

В течение многих десятилетий на кафедре психиатрии преобладало «мелкотемье». По результатам исследований публиковались отдельные статьи (чаще тезисы) в местных сборниках. Направленность и содержание научных работ были изменены, когда в ноябре 1979 года Красноярскому медицинскому институту решением исполкома краевого совета было поручено провести хоздоговорное исследование на тему «Профилактика пьянства и алкоголизма в основных городах Красноярского края». Эффективность новой профилактической программы решено было подтвердить результатами социально-медицинского эксперимента, проведенного на модели региона, причем при ее внедрении должны использоваться возможности и запросы органов исполнительной власти.

Опыт зарубежных авторов [21, 23, 24] показал, что при разработке новых подходов к вторичной профилактике социально-медицинской патологии необходимо систематизировать биологические и социально-психологические факторы риска, способствующие рецидивам и прогрессированию социально значимой (алкоголизм) болезни.

По результатам исследования, проведенного в 1980 году в нескольких городах Красноярского края, было выявлено, что вероятность развития и последующего прогрессирования алкоголизма у аддиктивных личностей увеличивает их членство в алкогольных неформальных группах. Основой формирования и функционирования таких групп является алкогольная анозогнозия, сущность которой составляет идентификация населением житейского выражения «пьянство» с проявлениями исхода алкоголизма, а также оценка в качестве «антипьянства» (показателя престижности) высокой толерантности к этанолу; значимой также является малая опосредованность алкогольного поведения в неформальных алкогольных группах.

Наркологической неграмотности населения способствовала проводимая традиционными методами антиалкогольная пропаганда. Лекторами, как правило, приводились описания проявлений исхода алкоголизма (запой, похмелье, поражение внутренних органов, социальная дезадаптация), вследствие чего хорошую переносимость этанола население расценивало показателем здоровья, престижности. Информация в лекциях излагалась со стереотипным использованием определенных положений («алкоголизм - враг здоровья», «пьянству - бой»), однако известно, что при частых повторениях одних и тех же

утверждений их первоначальный смысл теряется. Занятия (беседы, лекции) проводились преимущественно с населением старших возрастных групп (вероятность формирования и злокачественного течения алкоголизма после 30-35 лет относительно), достичь же коррекции ошибочного суждения за 15-40 минут практически невозможно. Тем более что при планировании и проведении антиалкогольной пропаганды не учитывалась «групповая защита», типичная для неформальных групп (в большинстве аудиторий слушатели играют роли «компанейских парней», информацию наркологического характера не воспринимают). Кроме того, в большинстве аудиторий фактически отсутствовала «обратная связь», что снижало уровень усвоения информации.

Было также выявлено, что уменьшению опосредованное™ алкогольного поведения в неформальных группах способствует гипердиагностика врачами амбулаторной общемедицинской службы соматических заболеваний в период наличия у лиц с зависимостью от этанола только состояния отмены, а также фактическое отсутствие профилактической работы в неформальных алкогольных группах по месту жительства.

Согласно принятым на краевом уровне документам, с 1982 года началось внедрение новой наркологически ориентированной программы. Соответствующие приемы и методы были внедрены и использованы в городах Дивногорске, Абакане, Черногорске, Саяногорске.

С момента внедрения новых форм работы вместо традиционной антиалкогольной пропаганды были применены приемы, позволяющие провести целенаправленную коррекцию наркологической неграмотности населения. Цель обучения - сформировать у населения понимание, что повышенная толерантность к алкоголю является не показателем здоровья, а признаком сформировавшегося алкоголизма. Лекции были прочитаны в начале года «залпом» (за две недели) специально подготовленными врачами всем жителям городов возраста 13-18 лет через специально выделенные уроки в учебных заведениях; населению старших возрастных групп - на родительских собраниях в школах (в школе родители находятся в неформальной группе «отцов-воспитателей», а не «компанейских парней»). Через 4 месяца было проведено «подкрепление» сформировавшегося мнения путем публикации соответствующих материалов в местной печати, через 9 месяцев - рассылкой по почте каждому жителю специальной памятки.

