное употребление наркотиков приводит к развитию безленинного состояния — наркомании, которое характеризуется постепенным изменением реакции организма на данный наркотик, потребностью в непрерывном увеличении дозы, психической зависимостью от препарата и, наконец, физической зависимостью (неудержимым влечением к приему наркотика, потерей контроля над дозой, ухудшением физического и психического состояния при воздержании и ряд других признаков).

Все более широкое распространение употребления наркотиков с целью достижения состояния эйфории объясняется *социальными причинами*. Не случайно особенно высокий рост наркомании наблюдается в США и других развитых капиталистических странах. Идеалы буржуазного общества, заключающиеся в стремлении к обогащению, прагматическое отношение к действительности, социальная безысходность для значительных слоев населения, бездуховность, чувство одиночества — основные побудительные мотивы

для ухода в нереальный, призрачный мир, достигаемый с помощью наркотиков. Очень большое значение для обращения молодежи к наркотикам имеет ослабление внутрисемейных связей. Специальные исследования, проведенные в США, показали, что наркотики употребляют преимущественно молодые люди, в семьях которых отсутствует духовное общение, эмоциональная связь родителей с детьми при хорошем материальном их обеспечении. При этом возрастает влияние сверстников. Наличие в ватаге «опытного» наркомана часто приводит к коллективному употреблению наркотиков.

Среди факторов, способствующих распространению наркомании, имеет также значение отсутствие у подростка братьев или сестер или большая разница в возрасте между ними. Побудительным мотивом к приему наркотиков может быть и пьянство одного или обоих родителей. Описаны случаи, когда подростки-наркоманы называли в качестве причины употребления наркотиков то отвращение, которое вызывали у них опустившиеся родители-алкоголики.

Наркомания представляет собой серьезную проблему для общества в связи с тем, что эта категория больных непоправимо разрушает свое здоровье, втягивает в злоупотребление все новых людей работоспособного возраста, преимущественно молодежь, и выключает их тем самым из общественно полезного труда, служит источником преступлений с целью добыть средства для приобретения наркотиков. В нашей стране отсутствуют социальные причины наркомании. Однако наркомания представляет собой проблему и для нашего общества. Действуют такие факторы, провоцирующие вовлечение подростков и молодежи в потребление наркотиков, как напряженный ритм жизни большого города, низкий интеллектуальный и образовательный уровень, бесцельное времяпрепровождение в компаниях (ватага), ослабление внутрисемейных связей, алкоголизм в семье. Имеет значение, наконец, биологическая предрасположенность некоторых людей к быстрому развитию зависимости от наркотика. Подросток, желая испытать на себе действие алкоголя, опия, гашиша и т.д., пробует их. Под влиянием окружения он преодолевает первоначальную (всегда тяжелую и субъективно неприятную) реакцию организма на интоксикацию и останавливается на том веществе, которое при повторном употреблении доставляет ему максимальный психический комфорт. Незаметно употребление этого вещества делается необходимым: подросток становится наркоманом и его жизнь сводится к поиску возможностей удовлетворения этой необходимости.

Длительное употребление наркотиков разрушительно действует на физическое здоровье человека. Как правило, у наркоманов развивается гастрит, гепатит, слабость сердечной мышцы. Наступает истощение, дефицит массы достигает 7—10 кг. Больные выглядят старше своих лет, на лице появляются обильные морщины, выпадают зубы. Снижается уровень половых гормонов и способность к зачатию. Быстро угасает половое влечение. Только четвертая часть наркоманов имеет детей. Судьба этих детей тяжела, поскольку токсическое действие наркотиков отражается и на потомстве.

Отравление детей наркотиками во *внутриутробном периоде развития* чревато формированием различных пороков и аномалий. Некоторые наркотические средства, в основном вызывающие галлюцинации (ЛСД), могут вызывать разрывы хромосом. Известно, что хромосомные аномалии в половых клетках родителей могут иметь различные, но всегда тяжелые последствия для потомства. Большинство зародышей с нарушениями строения хромосом, как правило, погибает. Значительное число самопроизвольных абортос у женщин-наркоманок обусловлено именно хромосомными нарушениями. В ряде случаев половые клетки с аномалиями строения хромосом принимают участие в оплодотворении и дают начало новому организму. Но у таких эмбрионов нарушаются процессы органогенеза, часто несовместимые с жизнью. Рождаются мертвые дети или дети с уродствами, с пониженной жизнеспособностью.

Особую опасность для потомства представляет злоупотребление наркотическими препаратами во время беременности. Отрицательное действие веществ, принимаемых во время беременности, может быть прямым токсическим (через повреждение клеточных структур эмбриона, плода) и косвенным (через изменение гормонального фона женщины и свойств слизистой оболочки матки). Наркотические вещества имеют невысокую молекулярную массу и легко проникают через плаценту. Обезвреживаются они медленно вследствие невысокой ферментативной активности в тканях и длительно циркулируют в организме плода.

Если отравление плода наркотиками в первые три месяца беременности сопровождается возникновением разнообразных пороков развития скелетно-мышечной системы, почек, сердца и других органов, то в более поздние сроки беременности наблюдается задержка роста плода. Сниженная масса тела обнаруживается у 30—50% младенцев, рожденных матерями-наркоманками.

*Внутриутробное привыкание плода к наркотику* приводит к развитию синдрома абстиненции у новорожденного — состояния, возникающего из-за внезапного прекращения поступления наркотика в организм новорожденного из организма матери в связи с родами. Этот синдром у ребенка проявляется возбуждением, нарушением сна, пронзительным криком, частым зеванием, потливостью, чиханием, рвотами, поносом, повышением температуры, повышением или понижением мышечного тонуса, усилением рефлексов и др.

Время появления синдрома абстиненции у новорожденного ребенка зависит от типа и дозы наркотика, времени последнего перед родами приема его будущей матерью. Если она принимала морфин, то признаки абстиненции у ребенка обнаруживаются в первые трое суток после рождения. Если принимались снотворные, симптомы абстиненции могут проявиться у ребенка и через две недели после рождения. Иными словами, клиническая картина и течение зависят от типа вещества, дозы и продолжительности его употребления на протяжении беременности.

Повышенная потребность в кислороде, нарушения обмена веществ, замедленность транспорта кислорода через плаценту у таких

детей приводят к частому развитию дыхательных расстройств у новорожденного.

Известно, что наркотики, как и другие лекарственные вещества (например, транквилизаторы), могут вызывать у матери иммунологические, эндокринные и биохимические нарушения, которые, в свою очередь, предрасполагают к определенным врожденным или возникающим после рождения заболеваниям. У таких матерей, следовательно, появляются так называемые «слабые» дети.

Не вызывает сомнений недопустимость кормления ребенка матерью-наркоманкой. Как и большинство лекарственных препаратов, наркотики, циркулирующие в крови матери, переходят в молоко; легко переходят наркотические обезболивающие средства, например, промедол. Так как наиболее активные компоненты марихуаны (гашиша) жирорастворимы, то они также легко поступают в грудное молоко. В последнее время все чаще встречаются случаи совместного употребления алкоголя с наркотическими средствами. Комбинации могут быть различными: алкоголь — опиаты, алкоголь — амфетамины и др. В начальных стадиях алкоголизма или опийной наркомании алкоголь и опиаты несовместимы. Так, во второй стадии алкоголизма, когда физическая зависимость уже сформирована, прием опийных препаратов подавляет влечение к алкоголю. Но состояние больного ухудшается и он обычно избегает принимать опийные препараты. Точно также опиоман отказывается употреблять спиртные напитки, пьет только вынужденно. У него быстро развивается тяжелое отравление при сравнительно небольших дозах алкоголя.

