**ЕВГЕНИЙ БРЮН. АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**



*[Лекции о здоровом образе жизни](http://www.takzdorovo.ru/author/lektsii-o-zdorovom-obraze-zhizni) - 26 января 2011 года, 08:22*

Рассказывает [Евгений Брюн](http://www.takzdorovo.ru/author/evgenij-alekseevich-brun/), директор Московского научно-практического центра наркологии, заместитель главного психиатра Департамента здравоохранения города Москвы по наркологии.

В России **больны алкоголизмом около 2 процентов** населения. Зарегистрировано 550 тысяч больных наркоманией. Таковы опорные цифры.

Это зарегистрированные больные – те, кто к нам приходят лечиться. Кто-то хуже, кто-то лучше, но они у нас наблюдаются и проходят курс лечения. Я позже буду говорить, что этот курс на сегодня недостаточно полноценный, но, тем не менее, о них мы знаем.

Есть поправочные коэффициенты. Для больных наркоманией поправочный коэффициент – 2,5. То есть, **порядка 1 процента населения больны наркоманией** в России. Что касается больных алкоголизмом с психопатологическими расстройствами – я хочу это подчеркнуть – их 2 процента.

*Антиалкогольная горячая линия*

Получить информацию по любым вопросам, связанным с употреблением алкоголя, можно, позвонив в телефонную справочную службу «Здоровая Россия». Горячая линия работает по номеру 8-800-200-0-200. Звонки на нее бесплатны из всех регионов России.

И так в любой стране, где свободно продают алкоголь, независимо от политической ситуации и экономического строя. Когда мы говорим о заболевании, оно имеет определенный процент. Для **больных шизофренией – 1,5 процента**, для алкоголизма – 2 процента (при свободной продаже алкоголя).

Но есть и скрытые формы алкоголизма. Были последние исследования в Чите, но они репрезентативны, и их можно распространить на всю страну (по нашим данным, и по Москве похожая цифра): **10 процентов** проходящих лечение в общесоматических больницах – это больные, имеющие последствия злоупотреблением алкоголя или наркотиками на соматическом уровне. У них психопатологические расстройства еще не так выражены, но соматические расстройства выходят на первый план и определяют картину заболевания.

И мы можем сказать, что примерно 12 процентов населения имеют злоупотребления наркотиками и алкоголем с последствиями для соматической и психической сфер. Это **колоссальная цифра**. К ней надо добавить еще 20–25 процентов лиц, которые регулярно злоупотребляют алкоголем.

Вот таковы масштабы. И когда мы говорим, что средняя продолжительность жизни мужчин в России – **59–60 лет**, то такое снижение продолжительности происходит за счет этой группы населения. Те, кто дожил до 60 лет – я, например, — скорее всего, доживут до 80. А те, кто злоупотребляет алкоголем, табаком, наркотиками, как правило, умирают в молодом возрасте.

Важно сказать, что статистика по алкогольным смертям – очень хитрая. Патологоанатомам важна причина смерти и окончательный диагноз. Но они не говорят, что явилось причиной этой смерти. А очень многие скоропостижные смерти, особенно от сердечно-сосудистых заболеваний, связаны с употреблением алкоголя.

Это серьезная тема, но мы пока не знаем даже как методологически к этому подойти, и как провести мониторинг этих смертей.

*Наркологические диспансеры*

Ближайший наркодиспансер, в котором помогут избавиться от зависимости, можно найти в нашей [базе данных](http://www.takzdorovo.ru/db/narkodispansery/).

Мы знаем совершенно точно, что после введения в 1985 году «полусухого» закона **в течение трех лет резко снизились смерти** от острых сердечно-сосудистых заболеваний. Это косвенно говорит, что алкоголь приводит к ранним смертям. Больные в 87–88 году стали умирать от другого, поскольку та реформа была не очень продумана.

Я попутно скажу, чтобы к этому дальше не возвращаться… Любая профилактика наркологических заболеваний и злоупотреблений складывается из двух направлений: снижение рынка и снижение спроса.

