

Глава 1.

Актуальные проблемы наркологии

Алкогольная зависимость характеризуется болезненным пристрастием к алкоголю (этиловому спирту). Негативные проявления зависимости выражаются психическими и физическими расстройствами, а также поведенческими нарушениями. Несмотря на прогрессирующие отрицательные последствия человек, попавший в алкогольное рабство, не может прекратить повторяющееся употребление спиртного.

Алкогольная зависимость порождает ряд проблем, которые тесно взаимосвязаны и могут эффективно решаться только в рамках целостного подхода. Принимая в расчет исключительно *психологические* механизмы зависимости, следует изучать особенности личности, склонной к пьянству, а также те изменения, которые возникают в психике человека в результате хронического токсического воздействия алкоголя. Психологические аспекты являются важнейшими для понимания причин и последствий алкоголизма. Однако очевидно, что их нельзя изучать в отрыве от аспектов *медицинских* (ущерб здоровью человека), *социальных* (опасность распространения болезни и угроза для будущего нации) и *правовых* (проблема правонарушений, законодательное регулирование производства и потребления спиртных напитков).

Исследованием всего спектра алкогольных проблем занимается наркология, оформившаяся как самостоятельная отрасль лишь около тридцати лет назад.

Наркология – отрасль медицинской науки, изучающая этиологию, патогенез и проявления алкоголизма, наркоманий, токсикоманий; медицинские, психологические, социальные и правовые аспекты этих проблем; разрабатывающая методы их предупреждения и лечения.

До середины 70-х годов XX века вопросы наркологии разрабатывала психиатрическая служба. Алкогольная зависимость изучалась в одном из разделов курса психиатрии, а помощь больным оказывалась на базе психиатрических отделений, где выделялись наркологические койки. Считалось, что лечить таких больных надо в случаях тяжелых психических последствий – при алкогольном делирии, галлюцинозе, параноиде, судорожном синдроме. Такая позиция соответствовала существовавшей в советском здравоохранении биомедицинской модели, игнорировавшей психосоциальные механизмы заболевания, уделявшей главное внимание

воздействию на биологические механизмы болезни и лечению ее симптомов и осложнений. Практика отечественного здравоохранения показывала неэффективность этой модели – из года в год наблюдался рост алкоголизма и его пагубных последствий. Проблемы наркомании, как массовой и угрожающей основам государства, в те годы не существовало (по причине «железного занавеса» и запрета на хождение иностранных валют), а рост алкоголизма приобретал угрожающий характер. В мировой медицине в этот период внедрялась *биопсихосоциальная модель*, согласно которой необходимо учитывать социальные и психологические аспекты болезни. Стало очевидным, что без формирования отдельной службы весь комплекс проблем, связанных с алкоголизмом, разрабатывать просто невозможно.

В 1975 г. коллегия Минздрава СССР принимает решение о создании самостоятельной наркологической службы. Вводится специализация по наркологии для психиатров, в крупных городах организуется сеть наркодиспансеров и дневных стационаров.

Следующая веха в развитии наркологической службы – постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР по преодолению пьянства и алкоголизма от 7 мая 1985 г. В ходе антиалкогольной компании, начатой в стране под руководством М.С.Горбачева, были предприняты энергичные меры по усовершенствованию наркологической помощи населению. Была расширена наркологическая служба, введена подготовка врачей по специальности врач-нарколог и специализация по наркологии, а также началось обучение наркологии врачей других специальностей на терапевтических, хирургических, стоматологических и фармацевтических кафедрах.

Предпринятые усилия привели к положительным результатам, но ненадолго. В годы распада СССР и последовавших вслед за этим социально-экономических проблем наркологическая ситуация в стране вновь стала ухудшаться. В последнее время в результате ряда организационных мер наблюдается некоторая стабилизация ситуации, однако показатели потребления алкоголя среди населения нашей страны внушают серьезные опасения. Количество чистого алкоголя, употребляемого на душу населения, превышающее 12 литров в год, абсолютно неприемлемо, учитывая, что по стандартам ВОЗ показатель более восьми литров в год приводит в долгосрочной перспективе к деградации и гибели общества.

Большинство специалистов сходятся во мнении, что одной из важнейших причин роста алкоголизма в стране является кризис современной наркологии. Этот кризис системный – охватывает все

стороны: теорию, методологию, практику, этические аспекты этой науки. В итоге наркологическая ситуация в стране признается сложной, а сама наука имеет тенденцию к движению в сторону паранауки и парапрактики (Менделевич В.Д., 2008).

Теоретические проблемы связаны с тем, что алкоголизм стоит несколько особняком в ряду других известных заболеваний. Механизмы заболевания, связанного со злоупотреблением спиртными напитками, а следовательно, и подходы к его изучению, принципиально отличаются от традиционных.

Как известно, алкогольная зависимость и ее пагубные последствия развиваются вследствие употребления этилового спирта (этанола). И если мы имеем дело с веществом, вызывающим какое-либо нарушение (например, аллергия), то цель больного в традиционном понимании – избежать контакта с этим веществом. У алкоголика другая проблема – избежать последствий отмены вещества. Свое самочувствие он может регулировать изменением дозы принимаемого алкоголя. А важнейшей проблемой считает преодоление синдрома отмены (абстинентного синдрома), а также где достать эту жидкость и как избежать конфликтов с окружающим миром по поводу своего пьянства. Иначе говоря, здесь мы наблюдаем совершенно другие механизмы заболевания и совершенно иную мотивацию к решению проблемы у больного.

Алкоголизм считается социально опосредованным заболеванием. Отношение к пьянству в разных странах разное. Культуральная приемлемость, религиозная мораль, законы общества оказывают огромное влияние на состояние данной проблемы. В одних странах пьянство запрещено (например, в арабских), а в других осуждается чрезмерное употребление спиртных напитков. В большинстве стран, где допускается умеренное употребление алкоголя, можно найти исторические периоды, когда действовали «сухие законы» (например, в России с 1914, в США с 1919 по 1933), или вводились серьезные ограничительные меры (СССР, 1985). Алкоголизм по степени социальной опосредованности можно сравнивать разве что с такими инфекциями, как сифилис, СПИД или туберкулез. Однако алкоголизмом никто никого не заражает. Это добровольное заболевание, «добровольное сумасшествие». И квалифицировать это сумасшествие довольно сложно, когда нет четких критериев патологии. Трудно дифференцировать бытовое пьянство, которое является доклиническим этапом зависимости, и алкоголизм как заболевание. Обычно для этих целей используют такие понятия, как злоупотребление и зависимость в двух ее проявлениях – физической и психической.

Злоупотребление – это употребление алкоголя с вредными последствиями для психики и физического здоровья.

Зависимость – состояние, характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые обусловлены потребностью в употреблении алкоголя для того, чтобы снова испытать его действие на психику (психическая зависимость) или для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением употребления вещества (физическая зависимость).

Психическую зависимость иногда рассматривают, по аналогии с физической, как потребность в приеме вещества для избежания нарушений психики или дискомфорта, возникающих при прекращении употребления вещества, но без соматических явлений абстиненции. При таком подходе практически стираются границы между психической и физической зависимостью.

Можно утверждать, что в случае алкогольной зависимости мы имеем дело с наличием индивидуума с развитой мотивацией к употреблению вещества, являющегося причиной болезни. Также мы сталкиваемся с субстанцией, способной в силу своих свойств закреплять мотивацию к поведению по добыче и потреблению этой субстанции. Кроме того, мы имеем дело с социальной средой, которая играет решающую роль в рецидивах заболевания. Ввиду указанных обстоятельств проблема пьянства и алкоголизма колоссально сложная – включает в себя медицинские (лечение), психологические (работа с личностью), социальные, юридические аспекты. И нельзя игнорировать какой-то один из них.

В последние годы идет острая полемика среди специалистов по целому ряду важных практических проблем в работе с больными алкоголизмом.

Первая проблема: **цели лечения**. Традиционно при лечении алкоголиков используется принцип «все или ничего». Специалисты полагают, что успех лечения достигим только в случае полного и безоговорочного отказа пациента от приема спиртных напитков. И это правильно и бесспорно. Больному предлагают пролечиться каким-либо методом, который провозглашают как очень эффективный. Избавление от алкоголизма с применением такого метода гарантируют с высокой вероятностью (до 95-98%!). Любой специалист скажет, что такая вероятность – полная ерунда, а высокий процент эффективности декларируют лишь с целью вселить уверенность пациента в успехе перед проведением психотерапии. То есть, врачи скрывают истинное положение дел и весьма скромные результаты своей работы многократно

завышают? Но справедливо ли это по отношению к пациенту? Не дискредитирует ли это наркологию? Можно ли представить такую возможность «лжи во спасение» в других отраслях медицины? И что в наркологии понимать под выздоровлением? И достижимо ли оно вообще? Какова реальная эффективность лечебно-профилактических мероприятий?

Вопросов очень много, но перво-наперво необходимо попытаться ответить хотя бы на такой: излечим или нет алкоголизм? Крайние ответы на данный вопрос, с нашей точки зрения, недопустимы. Если признать алкоголизм неизлечимым заболеванием, приняв за основу постулат, что «бывших алкоголиков не бывает», то это значит говорить в унисон с больными, чья позиция основана на низведении всех предлагаемых путей преодоления болезни. Ну что тут лечить, если болезнь неизлечима? И наоборот, признавая возможность излечить это заболевание, мы как бы закладываем мину в основание предлагаемой больному модели выздоровления. В случае срыва достигнутой ремиссии больного ждет разочарование, а врача конфуз: что еще можно пообещать больному? Правильнее, и с этической и с технологической точки зрения, обсудить с пациентом вопрос о том, что алкоголизм одновременно и неизлечимое, и излечимое заболевание. Неизлечимое в том смысле, что больной уже никогда не научится контролировать употребление спиртных напитков, как это делал ранее. Невозможно алкоголику научиться выпивать умеренно или постепенно отвыкать от спиртного. И в то же время алкоголизм излечим, если больной переходит в состояние трезвенничества. Никакие ультра-современные методы аппаратурного или биохимического анализа не смогут показать, что этот человек болен, если он не употребляет вещество (этиловый спирт), которое было для него причиной болезни. Непьющий человек здоровее иных здоровых (т.е. так называемых умеренно пьющих), потому что на него всегда можно положиться, он энергичен, всегда работоспособен, надежен как друг и семьянин. В этом и заключается выздоровление – чтобы стать трезвенником надолго, и тогда это «долго» может превратиться в «навсегда». Такая честная постановка вопроса наиболее эффективна. Пациент не будет ломать голову, попадет ли он в 98% исцеленных или в 2% неудачников предлагаемого ему чудо-метода, а реально посмотрит на вещи.

А реальность такова, что среди алкоголиков не более 30% признаются курабельными (излечимыми). Это означает, что в случае грамотного подхода успех лечения возможен лишь только у каждого третьего из всей популяции пьющих. Причем за успех признается длительная ремиссия, не исключаяющая в будущем

возврата болезни. Именно ремиссия, а не выздоровление. А в 70% случаев психологам и медикам просто бесполезно что-либо делать: больные не поддаются никаким уговорам, а принудительное лечение помогает лишь на короткое время.

Возникает вопрос: что делать с этой армией неизлечимо больных? Может быть, использовать в отношении к ним понятие патронаж – медико-социальное сопровождение неизлечимо больного? Патронаж здесь можно применять, как и в других отраслях здравоохранения, по отношению к неизлечимыми заболеваниями, например, онкологическим, когда целью ставится помимо излечения еще и сохранение жизни, ее продление и улучшение ее качества. Или по аналогии с некурабельными наркоманами, когда используется так называемая «заместительная терапия» более слабым наркотиком, чтобы продлить жизнь наркомана и предотвратить криминальные действия с его стороны по добыче наркотика.

Встает также вопрос об изоляции неизлечимых алкоголиков. Ведь вслед за собой больной губит родных и близких, создавая совершенно невыносимую обстановку в семье. Родственники часто согласны на любые меры, чтобы оградить себя от деградировавшего больного. Эффективным способом изоляции являются лечебно-трудовые профилактории (ЛТП). Хотя в названии ЛТП есть слово «лечебный», на самом деле это учреждение социальной изоляции больных и привлечения их к труду. На волне демократических преобразований в нашей стране эти учреждения были закрыты, но в последние годы они у нас открываются. В ЛТП направляют по решению суда, согласие алкоголика при этом, разумеется, не спрашивают. Защитники прав человека полагают, что это недемократично и несет за собой целый хвост правовых проблем (отмечают попытки некоторых людей «свести счеты» с пьющим, оформив его в ЛТП, ограничить в правах, завладеть имуществом и т.п.).

Однако участковые наркологи полагают, что открытие ЛТП – это хорошая мера, которая облегчает работу с теми, кого уже бесполезно лечить.

Вторая важная проблема лечения зависимых от алкоголизма: **разные взгляды на основополагающие принципы лечения, основные из которых – добровольность, полный отказ от приема алкоголя, индивидуальность, комплексность.**

Что касается добровольности при обращении больного за помощью, то есть мнение, что о добровольности в наркологии речи вообще не идет. Если больной просит помощи, то только в состоянии абстинентного синдрома, когда ему плохо, чтобы

избежать страданий. А через несколько дней вместе с улучшением общего состояния желание лечиться улетучивается. Есть даже такая точка зрения, что если помогать больному «гладко» выходить из запоя, то желание избавляться от зависимости никогда и не появится. Так что «пусть помучается», и, может быть, это поможет осознать всю тяжесть страдания и подтолкнуть к изменениям. Те же специалисты, которые считают нереальным соблюдение принципа добровольности в наркологии, ратуют за принудительное лечение алкоголиков, как и больных, не отдающих отчет в совершаемых ими поступках, то есть попросту невменяемых. При такой постановке вопроса наркологический больной ставится на один уровень с психически больным, когда вследствие психотической дезорганизации становится невменяемым и не отдает отчет в совершаемых поступках. Но при алкоголизме психотической дезорганизации нет, за исключением острых алкогольных психозов, поэтому нет и оснований для ограничений в правах.

Важнейший принцип лечения наркозависимых – *полный отказ от употребления психоактивного вещества, вызвавшего зависимость* – также подвергается сомнению. Ведь, как уже говорилось выше, 70% алкоголиков, ни при каких обстоятельствах, не могут соблюдать этот принцип. Что делать с этой армией больных. Не лечить? Не этично! Лечить принудительно? Не демократично!

Индивидуальный подход к лечению больных алкоголизмом на практике почти не соблюдается. У современных наркологов, ориентированных на методы биологической терапии, нет необходимых знаний и устремлений изучать профиль личности пациента и механизмы болезни у конкретного человека. Психологическое направление у нас недостаточно развито и подменяется обычно биомедицинским подходом, который и ранее доминировал в отечественной медицине. Наркологов в народе называют «похметологи», подразумевая, что данные специалисты помогают больным выходить из запоя. Арсенал используемых ими методов: закрытый режим отделения, капельницы и «сонники». Психологи с больными в наркологическом отделении работают мало. В частной медицине индивидуальный подход также часто игнорируют – по коммерческим соображениям. Проще и выгоднее раз или два раза в неделю собрать большой зал и провести сеанс коллективной психотерапии.

Принцип *комплексности лечения* никто не подвергает сомнению, но на деле доминирует «принцип метода и методики». Современный специалист рассуждает примерно так: чем владею,

тем и лечу (Менделевич В.Д., 2008). В современной психотерапии принят системно-эkleктический подход, когда различные методики подбираются и применяются на определенном этапе в целях достижения выздоровления (ремиссии). Овладеть всем огромным арсеналом психотерапии невозможно. Но на разных этапах лечения заболевания просто необходима кооперация врача (работа с симптомами болезни), психолога (работа с личностью зависимого) и социального работника (работа с микросоциальным окружением).

Третья проблема: **этические принципы наркологии.**

Ожесточенные споры по этому поводу ведутся между сторонниками патерналистской модели и приверженцами биоэтики.

*Патернализм (от латинского слова *pater* – отец) – модель, сложившаяся в медицине еще во времена Парацельса, с точки зрения которого врачевание – это организованное осуществление добра (основной принцип – «делай добро»). Врач в системе патернализма – это «родной отец» для больного (ребенка), который сам решает, что для него лучше и несет полную ответственность за судьбу подопечного. Патернализм допускает преднамеренно, для блага больного, вводить его в заблуждение о реальном действии методики или препарата.*

Биоэтика – это современная этическая модель медицины, которая базируется на таких основных принципах, как «не навреди», справедливости, гуманности, праве пациента на выбор лечения или отказ от него. Сторонники биоэтики ратуют за разделение ответственности между врачом и пациентом, осознанное участие больного в лечении и применение техник, развивающих личность.

Патерналистские подходы практиковались в советской медицине, и теперь разумным прогрессивным решением было бы от них отказаться. Но не все так просто и однозначно. Психология населения, выросшего в СССР, в одночасье не изменилась. Наш современный, как его называют «постсоветский человек», еще несет на себе печать «совка» с его иждивенческим мировоззрением и стремлением переложить ответственность за свою жизнь на родителей, начальника, государство. Вся наша жизнь пронизана патернализмом, и с этим необходимо считаться. Инфантильные и безответственные граждане, в решении своих проблем ориентированные на спасителя, составляют значительную часть населения. Такие люди тяготеют к патерналистской модели взаимоотношений взрослого (врача) с ребенком (пациентом), и такая модель для них более эффективна.

В последние годы, после долгого засилья директивных методов советской психиатрии (манипулятивные технологии, принудительное лечение) и периода повального увлечения западными психотерапевтическими техниками в 90-х годах, оптимальным представляется личностный подход в наркологии. Наиболее приемлемая тактика лечения и реабилитации выбирается после изучения личности пациента, особенностей окружающей его микросоциальной среды, мотивов алкоголизации, формы и степени тяжести алкоголизма, его осложнений.

Все методики имеют право на существование, приоритеты определяет практика. Но практика свидетельствует о том, что патерналистские методы у нас пока доминируют. Точные цифры назвать невозможно, но с уверенностью можно сказать, что большинство алкоголиков обращаются за помощью к специалистам, практикующим краткосрочные манипулятивные методики лечения. Конечно, западный опыт необходимо перенимать, но на нашу почву его следует переносить осторожно.

Необходим дифференцированный личностный подход к больным: одним из них подойдут краткосрочные патерналистские, а другим – пролонгированные личностно-реконструктивные методы психологической помощи. Для реализации такого подхода специалисту необходимо иметь полное представление о механизмах заболевания, особенностях зависимой личности, видах, формах и вариантах алкоголизма, стадиях и типах течения, осложнениях и возможных исходах болезни. Этим вопросам уделяется внимание в данном учебном пособии.

Глава 2.

Алкоголизм как болезнь зависимого поведения

Алкоголизм относят к болезням зависимого поведения. **Зависимое поведение, или аддиктивное поведение** (от английского слова Addiction – пагубная привычка, склонность к чему-либо плохому) формируется у человека в результате взаимодействия его с объектами, способными вызывать зависимость. Перечень таких объектов очень большой. В него входят психоактивные вещества (ПАВ), которые способны изменять психическое состояние человека. Общее свойство воздействия всех ПАВ на психику человека состоит в их способности вызывать эйфорию – приятные субъективные переживания приподнятого настроения. Кроме того, все ПАВ при их систематическом применении вызывают болезненное пристрастие, дезадаптацию и разрушение организма. Опасна также способность ПАВ к широкому

распространению среди населения в случае, если не принимать меры противодействия этому злу. Утвержден «Республиканский перечень наркотических и психотропных средств, подлежащих госконтролю», в котором признаны опасными для общества и граждан их употребляющих такие субстанции, как героин, препараты конопли, кокаин, амфетамины и другие наркотики. Алкоголь (этиловый спирт) в этот список не входит по причине того, что в нашей культурной среде данное вещество употребляют традиционно. Употребление алкогольных напитков людьми стало таким же обыденным, как потребление бензина автомобилями. Ведь мы же не можем отменить бензин на том основании, что некоторые подростки вдыхают его пары, или запретить клей и растворители по той же причине? Поэтому медики признают употребление алкоголя, как и курение, вдыхание паров бензина или клея опасным для здоровья, хотя в список наркотиков эти вещества не включены.