Однако в третьей стадии этих страданий — стадии истощения возможно совместное употребление алкоголя и наркотиков. Причиной этого заключается в стремлении больного усилить и удешевить опьянение при невозможности увеличения дозы опийных препаратов. Совместное употребление алкоголя и наркотиков приводит к быстрому утяжелению психического и физического состояния больных.

К особой группе токсикоманий относится вдыхание (так называемое «нюхачество») ряда летучих веществ, широко применяемых в промышленности и в бытовой химии в качестве растворителей: толуол, ацетон, бензин, тетрахлорметан и др. «Нюхачество» встречается главным образом у детей и подростков. В результате вдыхания этих веществ у «нюхачей» появляется кратковременное оглушение, опьянение, головокружение и иногда эйфория. При сильном отравлении бывают галлюцинации. Вдыхание органических растворителей разрушительно действует на организм человека: нередко развиваются спазм и отек гортани, нарушения ритма сердца. Особенно страдает нервная система: изменения психики сопровождаются нарушениями координации движений, развитием параличей, угасанием ряда рефлексов. Поражаются печень и почки.

Употребление токсических средств сопровождается нарушением поведения подростка. Кратковременное возбуждение сменяется вялостью, а затем — потерей сознания. Особенностью токсикоманий

у подростков является то, что употребление наркотических, токсических и других подобных веществ осуществляется на фоне нейрогормональной перестройки в этом возрастном периоде. Для каждого организма эта перестройка протекает с различной скоростью — у одного быстрее, у другого медленнее. Колебания чувствительности к различным химическим веществам, обусловленные наличием индивидуальной реактивности у каждого организма, еще увеличиваются неустоявшимся, несбалансированным гормональным фоном подростка. Различие эффективной дозы любого вещества в пределах одной возрастной группы по этой причине очень велики. Однако подростки злоупотребляют токсическими веществами, как правило, в компании, в одинаковой для всех дозе. Поэтому у некоторых из них развивается слабый токсический эффект, у других — сильное отравление, иногда завершающееся смертельным исходом. Повторные вдыхания или втирание в кожу токсических смесей быстро вызывают привыкание.

Смена употребления больным одного наркотика на комбинацию двух или более препаратов значительно ухудшает течение заболевания.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ  
И ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА  
В БОРЬБЕ С ПЬЯНСТВОМ  
И АЛКОГОЛИЗМОМ**

В предыдущих главах было показано, что отрицательное влияние употребления алкоголя на организм человека имеет два главных следствия: 1) общество теряет значительное число людей в наиболее трудоспособном возрасте; 2) часть молодого поколения заранее обрекается на физическую и интеллектуальную неполноценность.

Борьба с алкоголизмом имеет следовательно, не только медицинский, но и социальный аспект.

Вместе с тем очевидно, что в силу древности употребления алкоголя и распространенности алкогольных обычаев борьба с ними должна носить планомерный характер и представлять собой широкий комплекс социальных административно-правовых, медицинских, воспитательных и других мер.

Простое запрещение употребления алкоголя не достигает и не может достигнуть цели. На первом месте в системе мер, принимаемых обществом по борьбе с алкоголизацией населения должно стоять *формирование социально-экономического фона*, создающего максимально полные условия для всестороннего развития и удовлетворения потребностей личности и *вытеснения алкогольных установок безалкогольными*.

Таким образом, если перспективная цель антиалкогольной политики — полное устранение спиртных напитков из жизни человека, то реальной целью на данном этапе развития нашего общества является сокращение алкоголизации населения и воспитание трезвеннических установок у подрастающего поколения. Различные аспекты работы, направленной на достижение этой цели, можно условно объединить в две группы: профилактика алкоголизма и воспитание подрастающего поколения.

**Профилактика алкоголизма.** Профилактика алкоголизма требует осуществления разнообразных мер, препятствующих употреблению и распространению употребления алкоголя. Это — предупреждение отрицательного влияния алкогольных обычаев микросреды, формирование у населения (особенно у подрастающего поколения) таких убеждений, которые исключали бы самую возможность злоупотребления спиртными напитками. Другими словами, в основе профилактики алкоголизма лежит *здоровый образ жизни*.

Большое значение имеет систематическая работа по выявлению групп населения, угрожаемых по вероятности возникновения заболевания. Это не только социальные группы. Существуют контингенты населения, по своим биологическим особенностям чувствитель-

ные к алкоголю. У них быстро возникает физическая зависимость и развивается алкогольная болезнь с злокачественным течением. К такому угрожаемому контингенту относятся, например, лица с пониженной активностью алкогольдегидрогеназы, свойственной некоторым этническим группам. Понятно, что знание биологических особенностей целых контингентов населения и отдельных лиц позволяет осуществлять воспитательную, пропагандистскую и профилактическую работу более целенаправленно.

К профилактике распространения алкоголизма относится также выявление больных и максимально раннее их лечение, предупреждение рецидивов, применение мер воспитательного воздействия в коллективе и среде, а в случае необходимости — направление на принудительное лечение.

Все разнообразие мер профилактики может быть сведено к двум главным направлениям этой работы: ограничению доступности алкоголя и уменьшению спроса на него.

Ограничение доступности алкоголя включает контроль за производством и торговлей, контроль за распространением и контроль над ценами, сбытом и рекламой. Сокращение производства алкогольных напитков, ограничение времени его продажи и числа торговых точек, имеющих право на продажу спиртных напитков, запрещение продавать их лицам моложе 21 года — все эти меры оказывают серьезное влияние на характер употребления спиртных напитков. Средством регуляции потребления алкоголя является ценообразование.

Однако сами по себе указанные меры не решают проблемы. Сокращение объема продажи и повышение цен на спиртные напитки приводят к распространению самогонварения. Следовательно, параллельно с мерами, направленными на ограничение доступности алкоголя, необходимо вести работу по уменьшению спроса на него.

Уменьшение спроса может быть достигнуто распространением знаний об алкоголе как средстве, вызывающем зависимость, употребление которого разрушает здоровье и отрицательно влияет на поведение. Важным условием уменьшения спроса на алкоголь является изменение тех обстоятельств жизни, которые могут повышать спрос на него: улучшение быта, совершенствование индустрии досуга, развитие спорта и туризма.

Учитывая огромное влияние микросреды в формировании личности, важным аспектом профилактики алкоголизма служит борьба с пьяным бытом, вплоть до изъятия из него ребенка путем лишения родительских прав.

**Воспитательная работа с населением. Противоалкогольная пропаганда.** Конечной целью воспитания является формирование здоровой личности. Целью воспитания детей, подростков, юношей с отклоняющимся поведением является возврат к норме. Однако что же такое нормальная личность?

Личность — это динамичная, относительно устойчивая целостная система интеллектуальных, социально-культурных и морально-

волевых качеств человека, выраженных в индивидуальных особенностях его сознания и деятельности.

Социальные качества личности проявляются в ее действиях, поступках, в ее отношении к другим людям. По этим поступкам можно судить о внутреннем мире человека, его духовных и нравственных качествах, как положительных, так и отрицательных. Это дает возможность не только познания качеств личности, но и формирующего воздействия на них.