В 85-м году пытались снизить рынок и довели его до минимальных цифр, но совершенно не занимались снижением спроса и не обучали население правильному употреблению алкоголя. Тогда было такое ругательное слово «культурпитейщики».

Великий Бабаян – который занимался этой темой, один из родоначальников наркологии как отрасли здравоохранения – пострадал от этого. Он как раз говорил, что необходимо обучать население правильному употреблению алкоголя. И действительно, мы же выпускаем стиральные машины, микроволновые печи, к которым есть инструкции, что и как делать: кошек туда не совать, цветы не сушить. А в отношении алкоголя кроме мифических фраз ничего нет.

Но мы должны быть реалистами: люди нашего поколения и тех поколений, которые живут сейчас, будут употреблять алкоголь. И единственная фраза, которая говорит о том, как надо употреблять алкоголь – это фраза Филиппа Филипповича, который говорит, как надо употреблять алкоголь, чем закусывать, и о чем думать. Как бы это иронично не звучало, — это очень серьезная тема. Больше я про нее говорить не буду.

Вы видите на слайде, что из года в год у нас (это по Москве данные, по России они схожи) **неуклонный рост отравлений** по всем параметрам: и от наркотиков, и от алкоголя, и его суррогатов, и от психотропных средств. И по итогам этого года мы ожидаем еще прирост.

На следующем слайде – **смерти от передозировки наркотиков**. 150 смертей в 2003 году. И мы практически успокоились. С 2000 года темпы прироста наркомании сошли на нет, ситуация стабилизировалась. В 2003 году Госдума приняла закон и отменила принудительное лечение больных наркоманией.

В мае 2004 года вышло постановление Правительства РФ, которое подняло планку уголовной ответственности за ношение наркотиков до 1 грамма героина. Для начинающего наркомана – это 10 доз. Для серьезного наркомана — это 2–5 доз. И однократная доза для дефектного больного наркоманией. Эти два решения привели к тому, что резко стала возрастать смертность от передозировки.

Но это – вершина айсберга. А мы говорили о том, что смертность связана не только напрямую, но и с косвенными последствиями употребления наркотиков. 2009 год – уже 825 смертей. Около 900 мы ожидаем за этот год.

На следующем слайде – структура госпитализации по заболеваемости. В 2002 году ситуация стабилизировалась на короткое время. А в 2009 году вот такая структура: наркоманов 36 процентов. В этом году наркоманов будет 37 процентов.

То есть, наши стационары утяжеляются за счет числа больных наркоманией. Но мы этому рады. Ведь наркомания – это темная и подпольная история. И наркоманы не очень любят с нами сотрудничать. Но если они идут к нам, значит, они нам доверяют. В этом смысле это хороший показатель.

А теперь мы начнем самое сложное и самое главное в сегодняшней лекции. **Что такое наркологическое заболевание**? Вы часто слышите, что это био-психо-социо-духовное заболевание. И не совсем понятно, что это такое?

Как это в обывательском представлении звучит? Это – грех! Это – преступление! Наших больных алкоголизмом и наркоманией не любят, боятся и ненавидят. И это определяет отношение общества к этим больным. И не хотят принимать во внимание, что **это — заболевание**, что оно входит в международную классификацию болезней в раздел психиатрии, и что оно имеет свои внутренние закономерности становления, формирования и реализации.

На сегодняшний день мы полагаем, что наркологическое заболевание реализуется с накоплением факторов риска. Прежде всего, это генетические факторы риска. На сегодня выделяют примерно 7 генов, которые повышают риск зависимого поведения. Я про 7 не знаю, а вот **2 совершенно точно работают**, это доказанный факт.

Прежде всего, это высокий уровень дофамина, который генетически предопределен. Что такое высокий уровень дофамина? Это постоянный поиск новизны, постоянная неудовлетворенность спокойным состоянием, постоянный поиск рискованных ситуаций.