Одновременно был изменен стереотип работы общемедицинской и наркологической служб, направленный на повышение выявления наркологических больных путем осмотра наркологом в поликлинике тех пациентов, у которых участковые терапевты заподозрили состояние отмены или опьянения. Это было дополнено специальными приемами «санации» мест квартирного пьянства, которая обеспечивалась сотрудниками амбулаторной наркологической службы и отделов профилактики УВД.

Трудностей при внедрении и длительном использовании программы не возникло, поскольку при этом не возросла фактическая нагрузка на исполнителей, не потребовалось и дополнительного финансирования. Результаты во всех городах получены практически одинаковые, поэтому приводим данные отчетности только г. Дивногорска (табл. 1).

Большинство приведенных в таблице показателей отчетности социальных служб со времени внедрения программы претерпели положительную динамику и стали выгодно отличаться от обобщенных данных по краю. Однако одновременно обнаружились и сложности для работы ряда служб, общественных организаций и руководителей регионов. Программой предусматривалось прекращение проведения обществом «Знание» традиционной антиалкогольной пропаганды - пострадала отчетность и финансовое положение этой организации. Резко возросла выявляемость больных с начальными проявлениями алкоголизма, что осложнило выполнение требований, предусмотренных приказами Министерства здравоохранения, по обязательному минимальному лечению наркологических больных. Уменьшение количества алкогольных психозов увеличило риск возможности сокращения коечного фонда наркологического стационара. Вследствие уменьшения числа помещений в медицинский вытрезвитель появилась угроза сокращения штатов в данном подразделении, в результате сотрудники вытрезвителя «вынуждены» были активизировать свою работу (резко возросло количество лиц, помещавшихся в вытрезвитель в дневное время). Прекращение роста продажи сахара, снижение количества покупаемого алкоголя затруднили выполнение плана продажи продовольственных товаров. Уменьшение количества лиц, совершивших преступления в пьяном виде, могло быть расценено показателем либерализации работы судов. Программа стала «невыгодной» для ряда служб и общественных организаций, да и опасной для населения, что привело к ее постепенному «свертыванию» [6,17].

Однако накопленный опыт теоретических разработок и внедрения в практик) профилактической программы позволил переориентировать проводившиеся нами исследования в этой области на разработку приемов, которые могут использоваться преимущественно медицинскими подразделениями.

В настоящее время в практической медицине является значимой проблема хронических неспецифических («мультифакторных») болезней [8,14]. Факторы риска развития и последующего прогрессирования этих заболеваний активно анализируются, однако предлагаемые рекомендации психогигиенической и профилактической направленности носят больше декларативный характер [13]. В обобщающих работах традиционно указывается на частое сочетание психических отклонений, наркологических и терапевтических болезней; отмечается наличие при таких «микстовых» формах патологии общих патогенетических механизмов [1,18,19, 22].

Накопленный нами опыт позволил решить проблему начать с анализа закономерностей сочетания алкоголизма с болезнями терапевтического профиля. При проведении на начальном этапе исследования клиникопсихопатологического анализа выявлены различия течения алкоголизма в зависимости от вариантов коморбидной висцеральной патологии [8, 13]. При этом остро протекающие терапевтические заболевания (ангина, ОРВИ и др.) у больных с зависимостью от этанола на темп прогрессивной динамики алкоголизма влияния не оказывали, однако наличие быстро прогрессирующего алкоголизма способствовало их затяжному течению.