Нормальную личность характеризуют социальная приспособленность (адаптация), целостность, гармоничность, физическая и психическая активность, самостоятельность, способность критически оценивать свои поступки и поступки окружающих, последовательность в деятельности.

Именно эти черты личности нарушаются при злоупотреблении алкоголем и алкогольной болезни. Именно эти нарушения должны быть в центре антиалкогольной пропаганды и индивидуальной воспитательной работы.

Эффективность антиалкогольной пропаганды довольно низкая. Это объясняется разными причинами. Современное население довольно широко, но очень поверхностно информировано по вопросам медицины. Но даже неполные знания далеко не всегда применяются в жизни. Врачебные рекомендации часто не выполняются (относительно курения, употребления алкоголя, характера питания и двигательной активности, режима труда и отдыха и т.п.). Рисуемые медицинской пропагандой последствия отклонений от здорового образа жизни не переносятся слушателями на себя. Следовательно, при организации санитарного просвещения одна из главных целей — добиться того, чтобы человек всесторонне познавал себя и давал правильную оценку своему образу жизни. Это в полной мере относится и к антиалкогольной пропаганде.

При опросах населения выясняется, что примерно 50% опрошенных не понимают опасности употребления алкоголя. Плохо информированы об истинных свойствах алкоголя школьники. В лекциях о вреде алкоголя часто демонстрируются примеры его разрушительного действия на печень, мозг, сердце больных алкоголизмом. Но подавляющее большинство слушателей не считает себя больными и не относит к себе приводимые примеры. Поэтому правильно говорить об отрицательном влиянии алкоголя на здоровье, на умственную деятельность, на производительность труда, потомство. В центре антиалкогольной пропаганды должны стоять вопросы привыкания и болезненного пристрастия к алкоголю, разъяснения признаков алкоголизма, необходимости своевременного лечения, общественного воздействия на пьяниц, контроля за их поведением.

Для школьников эффективными могут быть беседы с больными. Такие беседы заставляют подростков задуматься о собственном здоровье.

**Противоалкогольная работа в школе.** Эта работа состоит из нескольких направлений. 1. Демонстрация и разъяснение школьни-

кам гигиенических и нравственных аспектов вреда употребления спиртных напитков. Выработка у детей отрицательных алкогольных установок. 2. Разъяснение причин возникновения влечения к алкоголю, раскрытие сущности алкоголизма как болезни и картины его ранних проявлений. 3. Характеристика социально-экономических, морально-этических последствий пьянства и алкоголизма, последствий злоупотребления алкоголем для физического и психического здоровья.

Средства антиалкогольной пропаганды в школе включают циклы лекций и бесед, конференции, показ кинофильмов, наглядные пособия — плакаты, выставки, стенные газеты, «окна сатиры». Циклы лекций являются одним из наиболее эффективных средств пропаганды, поскольку дают учащимся систему знаний о свойствах алкоголя, о возможности формирования алкоголизма в результате злоупотребления им, о мерах борьбы с этими явлениями. Выступления врача, учителя, юриста перед школьной аудиторией всегда вызывают интерес, особенно если разбираются конкретные примеры из местной жизни.

Диспуты помогают выбрать правильную позицию в борьбе с пьянством. При организации диспутов желательно заранее подготовить несколько будущих его участников для выступлений.

Постоянно должны использоваться другие средства антиалкогольной пропаганды — тематические вечера, санитарные бюллетени, листовки и пр.

При работе с разными возрастными группами необходимо применять различные средства пропаганды. При работе с младшими школьниками следует учитывать, что для них характерны конкретно-образное мышление, невысокая способность к концентрации внимания, наглядно-образный характер памяти, яркая эмоциональная окраска воспринимаемой информации. Текстовый материал в этом возрасте воспринимается с трудом. Поэтому при разработке средств обучения и воспитания для младших школьников надо отдавать предпочтение наглядным материалам, слайдам, видеофильмам. Задачей этих средств является воспитание у младших школьников отрицательного отношения к алкоголю в самом общем виде без излишней детализации и аргументации.

Задача антиалкогольного воспитания школьников среднего возраста — дальнейшее закрепление отрицательного отношения к алкоголю путем расширения и углубления знаний о его свойствах, действии на организм, возможных последствиях употребления алкоголя. Здесь можно опираться на знания школьников, полученные ими на уроках анатомии и физиологии человека, химии и других предметов школьной программы.

В старшем школьном возрасте информация должна быть хорошо аргументирована.

В противоалкогольном воспитании позитивный результат достигается только с помощью комплекса средств, который мог бы дать полную объективную информацию и одновременно повлиять на эмоциональную сферу.

К числу основных принципов, на которых должна базироваться антиалкогольная работа в школе, относятся следующие.

1. Раннее начало антиалкогольной ориентации школьников.
2. Целенаправленность и преемственность в проведении антиалкогольного воспитания и антиалкогольной пропаганды.
3. Планирование антиалкогольной работы в школе в соответствии с фазами и стадиями формирования у детей установок в отношении употребления алкоголя.
4. Учет психологических особенностей разных возрастных групп учащихся.
5. Организация полноценного досуга и повышение общественной активности учащихся.
6. Комплексный подход к противоалкогольной работе.
7. Личное участие старшеклассников в противоалкогольной работе.
8. Повышение роли школьной комсомольской организации в противоалкогольной работе.

Таким образом, антиалкогольная пропаганда должна быть ориентирована не столько на демонстрацию отрицательных последствий употребления алкоголя, сколько на формирование здоровых психологических установок, т.е. убедительно показать, что трезвый образ жизни превосходит образ жизни злоупотребляющих алкоголем людей.

**Противоалкогольная работа с родителями.** Значение семьи в нравственном воспитании определяется прежде всего тем, что она является первой социальной группой, которая активно воздействует на формирование личности. Опыт ребенка, приобретенный в семье в младшем возрасте, надолго становится главным критерием отношения к людям, окружающему миру, к обычаям. Маленькие дети не анализируют, а копируют поведение родителей. Поэтому личный пример родителей — важнейшее средство влияния на детей. В семьях, где отец и мать пользуются должным уважением у детей, стиль алкоголизации родителей воспринимается как естественный. Отсюда вытекает одна из важнейших задач школы — вооружить родителей педагогическими знаниями, познакомить их с принципами воспитания, в том числе и противоалкогольного. Надо убедить их в том, что алкоголь причиняет особенно сильный вред детям и молодежи. Надо разъяснять родителям, что эпизодическое или регулярное употребление спиртных напитков на глазах у детей послужит причиной появления у них физически и умственно неполноценных внуков в будущем. Нужно постоянно подчеркивать, что у несовершеннолетних привыкание к алкоголю развивается быстрее, чем у взрослых, алкогольная болезнь у них протекает более тяжело, а лечение гораздо менее эффективно. Красной нитью через все беседы с родителями должна проводиться мысль об их личной ответственности за каждый случай употребления алкоголя детьми.

Противоалкогольная работа с родителями учащихся должна строиться по-разному в зависимости от возраста их детей. Конеч-

ным результатом этой работы должно служить привлечение родителей к антиалкогольному воспитанию детей.