Второй фактор – низкий уровень серотонина, который ответственен за глубину депрессии в стрессовых ситуациях. Вот представьте себе такого человека, у которого высокий дофамин и низкий серотонин. Он постоянно влипает в какие-то рискованные ситуации, при этом он хрупкий, он ломается быстро, он не держит удар и впадает в депрессию.

Депрессии у них очень разные, тревожные, мучительные. И они начинают искать. А даже искать-то не надо. В шаговой доступности продается алкоголь. На каждом рынке можно купить наркотик. Можно влезть в Интернет, и тебе все привезут. В этих ситуациях эти люди ищут вещества для стабилизации. Мы еще вернемся к тому, как им это предлагается. И, имея эти факторы риска, приобретают зависимое поведение.

Я много лет работаю с этими людьми, учусь у больных. Получается так, что они рождаются с неким дефектом. Представьте себе искусственную ситуацию: нет ни наркотиков, ни алкоголя. Кстати, одно такое место на карте можно найти – это гренландские эскимосы, тысяча километров от Северного полюса. Там ничего не растет, и не принимают ничего.

Когда-то американцы там построили авиабазу и стали давать им конфеты и сахар, и они стали болеть кариесом. Американцы закрыли авиабазу, чтобы не уничтожить этот народ.

Представьте, что ничего нет. Чем будут болеть эти люди? У них будут расстройства поведения. Но при определенной системе воспитания, при одних и тех же генетических факторах риска может вырасти асоциальный человек или гиперсоциальный человек. Если гиперсоциальный человек с такими факторами вырастает, то он становится немножко фанатиком: если он трезвенник, то – насмерть трезвенник. И всех замочит за свою идеологию.

**Второй фактор риска** – врожденный. Это серьезная тема. Если с генетическими факторами риска мы не можем ничего сделать: тут человека надо корректировать, адаптировать к его же особенностям личности. Это другая система воспитания, другая система деятельности в обществе. То врожденные факторы риска доступны для коррекции извне. Это факторы, связанные с беременностью и родами.

Если женщина во время беременности употребляет алкоголь, наркотики, табак, то все эти вещества проходят через плацентарный барьер и таким образом действуют на мозг плода, меняя его биохимию, закладывая будущие риски по зависимому поведению. У таких детей повышается наклонность к депрессиям, к аномалиям в поведении.

Есть такое понятие в психиатрии «асинхрония психического развития»: разные сферы психики развиваются не одновременно. И часто, наверное, вы замечали, как родители умиляются: мой ребенок начал в год говорить, в два читать, в три он играет на пианино. Такая акселерация. А при этом аффективная, эмоциональная сфера не развивается. Дискордантность психического развития – очень мощный фактор зависимого поведения.

**Роды**. Совершенно потрясающее явление, которое закладывает очень много рисков. К сожалению, акушеры, родив нам детей, не говорят нам, что там происходило. И многие матери не помнят об этом.

Примерно с 60-х годов активно стали использовать регулируемые роды, стимуляцию родовой деятельности. Женщину на ночь усыпляли, потому что была идея о том, что женщина ночью должна спать, а днем ее начинали стимулировать. А чем стимулировали? Ну, касторка, ладно. А в последние годы стали стимулировать окситоцином.

Когда я учился в школе, нам говорили, что первородящая женщина должна рожать за 24 часа. Сейчас норма – 14–15 часов. А при стимуляции родовой деятельности роды могут течь 4-5-6 часов. Происходит микротравматизация мозга, мать об этом не знает, она не знает дальнейших рисков.

Микротравматизацией мозга (иногда ее называют минимальной мозговой дисфункцией) надо заниматься вовремя. Ребенок родился, невропатолог его посмотрел – конечности в гипертонусе. И он назначат массаж, массаж, еще раз массаж.

Но на факторы риска можно влиять, и понятно, что под это нужны специальные программы. Мы сейчас пытаемся как раз их сформировать.