В то же время присоединение к алкоголизму хронического заболевания с поражением железистых или паренхиматозных органов способствует взаимному утяжелению болезней. При этом терапевтическая патология протекает с частыми рецидивами, выраженными клиническими проявлениями, нарушением функции органа: у 77% больных с хроническим панкреатитом отмечается ферментативная недостаточность поджелудочной железы, в 9,8% случаев развивается нарушение толерантности к глюкозе; для всех пациентов с хроническим пиелонефритом в период обострения характерно наличие систолоди-астолической гипертензии, у 29,6% больных появились признаки хронической почечной недостаточности. В клинике алкоголизма преобладает наличие симптома патологического влечения без борьбы мотивов или неодолимого, резкое снижение как разовой, так и суточной толерантности, постоянное пьянство на фоне низкой толерантности, псевдозапой, существенно нарушается социальная адаптация пациентов.

В случаях развития у лиц с зависимостью от этанола заболеваний терапевтического профиля с преимущественным поражением гладкомышечных органов (бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и др.) клиническая динамика алкоголизма в большей степени зависит от тяжести течения соматической болезни. При развитии тяжелой терапевтической патологии отмечается малопрогрессирующее течение алкоголизма: первичное патологическое влечение к алкоголю с борьбой мотивов, ситуационно обусловленное злоупотребление алкоголем по типу эксцессов «конца недели» и астенический тип изменения личности, преходящее снижение толерантности к алкоголю, отражающее изменение реактивности организма на экзогенный этанол при развитии соматической патологии. В случаях легкого течения коморбидного поражения гладкомышечных структур алкоголизм быстро прогрессирует, приводя к выраженной социальной дезадаптации.

Предиспонирующее влияние на характер коморбидного поражения железистых и паренхиматозных органов при алкоголизме оказывают выраженные отклонения в эндокринологической морфофизиологии, так как у этих больных чаще выявляются отклоняющиеся варианты эндокринологического морфотипа (в 30,6% случаев феминный и бисексуальный, в 26,1% - инфантильный), которые могут быть отнесены к конституционально-биологическим факторам риска прогрессивности таких ассоциированных форм алкоголизма [8].

Выявление социально-психологических особенностей больных алкоголизмом с коморбидным поражением гладкомышечных органов показало, что фактором риска присоединения к алкоголизму терапевтических заболеваний

является не только и не столько инфантилизация мотивационной сферы личности, сколько несовпадение социальной и социально-психологической «ниш» пребывания личности в детстве тем социальной и социально-психологической «нишам», где личность находится после достижения совершеннолетия. Корреляционный анализ социологических параметров собственной и родительской семей испытуемых подтвердил существенный вклад социально-психологических факторов риска в возникновение данного коморбидного висцерального поражения при алкоголизме [8].

Полученные данные подтвердили факт существования «внутреннего родства» между социально-психологическими механизмами становления и последующего развития наркологических заболеваний, невротических отклонений и многих хронических болезней внутренних органов. Для изучения таких зависимостей «малых» теорий и теорий «среднего ранга» (традиционно используемых в медицинских исследованиях) оказалось недостаточно, исследователи все чаще стали ориентироваться на «большие» социальные теории [5,8,13,14]. Нами было обращено внимание на две «большие» социальные теории: фрустрации-агрессии и этологическую.

Суть теории «фрустрации-агрессии» состоит в том, что эмоциональные (преимущественно тревожно-депрессивные) расстройства указывают на факт нахождения личности в хронической фрустрирующей ситуации, а отклонения поведения, алкоголизация, наркотизация, функциональные нарушения во внутренних органах - это различные варианты выхода из фрустрации через механизмы косвенной гетеро- и аутоагрессии [20].

Возможности исследований в этом направлении расширились после 1973 года, когда аниматологам (специалистам в области поведения животных) Н. Тинбергену, К. Фришу и К. Лоренцу была присуждена Нобелевская премия за открытия, значимые для медицины. Наиболее важным здесь оказалось предположение N. Tinbergen [25] о том, что развитие неспецифических структурных изменений в органах, состоящих из гладкой мускулатуры и обеспечиваемых вегетативной иннервацией, также является вариантом выхода из фрустрации через механизм косвенной аутоагрессии.