**История борьбы с алкоголизмом.** Общество рано осознало вред алкоголизма для здоровья и столь же рано началась борьба с ним. За много столетий до нашей эры в Китае, Древнем Египте, Древней Греции предусматривались наказания за пьянство. Пьяниц подвергали публичному осмеянию, телесным наказаниям и даже смертной казни. Запрет или ограничение употребления спиртных напитков входит в религиозные нормы. Пьянство запрещалось буддизмом и конфуцианством. Согласно канонам иудаизма алкоголь мог употребляться в небольших количествах лишь в дни определенных религиозных праздников. Пьянство осуждалось и христианской религией. Церковь боролась с чрезмерным употреблением вина не только путем письменных поучений и устных проповедей, но и средствами изобразительного искусства. В церкви Троицы в Никитниках (памятник архитектуры XVII в. в Москве) есть фреска «Брак в Кане Галилейской». В центре — жених за свадебным столом. Жениху подносят кубок с вином, а он жестом отвергает подношение. Невеста изображена со скрещенными руками, опущенными книзу перед посудой, что означает ее абсолютный отказ от питья. Запрещение пьянства проникает и в законодательство. «Домострой» XVII в. предписывает «невестке вина не любить и не давать пьянствовать домочадцам».

Негативное отношение общества к злоупотреблению спиртными напитками нашло свое отражение в эпосе, в художественной литературе. У Гомера Одиссей вырывается на свободу со своими спутниками и лишает зрения Полифема благодаря тому, что циклоп облазняется вином и напивается допьяна. В памятниках русской литературы XVII в. дается образное описание пьяницы: «Начнет без ума ходити, и, встав он с похмеля, не может, на постели своей стонет, и глава болит, и очи его света не видят, и руки его дрожат, и на душе его мутитца, и делать ничего не хочет, и ничто ему доброе на ум не идет, толко душа его жадает, как бы напиться. Пьянство ум отнимает, рукоделия портит, прибыли теряет; пьянство же от жен мужей отлучает, а жен от мужей; пьянство ноги отнимает; пьянство в бездонную беду человека вводит...»<sup>1</sup>

Однако ни религиозная пропаганда, ни публицистика не смогли противостоять финансовым интересам частных лиц или государства: производство и продажа спиртных напитков расширились. В России казенная монополия на продажу вина существовала со времен Бориса Годунова до конца XVIII в. После разрешения частной продажи спиртных напитков в конце XIX в. вновь вводится казенная монополия на торговлю водкой. Доходы от ее продажи составляли важную часть бюджетных поступлений правительства.

Постепенное познание сущности алкоголизма и его причин показало, что наиболее распространенные до XIX в. запретительные меры как форма борьбы с пьянством не принесли и не могли прине-

<sup>1</sup> Повесть о хмеле // Повесть о Горе-Злосчастии. Л. 1985. С. 81.

сти большого успеха. Новые формы борьбы с пьянством и алкоголизмом на основе широкого привлечения общественности появились в начале XIX столетия. К ним относится возникновение обществ трезвости, которые впервые были основаны в Англии и Северной Америке. Общества с самого начала попали под влияние духовенства, и пропаганда воздержания от употребления спиртных напитков носила религиозный характер. Деятельность обществ трезвости проявлялась главным образом в форме митингов и шествий. Успех этих первых обществ был весьма незначителен.

В конце первой трети XIX в. противоалкогольное движение началось во всей Европе. Общества трезвости появляются в большинстве стран, возникают полурелигиозные «ордена» («Синей Ленты», «Синего Креста» и др.), основной задачей которых была борьба с алкоголизмом. В союзы трезвенников объединялись учителя, врачи, ученики высших школ, священники. Однако призывы к полному воздержанию от употребления всех спиртных напитков широкого отклика не получили: продажа водки к началу XX в. увеличилась повсеместно. Тем не менее противоалкогольное движение в XIX в. сыграло положительную роль.

Стало ясно, что физиологическое действие алкоголя изучено совершенно недостаточно, что алкоголизм — не только личное несчастье, но и социальная болезнь. Окрепшее рабочее движение начинает связывать вопросы борьбы с алкоголизмом, так же как и борьбы с туберкулезом и венерическими болезнями, с общими вопросами борьбы с капитализмом. Под влиянием рабочих партий в ряде стран Европы принимается законодательство, направленное на запрещение напитков, считающихся наиболее опасными, ограничение числа кабаков, ограничение или ликвидацию привилегий производителям алкогольных напитков. В разных странах принимаются законы о полном запрете производства и продажи спиртных напитков («сухие законы»). «Сухие законы» действовали в Исландии, Норвегии, Соединенных Штатах в первой трети XX в. Однако попытки организовать борьбу с алкоголизмом законодательным путем успехом не увенчались. Самогоноварение, контрабанда, спекуляция свели на нет ограничения, предусмотренные законом.

В России стихийное движение за трезвость отмечается в середине XIX в. В селах и деревнях, на фабриках и заводах возникают неофициальные общества трезвости. К 1900 г. действовало 15 городских, 10 фабричных и 140 церковно-приходских обществ в сельских местностях. Лишенные поддержки царского правительства, эти общества быстро распались.

Рост алкоголизма среди населения вызывал тревогу у прогрессивно настроенной русской интеллигенции. В 1898 г. при «Русском обществе охранения народного здравия» для борьбы с алкоголизмом была организована специальная комиссия в составе врачей, юристов, общественных деятелей. Результаты своих исследований и предложения комиссия представила правительству. В них, в частности, указывалось, что распространению алкоголизма среди отдельных групп населения способствуют экономические условия их

жизни: плохие условия труда и низкая зарплата, плохая пища, нездоровые жилищные условия, недовольство личным, гражданским и политическим положением. Понятно, что царское правительство не могло и не хотело улучшить положение трудящихся и не проявило к предложениям комиссии никакого интереса.

В наше время актуальность борьбы с алкоголизмом не только не уменьшилась, но, напротив, значительно возросла. Всемирная организация здравоохранения рассматривает алкоголизм как проблему общественного здравоохранения, имеющую глобальный характер и призывает все страны усилить борьбу с этим явлением.

В разных странах приняты законодательные акты, регулирующие производство спиртных напитков и торговлю ими. Так, в Финляндии, Норвегии и Швеции государство частично или полностью монополизировало производство и распределение алкоголя. Доход от продажи спиртных напитков в Финляндии поступает в фонды социального обеспечения и бюджет местных властей. Эти деньги расходуются на пропаганду трезвого образа жизни и оказание помощи лицам, страдающим алкоголизмом и их семьям. Производство спиртных напитков и торговля ими контролируется Министерством социальных дел.

В Норвегии существует Государственный совет трезвости. Совет координирует деятельность аналогичных муниципальных советов. Продажа алкоголя также монополизирована, а прибыли от нее направляются на социальное развитие и в фонд трезвости. В Швеции спиртные напитки разрешается продавать только в пунктах, принадлежащих государственной компании торговли. Очень большое внимание в скандинавских странах уделяется антиалкогольному воспитанию молодежи, пропаганде идей трезвости в школе и среди представителей таких профессий, как водители транспорта. Это дает известные результаты: в Норвегии каждый шестой житель состоит членом общества трезвости, в Швеции — каждый восемнадцатый. Во многих странах существуют ограничения для продажи алкогольных напитков определенным категориям лиц: находящимся в состоянии опьянения, состоящим на социальном обеспечении, занесенным в список злоупотребляющих. Активная пропаганда идей трезвости проводится в Нидерландах. В Соединенных Штатах Америки, где алкоголизм стал острой социальной проблемой, существуют различные федеральные программы и программы штатов по оказанию медицинской помощи больным, пропаганде трезвости, поддержке частных антиалкогольных организаций и т. п.