Вообще, зависимость – это понятие намного более широкое и размытое, чем просто зависимость от ПАВ. Кроме психоактивных веществ вызывать зависимость могут самые разные предметы и виды деятельности: Интернет, работа, игры, различные культы и др. Это так называемые нехимические зависимости. Все аспекты нашей жизни несут аддиктивный потенциал – работа, отдых, спорт, религия, любовь и многое другое. Мы все от чего-то зависим. Справедливым можно признать мнение о том, что человек, свободный от аддикции (зависимости) — это человек вялый и аморфный. Аддикцию тогда можно считать не признаком патологической слабости, а напротив, проявлением жизненной силы, креативности и высокой поисковой активности, оригинальности (Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г., 2002).

У каждого из нас много привычек. Привычками охвачены, по существу, все стороны поведения современного человека. Есть привычки *полезные*, благодаря которым укрепляется здоровье и повышаются адаптивные возможности человека. Например, бег трусцой. Если человек, увлекающийся бегом, лишен возможности совершить пробежку утром, то весь день может испытывать что-то наподобие «ломки»: вялость, разбитость, пониженное настроение. Есть привычки *нейтральные* – общение с интересными людьми, пищевые предпочтения, просмотр теленовостей. Некоторые люди испытывают «информационный голод», если нет возможности посмотреть последние новости, почитать газету или пообщаться с интересным собеседником. Потребление алкоголя – это разрушительная для психического и физического здоровья, *деструктивная* привычка.

Алкогольная зависимость по мере своего углубления предстает своей негативной стороной. Человек, как говорится, «начинает за здоровье, а кончает за упокой». Удовольствие превращается в страдание и трагедию. Любопытно, что термин «*addictus*» используют в юриспруденции, обозначая им человека, который повязан долгами. Буквально, *аддикт* – это человек, которого приговорили к рабству за долги. Термин метафорически отражает рабскую зависимость от какой-то непреодолимой силы, идущей извне и требующей полного подчинения и добровольного повиновения.

Возникает вопрос: а где та граница, за которой привычка перерастает в болезненную потребность? Когда любитель выпить превращается в раба «зеленого змия»? Здесь специалисты дифференцируют такие понятия, как «увлечение» и «влечение». Увлечение характеризуется осознанностью мотивов и целей, реализуется без ущерба для индивида. Влечение обладает противоположными характеристиками – проявляется импульсивно, после тяжелой борьбы мотивов, не может быть прервано даже при понимании его пагубных последствий.

Сутью алкоголизма, как и других форм зависимого поведения, становится ***изменение иерархии ценностей человека, уход от реальности в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация.*** В иерархии ценностей алкоголь постепенно перемещается на вершину, отодвигая и вытесняя бывшие ранее привычки и побуждения. Нарушаются социальные связи, человек деградирует, теряет семью и работу. Систематическое токсическое воздействие алкоголя на мозг приводит к развитию энцефалопатии и слабоумия.

Таким образом, говоря об алкогольной зависимости, мы имеем в виду деструктивное увлечение, переходящее со временем в патологическое влечение.

Патологическое влечение к алкоголю можно представить как потребность в приеме этого психоактивного вещества, формирующуюся за определенный длительный период его употребления. Причем эта потребность искусственная и деструктивная, а стало быть патологическая. Существуют физиологические потребности, например, в пище, воде или кислороде. Без этих компонентов окружающей среды мы просто не могли бы жить. А вот стремление к употреблению алкоголя – это искусственная патологическая потребность, формирующаяся в результате длительного злоупотребления продуктами, содержащими этиловый спирт.

Как же формируется патологическая потребность в алкоголе? Что делает употребление этой субстанции привлекательным? Какова мотивация (побуждение) к его приему?

Конечно, в том, что человек приобщается к спиртному, большую роль играют традиционные, культуральные факторы. Пьянство представляет собой социально санкционированное поведение, связанное с употреблением вещества, которое находится в свободной продаже и доступно любому взрослому человеку. Однако, при наличии тенденции к некоторому ухудшению наркологической ситуации, можно утверждать, что среди людей существует совершенно разное, порой диаметрально противоположное отношение к спиртному.

В том случае, когда наблюдается формирование пристрастия к алкоголю, личность выявляет признаки измененной мотивационной системы. Имеется нарушение иерархии потребностей, предрасполагающее при прочих равных условиях к болезни. Наблюдается труднообъяснимая установка личности к реализации своей сущности вот именно так, с помощью спиртного. Разумеется, такая установка формируется в обществе, в условиях особой микросоциальной обстановки, способствующей пьянству.

Выделяют пять видов мотивации, которые в период, предшествующий заболеванию (преморбид), могут вызывать потребность употреблять спиртное (Завьялов В.Ю., 1988; Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990):

Атарактическая мотивация. Алкоголь принимается с целью успокоиться, снять тревожность. Атараксией древнегреческий философ Эпикур называл спокойствие мудрого человека. Он считал, что добиться состояния атараксии позволяют занятия философией. Человек, руководствующийся атарактической мотивацией, стремится выпить для того, чтобы смягчить или устранить явления эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения. Такая причина алкоголизации преобладает у людей трусливых, беспокойных, у лиц с невротическими расстройствами, с отклонениями в нервной системе после перенесенных ранее травм головного мозга или нейроинфекций. Человек после приема алкоголя чувствует себя смелее, увереннее с девушкой или в компании. Пьяное состояние является своеобразным «костылем», на который он может опереться, чтобы справиться со своей тревожностью.

Субмиссивная мотивация. Здесь человек руководствуется нежеланием обидеть людей, предлагающих выпить, что отражает выраженную тенденцию к подчинению и зависимости от мнения окружающих. Людей такого склада называют конформистами. У них

заниженная самооценка и завышенная подчиняемость чужому мнению и воле. Подобное может происходить с подростком, который подвергался ранее необоснованно жесткому воспитанию, подавлению воли или унижению. Становясь старше и попадая под влияние коллектива, он попадает в полную зависимость от его лидера и порядков, установленных там. И если это коллектив пьяниц – значит, пьет и спивается вместе с другими.

Гедонистическая мотивация – это стремление повысить настроение, получить «кайф», добиться удовольствия любой ценой. Гедонисты, так называют подобных людей, являются продуктом своеобразного воспитания. Чаще это избалованные дети, которым все разрешалось и родители потворствовали любому желанию. В результате человек вырастает примитивным эгоистом, признающим лишь один, прямой и простой путь получения удовольствия – веселье, отдых, секс, пьянка и т.п. Другой путь, цивилизованный, когда человек радуется своим достижениям в работе и творчестве, уважению в обществе, для него неинтересен. Потому неинтересен, что более труден. А гедонист по своей сути – паразит, ленивый эгоист.

Мотивация к гиперактивации поведения (повысить тонус). ПАВ употребляется для возбуждения. Притягательным свойством ПАВ является возникновение субъективного состояния повышенного тонуса, сочетающегося с повышенной самооценкой. Злоупотреблять спиртным с целью взбодриться, повысить настроение склонны лица с депрессией или люди с наследственной предрасположенностью к алкоголизму. У таких людей в мозге наблюдается генетический дефицит гормонов, вызывающих ощущения покоя и удовольствия – серотонина и эндорфинов. Человек в обычном своем состоянии выглядит несколько подавленным, вялым, заторможенным, безынициативным. Прием ПАВ резко меняет у него самочувствие в лучшую сторону и вследствие этого быстро формирует психологическую зависимость.

Псевдокультурная мотивация (произвести впечатление) – стремление произвести впечатление на окружающих редкими и дорогими алкогольными напитками, продемонстрировать “изысканный вкус”. Большое значение придается атрибутивным свойствам алкоголя. Такой способ приобщения к пьянству характерен для демонстративных личностей, истериков. Желание покрасоваться, стать лидером в компании оборачивается со временем в алкоголизм. В состоянии сильного опьянения такие подростки склонны к «подвигам», что часто приводит их на скамью подсудимых.

Человек с псевдокультурной мотивацией может рассматривать употребление ПАВ как часть эстетической или мировоззренческой позиции, изысканности вкуса, причастности к «культуре». Среди молодых людей и лиц творческих профессий бытует мнение, что небольшие дозы спиртного стимулируют творческую активность. Однако это заблуждение, есть многочисленные свидетельства знаменитых музыкантов, художников и поэтов о том, что алкоголь в творчестве не помощник. Опьянение раскрепощает (снимая тревогу и вызывая психомоторное возбуждение), но снижает концентрацию внимания и нарушает ассоциативные процессы в коре головного мозга. Новые идеи и образы, возникающие в состоянии алкогольной эйфории, поверхностны и примитивны, годятся лишь для того, чтобы пооригинальничать и поумничать за столом с собутыльником. Можно придумать короткую мелодию или смешной стишок, но роман или оперу в состоянии опьянения не сочинишь. Как раз, наоборот, известны судьбы многих талантливых людей, кто поначалу преуспевал, а затем «утопил свой божий дар в вине».

Если рассуждать о причинах пьянства дальше, то необходимо отметить, что по мере усугубления проблемы перечень мотиваций расширяется. Систематическое употребление алкоголя со временем приводит к структурной и содержательной перестройке мотивационной системы. К перечисленным выше мотивам прибавляется новый, указывающий на заболевание. Формируется **потребность снять дискомфорт**, связанный с отсутствием алкоголя. Возникает стремление использовать спиртное как лекарство, чтобы улучшить свое самочувствие.

Патологическая деструктивная потребность в алкоголе неуклонно прогрессирует, принимая со временем витальный характер. Витальный (происходит от латинского слова *vitalis* – жизненный) – это уровень врожденных потребностей, инстинктов. Потребность формирует влечение, то есть желание снова и снова употреблять данное вещество. И это влечение патологическое, поскольку оно непреодолимое (не вытормаживается волевым усилием) и деструктивное (разрушает организм и психику).

Патологическое влечение к алкоголю является одним из фундаментальных понятий наркологии. Расшифровать механизмы и найти эффективные способы воздействия на патологическое влечение – это значит успешно лечить алкоголизм. К сожалению, как теоретические представления, так и успехи в терапии алкогольной зависимости пока еще весьма скромные. По вопросу о механизмах болезненного пристрастия к алкоголю существует точка зрения, что оно носит обсессивно-компульсивный характер

(O'Brien C.P., 1996; Nordegren T., 2002). Это означает, что мы имеем дело с навязчивым (от латинского *obsessio* – навязчивый) и непреодолимым (латинское слово *compulsio*) влечением. Обсессивный синдром, проявляющийся в виде навязчивых мыслей, страхов или действий, принадлежит к расстройствам невротического круга.

Больной критичен к указанным явлениям и воспринимает их как болезненные и чуждые, активно ищет помощи в желании избавиться от них. Навязчивое влечение к алкоголю отличается снижением или полным отсутствием критики к своему недугу. Некоторые авторитетные специалисты (Альтшулер В.Б., 1994; Чирко В.В., Демина М.В., 2002) указывают на то, что влечение к алкоголю носит сверхценный характер. Сверхценные идеи относят к образованиям паранойяльного регистра. Это мысли, которые занимают в сознании человека необоснованно доминирующее положение с недостаточной критичностью к ним. По критерию критичности данная концепция больше подходит для обоснования механизмов патологического влечения. Но объяснение болезненного пристрастия как нарушения мышления представляется односторонним. Мы можем уверенно указывать лишь на витальный характер влечения к алкоголю, учитывая при этом его навязчивый или сверхценный характер у конкретного больного. Витальный характер потребности в алкоголе уравнивает ее с биологическими или фундаментальными психологическими потребностями (Сиволап Ю.П., 2007).

В организме злоупотребляющего алкоголем человека постепенно происходят существенные перестройки биохимических процессов. Этиловый спирт встраивается в обменные процессы, а состояние вынужденной отмены потребления этого вещества приводит к развитию особого комплекса психоэмоциональных и соматовегетативных нарушений, именуемого абстинентным синдромом. Современные исследования (Иванец Н.Н., 2001) дают основание полагать, что ведущим звеном патогенеза алкогольной зависимости является влияние этилового спирта на катехоламиную нейромедиацию в системе подкрепления лимбической области мозга. Хроническое употребление алкоголя вызывает истощение запасов нейромедиаторов (дофамина, серотонина, норадреналина), а повторное пьянство компенсирует на время их дефицит, улучшая общее самочувствие. Формируется порочный круг, который и лежит в основе патологического влечения к алкоголю.

Аdditивное поведение вызывает затруднение, а затем и расстройство адаптации. Деформируется личность, теряются сло-

жившиеся социальные связи, разрушается здоровье. Нарушения прогрессируют, приводя к инвалидизации и гибели человека. В таких условиях следует говорить об алкогольной болезни, хронической и неуклонно прогрессирующей. Нозологический подход к изучению алкоголизма (нозос – болезнь) развивал еще в середине XX века американец Э.Джеллинек, который описал группы симптомов, характерных для разных стадий этой болезни (о симптомах и стадиях алкоголизма более подробно в 4-й главе).

В современной наркологии алкоголизм относят к **группе болезней зависимого поведения (БЗП)**, наряду с наркоманиями, токсикоманиями и нехимическими аддикциями. Все эти расстройства, кроме того, что они (1) нарушают социальную и биологическую адаптацию, объединяет (2) общность развития по типу большого наркоманического синдрома (измененная реактивность, психическая и физическая зависимости) и (3) стадийность течения с этапами predispositional, prodromal и clinical.

Предиспозиция – это те предпосылки, которые имеют наследственные механизмы или возникают в течение жизни, и формируют уязвимость индивида по отношению к ПАВ.

Доклинический этап начинается с момента злоупотребления алкоголем, но когда большой наркоманический синдром еще не сформирован.

Клиническая стадия начинается с момента формирования большого наркоманического синдрома. Когда мы говорим об алкоголизме как о болезни, то используем понятие синдром как совокупность симптомов, этиопатогенетически (этиология – причина, патогенез – механизмы заболевания) взаимосвязанных и взаимообусловленных. Наличие у зависимого от алкоголя человека трех симптомов, составляющих большой наркоманический синдром (измененной реактивности, психической и физической зависимости) позволяет поставить диагноз хронического алкоголизма.

Глава 3.

Биопсихосоциальные механизмы алкогольной зависимости

Возможно ли определить предрасположенность к алкоголизму? Существуют ли методы, с помощью которых можно просчитать вероятность развития алкоголизма у того или иного человека?

К сожалению, нет. Еще не придумано такого универсального метода (опросника, функциональной пробы, генетического теста или биохимического анализа), который мог бы однозначно

предсказать болезнь в будущем. В одних случаях решающее значение могут иметь наследственные механизмы заболевания, в других – особенности личности пьющего, в третьих – окружающая его обстановка (семья, друзья, сослуживцы, соседи). В компании одинаково пьющих можно наблюдать разные темпы развития аддикции и ее последствий в зависимости, например, от наследственных предпосылок у каждого из собутыльников. И наоборот, один из людей с равной наследственной отягощенностью быстро спивается, а другой, находясь в благоприятной микросоциальной обстановке, будет равнодушен к спиртному.

Сегодня с уверенностью можно говорить, что подверженность расстройствам от употребления алкоголя колеблется у разных людей в широких пределах и зависит от сочетания трех групп факторов – биологических, психологических и социальных. В наркологии, как и во всей современной медицине, принята **биопсихосоциальная модель зависимостей**.

Ранее в здравоохранении использовалась так называемая биомедицинская модель, в рамках которой мало внимания уделялось психологическим и социальным предпосылкам болезней. В центре внимания медиков традиционно находились биологические факторы. На смену приходит биопсихосоциальная модель, впервые предложенная Джорджем Энгелем (Engel G.L., 1980)., синтезировавшая достижения современной науки и предполагающая значимость не только биологических, но психологических и социальных факторов в развитии, течении и исходе соматических и психических расстройств. Утвердился холистический подход (от английского слова whole – целый, целостный), когда болезнь изучают в неразрывной связи и взаимовлиянии конституционально-генетических факторов, биологических причин, социальных предпосылок и особенностей личности носителя заболевания.

Рассмотрим каждую из трех групп факторов, составляющих биопсихосоциальную модель.

Биологические факторы риска. К ним относят семейную отягощенность, врожденные особенности метаболизма этанола и ацетальдегида, особенности толерантности и картины опьянения. Биологические предпосылки наследуются генетически или приобретаются при жизни, например в результате органических поражений мозга.

Генетические механизмы передачи предрасположенности к алкоголизму не вызывают сомнения. Выявлены гены, ответственные за нарушения различных звеньев синтеза

катехоламинов мозга, в первую очередь дофамина (Анохина И.П. и соавт., 2000). Дети с нарушением обмена катехоламинов характеризуются эмоциональной неустойчивостью, склонностью к депрессии и рискованному поведению. На этой почве зависимость формируется гораздо быстрее.

Алкоголь разрушительно действует на половые клетки пьющего на молекулярном и геномном уровне, вызывая повреждения в молекулах ДНК. По этой причине генетические поломки могут передаваться детям по наследству и накапливаться в поколениях.

Еще один очень важный механизм наследственной отягощенности алкоголизмом – токсическое воздействие этилового спирта на плод в утробе матери или на организм младенца во время кормления грудью. Не секрет, что некоторые современные беременные женщины и молодые кормящие мамы считают вполне допустимым пить пиво курить. Отравляющее действие этанола в раннем возрасте наносит большой ущерб в первую очередь нервной системе ребенка, вызывает задержку психического и умственного развития. В тяжелых случаях, при систематическом употреблении беременной алкоголя, ребенок может родиться с алкогольной зависимостью. В более легких случаях о врожденном алкоголизме говорить не приходится. Если у человека пьющие родители или другие родственники, это еще не говорит о том, что он обязательно станет алкоголиком. Передается по наследству не сам алкоголизм, а скорость, с которой он формируется, разумеется, при условии, что человек употребляет спиртные напитки. Эта скорость пропорциональна количеству алкоголиков в семье и степени их родства. В случае если болеют оба родителя, зависимость у их ребенка может формироваться очень быстро, порой молниеносно.

Вспоминается интересный случай из практики. На приеме у меня родители с молодым человеком, который, начав употреблять алкоголь лишь год назад, заработал тяжелую запойную форму алкоголизма. Стали выяснять причины: тяжелых травм мозга у него не было, и в семье никто алкоголем не злоупотреблял. Я был озадачен, но скоро все выяснилось. Когда парень вышел из кабинета, родители шепотом сообщили мне что ребенок приемный, но это в семье держится под секретом. Пьющие родители – вот причина!

Психологические факторы риска – это особенности личности и поведения, эмоциональной и когнитивной сфер человека. Многочисленные теоретические и экспериментальные

исследования типичных психологических параметров зависимой личности (Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г., 2002) позволили считать наиболее важными из них следующие: инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическую некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственную непосредственность, любопытство и высокую поисковую активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым. Представители разных психологических направлений стремятся по-своему объяснить механизмы алкогольной зависимости, исходя из специфики представлений своих школ о личности, ее движущих силах и изменениях (патологии). С точки зрения *психодинамического направления* в основе алкогольной зависимости лежит формирование личности, склонной к саморазрушению, которое К.Менингер (2001) называет хроническим суицидом. Важнейшей причиной саморазрушительного поведения алкоголика считают нарушение отношений с родителями, прежде всего с матерью. Враждебная зависимость от матери преследует больного алкоголизмом всю жизнь. Психологические проблемы алкоголика обусловлены регрессивным реагированием, с навязчивым повторением ранних этапов становления психики. Для понимания переживаний и поведения больного психоаналитики используют теорию объектных отношений (Фонда П., Йоган Э., 1998; Fairbairn W.R.D., 1994) и социальных интеракций («игр») (Берн Э., 2002). Ребенок соединен с матерью иллюзией цельности, защищаясь таким образом от ощущения бессилия, которое могло бы нарушить его незрелую психику. Но когда ребенок созревает и укрепил свою психику, мать-объект должна удалиться. В процессе онтогенеза необходимо качественное прохождение этапов взаимодействия с родителями (опекунами) – слияния и отделения (сепарации). Такие просчеты в воспитании, как гипоопека или гиперопека, особенно в сочетании с дефицитом признания и одобрения, нарушают процесс сепарации. Это ведет к тому, что у человека не формируется собственная позиция во взаимоотношениях: аддикт с трудом дифференцирует позиции созависимости, взаимозависимости, независимости, противозависимости (контрзависимости), компульсивно меняя их, разряжаясь таким образом. При этом он ярко демонстрирует полярные страхи в отношении одиночества и слияния (поглощения) другой личностью. А «игры» аддиктов выполняют не только психологическую, но и социальную защитную роль, позволяют «обойти» болезненные аффекты, избежать ответственности, структурировать время

(Гринь В.В., 2009). *Бихевиоральное направление* объясняет алкоголизм как деструктивное поведение, сформированное в результате употребления вещества, вызывающего положительное подкрепление. Употребление этилового спирта становится желательным по причине того, что оно может менять в лучшую сторону самочувствие в ситуациях стресса, служить способом привлечения к себе внимания, помочь уклониться от участия в нежелательных ситуациях. Важным в рамках этого направления является вопрос: что же делает прием алкоголя привлекательным, каковы мотивы пьянства?