**Третий фактор риска** – мать и дитя – совершенно магическое явление. В каком состоянии мать, в таком состоянии и дитя. И наоборот. Симметричная ситуация. Если мать демонстрирует какие-то уклоняющиеся от среднестатистической нормы (у нас нет в психиатрии нормы; и вообще нет понятия «психического здоровья») аффективные реакции, или, наоборот, очень холодна; или гиперопека, растворенность в ребенке, то…

Я немножко отклонюсь – важный момент. В 30-х годах Конрад Лоренц придумал науку этологию — поведение животных. И в ней они описал такое явление, как импринтинг – первичное научение. Классический эксперимент, когда гусенок вылуплялся из яйца, а вместо гусыни предъявлялась механическая машинка или сам Конрад Лоренц. Этот гусенок на всю жизнь считал его или машинку своей матерью.

Сам Конрад Лоренц учил гусят плавать, ползал с ними по камышам… Так вот – у человека все то же самое. А мы иногда про импринтинг – первичное научение – забываем. Про то, что демонстрирует мать в течение первых двух лет: реакции психические, эмоциональные, интеллектуальные даже.

**У меня трое детей**. Я с ними провел специальный эксперимент. Я им читал сложные тексты, правда, ритмические, типа «Калевалы». Они смысла не слышали, но они слышали эту серьезную интонацию. И они все понимали.

Недавно смотрел по телевизору совершенно потрясающий французский фильм – как плод развивается. Так он слышит голос только матери, не слыша голоса отца и окружающих. А голос матери он слышит вибрационно, слышит ее интонации, ее аффекты. Что она говорит, то будет слышать ребенок. И в утробе, и в первые годы, когда закладывается основа личности человека.

Раньше Фрейд и Толстой (у которого было много детей) считали, что структура личности формируется до пяти лет. Сейчас снизили эту планку до двух лет. Если мать не воспитывает своего ребенка до двух лет, то это не ее ребенок. И нечего удивляться потом, что эти дети потом совершенно другие, неожиданно другие.

**Четвертый фактор риска** – гиперкинетический синдром. Здесь понятно, о чем идет речь. Эти дети неусидчивые, их ни на чем нельзя сосредоточить, ни к чему нельзя привлечь. Они все время в хаотическом движении. Очень часто это связано с повышением внутричерепного давления. И мы иногда ретроспективно, иногда на разных этапах онтогенеза индивидуальной истории жизни обнаруживаем вот эту гипертензию.

Что такое гипертензия? Внутричерепная гипертензия клинически проявляется астенией, аффективной неустойчивостью, какими-то депрессивными расстройствами. Их активность – компенсаторная, не настоящая. Это говорит не о высокой, но о низкой энергетике. Гипертензия достаточно хорошо компенсируется. Но наши родители не знают часто об этом. И мы должны об этом тоже рассказывать в специальных программах по коррекции факторов рисков.

**Пятый** я пропускаю, поскольку он понятный. Единственно, я добавлю очень важный момент. Вы помните все Бенджамина Спока. В 40-х годах он издал свою знаменитую книгу «Как воспитать ребенка», и весь мир стал этим увлекаться.

В конце 60-х-начале 70-х Спок пришел в Россию, и в России стали этим увлекаться. Попки зацеловывали, вседозволенность, абсолютная свобода. Эти дети выросли совершенно другими. Вы помните, чем кончил Спок? Он умер в доме-интернате, одинокий, нищий, брошенный своими двумя взрослыми сыновьями.

Мы ретроспективно восстанавливаем историю жизни наших больных, и видим, что они, как правило, воспитываются по этой системе вседозволенности, вседоступности. Они на любое свое требование получают: «Да». Так родителям удобнее. Или у них такая философия воспитания.

И когда они вырастают, то окружающий мир – не такой «споковский» — он начинает человеку предъявлять счета, что-то с него требует, говорит «нет». И человек ломается. Иногда ломается сильно, потому что эти люди не адаптированы в этом жестком, а иногда жестоком мире.

**Детство – это период, когда все тренируется**: на «да» и «нет», на наказание и поощрение. Человек не может воспитываться в одном аффекте счастья, в приподнятом, как мы говорим – маниакальном состоянии. Он должен воспитываться и в депрессии, и в грусти, и в несчастьях. Должна быть гармония, должен быть баланс. Когда этот баланс нарушается в ту или другую сторону, факторы риска по отклоняющемуся поведению, по зависимому поведению резко возрастают.