Таким образом, меры, принимаемые в разных странах по борьбе с алкоголизмом, сводятся главным образом к ограничению потребления спиртных напитков или их производства и продажи. Специалисты считают, что даже малые ограничения, касающиеся производства различных напитков, расположения и типа рынков сбыта, часов торговли и т. п. оказывают существенное влияние на уровень потребления алкоголя.

В СССР борьба с злоупотреблением спиртными напитками началась практически сразу после установления Советской власти.

Совет Народных Комиссаров РСФСР 19 декабря 1919 г. принял постановление «О воспрещении на территории РСФСР изготовления и продажи спирта, крепких напитков и не относящихся к напиткам спиртосодержащих веществ». Это постановление предусматривало строгие меры наказания за самогонварение, покупку и продажу самогона. Борьба за трезвость как политическая линия партии нашла отражение в Программе РКП(б), принятой на VIII съезде в 1919 году. В. И. Ленин решительно выступал против пьянства, против попыток получения прибылей за счет продажи спиртных напитков. В печати того времени борьба за трезвый и здоровый образ жизни приравнивалась по своей значимости к борьбе с белыми в эпоху гражданской войны, к борьбе с разрухой, с классовым врагом.

Большую роль в организации и развитии противоалкогольного движения в нашей стране сыграло создание в 1928 г. «Всесоюзного общества по борьбе с алкоголизмом». В состав организационного комитета общества вошли такие известные врачи и ученые, как Н. А. Семашко, В. А. Обух, А. Н. Бах, деятели партии и правительства Н. И. Подвойский, Е. М. Ярославский, писатели Д. Бедный, Вс. Иванов и др. Общество считало одной из своих важнейших задач содействие проведению в жизнь советских законов по борьбе с пьянством и алкоголизмом.

В комплексе мер по искоренению злоупотребления алкоголем в нашей стране важное место занимает деятельность административных и правоохранительных органов.

**Административно-правовые нормы по ограждению детей и подростков от употребления алкоголя.** Основой противоалкогольной работы среди несовершеннолетних является юридическое закрепление принципа недопустимости употребления алкоголя детьми и подростками.

Указ Президиума Верховного Совета РСФСР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» (1972), в частности пункты 5 и 6, предусматривают административную ответственность родителей или иных лиц за доведение ими несовершеннолетнего до состояния опьянения и уголовную ответственность в виде лишения свободы сроком до 5 лет за вовлечение несовершеннолетнего в пьянство. Появление несовершеннолетних в пьяном виде в общественных местах или распитие ими спиртных напитков в возрасте до 16 лет также влечет за собой наложение штрафа на родителей. Закон запрещает прием несовершеннолетних на работу, связанную с производством, хранением и продажей спиртных напитков. Введен повсеместный запрет продажи спиртных напитков лицам, не достигшим 21 года.

Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» (1982), в частности, предусматривается «активизация работы по гигиеническому воспитанию населения, усиление мер общественного воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем, и по борьбе с другими вредными привычками, снижающими работоспособность и ухудшающими состояние здоровья...».

Постановление Центрального Комитета КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения» (1985) направлено на строгое соблюдение принципов коммунистической морали и нравственности, преодоление вредных привычек и пережитков, прежде всего такого уродливого явления, как пьянство, злоупотребление спиртными напитками.

Серьезную озабоченность вызвало обострение в стране за последние годы пьянства и алкоголизма. Вместе с тем, меры по устранению этих явлений все еще проводятся неудовлетворительно. Антиалкогольная пропаганда ведется далеко не на должном уровне, не носит наступательного характера. Значительная часть населения не воспитывается в духе трезвости, недостаточно осведомлена о вреде употребления спиртных напитков для здоровья как нынешнего, так и особенно будущих поколений, для общества в целом.

В современных условиях раскрытия созидательных сил нашего социалистического образа жизни, совершенно нетерпимыми являются факты, когда злоупотребление алкоголем не расценивается как аморальное, антисоциальное поведение, не всегда и не везде по отношению к пьяницам используется сполна сила закона и общественного мнения. Борьба с этим социальным злом ведется без необходимой последовательности и организованности. Усилия государственных и хозяйственных органов, партийных и общественных организаций недостаточно скоординированы.

Преодоление пьянства и алкоголизма рассматривается ЦК КПСС как социальная задача большой политической важности. Поэтому от ЦК компартий союзных республик, крайкомов, обкомов, горкомов и райкомов партии, министерств и ведомств СССР, Совета Министров союзных и автономных республик, исполкомов местных Советов народных депутатов, партийных, профсоюзных, комсомольских организаций и хозяйственных руководителей ЦК КПСС требует сейчас разработки и осуществления комплекса всесторонне обоснованных организационных административно-правовых и воспитательных мер, направленных на максимальное усиление антиалкогольной борьбы и повышение ее эффективности.

Рекомендовано придать этой работе всенародный характер: в каждом трудовом коллективе создавать обстановку нетерпимости к пьянству, к любым нарушениям трудовой дисциплины и порядка, а употребление алкогольных напитков на предприятиях, в организациях, учреждениях и учебных заведениях, на устраиваемых банкетах и приемах — считать абсолютно недопустимым. Партийных, советских, хозяйственных, профсоюзных и комсомольских руководителей, имеющих пристрастие к спиртному, допускающих устройство выпивок, следует освобождать от занимаемых должностей, а коммунистов привлекать за это к строгой партийной ответственности, вплоть до исключения из рядов КПСС.

ЦК КПСС считает, что долг каждого коммуниста, каждого руководителя — показывать личный пример активной борьбы с пьянством, борьбы за повсеместное искоренение самогоноварения.

ЦК КПСС обязал ЦК компартий союзных республик, крайкомы и обкомы КПСС повысить ответственность партийных, советских, профсоюзных организаций, органов здравоохранения за усиление антиалкогольной работы в трудовых и учебных коллективах, по месту жительства населения (особенно в общежитиях). Такую антиалкогольную работу рекомендовано рассматривать как одно из главных условий укрепления трудовой и производственной дисциплины, общественного порядка, оздоровления быта трудящихся и членов их семей.

ВЦСПС рекомендовано осуществлять строгий общественный контроль за применением к пьяницам таких, например, законодательных мер, как лишение премий, путевок в дома отдыха и санатории; использовать права, исходя из устава профсоюзов СССР и Закона СССР о трудовых коллективах.

ЦК КПСС потребовал от руководителей МВД СССР, Прокуратуры СССР, Министерства юстиции СССР, подведомственных им органов устранить серьезные недостатки в их работе по борьбе с пьянством, всемерно пресекать нарушения правил торговли спиртными напитками, искоренять самогоноварение и спекуляцию спиртным. Содействовать общественности, трудовым коллективам и семьям граждан в перевоспитании лиц, злоупотребляющих алкоголем, настойчиво вести работу по профилактике пьянства.

ЦК КПСС счел необходимым создание Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость и издание его печатного органа — журнала «Трезвость и культура», что рассчитано на еще более решительное наступление на пьянство и алкоголизм, на развитие массовости антиалкогольного движения в стране, прежде всего во имя сохранения здорового потомства.