На основе анализа ведущих мотивов и способов удовлетворения потребностей выявлено, что к алкоголю человек может прибегать по разным причинам (Немчин Т.А., Цыцарев С.В., 1989):

1) **Алкоголь - средство редукции напряжения.** Это наиболее элементарная форма использования алкоголя с целью удовлетворения в релаксации.

2) **Алкоголь - средство изменения эмоционального состояния,** т. к. этанол действует как психофармакологическое средство, через систему биохимических процессов, в первую очередь на эмоциональную сферу человека.

3) **Алкоголь - средство получения удовольствия.** Здесь основу составляет выраженная гедонистическая мотивация, а также поиск острых и необычных ощущений, что свойственно для формирования алкоголизма в раннем возрасте. Эту группу можно описать как состоящую, в основном, из представителей гипертимного и неустойчивого типа акцентуации характера.

4) **Алкоголь - средство повышения самооценки и самоуважения, достижения самоутверждения.** Основные черты психологического портрета больных этой группы: робость, неуверенность, зависимость, чувствительность, склонность к формированию чувства вины, сочетающееся с гиперкомпенсаторной тенденцией самоутверждения за счет высокомерия и бравады в поведении.

5) **Алкоголь - средство компенсации.** При этом подразумевается использование этанола для замещения каких-то недостающих человеку форм и способов удовлетворения потребностей и коррекции дизгармонической структуры характера, личности в целом.

6) **Алкоголь - средство общения и коммуникации.** В основе этого типа мотивации лежат неудовлетворенные потребности в общении, в выходе из одиночества. Эти больные

обычно чрезвычайно замкнутые, тревожные, конформные, зависимые, чувствующие себя в обществе неуверенно.

7) **Алкоголь - результат научения или подражания, средство поддержания приятного ритуала.** Психологическую основу этого типа мотивации составляют неуравновешенность личности, высокая внушаемость, некритичность. Особенно часто он наблюдается у подростков.

8) **Алкоголь - манипуляция, средство межличностной защиты.** Основной мотив манипулятивного поведения – сохранение присущего больному алкогольного стиля поведения и достижение односторонних преимуществ в межличностных отношениях.

Каждый из восьми перечисленных выше видов мотивации может играть ведущую роль на всем протяжении алкогольной зависимости или на каком-то одном ее этапе. Мотивационные типы могут быть отдельными, сочетаться или переходить друг в друга. Среди больных алкогольной зависимостью можно выделить пять характерологических вариантов (Бурно М.Е., 2000). Личностный подход позволяет формировать эффективную стратегию психологической помощи. Рассмотрим каждый из этих вариантов.

Синтонный алкоголик представляет собою тип веселого собеседника, балагура, шутника. Синтонный – это значит созвучный другим людям. Здесь мы имеем дело с доброжелательным и душевным человеком, но без глубоких мыслей и серьезности. Он легко сходится с другими людьми, и люди охотно общаются с ним. Вообще, синтонность, душевность, простота в общении свойственна простому народу. Это человек с банальными повседневными разговорами и шутками. Без пафоса и высших целей. Крупного, пикнического телосложения. Ему присущи циклоидные колебания настроения от тревоги-печали к радости. Пьет для удовольствия, веселья (скорее, здесь преобладает гедонистическая мотивация). В состоянии временного эмоционального спада также возникает желание принять алкоголь для настроения. В запой обычно не уходит, но пьет систематически и помногу. Не жалуется, не винит никого в своем пьянстве и неудачах. Легко соглашается (часто под давлением жены) пойти на прием к специалисту, но трудно поддается лечению. Акцент в психотерапии М.Е.Бурно предлагает делать на негаснущие теплые чувства такого человека по отношению к родным и близким. В рамках когнитивной, раскрывающей терапии проводят анализ, какое горе алкоголь приносит семье.

Простодушный алкоголик представляет собой духовно-ограниченную личность. Он чаще всего из семьи алкоголиков. Здесь речь идет об органической характерологической акцентуации, вызванной, скорее всего, незначительным токсическим повреждением мозга в утробе матери или в первые месяцы жизни, например, при грудном кормлении пьющей и курящей матерью. У такого человека не обнаруживается очаговой неврологической симптоматики, но наблюдается незначительная задержка психического и интеллектуального развития. Интеллект чаще всего на уровне пограничной или низкой нормы. Человек неспособен получать удовольствие от духовных занятий: литературы, театра, фильмов, произведений искусства. Ему обычно присуща практическая смекалка, способность умело и артистично делать простую работу. Про такого говорят, что у него «золотые руки». Это доверчивый и бесхитростный человек. Но в то же время он слабоволен, внушаем и обидчив, хотя скоро отходит, не мстителен. Нередко богатырского, «медвежьего» сложения, угрюмый, неразговорчивый в компании. После работы ему некуда себя деть, скучает, играет во дворе в карты или домино. Однажды испытал приятное действие алкоголя (здесь, скорее всего, следует говорить об активирующей мотивации), с большой охотой прибегает к нему и вследствие высокой толерантности из-за сильного телосложения за 2-3 года допивается до тяжелых запоев. В рамках психологической помощи важно занять такого человека на досуге делами, будить спящие интересы, подталкивать к общению с живой природой, к которой он интуитивно тянется. Такие занятия как рыбалка, охота, поездки в лес за грибами могут стать альтернативой пьянству.

Астенический алкоголик— человек с чувством неполноценности, ранимым самолюбием. Боязлив, робок, конфузлив, тревожен, мнителен, застенчив. Тяжело сходится с людьми. Любит свой дом, семью, хотя в кругу близких людей, которых не стесняется, может быть раздражительным и неносным. В одиночестве скучает, а обществом тяготится. Имеет посредственный ум, но этот недостаток компенсируют исполнительность и старательность. Неприязнителен, способен к самоограничению. Алкоголь делает его смелее и разговорчивей. Выпивает, чтобы не волноваться в гостях, на танцах, по вечерам, чтобы избежать неприятных воспоминаний. Мотивация к приему спиртного здесь, чаще всего, атарактическая. Тяжело переноса похмелье, ему трудно «выходиться». В похмелье мучает тревога и вегетативная дисфункция. Склонен выпивать систематически или короткими запоями. Данный вариант алкогольной зависимости

наиболее прогностически благоприятный. Иногда астеника достаточно авторитетно напугать плохими последствиями алкоголизма. Акцент в психотерапии делается на человеческое сочувствие и помощь в утверждении в жизни (Бурно М.Е., 1999). Встречая тепло и понимание, такие люди привязываются к психотерапевту. Психотерапевт разъясняет, как жить интереснее и как переносить огорчения без алкоголя.

Эпилептоидный алкоголик несет в себе черты напряженно-авторитарной личности и аффективно-аккумулятивной диспропорции, сходной с таковой у эпилептика. Это угрюмый, черствый, мстительный, эгоистичный, вспыльчивый, упрямый человек. Ему свойственно лицемерие (внешне благопристойная маска и гиперсоциальность, при внутренней грубости и жестокости). Склонен к запойному пьянству. В опьянении теряет контроль над ситуацией – делается подозрительным, дерется. Алкоголизм быстро усиливает у него взрывчатость, злобность и лживость. Большинство таких пациентов не желают лечиться. Нещадно ругая «пьянь», терпеть не могут говорить о собственном алкоголизме. На принудительное лечение в ЛТП чаще всего отправляют именно таких пациентов. После пребывания в ЛТП или окончания срока кодировки такой пациент твердо убежден, что напьется снова. При проведении психотерапии результат лучше, если помочь пациенту направить свою авторитарность в нужное русло, стать ярым поборником трезвенничества. Часто начальники-эпилептоиды, бросившие пить, подвергают гонениям даже умеренно пьющих, заставляют кодироваться повально всех подчиненных. Иногда в тактике лечения таких пациентов эффективна парадоксальная стратегия – психотерапевт отказывается лечить пациента, заявляя, что тот безвольная личность, неизлечимо больная алкоголизмом, и поэтому ему уже ничто не поможет. Пациент, затаив обиду, назло может отказаться от алкоголя.

Ювенильный алкоголик – здесь алкоголизм развивается на почве инфантильного склада личности или неустойчивой психопатии. Инфантилизм проявляется в недоразвитии чувств, характерных для взрослых – прежде всего ответственности. Ведь взрослый отличается от ребенка тем, что получает свободу, но и наделен ответственностью. Безответственность здесь сочетается с легкомыслием, фантазированием и впечатлительностью, стремлением находиться в центре внимания, негативизмом и протестом против старших. Неустойчивость ювенильного алкоголика проявляется во всем – во взглядах, интересах, поступках. Он неспособен к волевым задержкам, то есть не может

сдерживать или отложить свои желания (точно так же, как ребенок, который видит красивую игрушку и требует ее немедленно, топает ножкой, плачет, закатывает истерику). Во всем здесь проявляется детская непосредственность, наивность, непродуманность решений, надежда «на авось». Отсюда податливость дурной компании, особенно в молодости, склонность к пьянству и асоциальному поведению. Такой молодой человек начинает пить в компании, используя субмиссивную мотивацию к употреблению алкоголя. Помочь ему трудно, так как он несерьезно относится к лечению, не считает себя больным, подвержен влиянию собутыльников. В психотерапии эффективнее тактика «дамоклова меча». При этом хорошо подружить больного с трезвыми, интересными ему людьми, мнением которых он дорожил бы (престижная группа). Если психотерапевт становится авторитетным советчиком, то и от его «ежовых рукавиц» такой пациент не побежит.

Следует отметить, что учитывать характерологические варианты алкоголизма необходимо на ранних стадиях болезни. В запущенных случаях мы имеем дело с деградацией личности. При этом все алкоголики становятся похожими друг на друга в связи с развитием алкогольного психоорганического синдрома – с ослаблением памяти, затруднением мышления, эмоциональной слабостью, астеничностью. На стадии психоорганического синдрома успехи в психотерапии алкоголизма весьма скромные. Поэтому лечить алкоголика нужно как можно раньше, когда отмечается лишь некоторое заострение личностных черт, окрашенное раздражительной слабостью и вегетативными дисфункциями. При этом особенно важно разглядеть личностный тип не деградировавшего алкоголика и проводить психотерапию индивидуализировано.

Гуманистическое направление в психологии акцентирует свое внимание преимущественно на роли социальных факторов в формировании аддикций. С точки зрения одного из основателей направления Виктора Франкла движущей силой поведения человека является стремление найти и реализовать смысл жизни (Франкл В., 1997). Это – фундаментальная мотивация поведения. Если стремление к смыслу фрустрировано, такое состояние называется экзистенциальным вакуумом. Франкл считает, что «эту пустоту люди стремятся заполнить, чем попало или выжигать». По его мнению, около 80% алкоголиков и 100% наркоманов – люди, не имеющие жизненного смысла или его утратившие, то есть испытывающие внутреннюю пустоту, бессмысленность существо-

вания. И бесполезно лечить алкоголика, если при выписке из клиники он не будет знать, ради чего он не будет пить, каким образом будет заполнять свое свободное время.

Социальные факторы – это психотравмирующие жизненные события (смерть близкого, уход из родительского дома, финансовые проблемы, развод), ролевые модели родителей (злоупотребляют или наоборот, отношения в семье – дисфункциональные семьи), ближайшее социальное окружение (сверстники, авторитетные старшие), культуральная приемлемость, законы общества, цены и доступность алкоголя, влияние религии. Перечисленные выше факторы позволяют рассматривать алкоголизм как социальную болезнь, наряду с такими заболеваниями, как туберкулез, сифилис или СПИД. Действительно, в странах с разным общественно-политическим строем и религиозными традициями культивируются совершенно разные стили, степени и последствия употребления алкоголя населением.

Почему же в разных странах и культурах употребляли и употребляют алкоголь по-разному? Вопрос этот является практически очень важным. Многие злоупотребляющие спиртным люди ссылаются на увиденные в других странах традиции систематического употребления пива (Германия) или вина (Франция). У нас же исторически сложились традиции употребления больших доз крепкого алкоголя. Современная наркологическая ситуация в нашей стране характеризуется как сложная, обусловленная высоким общим уровнем потребления алкоголя и преобладанием в структуре потребления крепких алкогольных напитков (Разводовский Ю.Е., 2010). По расчетам Всемирной Организации Здравоохранения ежегодное потребление чистого алкоголя на душу населения свыше восьми литров грозит деградацией общества и вымиранием нации. Сегодня этот показатель в нашей стране – более 12 литров. Реальная цифра может быть гораздо выше, так как при расчете данного показателя учитывается количество официально произведенного и проданного населению алкоголя. Но следует учесть традиции самогоноварения, а у нас в некоторых лесных районах они носят тотальный характер. Тогда этот показатель будет гораздо выше и, приближенный к российскому (около 18 литров).

Встает вопрос: какие же социально-исторические механизмы сформировали такую сложную ситуацию? Для ответа на этот вопрос необходимо произвести исторический анализ проблемы. И здесь мы обнаружим, что корни наших болезненных пристрастий по

отношению к алкоголю прорастают через несколько столетий, во многих поколениях наших предков.

В древние времена славяне употребляли только слабоалкогольные напитки. Основным сырьем для производства алкоголя был мед, и поэтому традиционные хмельные напитки были слабоградусные: медовуха, пиво, брага, а с X века и виноградное вино. Как опьяняющий напиток использовали также специально сваренный квас (с тех пор до нас дошло слово «квасить», то есть пьянствовать). Застолья сопровождались обычно обильным питьем перечисленных слабоалкогольных напитков, но в то же время и обильной трапезой, что исключало сильное опьянение. С тех далеких времен сохранился знаменитый рефрен многих народных сказок: "И я там был. Мед, пиво пил. По усам текло, а в рот не попало". Хмельным напиткам придавалось всегда большое значение. В старинных песнях доблесть богатыря измерялась способностью перепить других. Былинный герой Илья Муромец был болен и до тридцати трех лет сидел на печи, не вставая. И только после того, как по совету убогой сироты выпил полтора ведра «зелена вина», стал могуч, прославился многими подвигами и на пирах был силен. На примерах летописей можно судить, что традиции наших предков – это употребление слабоалкогольных напитков в больших количествах вместе с обильной трапезой. Языческие обычаи перекочевали в христианство в виде застолий и пиров.

Ситуация стала меняться в XV-XVII веках, когда из Западной Европы к нам пришли технологии производства крепких алкогольных напитков. Стали изготавливать ржаной спирт, разбавляя его, получали водку.

Первыми крепкие напитки научились делать арабы еще в V-VII веках нашей эры. Они же являются и авторами термина «алькоголь», то есть «одурманивающий». Негативные последствия употребления алкоголя, особенно крепкого, привели к запрету его употребления основоположником ислама Магомедом. Этот запрет вошел в свод мусульманских законов, и вот уже около 13-ти столетий пьянство в арабских странах запрещено.

В средневековой Европе запрета на изготовление и продажу крепкого алкоголя не было, вследствие чего «новые технологии» довольно быстро продвигались на восток. Соединение наших традиций обильного застолья

и крепких алкогольных напитков привело к трагическим последствиям, которые нельзя было не заметить – простой люд быстро спивался. «Масла в огонь» подлило стремление императрицы Екатерины II ввести государственную монополию на производство и продажу спиртных напитков. И поскольку труднее было контролировать более простой и распространенный способ изготовления слабых вин, то именно к их производителям было приковано внимание и предъявлялись повышенные требования.

Производители водки и спирта оказались как бы в привилегированном положении. Это быстро привело к катастрофическим последствиям – люди стали пить только водку и спивались целыми деревнями. Простолюдинам (крестьянам и посадским) запрещено было изготавливать «домашние напитки», и народ устремился в кабаки.

Положение усугублялось также и тем, что в результате расширения Российской империи с присоединением польских и прибалтийских земель в наши края хлынул поток переселенцев с запада. В то время как на русских землях сохранялся крепостнический уклад и подавляющая масса населения (крепостное крестьянство) была бесправна, новые переселенцы обладали многими правами и возможностью получить статус мещанина или купца. Они арендовали винокуренные заводы (вином тогда стали называть разбавленный хлебный спирт) и питейные заведения (кабаки). В кабаках по старым традициям хлебное вино (водка с названием «Хлебное вино» выпускается и сейчас!) отпускали кружками, а на вынос – ведрами.

Новые арендаторы и помещики находили выгоду в том, чтобы спаивать крестьянина. Об этом красноречиво свидетельствует отчет об инспекционной поездке известного поэта и государственного деятеля Г.Державина по поручению императора Павла I, прознавшего о тяжелом положении крестьянства в западных губерниях. Голод, обнаруженный Державиным, оказался крайний. "Приехав в Белоруссию, самолитно доказал великий недостаток у поселян в хлебе... самый сильный голод, что питались почти все пареною травкою, с пересыпкою самым малым количеством муки или круп." Державин нашел, что основной причиной нищеты и голода

крестьян является пьянство. Крестьян преднамеренно спаивают производители алкоголя (винокуры), которые «ездя по деревням, а особливо осенью при сборании жатвы, и напоив крестьян со всеми их семействами, собирают с них долги свои и похищают последнее нужное их пропитание»; "пьяных обшчитывая, обирают с ног до головы, и тем погружают поселян в совершенную бедность и нищету" (Солженицын А.И., 2009).

По результатам проверки Державин предложил ряд энергичных мер, в их числе закрытие ряда винокуренных заводов, передачу производства алкоголя и возложение ответственности за последствия его употребления на помещиков. Но предложенные меры были приняты лишь частично из-за скорой гибели в 1801г. Павла I. В XIX веке никаких существенных мер по ограничению роста алкоголизации населения не принималось. Поэтому к 1911 году в Российской Империи в структуре потребления алкоголя водка занимала почти 90%! Одновременно культивировались такие пагубные традиции, как питье залпом, на голодный желудок.

Со времени революции 1917г. и на длительную перспективу (с небольшим перерывом в 1985-1988 гг.) в алкогольной политике страны стал доминировать финансовый интерес. Достаточно вспомнить слова И.В. Сталина, который в 1927г. говорил: "Когда мы вводили водочную монополию перед нами стояла альтернатива: либо пойти в кабалу к капиталистам, сдав им целый ряд важнейших заводов и фабрик, и получить за это известные средства, необходимые для того, чтобы обернуться; либо ввести водочную монополию для того, чтобы заполучить необходимые оборотные средства для развития нашей индустрии своими собственными силами".

Великая Отечественная война явилась следующим этапом в становлении пагубной традиции. Массовое использование спирта в качестве адаптогена на фронте, небывалые горе и страдания, принесенные войной, способствовали дальнейшему росту потребления алкоголя и распространению пьянства в послевоенные годы. Сформировался и укрепился фронтовой навык употребления спирта залпом. В трудных экономических условиях, связанных с послевоенной разрухой, напряжением всех сил общества на восстановление народного хозяйства, начавшейся гонки вооружений и "холодной"

войны, государство ограничилось поверхностными мерами борьбы со злоупотреблением алкоголем. "Пьяные" деньги играли все более возрастающую роль в экономике страны, и задачи сокращения производства водки не ставилось.

Способ злоупотребления в виде больших доз крепких алкогольных напитков (крепленых вин, водки, коньяка) называют «северным стилем», так как он характерен не только для стран бывшего СССР. Граждане стран скандинавского полуострова (Швеции, Норвегии, Финляндии) и Исландии также тяготеют к употреблению крепких спиртных напитков. Связывают это с повышенной активностью фермента, расщепляющего алкоголь – алкогольдегидрогеназы. Организм в условиях севера нуждается в повышенном количестве энергии, поэтому активность алкогольдегидрогеназы у северян выше. Они легче переносят «ударные» дозы и поэтому охотнее выпивают крепкий алкоголь и быстрее спиваются. Но в скандинавских странах значительного роста алкоголизма не наблюдается благодаря многочисленным законодательным и воспитательным мерам. Строго ограничены места и время продажи алкоголя, его цены относительно других товаров очень высокие, действует множество ассоциаций трезвенников, в которые вовлекаются молодые люди еще со школьной скамьи. Меры противодействия алкоголизму приносят хорошие результаты.