В физическом плане мы собой представляем то, что едим и пьем. А в душевном и духовном смысле мы из себя представляем то, в какой информационной среде мы живем.

Вот **стандартная ситуация поведения** детей и родителей в доме. Воскресенье, пять часов утра – дети обычно встают рано. Они подходят к своим родителям, глазки им открывают, говорят: «пойдем гулять», или «я хочу соку» или еще что-нибудь. Они хотят общения, но они не знают, как сказать: «Поговори со мной». Это взрослый так может, а дети придумывают какую-то причину.

Родители ставят им какой-нибудь мультфильм-экшн, а сами продолжают спать. Это может быть экшн типа «Том и Джерри» — прекрасный фильм, прекрасная пародия на человеческие взаимоотношения – но для взрослых. Мы вспоминаем импринтинг. Дети научаются через мультфильм, это клише поведения.

А что там? А там нет речи. Там есть аффекты, междометия (междометийное общение), и там есть агрессия. Так вот, такими они и вырастут. Особенно если это еще совпадет с гиперактивностью, с дефицитом внимания, то они такими и будут. У них тонкие дифференцированные эмоции не разовьются никогда. Потому что для каждого возраста есть определенная норма усвоения качеств.

В психологии это называется «зоной ближайшего развития». Если человек не заговорил до пяти лет, он уже никогда не заговорит. У нас есть синдром Маугли — при социальной запущенности, при факторах риска, когда у них речь не развивается, но стимулируется развитие избыточных агрессивных или истерических эмоций.

Поэтому та информационная среда, в которой человек воспитывается – это очень важный момент. Это тоже корректируемо, но это нужны серьезные программы. Я лет 12 последних пытаюсь добиться рубрики, когда бы можно было спокойно разбирать каждый фактор в отдельности и учить родителей: что делать, как делать, в каком порядке, какие риски.

**Следующий фактор** – пубертантный кризис. Подростки – это как весенняя погода: то дождь, то солнце, то порыв снега. Они все время трепещут, они все время меняются, они все время другие. Им трудно не только к внешнему миру адаптироваться, к самим себе им трудно адаптироваться. Они по определению всегда тревожны и всегда немножко депрессивны. Кроме, может быть, большей части девочек, которые более стабильны. А мальчики примерно такие.

Все мы через это проходили, и знаем, что с нами происходило с 13 до 16 лет и, может быть, чуть позже. Это первые влюбленности, первые состояния дружбы. Эти серьезные понятия дружбы и любви детству не очень присущи, они присущи подростковому периоду.

Еще такой **период в подростковом возрасте**, когда они ищут и находят референтную группу. И если в эту группу случайно попадают наркотики или алкоголь – это фатально для всей группы. Потому что независимо от того, какое место подросток в группе занимает, он зависим от группы, он не может себя вести по-другому.

Иногда мы рассматриваем судьбу подростка и не можем сказать, что это за личность. Иногда личность подростка проявляется только в группе. В одиночестве он никто – пустота. Или тревожное мечущееся несчастное существо.

И вот – десятый пункт – **приобщение к наркотической субкультуре**. Это страшная штука. Все факторы риска могут не сработать как факторы зависимого поведения, если кто-то не научит подростка потреблять алкоголь, пиво, сигареты. Существуют алкогольная, наркотическая, в последние 10–15 лет – пивная – субкультуры.

Тут я должен остановиться и рассказать, откуда эти субкультуры пошли. У нас, как последствие второй мировой войны, началась алкоголизация населения. Представляете себе: миллионы фронтовиков, потом миллионы репрессированных – так шла линия алкоголизации.