Для ограждения несовершеннолетних от влияния взрослых, вовлекающих их в пьянство, в нашей стране предусмотрены специальные меры, отраженные в законодательстве.

Статья 5 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 19 июня 1972 г. «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» предусматривает административную и уголовную ответственность за вовлечение несовершеннолетних в пьянство.

Однократное доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения родителями или иными лицами влечет за собой административную ответственность в виде штрафа до 30 руб. Те же действия, совершенные лицом, от которого несовершеннолетний находится в служебной зависимости, наказываются или лишением свободы сроком до одного года, или исправительными работами на тот же срок, или штрафом в размере до 50 руб. Систематическое вовлечение несовершеннолетнего в пьянство наказывается лишением свободы сроком до 5 лет.

В целях укрепления семьи и защиты интересов детей статья 16 Гражданского Кодекса РСФСР гласит, что всякий, кто из-за злоупотребления спиртными напитками ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности и над ним устанавливается попечительство. Такое

лицо, получая заработную плату, пенсию или иные виды доходов, может ими распоряжаться только с согласия попечителя.

Злоупотребление спиртными напитками — это такое чрезмерное или систематическое их употребление гражданином, которое находится в противоречии с интересами его семьи и влечет за собой непосильные расходы денежных средств на их приобретение, вызывая материальные затруднения и ставя семью в тяжелое материальное положение.

Статья 59 Кодекса о браке и семье РСФСР предусматривает лишение родительских прав за аморальное, антиобщественное поведение родителей, а также если родители являются алкоголиками или наркоманами.

Лишение родительских прав производится в судебном порядке по заявлению государственной или общественной организации, одного из родителей, либо опекуна ребенка, или по иску прокурора. Одновременно с рассмотрением вопроса о лишении родительских прав суд рассматривает и вопрос о взыскании алиментов, размеры которых устанавливаются в каждом конкретном случае.

Алименты на несовершеннолетних детей взыскиваются в размере  $\frac{1}{4}$  дохода на одного ребенка,  $\frac{1}{3}$  — на двух детей и  $\frac{1}{2}$  — на трех и более детей. Размер алиментов может быть снижен, если у родителя, обязанного платить алименты, имеются и другие несовершеннолетние дети, которые после выплаты алиментов в названных выше размерах становятся менее обеспеченными, чем дети, получающие алименты; если родитель, выплачивающий алименты, является инвалидом первой или второй группы; если дети, получающие алименты, работают и имеют достаточный заработок или состоят на полном содержании у государства.

Расходы на содержание детей, находящихся в детском учреждении, могут быть взысканы с родителей в пользу учреждения. В случае смерти родителей или если у них отсутствуют средства к существованию — обязанности по содержанию несовершеннолетних детей могут быть возложены на других членов семьи: взрослых братьев или сестер, отчима, мачеху, деда, бабушку. Если один из супругов нетрудоспособен или стал таковым в течение года после расторжения брака, он имеет право на получение алиментов от своего способного на материальную помощь супруга. Такое же право предоставлено жене в период беременности, а также в течение одного года после рождения ребенка, помимо права на алименты, которые муж должен выплачивать на содержание ребенка. Алименты на содержание детей выплачиваются до их совершеннолетия.

Если изменились условия, послужившие основанием к выплате алиментов (создание новой семьи, восстановление трудоспособности и др.), — право на алименты утрачивается.

Злостное уклонение от уплаты алиментов на содержание детей влечет за собой уголовное наказание.

**Организация лечебно-профилактической помощи.** Комплекс мер по борьбе с пьянством и алкоголизмом среди населения принадле-

жит наркологической службе, руководимой органами здравоохранения. Специализированная лечебно-профилактическая помощь оказывается лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

Основное звено в оказании наркологической помощи населению — *наркологический диспансер*. В его структуру входят участковые наркологические кабинеты, наркологические кабинеты и фельдшерские пункты на промышленных предприятиях. В наркологическом диспансере существуют специализированные кабинеты — подrostковый, экспертизы алкогольного опьянения, психотерапевтический и другие. Некоторые областные диспансеры имеют в своем составе юридическую консультацию, специализированную ВКК, отделение функциональной диагностики. Включение таких подразделений в состав крупных диспансеров целесообразно вследствие того, что они и служат организационно-методическим центром борьбы с пьянством и алкоголизмом, и решают вопросы трудоустройства лиц, утративших свою профессиональную квалификацию.

Наркологический диспансер выявляет и ставит на учет больных алкоголизмом и оказывает им специализированную помощь, изучает заболеваемость алкоголизмом, анализирует эффективность оказываемой лечебной помощи, организует психоигиеническую и профилактическую работу на промышленных предприятиях, в учебных заведениях, осуществляет медицинское освидетельствование лиц, направленных на принудительное лечение, а также экспертизу временной нетрудоспособности и алкогольного опьянения, проводит мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала в области наркологии.

Благодаря созданию в стране самостоятельной наркологической службы заметно улучшились выявление и учет лиц, страдающих алкоголизмом, что позволяет начинать лечение на ранних стадиях заболевания. Однако значительная часть больных алкоголизмом по-прежнему берется на наркологический учет и привлекается к лечению лишь после совершения ими тех или иных антиобщественных поступков. Еще много людей, страдающих алкоголизмом на ранних стадиях заболевания, не состоят на учете. Вне поля зрения медицинских работников остаются пьяницы, представляющие угрожаемый контингент в отношении развития у них алкогольной болезни. По статистическим данным, половина доставленных в медицинский вытрезвитель мужчин имеет признаки алкоголизма, на учете же состоит лишь незначительная часть из них. Анализ контингента впервые взятых на учет больных алкоголизмом показывает, что 70% из них ранее доставлялись в медицинский вытрезвитель или обслуживались станцией скорой помощи в состоянии алкогольного опьянения. Это указывает на необходимость обязательного обследования указанного контингента у нарколога с целью выявления у них алкоголизма на ранних стадиях заболевания.

Вот почему по-прежнему одним из важных аспектов профилактики и борьбы с пьянством и алкоголизмом является своевременное выявление и взятие на учет не только больных алко-

лизмом, но и пьяниц (еще без признаков алкогольной болезни) и осуществление в отношении них комплекса мер медико-социального воздействия. Необходимость активного и полного выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, применения к ним дифференцированных мер воздействия требует дальнейшей координации усилий органов и учреждений здравоохранения, административных органов и общественности, создания более стройной системы, обеспечивающей взаимосвязь и преемственность в работе основных звеньев борьбы с пьянством и алкоголизмом.

Большая роль в выявлении лиц, злоупотребляющих алкоголем, и применении к ним мер медико-социального воздействия отводится учреждениям общемедицинской сети (поликлиники, медико-санитарные части). Особое значение в организации борьбы с алкоголизмом приобретает деятельность участковых и цеховых терапевтов, которые должны более активно выявлять лиц, злоупотребляющих алкоголем, на амбулаторном приеме, при посещении больных на дому, при обследовании рабочих и диспансерном наблюдении за больными. Совместно с представителями милиции и общественности участковый врач должен принимать активное участие в осуществлении медико-социальных мер воздействия по месту жительства злоупотребляющих алкоголем. Знающий условия жизни семьи и взаимоотношения между ее членами, участковый врач должен быть основной фигурой в проведении профилактических мер в семье.