Таким образом, исторический анализ проблемы свидетельствует о том, что на протяжении нескольких столетий алкоголь «подтачивал» здоровье наших предков, во многих поколениях укоренялись нездоровые традиции и накапливались генетические поломки («алкогольные гены», как называют их в народе), а эффективных мер противодействия злу не предпринималось. В западноевропейских странах обычаи, социальные нормы и государственная политика в отношении алкоголя пребывали в гармонии, без крутых реформ и революций. Это позволило сохранить у большей части населения устойчивый генотип и традиции осторожного и умеренного употребления алкоголя.

Глава 4.

Симптомы, стадии, виды и формы алкогольной зависимости

Современные представления об алкоголизме как о болезни сформировались относительно недавно. Им предшествовали

длительные споры между сторонниками морально-этической и медицинской моделей алкоголизма.

В основу морально-этической модели было положено представление о том, что острая алкогольная интоксикация является самоповреждением и вызывается по воле принимающего алкоголь человека. Еще в начале I века известный римский философ Сенека писал: *"Пьянство является не чем иным, как состоянием безумия, целенаправленно вызванным"*. Это положение легло в основу юридических законов, рассматривающих пьянство как отягчающее обстоятельство при совершении преступлений в Древнем Египте и Греции. Сформировалась концепция, отрицающая понимание алкоголизма как болезни. Лица, злоупотребляющие алкоголем, рассматривались сторонниками этой концепции как морально падшие, греховные, совершившие преступление. Они приравнивались к ворам, убийцам и другим криминальным элементам. Злоупотребление алкоголем в различных формах и проявлениях считалось не выражением болезни, а оценивалось с точки зрения морали.

Такое одностороннее морально-этическое отношение к алкоголизму, исключая концепцию болезни, доминировало вплоть до середины XX века и было затем отвергнуто наукой, во многом благодаря усилиям американского ученого Элвина Еллинека.

Элвин Еллинек (Джеллинек)/Elvin Morton JELLINEK (15.8.1890-1963), американский физиолог и психолог, одним из первых ставший изучать природу и причины алкоголизма. Джеллинек доказывал, что к алкоголикам надо относиться как к людям, пораженным тяжелой болезнью. Он разрабатывал нозологический подход к алкогольной зависимости (нозос-болезнь), и в результате его усилий в 50-х годах XX века американские страховые компании стали выделять финансовые средства на лечение алкоголизма, как и на другие заболевания.

Путем анкетирования большого числа зависимых от алкоголя, находящихся на лечении в клиниках США и Канады, Джеллинек составил список симптомов, характерных для трех стадий алкоголизма – начальной, средней и поздней. Перечислим эти симптомы с некоторыми пояснениями.

Продромальная (или донозологическая) стадия, включающая начальные признаки заболевания

1. Первый провал в памяти. Провал в памяти – это алкогольная амнезия, то есть отрезок времени во время выпивки,

который пьющий не может ни вспомнить, ни объяснить. Память утрачивается не на весь период опьянения, а на отдельные его эпизоды. Такую амнезию называют «перфорационная». Другое название данного феномена – алкогольный палимпсест (слово греческое, означает соскобленный). Первоначально этот термин в психиатрии и криминологии был применен Ч.Ломброзо (C.Lombroso) в 1899 г. в переносном смысле для обозначения давно стертых надписей на стенах в местах заключения. Так же и из сознания пьяного человека необратимо стираются отдельные эпизоды опьянения.

2. **Выпивки украдкой.** Употребление спиртного носит все менее благопристойный и социально приемлемый характер. Цель заключается в том, чтобы напиться. На этой стадии во время мероприятия, где подают спиртное, но в небольших количествах, человек проявляет гиперактивность, предлагает налить спиртное другим людям, чтобы при этом незаметно употребить лишнюю порцию. После такого мероприятия, если выпитого кажется мало, дома возникает желание тайком «добавить чуть-чуть» из собственного бара.

3. **Мысли о выпивке.** Размышления о выпивке и опьянении занимают все больше и больше места в сознании. Даже когда человек не пьет активно, он много времени думает об этом. Алкоголь все больше становится центром его жизни, вытесняя другие интересы.

4. **Быстрое поглощение алкоголя** является одним из способов быстро достичь состояния опьянения. Наркологами описан так называемый «симптом опережения». В компании среди гостей выделяется кто-то, кого не устраивает заданный темп праздника. Этот человек активничает, инициирует новые тосты с шутками и прибаутками типа «между первой и второй перерывчик небольшой». Цель этой активности – поскорее принять самому побольше спиртного.

5. **Уклонение от разговоров о выпивке.** На каком-то этапе алкоголик начинает понимать, что его выпивки стали проблемой. Поэтому он избегает неприятной для него темы и быстро меняет предмет разговора, если кто-то проявляет по отношению к нему озабоченность.

6. **Частые провалы в памяти.** В течение первой стадии, поскольку потребление алкоголя все больше выходит из-под контроля, провалы в памяти (алкогольные палимпсесты) становятся более частыми.

7. **Потеря контроля.** Это особенно важный, стержневой признак алкоголизма. Потеря контроля обозначает ту

черту, за которой злоупотребление превращается в зависимость. Раньше человек мог выпить больше или меньше в зависимости от ситуации или компании. Но теперь он переступил черту и попал в рабство. Это не означает, что он будет терять контроль над каждой выпивкой, но он уже не может точно предсказать последствия той или иной конкретной предстоящей выпивки.

8. **Повышенная толерантность.** Устойчивость по отношению к алкоголю начинает увеличиваться: все больше и больше наркотика требуется алкоголику для того, чтобы достичь того же состояния. В итоге ему требуются огромные дозы для того, чтобы чувствовать себя нормально.

Средняя стадия (алкоголизм сформировался)

1. **Алиби.** Нужда сокрытия выпивки становится для алкоголика все острее, и он привлекает на помощь своих собутыльников, коллег по работе и так далее для того, чтобы скрыть степень своего пьянства от тех, кто волнуется за него. Как вариант алиби – ложь алкоголика самому себе, использование любых отговорок, лишь бы избежать правды.

2. **Упреки от других.** Несмотря на всяческие алиби и уловки, алкоголик начинает навлекать на себя гнев окружающих его людей, которые испытывают неприятные последствия от его пьянства.

3. **Экстравагантное поведение.** В ответ на недовольство окружающих его людей, зависимый часто делает экстравагантные жесты. Например, покупает новое платье своей жене или новую игрушку ребенку. Это, конечно, не означает стремление меняться: это просто один из способов сгладить недовольство для того, чтобы продолжать спокойно пить. Экстравагантный поступок может выглядеть просто нелепо, если покупается дорогой подарок жене, а в доме нечего поесть или не оплачены счета за коммунальные услуги.

4. **Агрессивность.** Если экстравагантные поступки не помогают, алкоголик всегда злится, когда разговор заходит о его выпивках.

5. **Угрызения совести.** На этой стадии алкоголик начинает испытывать некоторые серьезные отрицательные последствия и до некоторой степени вынужден признать, что это результаты его пьянства. Его могут одолевать такие чувства, как угрызения совести, стыд, ненависть к самому себе. Он будет стремиться изменить положение, но соглашается лишь на некоторые несущественные изменения.

6. **Попытки бросить пить.** Под давлением проблем принимается решение бросить пить, но оно может быть «успешным» лишь некоторое время. Поскольку решение основано не на собственной доброй воле, оно потерпит полный крах.

7. **Попытки сменить привычки пить.** Следующим шагом может стать попытка сменить привычки питья. Алкоголик может, например, дать слово не употреблять крепкие напитки и пить только пиво или пить только по вечерам, или только по выходным дням. Но на этой стадии он уже зависим от спиртного, и любые попытки контролировать выпивки являются бесполезными и прежние привычки быстро возвращаются.

8. **Социальное разложение.** Социальное окружение пьющего в сильной степени определяется его пристрастием к спиртному. Он все дальше уходит от «нормального» общества и большую часть времени проводит в одиночестве или же в компании себе подобных.

9. **Проблемы на работе.** В результате пьянства работоспособность неизбежно снижается. Типичной является ситуация, когда алкоголик сменяет одну работу за другой или, если ему удастся скрывать свое пристрастие, его карьера перестает расти.

10. **Изменения в семье.** Обстановка в семье алкоголика не может оставаться нормальной. Его семья или будет делать безуспешные попытки приспособиться к атмосфере, создаваемой алкоголиком, или же все покинут его.

11. **Обращение за помощью.** Перспектива того, что его жена (муж) и дети уйдут от него, обычно является достаточной, чтобы алкоголик начал искать помощь, но мотивация остается неверной (сохранить семью, а не избавиться от алкоголизма). Поэтому он может прийти на консультацию к психологу по поводу семейных или финансовых проблем, нервозности или нарушений сна. Но поскольку истинной причиной всех проблем является пьянство, такие консультации обречены на неудачу.

12. **Чувство обиды.** Когда все попытки «обращения за помощью» окончатся неудачей, у зависимого начнет развиваться чувство обиды на всех, кто находится рядом: «Я стараюсь получить помощь, но ничего не меняется. Я сделал все, что мог. На самом деле виновата жена / начальник / коллеги по работе / друзья».

13. **Попытки сбежать.** Куча проблем продолжает расти. Зависимый может попытаться прибегнуть к тому, что называется «географическим лечением», то есть он может поменять работу или место жительства, будучи уверен в том, что корнями его проблем являются другие люди, место, вещи. Но так

как источником всех проблем является сам зависимый, то «географическое лекарство» не поможет.

14. Постоянное пополнение запасов. На этой стадии, когда кажется, что все возможные решения были испробованы и провалились, алкоголик начинает сдаваться зависимости и отказывается от всех попыток измениться. У него формируется страх перед тем, что спиртное может закончиться. Приходится прятать спиртное в укромных местах, оставлять «зачатки на черный день».

15. Стабильное потребление. Теперь алкоголик прогрессирует к такому состоянию, при котором становится необходимо постоянное наличие алкоголя в крови. Алкоголик пьет для того, чтобы постоянно поддерживать нормальное для него состояние. Алкогольные срывы становятся все более длительными.

16. Большие физические и психологические изменения. На этой стадии умственные способности и физическое состояние начинают сильно страдать. Тело начинает разрушаться под воздействием систематического токсического воздействия алкоголя, разум начинается раздваиваться, так как благоразумие и совесть подавляются изобретательностью и отрицанием.

17. Продолжительные запои. Теперь жизнь почти полностью подчинена алкоголю. Запой продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

Поздняя стадия (запущенный алкоголизм)

1. Нравственное падение. Происходит неуклонная деградация личности, и больной уже перестает видеть разницу между правильным и неправильным. Он считает естественным лгать и воровать.

2. Нелогичное мышление. Мышление перестает быть логичным. Многие факты и события из реальной жизни, которые противоречат позиции больного с установкой на алкоголизацию, просто вытесняются им из сознания, не принимаются в расчет при построении умозаключений. Часто это настолько очевидно, что окружающие просто недоумевают, как можно так искажать очевидные факты. Во многих случаях следует говорить о так называемом «функциональном ситуационном слабоумии» (И.С.Павлов, 2006), обусловленным вытеснением из сознания нежелательных, противоречащих алкогольной позиции фактов.

3. **Приступы ревности.** Алкоголика преследуют приступы необъяснимой ревности. Он может обвинять жену в неверности абсолютно без всяких на то оснований.

4. **Не поддающиеся объяснению страхи.** Алкоголик начинает испытывать постоянное чувство тревоги и страха, он каждый момент опасается, что что-нибудь ужасное должно сейчас случиться.

5. **Дрожь в теле и руках.** Алкоголь начинает оказывать отравляющее воздействие на подкорковые ядра, регулирующие тонус скелетных мышц. В результате развивается дрожание конечностей – тремор. Тяжелые поражения мозга могут приводить к развитию потерь сознания с судорожными припадками (алкогольная эпилепсия).

6. **Психомоторная заторможенность.** Поражается не только центральная, но и периферическая нервная система. Нарушаются даже простые движения, они становятся скованными и нескоординированными.

Джеллинек считал, что большинство больных алкоголизмом, нуждающихся в лечении, страдают запойной формой этого заболевания. А важнейшим, **стержневым симптомом запойного алкоголизма является симптом утраты количественного контроля.** Специалисты на Западе нередко называют этот важнейший признак симптомом Джеллинека (потеря контроля во время выпивки – «Loss of control on drinking»).

Утрату количественного контроля в беседе с больным целесообразно представить метафорически как явление, которое не может быть частичным. Если потерян контроль, то выпивать умеренно не получится. Что, например, если поднести зажженную спичку к канистре с бензином? Погорит и прекратится? Конечно, нет! В результате воспламенения канистра выгорит дотла.

Механизм включения этилового спирта в обмен веществ можно сравнить с принципом электрохимической реакции. Представим себе сосуд с водой, в которую погружены два электрода, соединенные в цепи с батареей и электрической лампочкой. Поскольку чистая вода практически не пропускает электричество, цепь остается разомкнутой, ток остановлен. Но вот мы берем горсть соли и бросаем ее в воду. Вода мгновенно превращается в проводник, в цепи начинается движение тока и лампочка загорается!

Универсальность потери контроля у больного независимо от выпитой дозы спиртного можно метафорически

представить как реакцию брожения. Если на стол поставить банку свежего сока и бросить в нее горсть дрожжей, то быстро начинается реакция брожения и сок превращается в брагу. А что, если бросить совсем чуть-чуть, маленькую щепотку? Реакция, хоть и медленно, но начнется. Потому что реакция брожения – это цепной химический процесс, протекающий с ускорением и приводящий к фатальным последствиям независимо от количества вещества, его инициировавшего. Точно так же, как при ошибочно поднятых при испытании графитовых стержнях ядерного реактора, уже невозможно было остановить цепную реакцию, за которой последовала Чернобыльская катастрофа.

Потеря контроля за количеством выпитого алкоголя, а вслед за ней утрата контроля за поведением и ситуацией, являются важнейшими звеньями алкогольного запоя. Однако алкоголизм не всегда протекает в форме запоя, когда после массивной алкоголизации следует период полного воздержания от спиртного. Нередко мы наблюдаем у больного стремление ежедневно употреблять то или иное количество вина или пива без тенденции к сильным срывам. Потребители водки чаще всего отличаются склонностью к запоям. В связи с такими различиями, обусловленными преимущественно крепостью потребляемого алкоголя и социо-культуральными особенностями разных стран, Джеллинек сформулировал положение о видах алкогольной зависимости. Наиболее распространенные виды, согласно классификации Джеллинека, следующие:

Альфа-алкоголизм. Распространен в южноевропейских странах (Франция, Испания, Италия, Греция) и южных республиках бывшего СССР, где постоянное употребление легких вин является элементом национальных культур. Проявляется в употреблении слабоградусных виноградных вин практически ежедневно «для аппетита» и «для настроения». В состоянии опьянения человек весел, деятелен и энергичен. А когда спиртного в организме нет, то развивается упадок настроения и сил. Желание жить и работать напрямую зависит от потребленной дозы легкого вина. Данная форма заболевания наиболее мягкая и прогностически относительно благоприятная. Человек не напивается до тяжелого отравления, поэтому и последствия менее тяжелы. Но со временем ему требуется уже не один, а два, три, четыре бокала вина, то есть толерантность неуклонно возрастает. Психика, хоть незаметно, постепенно, также меняется по алкогольному типу.

Нарушения психики при алкоголизме характеризуются целым рядом проявлений (М.Е.Бурно, 2000), к которым относятся:

- снижение уровня личности (бедность, скудность личности, нарушение способности к творчеству, нравственное снижение, душевная блеклость, огрубление с некоторым благодушием и безразличием ко всему, кроме спиртного);
- неспособность критически относиться к своему пьянству и поведению;
- оживление в разговоре о подробностях выпивки и закуски (данный признак, на который указал еще в 1912 г. Эмиль Крепелин, очень полезен при диагностике болезни у трезвого мрачного алкоголика, скрывающего свое пьянство: если заговорить с ним о том, какую водку он предпочитает пить, то больной оживляется, с улыбкой и блеском в глазах охотно разговаривает на такую близкую и приятную для него тему);
- алкогольный жаргон и «ужимки» – различные жесты и телодвижения (вспомним знаменитый щелчок пальцем под подбородок), а также словечки и шутки, выказывающие принадлежность человека к алкогольной среде;
- алкогольная психопатизация, незаметно перерастающая в деградацию (вследствие постоянного токсического воздействия алкоголя на мозг страдают в первую очередь наиболее сложно организованные структуры коры головного мозга, из-за чего растормаживается подкорка, нарушается произвольный контроль над эмоциями, обнаруживаются приступы раздражительности, злобные аффективные взрывы, грубое агрессивное поведение).

Деградация личности при алкоголизме является следствием экзогенно-органического поражения мозга (экзогенный – то есть имеющий внешнее происхождение; органический – означает вызывающий разрушение органа, в нашем случае – головного мозга). Однако при альфа-алкоголизме, за счет того, что воздействие легким вином менее токсично, негативные последствия болезни мягче, не столь бросаются в глаза.

Бета-алкоголизм. Этот вид алкоголизма также связан с определенной географической локализацией и социокультурными традициями. Наиболее распространен в странах центральной Европы (Германия, Чехия, Австрия и др.), где традиционно употребляют пиво. Пиво употребляют из большой кружки, однако не залпом, а медленно, смакуя. Токсические эффекты воздействия

пива на мозг, как и воздействия слабого вина, не столь сильны, как при употреблении крепкого алкоголя. Поэтому эпизодов потери контроля с последующим похмельным синдромом практически не бывает. Но со временем толерантность у пьющего постепенно растет – он употребляет все больше пива или переходит на более крепкие его сорта. Проявляются осложнения со стороны внутренних органов и сердечно-сосудистой системы, снижается сопротивляемость инфекциям и соматическим заболеваниям. Считается, что пивные алкоголики до серьезных нарушений психики и деградации личности попросту не доживают, а погибают от соматических осложнений. В связи с этим бета-алкоголизм иногда называют «соматопатическим пьянством», то есть пьянством с вредом для здоровья. Иногда пивной алкоголик по мере прогрессирования заболевания переходит на более крепкие напитки, и тогда можно вести речь уже о гамма-алкоголизме.

Гамма-алкоголизм. Считается, что приблизительно 90% больных, находящихся в поле зрения наших наркологов, страдают именно этой формой зависимости. Больные употребляют крепкие напитки: чаще всего водку и крепленые вина, а также коньяк, виски, ром. Наблюдается быстрая утрата количественного контроля (синдром Желлинека здесь появляется очень быстро, спустя 3-5 лет, а иногда и раньше). Механизм утраты контроля в общих чертах заключается в том, что вследствие повышения толерантности состояние алкогольной эйфории возникает только при употреблении доз алкоголя, токсически воздействующих на участки лобной коры, ответственной за произвольную регуляцию психических функций. В результате вместе с приходом эйфории, а иногда и раньше, пациент теряет контроль за поведением и ситуацией. Формируется стиль употребления алкоголя в виде запоя, который может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев. Результат тяжелых запоев – деградация личности и алкогольные психозы. Запойный алкоголизм считается наиболее тяжелой формой болезни, быстро приводящей к разрушению здоровья и социальной дезадаптации.

Подытоживая все сказанное выше, можно констатировать, что алкоголизм независимо от его вида характеризуется повышением толерантности к алкоголю (со временем требуется большее количество спиртного или наблюдается переход на более крепкие напитки), симптомами психической привязки (желания вновь и вновь воспроизводить приятное состояние опьянения) и признаками физического недомогания при прекращении употребления спиртного (комплексом физических, неврологических и соматовегетативных нарушений). Учитывая перечисленные выше

важнейшие проявления, можно сформулировать наиболее точное определение данной болезни.

Алкоголизм – это хроническое прогрессирующее заболевание вследствие употребления алкоголя, выражающееся в измененной реактивности, развитии физической и психической зависимости.

Измененная реактивность, физическая и психическая зависимость являются тремя составляющими большого наркоманического синдрома. Только при наличии этой триады можно говорить о том, что злоупотребление алкоголем трансформировалось в болезнь зависимого поведения – алкоголизм.

Измененная реактивность – это, прежде всего, повышение толерантности к алкоголю. Толерантность представляет собой устойчивость, степень переносимости алкоголя организмом. О толерантности можно судить с точки зрения двух ее уровней.