На Западе в 60-х годах начались молодежные протестные движения демократического толка, которые ратовали против буржуазных ценностей. Но очень быстро они выродились в маргинальные молодежные музыкальные субкультуры. После того, как некоторые представители ее начали расширять свое сознание наркотиками, эта мода была вброшена в молодежно-подростковую среду. А когда бизнес понял, что продуктами этой маргинальности (одеждой, стилем жизни, философией) можно торговать, то с этого момента началась эпидемия наркомании на Западе, а потом она пришла и в Россию.

Это серьезная смысловая точка зависимого поведения. Человек не выбирает наркотики, или алкоголь, или пиво. Он**выбирает определенный стиль жизни**, определенный стиль музыки. Вот, растаманы, пацифисты: мы за мир, мы за любовь, мы против войны. Но при этом курим коноплю, слушаем определенную музыку. Или поклонники «Нирваны» (Курт Кобейн погиб, но тем не менее): выбирается определенная музыка, определенный стиль жизни, и это резко повышает факторы по приобщению к наркотикам.

У нас **пик наркотизации** – это второй курс института. 19 лет. На первом курсе они еще боятся, они еще привязаны к дому. Ко второму курсу контроль ослабевает, и они начинают приобщаться к этой молодежной субкультуре активно. У нас по вузам от 15 до 30 процентов потребителей наркотиков. Чем элитнее вуз, чем престижнее – тем больше процент. От 10–15 процентов в Баумановском, до 30 процентов в Плехановском.

**Важный момент** – вторичная профилактика. Сейчас основное острие во всем мире – это раннее выявление и вмешательство. Американцы в последние три года объявили о снижении спроса на наркотики среди несовершеннолетних благодаря раннему выявлению и вмешательству. Здесь – никакой свободы, никакого Спока. И официальные лица, что республиканцы, что демократы, говорят, что «мы должны принудить потребителя наркотиков отказаться от наркотиков».

Мы в одном из престижных вузов провели такое обследование: всех проверили, обнаружили 15 процентов потребителей. С каждым я отдельно поговорил и задал один вопрос: «Зачем?» И смотрел внимательно в глаза. Через год мы снова всех проверили – и было только 2 процента потребителей.

Минздравсоцразвития России в апреле 2010 года издал приказ об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению. Там прописана первичная, вторичная, третичная профилактика. То, о чем я говорил сначала.

Третичная профилактика имеет определенную технологию. Мы ее сами разработали, утвердили с 2003 года, Москва работает по этой технологии. Есть определенные этапы, которые больной обязательно должен пройти. Невозможно заняться реабилитацией больного, если не провести предварительное лечение на физическом уровне, на психическом уровне, на психологическом-коррекционном уровне.

Сейчас вот этот шум по поводу Нижнего Тагила и Егора Бычкова… Он пытался репрессивными методами заниматься реабилитацией. Это – несерьезно. Это ненаучно и противозаконно. Нет времени, к сожалению, это комментировать.

На сегодняшний день – это стандарт, которого мы придерживаемся в лечении и реабилитации наших больных.

Вот это – демонстрация зависимости ремиссии от того, сколько этапов больной прошел. **Чем больше этапов**человек проходит в своем лечении, тем больше ремиссия. На сегодняшний день потолок пока – 48 процентов. Больше мы пока не можем достигнуть. Но у нас еще есть ресурс. Есть еще очень много аспектов по улучшению мотивации к лечению. Это отдельная тема. Мы, если будет желание, потом как-нибудь на эту тему поговорим.

Вот такие лица. Было у нас пятилетие реабилитационной программы. Собралось 300 человек. Не все поместились в зале. Что очень важно, что части этих ребят, которые имеют длительные сроки собственного выздоровления, мы даем образование и принимаем на работу. И они у нас работают и помогают выздоровлению других людей. Таким образом, мы закольцевали и образовываем лечебную субкультуру. Это залог повышения нашей эффективности в дальнейшем.

Спасибо за внимание!

[*Скачать видео*](http://video.takzdorovo.ru/video-files/37/4e7/55bba7cfcaf78f3ca1dea15acfb/normal/evgenij-brun-profilaktika-narkologicheskih-zabolevanij-strategiya-i-metody.mp4)