Алкоголизм нередко бывает семейным. Особое внимание на поликлиническом участке следует обращать на семью как важный источник информации о лицах, злоупотребляющих спиртными напитками. Лиц, систематически выпивающих и провоцирующих конфликты в семье, ставят на учет как злоупотребляющих алкоголем с последующим медицинским освидетельствованием для выявления признаков алкоголизма.

Учитывая связь некоторых заболеваний (гастрит, панкреатит, цирроз печени, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, туберкулез и др.) со злоупотреблением алкоголем, целесообразно обследовать данные контингенты на предмет выявления у них алкогольной болезни и при необходимости — проведения противоалкогольного лечения.

Специальное изучение и применение на практике некоторых организационных форм борьбы с алкоголизмом в условиях поликлиники позволяют дать определенные рекомендации по совершенствованию выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организации наблюдения за ними по месту жительства. Вся информация о лицах, злоупотребляющих алкоголем, должна поступать в отделения милиции или общественные пункты охраны порядка по месту их жительства. На базе последних целесообразно создавать специальные противоалкогольные комиссии, основными функциями которых должны быть: учет и организация обязательного медицинского освидетельствования лиц, злоупотребляющих алкоголем, с целью выявления больных алкоголизмом на ранних стадиях

заболевания; разработка индивидуальных мер административного и медицинского воздействия в отношении лиц, злоупотребляющих алкоголем; контроль за противоалкогольной работой на участке и осуществление мер индивидуального медико-социального воздействия. Например, к злоупотребляющим алкоголем без признаков алкоголизма в основном применяют меры административно-общественного воздействия. В сочетании с индивидуальной и воспитательной работой (вызов жены, родственников, направление активистов на дом для выявления семейно-бытовых условий и др.) они принесут безусловную пользу.

Сам факт постановки на учет окажет на злоупотребляющего алкоголем психотерапевтическое воздействие. По отношению к злоупотребляющим алкоголем с начальными и выраженными признаками алкоголизма наряду с административными и общественными мерами должны применяться специальные лечебные меры (обязательные или принудительные). Лица с начальными признаками алкоголизма могут проходить лечение в амбулаторных условиях, а с выраженными признаками алкоголизма — обязательно в стационаре с последующим поддерживающим противорецидивным лечением в амбулаторных условиях.

Противоалкогольная комиссия должна периодически заслушивать на своих заседаниях отчеты представителей общественности, медицинских работников, районного нарколога, участковых инспекторов милиции и др. Это обеспечит контроль за осуществлением мер медико-социального воздействия. Создание таких комиссий на базе общественных пунктов охраны порядка или при каждом отделении милиции позволит решить ряд организационных вопросов борьбы с алкоголизмом и пьянством; и, в частности, обеспечить явку злоупотребляющих алкоголем к наркологу для обследования.

С целью активного выявления больных в начальных стадиях заболевания и противоалкогольного лечения их в наркологических кабинетах этого диспансера должны быть установлены тесные контакты с участковыми инспекторами отделений милиции и общественностью пунктов охраны порядка, а также с администрацией и общественными организациями предприятий и учреждений районов. Это позволяет взять на профилактический учет всех лиц, нарушающих общественный порядок в связи со злоупотреблением алкоголем. В районах, где применяются такие формы активного выявления больных алкоголизмом, заметно снижается число нарушителей общественного порядка, уменьшается число лиц, доставленных в медицинский вытрезвитель.

На амбулаторном лечении и под динамическим наблюдением находятся все больные алкоголизмом, состоящие на учете во внебольничной наркологической сети. Амбулаторное лечение проводят лицам, не нуждающимся в госпитализации, выписанным из наркологических стационаров, закончившим лечение в ЛТП. Амбулаторное наблюдение и соответствующие курсу лечения продолжают в течение 5 лет.

Амбулаторное лечение больных алкоголизмом включает курсы активной противоалкогольной терапии и поддерживающее противорецидивное лечение. Активное амбулаторное противоалкогольное лечение проводят больным, впервые самостоятельно обратившимся за помощью, или больным с рецидивами алкоголизма при наличии положительной установки на амбулаторное лечение. Поддерживающему амбулаторному лечению подлежат больные, прошедшие амбулаторный курс активной противоалкогольной терапии, выписанные из наркологических стационаров и закончившие лечение в ЛТП. Поддерживающая терапия является обязательным этапом противоалкогольного лечения, она направлена на предотвращение рецидивов заболевания.

При лечении от алкоголизма большое значение имеет взаимодействие с семьей больного, общественными организациями. Для закрепления результатов лечения обязательно используют труд в сочетании с общественной работой. Только комплексное и последовательное воздействие врача, семьи и общественности гарантирует успех лечения больного алкоголизмом.

---

Проблема алкоголизма — одна из актуальных для нашего общества. Нельзя мириться с прогрессирующим распространением пьянства, наносящего ущерб здоровью людей и экономике государства. Увеличение потребления спиртных напитков неизбежно ведет к росту числа больных алкоголизмом, что еще более увеличивает материальные и нравственные потери отдельных лиц и целых коллективов. Растет угроза здоровью будущих поколений, так как дети, ослабленные умственно и физически, рождаются не только в семьях алкоголиков, но и во вполне благополучных семьях, обычаи которых допускают регулярное потребление алкоголя.

Очевидно, что широкими слоями населения вред алкоголя не осознается в полной мере. Вместе с тем антиалкогольная пропаганда не вполне достигает своих целей. Отсюда следует, что проблема алкоголизма нуждается в комплексном решении и требует осуществления широких социальных, педагогических, медицинских, правовых мер.

Центральное место в антиалкогольном воспитании занимает семья. Школа, медицинские, правоохранительные органы не достигнут цели, если в семье сохраняются алкогольные обычаи. Один из главных путей оздоровления — раннее антиалкогольное воспитание на современном научном уровне.

---

*Байсенов Б. С.* Алкоголизм: уголовно-правовые и криминологические проблемы. М., 1981.

*Заиграев Г. Г.* Борьба с алкоголизмом: проблемы, пути решения. М., 1986.

*Копыт Н. Я., Сидоров П. И.* Профилактика алкоголизма. М., 1986.

*Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я.* Алкоголизм. М., 1983.

*Пащенко С. З.* Во вред здоровью, семье, потомству. М., 1985.

*Портнов А. А., Пятницкая И. Н.* Клиника алкоголизма. Л., 1973.

*Присакарь Н. Ф.* Травматизм и его профилактика. Социально-гигиенические аспекты. Кишинев, 1981.

**Адаптация** (от лат. *adaptatio* — приспособление) — процесс приспособления организма к изменившимся условиям среды.

**Астения** (от греч. *astheneia* — бессилие, слабость) — состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, расстройством сна.

**Атрофия** (от греч. *a* — отрицание, *trophe* — питание) — уменьшение массы и объема органа или ткани, сопровождающееся ослаблением или прекращением их функций.

**Аффект** (от лат. *affectus* — состояние, переживание); здесь: кратковременная и сильная положительная или отрицательная эмоция, возникшая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов.

**Барьер гематоэнцефалический** — барьер между кровью и центральной нервной системой.

**Гипогликемия** (от греч. *glykys* — сладкий; отсюда глюкоза — виноградный сахар) — снижение глюкозы в плазме крови.

**Гипопротеинемия** (от греч. *hypo* — под — приставка, указывающая на понижение чего-либо по сравнению с нормой; *протеин* — белок) — снижение количества белков в плазме крови.