Первый уровень – это та доза алкоголя, которая вызывает первые субъективные и внешние признаки его воздействия: головокружение, прилив тепла, покраснение кожи, онемение конечностей, ускоренная или смазанная речь, суетливость и др. Хотя толерантность может быть разной и зависит от врожденных особенностей метаболизма, пола, возраста, мышечной массы, но у человека непьющего даже 30-50 г крепкого алкоголя могут вызвать указанные реакции. По мере того, как человек привыкает к спиртному, уже гораздо более значительные дозы требуются для появления признаков опьянения.

Второй уровень толерантности – это то количество алкоголя, которое вызывает токсические эффекты опьянения. Здесь главный индикатор – рвотный рефлекс. У непьющего человека рвота может наступить после употребления 200-300 г крепкого алкоголя. У пьяницы рвотный рефлекс бывает после гораздо большей дозы, а затем и вовсе происходит его утрата. Тогда индикатором толерантности может быть та доза спиртного, которая «валит с ног» алкоголика. Такое токсическое состояние называют «опой» – алкоголик падает без сил в пьяное забытие. В случае максимальной толерантности больной алкоголизмом может выпить от 2 до 6-8 (!) бутылок водки за один вечер «в хорошей компании и под хорошую закусу», пока не потеряет сознание.

Когда у пациента наблюдается высокая толерантность, с ним целесообразно обсудить проблему минимальной смертельной дозы алкоголя. Здоровый человек весом 70 килограмм, который совсем не

употреблял спиртное или делал это крайне редко, умирает после выпитых 400 г чистого спирта (или 2-х бутылок водки). У алкоголика толерантность возрастает в несколько раз, и смертельная доза может не вызывать даже выраженного опьянения. Уместно здесь проводить аналогию с героиновыми наркоманами, у которых со временем также наблюдается повышение потребляемой дозы наркотика в 10-15 раз. Это свидетельствует об общности механизмов алкогольной и наркотической зависимости.

Измененная реактивность проявляется в основном в повышении толерантности к алкоголю, но только этим не исчерпывается. К измененной реактивности можно отнести изменение картины опьянения, утрату контроля за количеством выпитого (симптом Желлинека), утрату защитных реакций, важнейшая из которых – рвотный рефлекс, симптом «обвала дозы» (когда действие алкоголя не ощущается, а затем при повышении дозы опьянение нарастает лавинообразно) и целый ряд эффектов в ответ на прием алкоголя, которых не было изначально, но они стали проявляться по мере формирования зависимости.

Физическая зависимость – это, прежде всего, абстинентный синдром и стремление избавиться от него путем повторного приема алкоголя.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) — это комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительного и массивного пьянства.

Абстинентный, или похмельный синдром, был впервые описан и так назван советским психиатром Самуилом Григорьевичем Жислиным (1898-1968). На заседании Московского общества невропатологов и психиатров в 1929 г. он сделал доклад, в котором сказал следующее: «У каждого алкоголика рано или поздно наступает важнейший в алкогольной биографии момент возникновения абстинентных, или похмельных явлений, отличительным признаком которых является то, что они могут быть устранены или смягчены лишь повторным введением известной дозы алкоголя» (цит. по Бурно М.Е., 2000).

Абстинентный синдром характеризуется целым рядом расстройств, присущих любому отравлению (интоксикации). К таким симптомам относятся головная боль, головокружение, астения, чувство разбитости, жажда, обложенность языка, тошнота, вздутие живота, жидкий стул, повышение

артериального давления, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение и др.

Но абстинентный синдром не исчерпывается только этими симптомами отравления. От токсического синдрома его отличает наличие вторичного патологического влечения к алкоголю с сильным желанием выпить спиртное (опохмелиться), внутренним напряжением, раздражительностью, дисфорией, подавленностью, двигательным беспокойством. Кроме того, в рамках абстинентного синдрома наблюдается прерывистый, поверхностный, тревожный сон, яркие, беспокойные, пугающие сновидения, вздрагивание, гиперактузия, отдельные слуховые и зрительные обманы, слуховые галлюцинации при засыпании (гипнагогические галлюцинации), идеи отношения и виновности, крупный тремор всего тела или рук, век, языка, нистагм, потливость, тахикардия, возможны эпилептические припадки.

Выделяют несколько клинических вариантов синдрома (Тиганов А.С., 1999):

Нейровегетативный вариант — это базовый вариант, наблюдаемый в любом случае ААС и способный «обрастать» дополнительной симптоматикой. Такой вариант ААС характеризуется плохим сном, астенией, вялостью, потливостью, отечностью лица, плохим аппетитом, жаждой, сухостью во рту, повышением или понижением артериального давления, тахикардией, тремором пальцев рук.

Церебральный вариант определяется в том случае, если нейровегетативные нарушения сопровождаются сильной головной болью с тошнотой, головокружением, гиперактузией, резким вздрагиванием, обмороками, эпилептиформными припадками.

При *висцеральном, или соматическом варианте* преобладают боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм, жидкий стул, желтушность склер, стенокардия, сердечная аритмия, одышка.

Психопатологический вариант ААС сопровождают суицидальные мысли и поведение, тревога, страх, подавленность, дисфория, идеи отношения и виновности, тотальная бессонница, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзорные обманы, яркие «приключенческие» сновидения, просночные состояния с временной дезориентировкой в окружающем.

Таким образом, в структуре абстинентного синдрома выделяются два компонента: симптомы отравления (интоксикации) и признаки вторичного влечения к алкоголю. Вторичное влечение носит непреодолимый витальный характер. Вторичное влечение, которое является проявлением физической

зависимости, следует отличать от первичного, связанного с психической зависимостью.

Психическая зависимость – это психологический дискомфорт и навязчивое (обсессивное) влечение к употреблению алкоголя, это первичная тяга, в отличие от вторичной, которая начинается после первой выпитой рюмки и является уже непреодолимой.

Иными словами, психическая зависимость – это желание воспроизвести переживаемое ранее приятное психологическое состояние, а физическая зависимость – это стремление снять неприятные физиологические нарушения в организме.

При алкоголизме мы имеем дело в широком смысле с неспособностью к воздержанию (английский аналог этого термина – inability to abstain). Можно полагать, что индивидум не может (когда пьет запоем) или не хочет воздерживаться от употребления этанола, употребляя его понемногу, но постоянно. Важное практическое значение поэтому имеет выделение **двух форм хронического алкоголизма – запойной и непрерывной.**

Склонность одних больных к постоянной, а других к запойной форме алкоголизма связана в большей степени с конституциональными особенностями организма.

Существует мнение, что к постоянной алкоголизации тяготеют люди астенического телосложения, неуверенные в себе, склонные к уединению, апатии, быстрой утомляемости и истощаемости. С другой стороны, есть достоверные сведения о том, что у бывших спортсменов и людей с большой мышечной массой чаще развивается именно запойная форма алкоголизма. Одной из главных причин этого как раз и является мышечная масса. «Энергетические станции» мышц, митохондрии – это специальные тельца, которые осуществляют окисление различных веществ, в том числе и алкоголя, и дают за счет этого энергию мышцам. У спортсменов митохондрии в мышцах присутствуют в большом количестве. Поэтому расщепление алкоголя в организме с развитой мышечной массой идет быстрее, человек может выпить большую дозу алкоголя, что быстрее приводит к потере контроля и запою. Та же причина влияет и на народы севера, у которых окислительные процессы в мышечной ткани развиты из-за необходимости получать для организма больше тепла. Формируется так называемый «северный стиль» употребления

алкоголя, когда люди предпочитают крепкие алкогольные напитки и быстрее спиваются.

Запойные алкоголики не считают себя больными потому, что после многодневного срыва могут некоторое время воздерживаться от спиртного. Такой пациент всегда может вспомнить ситуацию, когда удавалось немного выпить и остановиться, опровергая, таким образом, доводы врача о потере количественного контроля. Но если разобраться, то такая ситуация могла быть уже давно (когда и не было еще болезни), и обстоятельства складывались так, что больше не выпьешь (например, жена была рядом и «держала за руку»). Были и такие моменты, когда выпивал чуть-чуть, останавливался, на следующий день похвалил себя, «вот какой я молодец, могу же остановиться», выпил снова и потерял контроль...

Можно представить такую ситуацию образно, как торможение автомобиля в сильный гололед на большой скорости. Что, если сидя за рулем резко ударить по тормозам? Вполне возможно, что пронесет, покрутит-покрутит машину, да и остановит. Но скорее всего машина разобьется, вылетев в кювет или, что еще хуже, столкнувшись со встречным транспортом. Здесь благоприятный исход можно рассматривать как исключение. А исключение только подтверждает правило, которое в данном случае гласит: контроль потерян! Нет тормозов! И если в автомобиле можно заменить тормозные колодки и поехать дальше, то у алкоголика «изношенные тормоза» не поменяешь. Надо остановиться. И бессмысленно надеяться на то, что удастся меньше выпивать, знать меру или постепенно отвыкать. Это абсолютно нереально.

Непрерывно (то есть почти ежедневно) пьющие также отрицают у себя болезнь, утверждая, что не напиваются. Где же здесь утрата количественного контроля? Однако в большинстве случаев у таких больных также имеются срывы, но небольшие, в виде опоев (когда больной напивается до потери сознания, до «отключки») и микрозапойов (2-3 дня интенсивной алкоголизации, связанной чаще с выходными или праздниками), а затем снова выпивает по чуть-чуть и каждый день. В таком случае можно условно говорить о **смешанной форме** алкоголизма.

Больному необходимо объяснить, что запойная или непрерывная формы – это «две стороны одной медали». Это две разновидности болезни. Любая серьезная болезнь может протекать

в одной из таких форм. Например, у гипертоника артериальное давление может быть постоянно повышенным, а возможны гипертонические кризы, когда оно начинает зашкаливать. Язва желудка может постоянно ныть и беспокоить, а бывает так, что протекает приступами, сезонно, в виде тяжелых обострений, когда пациент может даже попасть на операционный стол. Непрерывная, или смешанная форма считается даже более тяжелой, чем запойная. После запоя, который заканчивается тяжелым отравлением и депрессией, алкоголик испытывает раскаяние и чувство вины. В это время критика к своему положению хотя бы частично, но присутствует. Те же больные, которые постоянно находятся «под допингом», упорно отрицают проблему и категорически отказываются от помощи.

Однако нежелание воздержаться от алкоголя при непрерывной форме алкоголизма вовсе не говорит о том, что мы имеем дело с плохим человеком, слюняем или негодяем, который не желает взять себя в руки или совсем не понимает, что лучше бы бросить пить. Больной испытывает сильное первичное влечение (тягу) к алкоголю, которая носит навязчивый (обсессивный) характер. Эта тяга ситуационная, усиливается при стрессе, утомлении, при голоде, нахождении в компании пьющих.

Но нельзя также и согласиться с доводами больного, что если бы не стрессы и не дружки, то и желания выпить не было бы. Стрессы только усиливают болезненные симптомы, которые протекают все-таки по своим внутренним законам.

Можно сравнить потребность в алкоголе (тягу) с другими известными потребностями – в пище, воде или кислороде. Это наши естественные потребности, без которых жить нельзя. А потребность в алкоголе – искусственная, от которой можно и нужно избавиться.

Хорошим примером здесь может быть такой случай длительного голодания. Один молодой человек, работавший врачом-психиатром в больнице, решил избавиться от лишнего веса, который у него был большой, около 50 килограмм. Применил методику полного голодания, пил только воду и ежедневно ставил себе клизмы для очистки кишечника. При этом ежедневно ходил на работу. По его рассказам, в первые дни он испытывал сильнейший голод и дискомфорт. Однако через несколько дней это прошло, и уже запахи пищи, когда сослуживцы разворачивали в обед свои бутерброды, не раздражали как прежде. Аппетита не стало. И только после трех недель он решил прекратить голодание, так как из-за сильной

слабости уже не мог выполнять свои служебные обязанности. Да и результат был достигнут: избавился от лишних килограммов, да в придачу еще и бросил курить. О чем говорит эта история? О том, что даже такую фундаментальную потребность в еде можно подавить, а алкогольную и подавно.

А если рассуждать о запойном алкоголизме, то его механизмы можно сравнивать с аллергиями. И уместной здесь может быть история также из жизни врача, хирурга, который проработал много лет, любил свою профессию, но вынужден был ее оставить. Причиной послужила экзема, аллергическое заболевание рук. Постоянное мытье рук перед операцией дезинфицирующими растворами привело с годами к все более прогрессирующей аллергической реакции на эти растворы. Работать по специальности стало невозможно. Но жизнь на этом не закончилась. Человек переквалифицировался и успешно работает в другой врачебной специальности. Или можно здесь вспомнить истории людей, страдающих аллергией на пыльцу растений, которые, чтобы избавиться от болезни, переезжают в другой климатический пояс и таким образом полностью избавляются от заболевания.

Еще одним важным признаком болезни следует считать стадийность ее течения. Если не лечить алкоголизм, то он неуклонно прогрессирует, приводя к инвалидизации и гибели. А.А.Портнова и И.Н.Пятницкий (1973) выделяют следующие стадии болезни.:

I стадия, начальная, или неврастеническая, в которой появляется влечения к алкоголю и состоянию опьянения – психическая зависимость. Постепенно растет толерантность – устойчивость к принимаемым дозам алкоголя. Вне состояния опьянения наблюдается астенический симптомокомплекс: повышенная утомляемость, раздраженность, эмоциональная лабильность, бессонница, раннее утреннее пробуждение и т.д. На этой стадии изменяется форма употребления алкоголя, наблюдается переход от эпизодического к систематическому его приему. Диагноз этой стадии авторы устанавливают на основании двух ведущих признаков наркоманического синдрома: психической зависимости и измененной реактивности (повышении толерантности).

II стадия, средняя, или наркоманическая, которая сопровождается нарастанием влечения к алкоголю, измененной формой опьянения (частые амнезии), а главное — потерей контроля, появлением абстинентного синдрома, псевдозапойным пьянством. На этой стадии появляются определенные, характерные, более выраженные нарушения психики, поражение внутренних органов и нервной системы. Утрата количественного контроля вначале носит частичный характер. Это – вторая А стадия алкоголизма. Еще существует пороговая доза (чаще всего до 100-150 г водки), не перешагнув которую человек еще имеет шансы не уйти в запой. Запой продолжают чаще всего недолго, 2-3 дня, и называются микрозапоями, или псевдозапоями. Человек утверждает, что в «приличной компании» может сдержаться, выпив чуть-чуть, а в компании себе подобных срывается.

Со временем пороговая доза теряется и больной переходит во вторую Б стадию с развитием истинных алкогольных запоев. Глоток спиртного вызывает запой, который продолжается чаще всего 1-2 недели до развития состояния, которое называется интолерантность, то есть непереносимость алкоголя. В организме накапливается столько алкогольных ядов, происходит такое отравление, что человека просто выворачивает наизнанку, пить он уже просто не может. Потом несколько дней и ночей страдает – мучают бессонница, кошмары, бросает то в жар, то в холод, то в пот. Когда через несколько дней симптомы отравления проходят и человек, казалось бы, приходит в норму, норма эта не полная. Остается подавленность, апатия, раздражительность, перепады настроения, нервозность, вспыльчивость. Человек избыточно реагирует на стрессы. Нервная система, пораженная запоем, перевозбуждена, не может эффективно освобождаться от стресса. Мозг работает как аккумулятор, заряжается стрессом, а затем снова дает «разрядку» в виде запоя. Многие жены запойных алкоголиков утверждают, что чувствуют то время, когда муж готов пойти напиться – он становится злым, раздраженным, то не так, это не так, затем «махнет на все рукой» и напьется!

У алкоголиков с непрерывной формой заболевания в первую очередь проявляется утрата контроля за ситуацией, утрата количественного контроля на втором месте. Вторая А стадия алкоголизма характеризуется тем, что человек еще удерживается в социальных рамках, например, выпивает только по вечерам, а утром в относительно нормальном состоянии идет на работу. Вторая Б стадия у непрерывно пьющего характеризуется полной утратой контроля, человек уже не может держать себя в социальных рамках, находится все время под действием наркотика,

коим является для него алкоголь. Постоянное употребление алкоголя сочетается с частыми срывами, когда человек напивается или уходит в запой. Однако такой запой обычно короткий, после чего алкоголик снова начинает «пить понемногу».

III стадия, финальная, или энцефалопатическая, при которой развивается деградация личности, уменьшается выносливость к алкоголю (падает толерантность в основном из-за физического истощения и поражения внутренних органов), отмечаются более тяжелые нервно-психические нарушения и заболевания внутренних органов и нервной системы, чаще возникают алкогольные психозы. Неизбежна социальная дезадаптация – разрыв связей с окружающим миром, потеря семьи и работы. Можно условно выделить здесь две формы алкоголизации. При сильном одряхлении организма возможна непрерывная форма алкоголизации небольшими дозами (в таком случае говорят, что человек превратился в «алкогольного наркомана»). Другой вариант – тяжелые гигантские запои по месяцу и более с последствиями в виде психозов и алкогольной эпилепсии. И в том, и в другом случае прогноз для жизни является одинаково плохим.

Глава 5.

Соматические и психические осложнения

Злоупотребление алкоголем способствует развитию соматических и психических заболеваний, прямо или косвенно является одной из важнейших причин смертности населения. По данным ВОЗ алкоголизм и связанные с ним заболевания как причина смерти уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Статистика этой связи очень приблизительная, так как далеко не все случаи фиксируются по разным причинам, например, по просьбе родственников. Если представить рейтинг наиболее частых причин смерти алкоголиков, то в четверку «победителей» входят следующие:

1. Случайные отравления алкоголем и его суррогатами;
2. Кардиомиопатия;
3. Цирроз печени;
4. Панкреанекроз.

Нередко бывает так, что именно авторитетное информирование специалистом о болезни, подкрепленное результатами лабораторных и инструментальных исследований, становится весомым аргументом в пользу обращения за помощью к

специалистам. Рассмотрим основные признаки и исходы указанных осложнений.

Алкогольная кардиомиопатия (или миокардиодистрофия) обусловлена непосредственным токсическим воздействием этанола на ткани сердца. Больной обращается в поликлинику с жалобами на общую слабость, одышку при ходьбе, отеки на ногах в конце дня, тахикардию или аритмию, боли в области сердца. Ряд изменений на электрокардиограмме и увеличение сердца на рентгеновском снимке подтверждает диагноз. Выделяют «классическую» форму кардиомиопатии, которая приводит к гибели от сердечно-легочной недостаточности, «ишемическую» форму, когда преобладают загрудинные боли и дело может закончиться инфарктом миокарда, а также «аритмическую» форму, при которой развивается мерцательная аритмия и в дальнейшем смерть от внезапной остановки сердца. Каждая из этих форм чрезвычайно опасна. В случае продолжения алкоголизации прогноз для жизни пьющего – неблагоприятный.

Заболевания печени очень характерны для алкоголизма. Выделяют три нарастающих по степени тяжести формы патологии печени при алкоголизме: жировая дистрофия, гепатит и цирроз. При прогрессировании алкоголизма эти формы могут последовательно сменять одна другую.

Жировая дистрофия печени наблюдается почти у всех хронически злоупотребляющих алкоголем. Ее проявления стертые, больные либо ни на что не жалуются, либо предъявляют жалобы на чувство переполнения желудка, частые поносы и метеоризм. Лабораторные и инструментальные данные указывают лишь на незначительные изменения функциональных печеночных проб, инфильтрацию печеночных клеток каплями жира и незначительное увеличение размеров печени.

Алкогольный гепатит протекает хронически с симптомами тяжести в правом подреберье, отрыжкой, частой тошнотой, диареей и метеоризмом. Печень увеличена, плотная и слегка болезненна при ощупывании. При лабораторном исследовании на патологию указывает повышение концентрации в крови печеночных ферментов: аминотрасфераз (АСТ – аспартатаминотрансферазы и АЛТ – аланинаминотрансферазы) и щелочной фосфатазы. Ситуация ухудшается после каждого алкогольного срыва, а спустя некоторое время несколько улучшается. Но после очередного сильного алкогольного эксцесса гепатит может перейти в цирроз печени.