В наших исследованиях [8] было показано, что именно у больных с поражением гладкомышечных органов (эссенциальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и др.) имеет место четкое несовпадение социальных «ниш» периода детства и совершеннолетия. Это подтверждает предположение N. Tinbergen о том, что развитие неспецифических структурных изменений в органах, состоящих из гладкой мускулатуры и обеспечиваемых вегетативной иннервацией, также является вариантом выхода из фрустрации через механизм косвенной аутоагрессии.

Выявленная зависимость между разными звеньями социально-психологических механизмов патогенеза позволила по-иному объяснить отмечавшуюся с начала шестидесятых годов в США и других социально благополучных странах тенденцию к «беспричинному» прекращению роста заболеваемости онкологическими заболеваниями и одновременному «беспричинному» росту преступности, никотинизма, алкоголизма, наркоманий. Наши сотрудники [8, 12, 14] предложили следующее объяснение: рост числа случаев выхода из фрустрации через механизм косвенной гетероагрессии (преступность) и относительно легких вариантов косвенной аутоагрессии (никотинизм, алкоголизм) уменьшает вероятность выхода из фрустрации через грубые варианты косвенной аутоагрессии (онкологические заболевания). Это обосновало возможность разработки конвейерных технологий для немедикаментозного лечения хронических (в том числе и «микстовых») форм патологии.

Все изложенное выше позволяет считать, что при хронических невротических расстройствах, наркологических заболеваниях, болезнях терапевтического профиля (с преимущественным поражением гладкомышечных органов) имеется сходство биологических и социально-психологических механизмов патогенеза, родство факторов риска развития и прогрессирования заболеваний. В лечебной практике используется достаточное количество отдельных методов и техник, при помощи которых можно воздействовать на отдельные звенья патогенеза этих заболеваний.

При разработке лечебной технологии мы исходили из положения о том, что при структурных изменениях в пораженном органе повышена вероятность спазма гладкой мускулатуры сосудов [15]. Кроме того, этот спазм могут спровоцировать рефлекторные влияния со стороны других (пораженных) органов и систем [9], с «клинически немых» структурных изменений в сосудах конечностей [15], с органически дефицитарных «глубинных» структур головного мозга [10]. Вероятность развития и характер течения клинически выявляемых расстройств зависят также и от комплексного «взаимовлияния» между этими очагами деструкции [15].

Поскольку при многих хронических неспецифических болезнях имеют место структурные изменения в большинстве органов и систем, то является обоснованной разработка и использование при таких заболеваниях комплекса единых психотерапевтических приемов, направленных на восстановление скорости кровотока в основных системах организма, что может способствовать уменьшению выраженности патологических изменений в пораженных органах [4, 5].

При разработке конвейерной технологии комплексной немедикаментозной терапии мы ввели понятие «патогенетический диагноз», стержнем которого является наличие сосудистой дистонии в пораженных органах и системах, наблюдающееся при многих хронических неспецифических болезнях. Это позволило вместо понятия «метод терапии» использовать категорию «лечебная про-

грамма», что дало возможность компоновать в логические звенья психотерапевтические и сходные с ними техники, относящиеся к разным методам лечения.

Мы использовали максимально стандартизированную лечебную технологию. При ее обосновании учитывались следующие общепатологические положения [10, 13]. Во-первых, характер функционирования органа зависит от кровотока, скорость которого определяется, в свою очередь, состоянием тонуса сосудов. При нормализации сосудистого тонуса происходит редукция болезненных изменений. Во-вторых, сосудистую дистонию обуславливают как структурная патология в пораженном органе, так и клинически «немые» структурные отклонения в других органах и системах, а также повышенная «чувствительность» к психотравмирующим факторам, заложенная преимущественно дефектами воспитания в период раннего детства.