**Деградация** (от лат. *de* — приставка, означающая движение вниз, понижение; *gradus* — ступень) — упадок, постепенное изменение чего-либо в сторону ухудшения, утрата ранее накопленных свойств.

**Депрессия** (от лат. *depressio* — подавленность) — состояние, характеризующееся тоскливым или угнетенным настроением, снижением психической активности.

**Имбецильность** (от лат. *imbecilitas* — слабость, бессилие) — форма слабоумия, характеризующаяся замедленным и непоследовательным мышлением, косноязычием, возможностью усвоения лишь элементарных навыков.

**Кома** (от греч. *kōma* — глубокий сон) — состояние глубокого угнетения функций центральной нервной системы, характеризующееся полной потерей сознания, утратой реакций на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

**Криз** (от греч. *krisis* — решительный исход; в медицине — внезапная перемена в течении болезни) — внезапно возникающее состояние, характеризующееся появлением новых или усилением имеющихся симптомов болезни. **К. пубертатный** (от лат. *pubertatis* — возмужание, половая зрелость) — совокупность переходящих психических изменений, закономерно возникающих у детей в возрасте 13—15 лет: психическая неуравновешенность, склонность к депрессии, поиски путей самоутверждения, оппозиция авторитету взрослых, конфликты и др.

**Медиатор** (от лат. *mediator* — посредник) — название биологически активных веществ, выделяемых нервными окончаниями; обуславливают проведение нервных импульсов.

**Наркомания** (от греч. *narkoticos* — одурманивающий + *mania* — безумие, страсть, влечение) — общее название болезней, проявляющихся влечением к постоянному приему в возрастающих количествах ряда лекарственных и других веществ, отнесенных в установленном порядке к наркотическим, вследствие стойкой психической и физической зависимости от них. Различают наркоманию гашишную, кокаиновую, комбинированную (полинаркоманию), опииную и др.

**Невроз** (от лат. *neurosis*) — обратимое расстройство психической деятельности, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов.

**Патология** (от греч. *pathos* — страдание + *logos* учение) — наука о закономерностях возникновения и развития болезней; употребляется также в смысле: любое отклонение от нормы. **Патологический** — болезненный, отклоняющийся от нормы.

*Психоз* (от греч. *psyche* — душа) — расстройство психики, проявляющееся неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, возникновением галлюцинаций, бреда.

*Психопатизация* — болезненное изменение склада личности в виде психической дисгармонии.

*Релаксация* (от лат. *relaxo* — ослаблять, смягчать) — здесь: снятие психического напряжения. *Релаксант* — средство, способствующее снятию психического напряжения.

*Синдром* (от греч. *syndromē*) — совокупность признаков или симптомов болезни. *Слабоумие апатическое* (от греч. *apathia* — бесчувственность) — слабоумие с преобладанием полной бездеятельности больного и обеднением его эмоций.

*Соматический* (от греч. *soma* — тело) — телесный, физический.

*Стресс* (от англ. *stress* — напряжение) — состояние напряжения систем организма, возникающее у человека при действии чрезвычайных или патологических раздражителей.

*Тимус* (от лат. *thymus*) — вилочковая железа. Т-лимфоциты — лимфоциты, образующиеся в тимусе, в отличие от В-лимфоцитов, возникающих в костном мозге. Функции обеих групп лимфоцитов различны.

*Толерантность* (от лат. *tolerantia* — способность переносить, терпеливость) — способность организма переносить воздействие лекарственного вещества или яда без развития соответствующего эффекта.

*Функция* (от лат. *functio* — деятельность) — деятельность клетки, органа или системы органов, проявляющаяся как процесс или совокупность процессов. Функциональные нарушения — нарушения согласованности физиологических, биохимических и других процессов без повреждения ткани или органа.

*Эйфория* (от лат. *euphoria*) — повышенное благодушное настроение, сочетающееся с беспечностью и недостаточной критической оценкой состояния.

Предисловие	3
Введение	4
Глава 1. Современное состояние проблемы алкоголизма	6
Распространение потребления алкогольных напитков в разных странах	6
Социальные и психологические причины употребления алкоголя	9
Глава 2. Влияние алкоголя на организм взрослого человека	12
Формы употребления алкоголя	12
Механизм действия алкоголя на организм	13
Развитие алкогольной болезни	17
Глава 3. Влияние изменений личности алкоголика на здоровье семьи	21
Здоровье взрослых членов семьи	21
Здоровье детей	25
Глава 4. Влияние алкоголя на детский организм	28
Этапы развития человека	29
Течение беременности при алкоголизме женщины	33
Алкогольный синдром плода	37
Глава 5. Развитие детей, родившихся с алкогольным синдромом плода	43
Характеристика психических отклонений у детей	43
Возможные пути коррекции	47
Этапы постнатального развития человека	50
Глава 6. Злоупотребление спиртными напитками детьми и подростками	54
Предпосылки раннего алкоголизма	54
Ранний алкоголизм подростков	54
Случайные отравления детей алкоголем	60
Глава 7. Влияние курения и совместного употребления алкоголя, наркотических и токсических средств на потомство	83
Глава 8. Профилактическая и воспитательная работа в борьбе с пьянством и алкоголизмом	90
Заключение	106
Рекомендуемая литература	107
Терминологический словарь	108

*Библиотечная книга*

**Вячеслав Александрович Таболин,  
Людмила Анатольевна Жданова,  
Ирина Николаевна Пятницкая,  
Геннадий Алексеевич Урывчиков**

**ЛЕКЦИИ О ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛЯ  
НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

**АЛКОГОЛЬ И ПОТОМСТВО**

Заведующий редакцией *А. Г. Гаврилов*  
Научный редактор *С. Г. Мамонтов*  
Редактор *А. С. Орлова*  
Мл. редактор *Е. В. Бурова*  
Художественный редактор *Т. А. Коленкова*  
Технический редактор *Ю. А. Хорева*  
Программист *А. В. Болотников*  
Корректор *Е. К. Штурм*

ИБ № 6669

Изд. № Е-560. Сдано в набор 01.09.87. Подп. в печать 19.10.87. Т-20919. Формат 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бум. офс. № 2. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Объем 7 усл. печ. л. 7,25 усл. кр.-отт. 7,76 уч.-изд. л. Тираж 100 000 экз. Зак. №1195 Цена 40 коп.  
Издательство «Высшая школа», 101430, Москва, ГСП-4, Неглинная ул., д. 29/14.  
Текстовые диапозитивы подготовлены на фотонаборном оборудовании издательства при помощи ЭВМ. Отпечатано в Ярославском полиграфкомбинате Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.

**Таболин В. А. и др.**

Т 12 Лекции о влиянии алкоголя на организм человека. Алкоголь и потомство/ В. А. Таболин, С. А. Жданова, И. Н. Пятницкая, Г. А. Урывчиков.— М.: Высш. шк., 1988.— 110 с.: ил.— (Библ. серия).

Пособие знакомит с современными представлениями о пагубном влиянии алкоголя на здоровье родителей и их потомства. В книге приведены данные о влиянии алкоголя на детей и подростков, о влиянии личности алкоголика на здоровье семьи, о развитии детей, родившихся с алкогольным синдромом, о влиянии употребляемых совместно алкоголя, наркотических и токсических средств на потомство. Даны рекомендации по ведению антиалкогольной работы.

Для студентов и преподавателей вузов. Книга может быть использована широким кругом читателей.