При *циррозе печени* все лабораторные пробы указывают на еще более выраженную патологию. Резко повышена активность аминотрансфераз и щелочной фосфатазы. У больного наблюдается стойкая анорексия, утомляемость, подавленное настроение и апатия. На коже появляются розовые сосудистые звездочки, исчезающие при надавливании. Отмечается похудание, выпадение волос, гинекомастия, снижение полового влечения. Печень увеличена в размерах, плотная, имеет острый край. В результате массивной гибели и распада печеночных клеток на их месте разрастается соединительная ткань, то есть, попросту говоря, формируется рубец. Соединительная ткань сдавливает печеночные сосуды, в том числе воротную вену, приносящую кровь в печень из кишечника. В результате развивается застой крови и асцит (скопление жидкости в брюшной полости). На фоне резкого похудения и истощения отмечается увеличение размеров живота. Кожные покровы имеют либо желтушный цвет (из-за повышенного в крови билирубина, поступающего из разрушенных печеночных клеток), либо землисто-сероватый оттенок вследствие повышенного содержания меланина. В дальнейшем развивается печеночная недостаточность и кома с неотвратимым смертельным исходом.

Заболевания поджелудочной железы при алкоголизме проявляются в форме острого и хронического панкреатита. Больной жалуется на боли преимущественно в левой стороне живота, отдающие в спину. Характерны также снижение аппетита, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул. При обострении процесса боли резко усиливаются, становятся опоясывающими, повышается температура тела, возникает многократная рвота. В крови отмечается повышение фермента диастазы, на снимках наблюдается обызвествление протоков поджелудочной железы и разрастание в ней соединительной ткани. На этом фоне после очередного «возлияния» возможно массивное разрушение вследствие ферментативного самопереваривания поджелудочной железы (панкреанекроз) с развитием перитонита, острой сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной недостаточности и смерти буквально в течение нескольких часов.

Алкогольные психозы в рейтинге причин смерти уступают соматическим осложнениям, но тема эта не менее важная. Психозы развиваются на поздних, второй и третьей, стадиях алкоголизма и свидетельствуют о тяжелых органических поражениях мозга. Алкогольный психоз свидетельствует не просто об алкоголизме, а об осложненном алкоголизме. Хотя такие больные к своему состоянию, как правило, не критичны. Совсем нелепой может

показаться позиция больного, который, выйдя из алкогольного психоза, заявляет, что он категорический противник каких-либо лекарств, так как они могут негативно сказаться на его психике. В таком случае следует убедительно показать, что алкогольный психоз является следствием массивного разрушения мозговой ткани, такого, как мы наблюдаем при тяжелых травмах мозга или при нарушениях мозгового кровообращения. В первом случае развивается травматическая энцефалопатия, а во втором сосудистая. В нашем случае в результате тяжелых алкогольных отравлений развивается токсическая энцефалопатия. Механизмы всех энцефалопатий сходные – это органическое поражение мозга. Исход также один и тот же – слабоумие.

Знания об алкогольных психозах важны также по причине того, что человек в этом состоянии нуждается в госпитализации. В состоянии психоза наблюдаются тяжелые нарушения психических функций, потеря контакта с реальной действительностью, дезорганизация деятельности вплоть до грубого нарушения критики и асоциального поведения. Поэтому только в условиях стационара может быть обеспечена изоляция, необходимое наблюдение и медикаментозное лечение больного.

Среди алкогольных психозов, наиболее часто встречающихся в практике медицинского работника, следует отметить алкогольный делирий, алкогольные галлюцинозы и параноид, корсаковский психоз и патологическое опьянение.

Алкогольный делирий (белая горячка, дрожащий делирий, *delirium tremens*) впервые был описан в 1809 году. Около 80% всех алкогольных психозов представлены белой горячкой. «Белой» – потому что кожные покровы больного выглядят крайне бледными, «горячкой» – потому что отмечается повышение температуры тела. Психоз развивается после очередного продолжительного запоя. Если запой не прекращается 3-4 недели и более, то вероятность делирия очень высока. Важную роль в механизмах психоза играют выраженная интоксикация, нарушение детоксикационной функции печени, нарушение водно-электролитного баланса с отеком мозга. Провоцирующими факторами являются травмы головы, воспаление легких, воспалительные процессы в печени и почках. Делирий развивается обычно на 3-4 сутки с момента последнего употребления спиртного на фоне выраженного абстинентного синдрома и отворачивания к алкоголю. Вначале наблюдается предделириозное состояние – бессонница в течение 2-3-х ночей, страх, беспокойство, дрожание рук и всего тела, вегетативные нарушения – потливость, тахикардия, колебания артериального давления. Затем, как правило, в вечернее или ночное время суток, возникает

наплыв зрительных иллюзий и галлюцинаций устрашающего характера с отрывочными бредовыми идеями и психомоторным возбуждением. Галлюцинации, как правило, черно-белые, микропсии (уменьшенные в размерах), чаще зоопсии – крысы, мухи, тараканы и др. мелкие животные. Раньше чаще черти (были более религиозны). Могут быть и «голоса». Часто бывают тактильные галлюцинации – ротоглоточные галлюцинации инородного тела (провода, иглы во рту, части животных – лапки, усики, хвостики – пытаются вытянуть их изо рта). Движения и мимика больных соответствуют переживаемому – спасаются, пытаются уничтожить их. У больного повышена температура тела, печень увеличена, нередко сильные опоясывающие боли из-за сопутствующего панкреатита. Смерть может наступить из-за сопутствующих соматических осложнений. Частота смертельных исходов алкогольного делирия составляет 3-5%.

В ряде случаев может наблюдаться лишь так называемый абортный делирий со стертой симптоматикой. Тогда на фоне тревоги и напряженности, бессонницы и соматовегетативных проявлений выраженного абстинентного синдрома отмечаются искажения зрительного восприятия реальных предметов (иллюзии и психосенсорные расстройства, «мультики», когда больной закрывает глаза и видит калейдоскопически сменяющиеся зрительные образы, но без галлюцинаций. Возможны так называемые парейдолии, такие искажения восприятия, когда глядя на узоры обоев или лепнины больные видят в них ухмыляющиеся лица, фигуры животных и другие объекты. Длятся такие нарушения восприятия 1-3 дня и затем проходят, но явления абстинентного синдрома выражены еще несколько суток.

Развернутый делирий продолжается в течение 1-2-х недель. В процессе выздоровления больной отмечает вялость, разбитость. Характерна повышенная внушаемость. Галлюциноз, уже отсутствующий в этот период, можно спровоцировать, если показать больному чистый лист бумаги и спросить, что там написано (симптом Райхардта). Можно предложить послушать выключенный телефон (симптом «мнимого телефона» Ашаффенбурга). Обострение зрительных галлюцинаций может вызвать надавливание на глазные яблоки (симптом Липмана). При выздоровлении наблюдается глубокий длительный сон, после которого наблюдается вялость, разбитость и подавленность.

Острая энцефалопатия Вернике развивается чаще всего при неблагоприятно протекающем делирии. Клиническая картина заболевания проявляется:

- психотическими симптомами: помрачением сознания, бессвязностью речи, возбуждением в пределах постели;
- неврологическими проявлениями: глазодвигательными нарушениями (нистагм, косоглазие, диплопия), мозжечковой атаксией с нарушениями координации движений, менингеальными симптомами, насильственными движениями (гиперкинезами) и судорожными припадками;
- соматическими осложнениями: гипертермией, снижением давления, поверхностным и учащенным пульсом, аритмией (что при наличии часто сопутствующей кардиомиопатии может привести к остановке сердца), ломкостью сосудов.

Продолжительность энцефалопатии может быть до нескольких недель. Летальный исход здесь значительно чаще – до 50%, в основном из-за присоединяющихся соматических осложнений. В благоприятном случае возможно выздоровление. Нередко энцефалопатия трансформируется в болезнь Корсакова (Корсаковский полиневритический психоз).

Алкогольная энцефалопатия может сопровождаться развитием атрофических процессов в мозжечке. Развивается **мозжечковая атаксия**, которая проявляется симптомами шаткой походки, головокружений, нарушением согласованности движений. Может протекать остро, дебютируя после длительной тяжелой алкоголизации и претерпевая обратное развитие при условии дальнейшей трезвости и адекватного лечения. В случае неблагоприятного течения наблюдается переход заболевания в хроническую форму и инвалидизация.

Корсаковский психоз. Описан в конце XIX века известным русским психиатром С.С.Корсаковым. Развивается обычно у лиц старше сорока лет после многолетнего злоупотребления алкоголем. Начинается чаще всего после тяжелых делириев со сложной симптоматикой, например, сочетающейся с вербальным галлюцинозом. Проявляется амнестическим синдромом и полиневритом. Амнезия фиксационная (то есть нарушено запоминание текущих событий), в то время как память на прошлые события не нарушена. Поэтому больной заполняет пробелы памяти конфабуляциями и псевдореминисценциями. В грубых случаях наблюдается амнестическая дезориентировка. Больной не ориентируется в месте и времени, на этом фоне наблюдается тревога, раздражение и ипохондрическое беспокойство. Неврологические расстройства проявляются обычно в виде полиневрита из-за поражения периферических нервных стволов, сопровождается атрофией мышц, нарушением чувствительности, ослаблением сухожильных рефлексов. При лечении и соблюдении режима

трезвости, особенно если пациент молодого или среднего возраста, самочувствие значительно улучшается. В более тяжелых случаях возможно прогрессирование расстройств с развитием слабоумия.

Алкогольный галлюциноз. Встречается реже – 7-8% всех алкогольных психозов. Может протекать остро (несколько дней) или хронически (месяцы и даже годы, больной с ним свыкается). На первом месте – вербальные галлюцинации при формально ясном сознании. Больной слышит голоса, которые говорят о нем в третьем лице – осуждают, ругают, оскорбляют. На основании голосов у больного возникают отрывочные бредовые идеи преследования, самообвинения. Тревожны, возбуждены, склонны к отчаянию и суициду (например, больной слышит голоса, которые обзывают его никчемным человеком, осуждают за пьянство и требуют, чтобы он выбросился из окна, моста, бросился под машину, спасает собака, которая не реагирует на голоса, что успокаивает самого больного).

Алкогольный параноид. Возникает обычно в виде бреда ревности, чаще у мужчин 35-40 лет, формируется постепенно. Вначале идеи появляются на фоне опьянения, а затем и вне его. Требуют от супруги признания в измене, обращаются в администрацию, предпринимают насильственные действия. Чем меньше доказательств, тем пышнее бред. Может длиться несколько месяцев.

Патологическое опьянение можно считать атипичной формой опьянения, а можно отнести к психотическому расстройству. Оно развивается после приема незначительных доз алкоголя. Наблюдается у лиц соматически ослабленных, перенесших инфекционные заболевания и черепно-мозговые травмы, а также у психопатов возбудимого круга. Возникает остро и грозит общественно опасными действиями со стороны больного.

Различают два варианта этого расстройства:

1. **Эпилептиформный** вариант с острым развитием сумеречного расстройства сознания с психомоторным возбуждением. При этом наблюдается тревога, гнев, импульсивная ярость. Поведение стереотипное, внешне больной может выглядеть нормально, но при этом иметь отрешенный взгляд.

2. **Параноидный** вариант проявляется острым возникновением бредово-галлюцинаторных расстройств. Больные стремятся избежать мнимой опасности, прибегают к самозащите от кажущихся преследователей.

Патологическое опьянение длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается полной амнезией. В редких

случаях может быть смутное воспоминание отдельных эпизодов. Заканчивается критическим сном. От простого алкогольного опьянения отличается тем, что развивается после приема малых доз алкоголя, критический сон с амнезией, не пытаются себя оправдать, а искренне переживают по поводу случившегося. Патологическое опьянение встречается очень редко и у одного человека обычно не повторяется.

У 20-30% больных алкоголизмом наблюдается **алкогольная полинейропатия (алкогольный полиневрит)**. Полинейропатия отличается от алкогольных психозов тем, что здесь нет продуктивной бредово-галлюцинаторной симптоматики или грубых нарушений сознания. Полинейропатия является следствием преимущественного поражения периферической нервной системы. Это результат повреждения нервных волокон. Длительное токсическое воздействие алкоголя и его метаболитов приводит к дегенерации аксонов. Кроме того, патологические изменения затрагивают оболочки нервного волокна и проявляются в виде демиелинизации, которая связана преимущественно с дефицитом витаминов группы В и никотиновой кислоты (результат поражений печени). В итоге нарушается нервномышечная проводимость. Клинически полинейропатия проявляется в первую очередь многообразными неприятными ощущениями: онемение, стягивание мышц, «ползание мурашек», боли по ходу нервных стволов, «подкручивание» мышц. Эти ощущения локализуются чаще всего в нижних конечностях. Ноги становятся слабыми, «ватными», периодически руки и ноги сводит. При неврологическом обследовании отмечается снижение мышечной силы, угнетение рефлексов, снижение чувствительности. Характерна шаткая походка, нескоординированные движения, отеки ног. Более половины больных алкогольной полинейропатией теряют трудоспособность из-за развития атрофии мышц и «алкогольного паралича».

Глава 6.

Особенности подросткового, женского, пивного алкоголизма

Рассмотрим особенности пивного, подросткового и женского алкоголизма с позиций биопсихосоциального подхода, указав на психологические, социокультуральные и медико-биологические механизмы этих *вариантов болезни*, утяжеляющие ее течение и ухудшающие ее прогноз. Выделение указанных вариантов алкоголизма достаточно условное, но имеет большое практическое значение.

Пивной алкоголизм

Особенности биологического воздействия пива на организм связаны с низкой концентрацией этилового спирта в этом алкогольном напитке.

Пивной алкоголизм развивается медленнее водочного или винного, но приводит к более сильной зависимости и разрушительным последствиям для организма.

Ввиду низкой концентрации этилового спирта в пиве опьянение при его употреблении наступает медленнее в сравнении, например, с водочным, которое достигает максимума быстро и сильнее выражено. Кроме того, опьянение от пива из-за относительно высокого содержания в нем воды не вызывает эффекта дегидратации, то есть сильного обезвоживания организма. А ведь именно обезвоживание усиливает токсические эффекты алкоголя. Поэтому пивные отравления протекают легче водочных. Смертельных случаев от пивного опоя просто не бывает, и абстинентный синдром протекает легче, чем после водки или вина. Создается ошибочное впечатление, что раз похмелье мягче, то и алкоголизма не будет. Но все как раз наоборот. Тяжелое состояние после пьянки – это расплата за содеянное, те физические страдания, которые фиксируются в сознании и сдерживают развитие психической зависимости. Когда расплата не столь сурова, зависимость сильнее. Влечение к водке или вину у алкоголика носит обычно ситуационный, временный (обычно связанный со стрессами или компаниями) характер, а тяга к пиву часто становится навязчивой, постоянной, как у наркомана к наркотику. Поэтому пивной алкоголизм гораздо труднее поддается психотерапевтическому лечению.

Пиво представляет опасность для здоровья человека. Удивляет бытующее в народе заблуждение о безвредности и даже пользе данного напитка. Ложные представления о пиве подогреваются недобросовестными производителями, которые для достижения максимальной выгоды запускают в средства массовой информации рекламные ролики, рассчитанные в основном на молодежь. Реклама формирует образ полезного веселящего напитка, бутылка которого в руках свидетельствует лишь о том, что молодой человек современен и крут. И ни слова о вреде и опасности пивного алкоголизма.

А между тем пагубные последствия пивного алкоголизма давно изучены и доказаны. Ряд интересных научных публикаций вышел у нас в конце 80-х годов, в разгар перестройки, когда принимались неуклюжие меры по борьбе с алкоголизмом. Люди среднего

и старшего возраста помнят, как резко подорожала водка и продавалась она ограниченно, только по талонам. Пиво оставалось относительно доступным и дешевым, в результате многие алкоголики перешли на его потребление, а через 2-3 года врачи отметили рост тяжелейших форм алкоголизма со смертельными исходами от сердечной недостаточности, инсультов и цирроза печени. Пивной алкоголизм по своим последствиям оказался гораздо страшнее винного или водочного.

Любители пива утверждают, что от него не спиваются, так как оно «очень слабое». Но даже простой арифметический подсчет показывает, что вовсе не слабое. В бутылке пива этилового спирта содержится в среднем 4-6 % – это около 25-30 г чистого алкоголя. Следует также учитывать, что реальный «градус» пива выше из-за того, что некоторые компоненты входящего в него хмеля являются психоактивными веществами и усиливают действие спирта. Поэтому 500 г обычного пива – это не менее 70 г водки. Таким образом, крепость полуторалитровой пластиковой бутылки пива, которая сущий пустяк для его любителя, равна не менее 210 г (почти полбутылки!) водки. Можно ли спиться, выпивая систематически по 210 г водки? Еще как!

Приведенный расчет касается самых слабых сортов пива. Но нужно учесть, что в последние годы пиво все больше крепчает, растет удельный вес сортов с крепостью уже более 10%. Предложение определяется спросом. А спрос на все более крепкие напитки растет именно потому, что люди спиваются этим пивом и, чтобы сильнее захмелеть, тянутся к более крепким сортам (вспомним, как в былые годы матерые пивные алкоголики предпочитали «ерш» – в пиво добавляли водку).

Некоторые любители пива утверждают, что пьют его не для того, чтобы опьянеть, а из-за вкуса. На предложение в таком случае пить безалкогольное пиво отвечают, что вкус у него, видите ли, какой-то не такой, похуже. Специально для них ученые провели убедительное исследование. Этим «гурманам» предлагали пробовать разные сорта пива вперемешку и определять, какое из них алкогольное, а какое нет. Но именно пробовать, по глоточку, чтобы исключить малейшее опьянение. В результате испытуемые путались в ответах и не могли точно определить, является пиво крепким, слабым, либо вообще безалкогольным. Таким образом, исследование подтвердило, что для пьяницы важен не вкус, а крепость алкоголя, потребность в которой растет по мере развития алкогольной зависимости.

Коварство пивного алкоголизма заключается в том, что на первых порах протекает он мягко и долгое время не приводит к

социальной дезадаптации, но после 10-15 лет алкоголизации приводит к тяжелым расстройствам здоровья. Поражения внутренних органов при пивном алкоголизме весьма серьезные и касаются в первую очередь сердца и печени. Пьяное сердце вынуждено перекачивать большие объемы жидкости. Оно увеличивается в размерах, гипертрофируется. Но не полноценно, как, например, у спортсмена, а патологически. Сердце растет за счет отложения прослоек жировой ткани и все больше слабеет. Оно становится дряблым и провисает как капроновый чулок, наполненный водой и, в конце концов, совсем теряет способность перекачивать кровь. Появляются отеки, одышка, человек слабеет и умирает от сердечной недостаточности. Бывает, что смерть происходит от остановки сердца на фоне аритмии. Чаще всего такая беда случается с потребителями долгоживущих сортов пива, которые разливают в банки и большие полиэтиленовые бутылки. Для повышения срока годности туда добавляют различные вредные консерванты. Например, кобальт, содержание которого в десятки раз превышает допустимые пределы нормы. Кобальт по своим химическим свойствам похож на кальций, ионы которого обеспечивают нормальную сократительную способность миокарда и ритмичную работу сердца. Кобальт замещает собой кальций, вытесняет его из сердечной мышцы, что приводит к развитию аритмий.

Печень под влиянием пива становится отечной, набухает, перерождается в жировую ткань, развивается хронический гепатит, то есть воспаление печеночных клеток, а затем и цирроз.

Железы внутренней секреции также отекают и воспаляются от пива, из-за чего нарушается гормональный фон организма. У мужчин наблюдается тенденция к расширению костей таза, отложению жира на бедрах, увеличению молочных желез. Страдает способность к деторождению из-за жировой атрофии яичек.

Пиво поражает сосуды. Нарушение венозного оттока приводит к развитию варикоза нижних конечностей, от которого больше страдают пьющие женщины. Нарушения в стенках артерий приводят к инсультам, частота которых у пивных алкоголиков вдвое выше, чем у непьющих лиц того же возраста.

Подростковый алкоголизм

Воздействие этилового спирта на детский организм представляет угрозу в связи с тем, что у ребенка еще несовершенны механизмы адаптации, поэтому зависимость формируется гораздо быстрее, чем у взрослого человека.

Употребление подростками любого количества алкоголя расценивается как злоупотребление!

Между тем, приобщение подростков к спиртным напиткам стало, к сожалению, тенденцией в современном обществе. Запреты на продажу алкоголя несовершеннолетним существуют, но не очень-то выполняются. Особенно это касается слабоградусных напитков. В результате на улице частенько можно заметить еще совсем ребенка с бутылкой пива или джин-тоника в руках.

При этом родители обвиняют государство, которое лояльно относится к слабоалкогольным напиткам. Обвиняют предпринимателей, заинтересованных в прибыли от продажи спиртного. Обвиняют друзей-подростков, которые втягивают сына в свою пьяную компанию. Действительно, виноватых много, но чаще всего стоит обратить внимание на себя. Разобраться, а может быть, это пробелы в воспитании первыми подталкивают ребенка к пропасти алкоголизма?