Включенные в программу лечебные приемы предусматривают опосредованное воздействие на организм в трех направлениях: 1) улучшение состояния тонуса сосудов пораженного органа путем достижения релаксации поперечно-полосатых мышц при помощи миорелаксационных, массажных, мобилизационных и психотерапевтических техник; 2) улучшение состояния тонуса сосудов других структурно дефицитных органов и систем, которое возникает вследствие устойчивой релаксации поперечно-полосатых мышц при использовании аналогичных релаксационных и психотерапевтических приемов, а также массажных и мобилизационных манипуляций на позвоночнике; 3) улучшение состояния тонуса сосудов организма в целом путем суггестивной провокации переживаний, типичных для высшей ступени методики Шульца, способных обеспечить коррекцию эмоциональных нарушений, обусловленных преимущественно психотравмирующими ситуациями и дефектами воспитания в период раннего детства.

Предварительная проверка этой программы была проведена в лечебном подразделении Красноярской краевой организации Российского общества Красного Креста при лечении больных с хроническими заболеваниями внутренних органов, результаты оказались обнадеживающими [4]. В последующем они были неоднократно подтверждены разными авторами, применявшими данную программу для терапии больных с различными нозологическими формами хронической патологии. При лечении хронических (срок болезни более 5 лет) заболеваний терапевтического профиля в 20-30% случаев удавалось полностью отменить лекарственные препараты без последующего рецидива заболевания, в 35-40% - значительно уменьшить количество и дозы лекарств также без обострения болезни; не удавалось достигнуть значимых результатов у 25-30% больных [16]. Аналогичные результаты были получены при лечении болезней внутренних органов у лиц с зависимостью от этанола, диэнцефальных пароксизмов [11], хронического посттравматического мозгового синдрома [2], хронических вербальных галлюцинозов [3], первичной открытоугольной глаукомы [7]. Авторы этих публикаций в течение года проводили динамическое наблюдение и лечение по максимально стандартизированной программе 90-120 больных.

Апробированную лечебную программу можно отнести к конвейерным малозатратным технологиям. Используемые приемы и методы терапии отличаются простотой. Целенаправленное обучение врачей алгоритму работы по программе комплексной немедикаментозной терапии хронических неспецифических заболеваний не требует серьезных затрат, но может решить проблему обеспечения учреждений здравоохранения специалистами-психотерапевтами, способными провести эффективное лечение большого контингента больных.

Целью публикации было желание поделиться опытом практического внедрения результатов основных направлений научных исследований на кафедре психиатрии.

Сравнение в динамике показателей отчетности социальных служб Дивногорска (в числителе) и Красноярского края (в знаменателе) до внедрения профилактической программы (1979-1981 гг.)

и со времени ее использования (1982-1985 гг.)

Учитываемые показатели	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Состояло на учете по поводу алкогольных психозов (на 10 тысяч населения)	6,7 5,4	6,86 5,5	5,7 4,5	3,3 3,7	3,3 3,7	2,07 4,0	2,5 3,5
Выявляемость больных первой стадией алкоголизма (на 10 тысяч населения)		8,0	8,0 3,7	15 4,8	15 4,8	13	15
Количество совершивших преступления в нетрезвом состоянии (на 10 тысяч населения)	40 30	35	28 35	25 31	25	32 38	28 32

Количество несовершеннолетних, совершивших преступления в нетрезвом состоянии (на 10 тысяч населения)	7,4 3,5	6,3 3,2	3,4 3,1	2,0 2,5	2,0 2,5	4,6 3,0	2,9 2,8
Количество помещавшихся в мед. вытрезвитель (на 10 тысяч населения)	342 335	362 502	373 524	301 539	337 541	389 558	454 578
Потребление абсолютного алкоголя (на душ) ¹ населения	10,8	11,4	9,6	9,7	9,7	9,2 10,3	7,7 9,1
Продажа (в тоннах) сахара (на 10 тысяч населения)	210	246	269	262	260	262 250	266 248