Маленький человек в процессе своего развития активно впитывает и запоминает действия и привычки своих родителей. Причем в раннем возрасте это происходит «автоматически», без критической переработки. Усвоенные ребенком от родителей штампы остаются глубоко в подсознании всю жизнь. Недаром, каждый из нас, не замечая этого сам, похож на родителей улыбается, хмурит брови, шутит, возмущается и т.д. Какое же отношение к спиртным напиткам усваивает ребенок от родителей?

Любой праздник у нас сопровождается обильным застольем. Такой системы празднования, как фуршет, когда люди передвигаются, общаются, и как бы, между прочим, без постороннего принуждения, употребляют алкогольные напитки (чаще слабые), у нас просто не бывает. Это же позор хозяйке! Стол должен ломиться от еды и водки. Приходят голодные гости. Обязательно голодные, потому что надо освободить место в желудке для многочисленных блюд. Долго ждут, пока все соберутся, чем еще больше подстегивают свои аппетиты. Застолье часто начинается с шампанского. Употребление этого шипучего напитка предназначено для того, чтобы голодные гости быстро получили удар по мозгам и потеряли контроль. Опьянение наступает быстро и подкрепляется потреблением водки и других крепких напитков. Гости из-за стола практически не встают, за исключением пойти покурить, чтобы еще больше себя одурманить. Разговоры за столом становятся все более сбивчивыми и бессвязными. За всем этим наблюдают дети. Пьяные взрослые уже не обращают на них внимания, не догадываются увести их в другую комнату. В результате у ребенка начинает складываться впечат-

ление, что праздник (да и не только праздник, но и просто разговор между взрослыми) невозможен без выпивки. Подрастая, он уверен, что пить надо помногу, залпом. Это признак силы, мужественности. Порочные алкогольные ритуалы сначала копируются у родителей, а затем переносятся в компании сверстников.

Ребенка приучают к застолью не только неосознанно, но и сознательно вовлекают его в алкогольные ритуалы. Сначала учат чокаться бокалом с соком или лимонадом. Затем в бокал наливают уже пиво или вино. «Уже большой мальчик, чуть-чуть можно». Это грубейшее заблуждение, что слабоалкогольные напитки дома, в культурной обстановке не повредят подростку. «Пусть он лучше выпьет с нами, чем в подворотне с алкашами», – полагают родители.

Психологи считают момент первого употребления алкоголя очень важным в формировании дальнейших с ним взаимоотношений. Ведь раньше существовал запрет, который теперь снимается. И очень важно, какую эмоциональную окраску он несет, каким он запомнится. Когда алкоголь принимается из рук родителей в виде вина или пива в праздничный момент, «культурно», он вызывает приятные ощущения, эйфорию. В следующий раз, будь то праздник дома или компания друзей, предложение выпить будет восприниматься позитивно. И наоборот, если в ответ на интерес к спиртному родитель объяснит, какая это дрянь, для подкрепления своих слов даст помочить язык в водке, попробовать какая она горькая, жгучая и вонючая, ребенок запомнит это и впредь реагировать на предложение выпить будет настороженно.

Употребление алкогольных напитков подростками в любом виде и количестве однозначно считается вредным. Оно замедляет физическое и интеллектуальное развитие ребенка и быстро формирует зависимость. Многие специалисты считают, что в подростковом возрасте противоалкогольную пропаганду лучше строить на фактах разрушающего воздействия алкоголя на организм, того вреда, который он оказывает физическому состоянию и развитию человека.

Раннее начало употребления алкоголя является одной из трех причин (наряду с травмами мозга и наследственной предрасположенностью), вызывающей злокачественный алкоголизм, когда молодой человек очень быстро, за 1-2 года спивается и погибает. Употребление алкоголя уже на первых порах может быть в больших дозах. Но это чаще всего не признак высокой толерантности. Алкоголизма еще может и не быть, просто в глазах сверстников подросток таким путем стремится казаться старше и «круче». Злокачественному течению алкоголизма у

подростка может способствовать формированию полинаркомании, когда спиртное употребляется вперемешку с другими психоактивными веществами – клеем, растворителями, транквилизаторами и др. Поэтому задача родителей – недопущение насколько можно дольше какого-либо контакта ребенка (подростка) с алкоголем и иными химическими веществами, воздействующими на психику. Чем позже молодой человек станет выпивать, тем больше у него шансов не спиться. Главная задача родителей – это создание в семье обстановки взаимопонимания, открытости. Ребенок должен чувствовать, что родители заинтересованы его проблемами, искренне озабочены его будущим. Эта заинтересованность не должна ограничиваться лишь задачами прокормить и дать образование. Помимо занятий в школе необходимо развивать способности молодого человека (музыкальные, спортивные и другие).

Занятия спортом и кропотливым творческим трудом совершенствуют также и волевые качества подростка, формируют зрелую личность. Ведь взросление человека – это и есть, по существу, развитие волевых механизмов психики. Взрослый, зрелый человек, отличается от ребенка тем, что может отложить на время выполнение своих желаний. Ребенок, увидев игрушку в магазине, кричит и плачет, требует немедленно ее купить. Взрослый человек отличается терпением и умеренностью. Планируя свои действия, он может на длительное время отложить исполнение своих желаний благодаря развитым механизмам волевой задержки. Взрослый человек знает, что удовольствия должны быть в жизни, но они только тогда удовольствия, когда бывают редко.

Сейчас в средствах массовой информации часто пропагандируют современные идеи уважения прав ребенка и недопустимости какого-либо насилия или даже давления на личность подростка. Уважать права необходимо, но это не должно перерасти во вседозволенность. Утверждается, что запрещать что-либо подростку бессмысленно, все равно он будет делать по-своему из-за временных возрастных особенностей его психики. Это неправильная и даже вредная точка зрения. Действительно, всякий молодой человек переживает такой возраст, когда хочется показать самостоятельность, бунтовать против родителей, делать все по-своему или даже наоборот. И он будет демонстрировать самостоятельность несмотря ни на что. И если родители скажут вернуться домой в 8 часов вечера, то придет в 11. Но если они станут позволять ему гулять сколь угодно, пить, курить, сквернословить, то, до каких же страшных масштабов может он

демонстрировать свою самостоятельность? Запреты, конечно же, нужны. Они присутствуют во всяком обществе, во всякой культуре. Человек должен вырасти с пониманием того, что любое действие, любой поступок имеет свою границу, свой предел. Родители обязаны быть справедливы и последовательны в своей строгости. Иначе дисциплинировать подростка после некоторого периода попустительства бывает не только бесполезно, но может привести к обратному эффекту – озлоблению и стремлению делать все «на зло».

Важная задача семьи – развитие природных задатков ребенка. Современная общеобразовательная школа загружает ребенка большим объемом информации, но не развивает в должной мере его творческие способности. Это – задача родителей. Подросток должен уметь испытывать радость от разных видов деятельности: творчества, созидания, общения, чтения художественной литературы. Такому человеку легко будет адаптироваться в современном сложном противоречивом мире. Недаром среди лиц, страдающих алкоголизмом, отмечен высокий процент людей, у которых, как говорится, «золотые руки». Казалось бы, и добрый человек, и работающий, и по хозяйству помощник, но вот чего-то не хватает, отсутствует какой-то духовный стержень. Живёт как будто нормально, хороший специалист, работает сверхурочно, «пашет как лошадь», а после работы пьет...

Не вызывает сомнения, что из всех многочисленных воспитательных мер самая эффективная – это личный пример со стороны родителей. Роль родителей в формировании характера и привычек иллюстрирует легенда, рассказанная известным психотерапевтом И.С.Павловым. Это – **легенда о Железной Волчице**. Говорят, что это даже и не легенда, а настоящая история, произошедшая в одном из европейских зоопарков. Там умерла волчица. Причем умерла она во время родов, оставив после себя шесть маленьких беспомощных волчат. Сотрудники зоопарка были озабочены: как ухаживать за этими малютками, чем их прокормить? Одному из сотрудников пришла в голову оригинальная мысль. На территории зоопарка стояли в качестве украшений макеты разных животных, сделанные из металла. Что если для кормления снять и использовать полую металлическую фигуру волчицы, стоящую на постаменте на одной из аллей зоопарка? В корпусе волчицы проделали одно отверстие для заливки молока сверху, и шесть отверстий снизу, к которым прикрепили резиновые соски. Волчата быстро освоили технику кормления. Они игрались вокруг железной волчицы, а в час кормления припадали к ее резиновым соскам. Когда через несколько лет волчата подросли, и у них появилось

свое потомство, сотрудники зоопарка стали свидетелями прелюбопытнейшего факта. У всех дочерей железной волчицы (а их было четверо из шести) после рождения собственных детенышей материнское поведение было одинаковым. Они вели себя как бы отстраненно от собственных детей, почти не обращали на них внимания. В час кормления такая волчица застывала в одной позе, в позе Железной Волчицы. Пока волчата пили молоко, стояла, окаменев, без единого движения. После кормления оставалась все так же безразличной к своим детям. Таким образом, Железная Волчица вырастила себе подобных железных волчиц!

Женский алкоголизм

Распространенность алкоголизма среди женского населения в последние годы непрерывно растет. Виной тому доступность алкоголя, реклама спиртных напитков, снижение контроля и социальная запущенность. Перечисленные причины негативно влияют на все слои нашего населения.

Есть и специфические, «женские» факторы алкоголизации. Известно, что женщины тяготеют к социально-приемлемым формам употребления алкоголя. С давних времен общество относилось к мужскому пьянству более снисходительно, а употребление алкоголя женщиной, даже умеренное, осуждалось. В средствах массовой информации формировался образ жены и матери, негативно относящейся к пьянству.

В последнее время образ женщины претерпевает изменения. Телевидение переполнено фильмами и передачами о насилии и пьянстве, где современная эмансипированная женщина наравне с мужчинами отдает дань «зеленому змию». В продаже появляются новые и новые слабоалкогольные продукты (джин-тоники, баночное пиво, фруктовые спиртосодержащие напитки и т.п.) с красивыми этикетками. Баночку такого симпатичного напитка можно распивать прямо на ходу, и это не вызовет осуждающих взглядов прохожих. Раньше такой возможности не было – бутылка «чернил» или водки в женских руках вызвала бы только ужас и осуждение. Широкий ассортимент слабоалкогольных напитков и лживая реклама их якобы полезных качеств способствует росту женского алкоголизма.

Среди населения, и даже среди некоторых врачей бытует мнение, что женский алкоголизм какой-то особый, а потому трудноизлечимый. Пьющие женщины продвигают эту мысль дальше и утверждают, что женский алкоголизм неизлечим, а поэтому отказываются обращаться за помощью.

Однако женский алкоголизм ничем принципиально не отличается от мужского. Нервная система женщины, в сравнении с

мужской, имеет все же некоторые особенности. Женщина более эмоциональна и тревожна. Если заглянуть в словарь русского языка В. Даля, то среди синонимов слов *тревога*, *тревожиться* найдем *беспокоиться*, *волноваться*, *заботиться*. Так распорядилась эволюция, что женщина, с ее развитым материнским инстинктом, обладает повышенным уровнем тревожности. Именно такая женщина нравится мужчине, она лучше выполняет роль жены и матери. Но повышенный уровень тревожности является ее уязвимой стороной. Учеными доказано, что в мозгу женщины снижен уровень серотонина. Этот нейромедиатор повышает устойчивость организма к стрессу и снимает тревогу. В результате у женщин намного чаще развиваются неврозы и тревожные депрессии. Развитие этих расстройств провоцирует социальная неустроенность. В молодом возрасте чаще всего это неудачи в создании семьи, в среднем и старшем возрасте – «ощущение брошенности», тоже, как правило, на почве семейных неурядиц. Одиночество и нереализованность женского начала провоцирует тревожные и депрессивные расстройства. Здесь и приходит на помощь алкоголь. Он обладает выраженным транквилизирующим действием, то есть на момент опьянения эффективно снимает тревогу. Возникает соблазн постоянно успокаивать себя при помощи спиртных напитков, чаще слабоалкогольных, что быстро приводит к формированию зависимости.

Проблема осложняется еще и тем, что женщина обычно скрывает, прячет свой алкоголизм, обращается за помощью часто уже на запущенной стадии. И в итоге теряет семью, лишается родительских прав и окончательно деградирует. В отличие от мужчины, которого обычно до конца опекают, «за уши» тащат к доктору на лечение, женщина чаще всего оказывается отверженной, брошенной на произвол судьбы. По статистике 9 из 10 супружеских пар, в которых жена злоупотребляет алкоголем, разводятся.

В семьях, где злоупотребляют спиртным оба супруга, типичный сценарий последовательного развития супружеского алкоголизма следующий. Жена приобретает алкоголь для мужа, чтобы он не пьянствовал «где попало и с кем попало», избежал неприятностей, был дома «под контролем». Во время застолий жена присутствует вместе с мужем, поддерживая беседу, сама может выпивать. В последующем для собственной алкоголизации у жены появляется мотив «чтобы ему меньше досталось». В дальнейшем присоединяются и другие причины: «залить тоску» при очередном срыве мужа, «напиться назло мужу, чтобы он понял, как

виноват», снять усталость, забыться от накопившихся домашних забот и т.д. Учитывая более активное развитие алкоголизма у женщин, пристрастие к спиртному при таком жизненном сценарии формируется достаточно быстро, и в большинстве случаев жена по тяжести развития заболевания в итоге «обгоняет» собственного мужа-алкоголика. Семья или распадается, или деградирует.

Вот такие факторы ускоряют и утяжеляют женский алкоголизм, затрудняют его лечение. Но это отнюдь не говорит о том, что женский алкоголизм неизлечим. Принципы его лечения общие, о них поговорим ниже. Важно лишь подчеркнуть, что лечение женщины должно быть строго индивидуальным, неприемлемы такие групповые методики, как кодирование. На этапе выздоровления требуется наблюдение и забота со стороны медиков и родственников больной.

Глава 7.

Общение с больным алкоголизмом

Немотивированные пациенты – так называют больных алкоголизмом, указывая на отсутствие у большинства из них желания избавиться от зависимости. Важнейшей причиной нежелания лечиться является алкогольная **анозогнозия** (от греч. *a* – отрицание, *nosos* – болезнь, *gnosis* – познание). Алкоголик не просто отрицает болезнь, но и отказывается вникнуть в проблему, объективно оценить ситуацию, изучить свой алкоголизм. Состояние анозогнозии формируется в течение нескольких лет, на стадии привычного пьянства, когда человек злоупотребляет алкоголем, но не ощущает в полной мере на себе его пагубных последствий. Еще нет запоев, прогулов на работе, здоровье после пьянки не подводит, зарплата хорошая, ее хватает и на выпивки, и на семью... «Чего же вы от меня хотите? Почему придираетесь? Живу, как хочу!», – возражает пьяница на замечания родных и близких. Постепенно он выстраивает систему защиты, логического обоснования своей возможности пить. Искренние отношения в семье подменяются психологическими играми. Человек привыкает врать, он уже и сам свято верит в свою ложь, и эта ложь становится все более изощренной по мере того, как появляются все новые проблемы, связанные с алкоголизмом. И когда эти проблемы наваливаются уже как снежный ком, когда они очевидны и их, казалось бы, невозможно отрицать – человек упорно их отрицает. Это социально-психологический механизм анозогнозии.

Есть и второй механизм – биологический. Этиловый спирт обладает сильным разрушающим действием на клетки мозга.

Поражение мозга, которое вызывает средняя, и особенно большая доза алкоголя, сопоставимо с черепно-мозговой травмой. Один алкогольный запой эквивалентен сотрясению мозга, только поражение здесь не от удара, а от отравления. И если проводить такую аналогию, то возникает вопрос: а как может себя чувствовать человек, который на протяжении многих лет получает по несколько раз в месяц черепно-мозговые травмы? Ответ один: у него развивается травматическая энцефалопатия, приводящая к слабоумию.

Систематическое отравление мозга алкоголем приводит к таким же поражениям. В результате алкоголик становится похож на человека, который перенес в своей жизни множество мозговых травм. Развивается злобность, беспричинные вспышки гнева и агрессии, упрямство, безразличие к чужому мнению, стремление во что бы то ни стало доказать свою правоту. Это только «подливает масла в огонь» анозогнозии, закрепляет искаженные установки по отношению к своему пьянству.

Поначалу алкогольная проблема полностью отрицается. Несмотря на то, что ситуация коренным образом поменялась (спиртное употребляется намного чаще и последствия пьянок несравнимо тяжелее), человек упорно отрицает проблему, утверждая, что «ничего страшного, могу пить, а могу не пить». Это любимая фраза всех алкоголиков. Но проблема здесь не в том, что человек может не пить, а в том, что он не может пить. И чем чаще и больше пьет, тем яростнее отрицает это. Некоторые родственники по совету специалиста, чтобы картина была объективной, на настенном календаре красным цветом обводят дни пьянок. Календарь с каждым месяцем все больше краснеет...

Затем, когда пьющий сталкивается с неприятностями, которые невозможно не отрицать, он признает проблему и соглашается предпринять меры для ее решения. *Символически такую ситуацию можно представить следующим образом. Утопающий медленно погружается в воду, даже не пытается спастись. Затем начинает барахтаться под водой, но это бесполезно. И только тогда, когда, погружаясь, он достигает дна, то появляется возможность оттолкнуться ногами и на короткое время всплыть над водой. И вот тут, именно в это время, можно схватить беднягу и вытащить на берег.*

«Да, согласен с вами, я – алкоголик, попробуем лечиться». Именно попробуем, с такой установкой чаще всего соглашается прийти на прием к психологу или врачу пациент. В ответ на это специалист обычно говорит, что попробовать можно вино, водку или пиво, а здесь необходимо решать проблему.

Согласие на лечение алкоголизма почти всегда формальное, под давлением тяжелых жизненных обстоятельств, возникающих на почве болезни. Проблемы возникают на трех направлениях: в семье, на работе и в собственном организме. Важно воспользоваться ситуацией, утилизировать имеющиеся неприятности и убедить алкоголика в том, что *он пьет не из-за того, что проблем много, а проблем много из-за того, что пьет*. Это важнейший, стержневой момент противоалкогольной работы на данном этапе. Ведь именно так, поменяв местами причину и следствие, защищается алкоголик. Любой его аргумент, противоречащий этому положению, должен подвергаться коррекции.

И еще один очень важный момент, который нужно учитывать. На этапе, когда дано хотя и формальное, но согласие на лечение, пациент часто стремится прибегнуть к методикам «помягче», ищет такое лечение, чтобы можно было «пить как все» или «постепенно отвыкать» от алкоголя. Такие настроения подогревают недобросовестные врачеватели или фирмы, которые стремятся любой ценой затянуть алкоголика на лечение. Спору нет, это очень привлекательно выглядит – закодироваться на заветные три рюмочки. Но это – утопия! Еще никто в мире не придумал, и не придумает, такой методики, чтобы алкоголик понемногу выпивал или постепенно отвыкал. Может ли наркоман колоть себе по половинке дозы героина? Конечно, нет. Напротив, самая частая причина смерти наркомана – от передозировки. А поскольку алкоголизм является частным случаем, разновидностью наркомании, то спасение одно – бросить пить. А помощь может состоять в том, чтобы к алкоголю не тянуло и чтобы к нему не прикасаться, то есть без сожаления бросить пить.

Нередко больные признают себя слабохарактерными и безвольными, а потому не подлежащими лечению. Родственники, идя у них на поводу, искренне заявляют: «Ну и что, если кто-то при помощи врача или психолога избавился от алкоголизма. Значит, у него есть сила воли. А наш – слабак, безотказный такой, куда его помянут, туда и идет...». Тогда резонно поставить вопрос: а во всем ли он такой слабак? И всегда ли он таким был? И по отношению к чему он проявляет слабость? Разве его гиперактивность и изобретательность чтобы достать водку во время запоя – это не сила воли? Разве он такой безвольный по отношению ко всему? Конечно, нет! Здесь проблема не в том, что воля слаба, а в том, что враг силен! Это болезнь парализует волю настолько, что сделав первый глоток, человек превращается, по существу, в робота, который действует по одной программе: найти

и употребить психоактивное вещество. Уместно в таком случае вспомнить судьбы некоторых известных спортсменов, которые добились больших побед, но, оставив карьеру и пристрастившись к спиртному, превратились в безвольных больных алкоголизмом. И в таком случае, когда речь идет именно о болезни, которая прогрессирует, несмотря на прошлые заслуги и звания, человек вынужден признать, что находится перед выбором: или избавиться от болезни, или погибнуть. И нет ничего постыдного в «капитуляции», признании своего бессилия перед болезнью. Если мы оказываемся бессильны перед чем-либо, то обращаемся за помощью и с благодарностью ее принимаем. Например, если на кухне потек кран, то хороший хозяин сам его отремонтирует; но если поломка оказалась серьезной и самому не справиться – вызовет специалиста-сантехника.

Частым поводом для отказа обратиться к врачу является бытующий среди алкоголиков миф о том, что после лечения нарушается психика, у трезвенника «едет крыша». На предложение уточнить, что подразумевается под понятием «едет крыша», указывают, что человек становится каким-то другим – в первую очередь злым и жадным.

Да, действительно, непьющий становится именно злым и жадным! Злым, потому что, как говорится, трезвый пьяному не товарищ. Любой нормальный трезвый человек, когда к нему пристаёт выпивший с дурацкими разговорами, отвечает бурной негативной реакцией. А жадным, потому что больше не проматывает на бывших дружков последние деньги. Ведь раньше он был «свой парень», готов был, как запьет, снять с себя последнюю рубашку, чтобы утешить себя и своих собутыльников. Теперь он изменился, потому что стал самим собой. Бывшим приятелям ничего не остается, как защищать свой алкоголизм таким вот образом, поливая грязью выбравшегося из их болота человека.

Нередко у больных присутствует скептическое отношение к существующим методикам лечения, сомнение в их эффективности. Свое нежелание обращаться за помощью объясняется тем, что тот или иной знакомый уже обращался к врачам, но безрезультатно. Есть тому и объективные причины. Как правило, методики лечения, так навязчиво восхваляемые и рекламируемые с экранов телевизора и в газетах, на самом деле обладают меньшей эффективностью, что дискредитирует их и все противоялкогольное лечение в целом. Но дело не только в этом. Постоянно вращаясь в кругу таких же алкоголиков, наш пациент просто не может слышать иных историй, кроме как о том, что кому-то не помогло или кто-то

сорвался. Важно здесь убедительно показать, что те, кому помогло, уже не общаются с «алкашами» и не рассказывают об этом. И, наоборот, среди тех, кто сорвался, немало таких, кто уже никогда не расскажет об этом, потому что погиб или стал инвалидом.

Отсутствие мотивации к выздоровлению с одной стороны затрудняет общение с больными алкоголизмом, а с другой стороны делает продуктивное общение важнейшим элементом психологической помощи. В наркологии взаимодействие личности врача и пациента (психотерапевтический, или консультативный контакт) выступает как основной вид психологической помощи. Психотерапевтический контакт – это в первую очередь взаимодействие с душевным миром больного, с его переживаниями, чаяниями, заботами. Это сцепление психической (интеллектуальной, эмоциональной, волевой) сферы консультанта с компонентами личности клиента. Для установления психотерапевтического контакта важна близость установок терапевта к внутреннему миру больного. Важно найти точки соприкосновения хотя бы в чем-то одном, может быть, и неглавном для больного, но затем, опираясь на эту близость, можно влиять на другие сферы внутреннего мира пациента (Павлов И.С., 2006).

Позиция психотерапевта в системе взаимоотношений с наркологическим больным – это доминирование или субдоминирование. Можно уступить в чем-то второстепенном или отложить рассмотрение какой-либо проблемы на будущее. Но в отношении принципиальных вопросов, связанных с ложными установками пациента, психотерапевт должен быть непоколебим.

На разных этапах беседы в зависимости от личностных особенностей больного и степени его критичности возможны различные тактические схемы:

1. Тактика «штурма» представляет собой императивное, эмоционально насыщенное, аргументированное воздействие. Применима к больным сомневающимся, неуверенным в себе, не имеющим определенного мнения. В ситуации, когда необходимо принять единственно верное решение, от которого зависит дальнейший ход лечения (согласиться на смену места работы, если она мешает ремиссии, или на применение определенного метода воздействия). Позиция психотерапевта директивная, не допускающая возражений, которые тут же пресекаются. Воздействие на пациента краткосрочное, активное, аргументированное и эмоционально насыщенное. Основной инструмент воздействия в данном случае – внушение.

2. Тактика «позиционного давления» применяется в отношении больных, у которых есть свои независимые суждения о

проблеме. Общение здесь происходит в форме диалога или дискуссии. Специалист выявляет и корректирует ложные умозаключения пациента с апелляцией к научным данным. Для убедительности предлагает ознакомиться с научно-популярной или специальной литературой по данной тематике (библиотерапия). Даются рекомендации по достижению и сохранению трезвенничества. Достижение положительного результата здесь возможно при условии осознанного принятия решения самим больным.

3. Тактика «конфронтации» используется в отношении больных с завышенной самооценкой и некритичностью по отношению к болезни. Если призывы к сотрудничеству оказываются безрезультатными, то целесообразно спровоцировать конфликт. В ситуации конфликта больной реагирует эмоционально и обнажает свои скрытые мотивы и защитные механизмы, предоставляя, таким образом, дополнительную информацию. Психотерапевт, напротив, контролирует свою эмоциональность, не доводит ситуацию до разрыва, а при появлении первых признаков капитуляции принимает ее от больного, не унижая его достоинства. В последующем продолжается конструктивный диалог по обсуждаемой теме.

4. Тактика «паузы» – это прием отставленного воздействия. Применяется по отношению к возбудимым, агрессивным пациентам, которые упорствуют в своих взглядах, и это упорство в беседе проявляется все сильнее. Поэтому специалист вынужден временно занимать нейтральную позицию, на вопросы отвечает уклончиво. Сочувствие и сопереживание способствуют угасанию агрессивности, что со временем позволит плавно сменить тактику и начать коррекцию установок пациента.

Важнейшим инструментом помощи больному на первых этапах лечения алкоголизма выступает **когнитивно-эмпатическая терапия**. Это профессиональная беседа, основанная на принципах клиент-центрированной терапии (Роджерс К., 2006), анализе проблемы с точки зрения убедительной диалектики (Панков Д.В., 1985), отслеживании и коррекции дезадаптивных мыслей и чувств (Бек А., Джудит С., 2006).

Беседу с больным лучше начинать в присутствии родственников, которые помогут собрать более полный анамнез и составить адекватные представления о степени и стадии заболевания. Сам больной привык приуменьшать проблемы и скрывать некоторые нелицеприятные факты, и на консультации

действует сходным образом. Когда родственник поправляет его, начинает «петушиться», упорно пытается представить себя в выгодном свете. Тогда больному резонно объяснить, что «со стороны всегда виднее». Точка зрения человека, который небезразличен к состоянию и будущему своего родственника, всегда объективна. А сам пьющий привыкает выгораживать себя, и это проистекает постепенно, годами, искажая самооценку. Поэтому на данном этапе лучше прислушаться к мнению стороннего наблюдателя.

Больной, конечно, давно привык к различным воспитывающим воздействиям со стороны родственников, друзей и сослуживцев. Такие прямые воздействия он автоматически воспринимает негативно, встречает «в штыки». Поэтому беседу лучше строить таким образом, чтобы активная роль периодически переходила к пациенту. Необходимо, не давая больному доминировать в сфере нашего воздействия, создавать искусственную ситуацию для доминирования больного (его специальность, увлечения, познания). В некоторых случаях, когда алкоголик самоуверен, занимается бравадой, отгорожен, полезно бывает наоборот создавать обстановку особой интимности и доверительности – в такой обстановке больные со временем раскрываются гораздо глубже.

Работая с алкогольной позицией, о которой говорилось выше, надо учитывать, что позиция бывает внешняя и внутренняя (Павлов И.С., 2006). Внешняя позиция может быть положительной, больной соглашается с доводами и пожеланиями терапевта. Но за такой маской надо уметь распознать интактную внутреннюю позицию, игнорируя внешнюю соглашательскую.

Психотерапевтическую беседу лучше начинать на абстрактном уровне, безотносительно к установкам самого больного. Можно проанализировать сущность и значимость трезвеннических позиций, рассказать истории своих бывших пациентов, искренне стремившихся к излечению. В данном случае не затрагивается эмоционально-личностная сфера пациента, а только интеллектуальная. Такое рассудочное восприятие идет в обход защит. Постепенно следует расширять свои представления о мыслях и чувствах больного (о его суждениях о пьянстве, склонности к угрызениям совести, стеснительности, романтичности, или наоборот, стремлению к превосходству, озлобленности и т.д.).

Когда же речь заходит о пагубном воздействии алкоголя на организм человека, информация должна быть максимально индивидуализированной. Практически любой больной и безо всяких профессиональных рекомендаций знает о том, что «пить

вредно". Другое дело, что далеко не каждый пациент имеет представление о том, какой именно вред пьянство наносит лично его здоровью. Поэтому разговор об этом должен быть максимально индивидуализирован. То есть, надо объяснить какой именно вред будет нанесен данному человеку. Для этого нужно иметь полное представление о соматических и нервно-психических осложнениях алкоголизма и выяснить, какие из них проявляются у больного. И даже при отсутствии явной патологии необходимо разъяснить, что отсутствие болезни это еще не есть здоровье. Если человеку знакомы только три состояния — опьянение, абстиненция и последующая астения — то о каком здоровье и качестве жизни при этом можно говорить?

Многие пациенты, пытаясь нивелировать свою проблему, утверждают, что пьют для удовольствия, а отрицательные последствия пьянок игнорируют. В таком случае можно доказать, что алкогольной эйфории вообще не существует. Это состояние искусственное, навязанное пропагандой и выпестованное самим пьющим. Никакого удовольствия от отравления не бывает, и это особенно заметно у начинающих пьяниц или курильщиков. Первый глоток вина или первая затяжка вызывают только неприятные соматовегетативные реакции: головокружение, слабость, сердцебиение, тошноту, «ватные ноги» и прочее. И только приучив себя к наркотику и достигая оглушения от приема большой дозы, пьяница получает иллюзию раскрепощения и свободного общения с себе подобными. Очень точные примеры по этому поводу приводит В.Г.Жданов в своих лекциях о вреде алкоголизма (Жданов В.Г., Троицкая С.И., 2010):

«Элементарный пример: в детском саду сажают в ряд 15 детей. Всем наливают стакан сладкого вкусного напитка, а последнему малышу - какой-то кислятины. Первый выпил, его спрашивают: «Вкусно?» «Вкусно», - отвечает. Второй тоже говорит, что вкусно. Третий, четвертый и т.д. Последнего спрашивают: «Вкусно?», он отхлебнул, скривился: «Вкусно».

В городе Красноярске жил замечательный врач психотерапевт Сугоняка. И он написал книгу, которая называется «Дистрессомания». Он лечил алкоголиков от алкоголизма своим оригинальным образом. Я расскажу, как он это делал. Как правило, жена приводит мужа алкоголика, или мать - сына алкоголика. Он знакомится и предлагает в следующую субботу прийти на прием с бутылкой водки. Тот приходит, радостный (вот это лечение!), врач сажает его в маленькую комнатку. В

комнатке стол, стул, на столе рюмка, лист бумаги, вопросник и карандаш. Ничего больше нет, вокруг белые стены. Врач говорит: «Вот тебе вопросы, отвечай на эти вопросы на листе бумаге. Как ответишь, так и поступай. Если надоест, зови меня, разберемся. Одно условие: отвечать на все вопросы левой рукой. Ясно?». Первый вопрос: Фамилия имя отчество. Вот он сидит, выводит левой рукой свою фамилию. Второй вопрос: пить хочешь? Пишет - хочу. Третий вопрос: если хочешь - наливай, пей. Он наливает, выпивает рюмку. Четвертый вопрос: что чувствуешь во рту? Ничего. Пятый вопрос: что чувствуешь в желудке? Ничего. Что чувствуешь в голове? Ничего. В руках? Ничего. В ногах? Ничего. Пить хочешь? Хочу. Если хочешь, то возвращаясь ко второму вопросу. Пить хочешь? Пишет, хочу. Если хочешь - наливай, пей. Он наливает вторую стопку, выпивает. Что чувствуешь во рту? Кисло, пишет. Что чувствуешь в желудке? Запекло что-то. Что чувствуешь в голове? Что-то загудело. В руках? Что-то трястись начинают. В ногах? Слабые что-то ноги. Пить хочешь? Хочу. Если да, возвращаясь ко второму вопросу. Наливает третью, выпивает. В желудке муторно, в голове начало стучать, ноги ватные, руки тяжелые. Он в дверь колотит:

- Что случилось?
- Водка какая-то не такая!
- Ты же сам ее принес.
- Ну как же, мне обычно хорошо, а тут чуть не умер – сердце вон колотится!
- А, понятно, ну пойдём эту бутылку выльём, а завтра ты ко мне с хорошей водкой приходи, повторим лечение, - говорит доктор.

Завтра приходит, и опять – то же самое. После третьей рюмки у него в организме полный развал и целый набор болезненных ощущений. И вот он ходит к нему три недели и на третью неделю он сам понимает, что никакой радости, в принципе, в водке нет. Это отравление организма ядом. Вот он травит ядом, и симптомы этого отравления пишет. А левой рукой, потому что левой рукой писать трудно и приходится сосредоточение на симптомах отравления удерживать дольше, чем, если бы он быстро написал все правой.

Поэтому ощущения, будто от спиртного получаешь удовольствие – это чисто коллективный психологический

эффект и к реальности он не имеет никакого отношения. Это активно поддерживаемая установка, проходящая красной нитью через рекламу, кинокартины, общественные события – что отдохнуть, расслабиться и испытать праздничное настроение возможно только в сопровождении алкоголя».

Беседуя с алкоголиком необходимо помнить, что болезнь приводит к глубоким изменениям личности, искажая даже базисные понятия (Павлов И.С., 2006). Происходит нарушение и застывание, консервация понятийной сферы, нарушается также процесс образования новых представлений. Больной мыслит своеобразными штампами, «аксиомами». Происходит смысловое искажение неприятной для больного информации, он вкладывает в нее другой смысл. Попытки сразу «в лоб» скорректировать взгляды вызывают непонимание. Например, если попытаться вызвать у него угрызения совести за пропитую получку, за материальный ущерб жене и детям, которые остались без еды, больной соглашается, кивает, а сам думает: «Разве это аморально, ведь я же пропил свои деньги, которые честно заработал, я ведь угостил своих друзей, они тоже люди, им было плохо и хотелось опохмелиться». То есть здесь разговор идет на разных смысловых уровнях. Анализируя такие понятия, как достоинство, сознательность, мужество, горе, веселье, свободное время, друг, недруг и т.д., надо иметь в виду, что больной отличается их своеобразной трактовкой. Поэтому вначале надо разобраться, как больной понимает эти слова. Воздействие более эффективно, если вначале сформировать понятия, вскрыть их нравственный смысл, а затем проанализировать, насколько данный человек соответствует этому (какой он отец, сын, муж и т.д.).

Психотерапевтическое воздействие на больного происходит в борьбе между его понятиями и точкой зрения врача. Такая обстановка невольно подталкивает специалиста к авторитарной позиции, директивному стилю беседы. Но прямое давление может раздражать больного, усиливать фрустрацию и только закреплять искаженные ригидные установки. Он соглашается, а затем, уйдя с консультации, думает и делает все наоборот. Более того, при такой форме взаимодействия через какой-то промежуток времени у больного может возникнуть озлобленность, недовольство тем, что он сдался, уступил в чем-то психотерапевту.

Работая с больными, не следует забывать, что у каждого из них существует своя престижная группа людей, мнение которых оказывает существенное воздействие на их мотивационную сферу.

Психотерапевтическая работа предусматривает выяснение наличия престижной группы, вскрытие ценностей, ради которых он примыкает к этой группе, и последующую коррекцию представлений. Обсуждается вопрос о том, что «потеря лица» у бывших собутыльников – недорогая плата за выигрыш во всех остальных сферах жизни.

Необходимо уделять пристальное внимание юмору больного. Юмор алкоголика – это своеобразная компенсация, реактивное образование, способ адаптации к действительности, стремление сгладить осуждение окружающих, получить снисходительное к себе отношение. Юмор алкоголика может быть гласный и «про себя». Юмор «про себя» надо уметь распознавать – по внезапным паузам, неожиданным эмоциональным подъемам в беседе, внезапному воодушевлению без видимой на то причины. Например, когда терапевт рассказывает пациенту историю о человеке, который бросил пить и сразу разбогател, купил квартиру и машину, пациент согласно кивает и при этом улыбается. Он вспомнил соседа и думает следующее: «Вот я пил и гулял, а сосед много лет строил дом, жил почти трезвенником, экономил, а когда построил – случился пожар, в котором и дом сгорел, и сам пострадал». Следует противодействовать такому ходу мыслей, умело анализируя все противоречивые аспекты проблем и тонко замечая неискренность пациента.

Хотя на первых этапах беседы основное внимание следует уделять интеллектуальной сфере, но не следует игнорировать и эмоциональные установки больного. Необходимо адаптировать больного к трезвенническому состоянию на эмоциональном уровне. Что это значит? Многие исследователи указывают, что у современного человека активнее развивается интеллектуальная сфера, при этом страдают эмоциональная и волевая. Происходит это потому, что в когнитивных процессах у человека появилось много «неживых» помощников – компьютеры, Интернет, мобильная коммуникация и др. Общаясь с внешним миром через неживых посредников, человек избегает живого эмоционального контакта, уходит в виртуальный мир, который не требует напряжения эмоциональной и волевой сфер. В то же время почти все вредные привычки несут определенную эмоциональную нагрузку, поэтому они так притягательны и живучи. А невинные их эквиваленты (спорт, туризм, экстремальные увлечения) недостаточно разрабатываются и внедряются. Важно прорабатывать и тренировать проявление различных чувств. Консультант вначале выясняет, какие чувства знакомы человеку. Затем реконструирует недостающие, составляет «каталог» (или картотеку) чувств (Павлов

И.С., 2006), учитывая дихотомию чувств вообще: любовь–ненависть, радость–огорчение, симпатия–антипатия, нежность–черствость, доброта–злость, забота–равнодушие, терпение–раздражительность и т.д. Выясняется, что набор чувств зависимого человека довольно скуден. Реконструкция чувств повышает адаптивные возможности психики.

При работе с зависимыми личностями часто встает вопрос о смысле жизни. Не менее 80% больных алкоголизмом испытывают проблему экзистенциального вакуума, т.е. бессмысленности существования (Франкл В., 1990). «Если не пить, то зачем тогда жить, для чего?». Это сложный вопрос, на который ни один специалист не сможет ответить больному однозначно. «Бесполезно лечить алкоголика, – утверждает В.Франкл, – если после выхода из клиники он не будет знать, ради чего он не станет больше пить, будет терпеть тяжелейшую перестройку не только организма, но и всего привычного образа жизни, проведения досуга, заполнявшего хоть как-то бессмысленность его жизни».

Смысл жизни в самой жизни, но только в жизни трезвой и полноценной, а не в ее суррогатном алкогольном извращении. Само страдание, принесенное алкоголизмом, и совершаемый подвиг в его преодолении, наполняет жизнь смыслом. Обретение своего места в жизни после тяжелой болезни приносит подлинное счастье.

Глава 8

Принципы лечения и основные этапы психологической коррекции

С точки зрения современной науки более эффективным в избавлении от алкогольной зависимости признается психологический подход, когда работа идет с личностью больного, в отличие от медицинского, где главенствует болезнь и ее отдельные симптомы. Еще ни разу не было получено достоверных данных о возможности достижения стойкой ремиссии при алкоголизме, когда использовали только фармакотерапию (Сиволап Ю.П., 2007). Необходимо в первую очередь работать с личностью больного, не упуская из виду также социальные аспекты проблемы.

В наркологии общеприняты четыре важнейших принципа лечения зависимостей от психоактивных веществ:

- Полный отказ от употребления психоактивных веществ. Больной должен понимать, что надеяться на возможность

употреблять в будущем спиртное умеренно – это утопия. Нельзя также рассчитывать на лечение, которое позволит постепенно отвыкать от пьянства или употреблять минимальную дозу. Наркологи говорят в таком случае, что выпивать понемногу алкоголику нельзя точно так же, как женщине быть «немного беременной». Или да, или нет.

Есть мнение, что в ряде случаев перед лечением нежелательно настраивать пациента на обязательный пожизненный отказ... Другие специалисты, наоборот, объясняют пациенту, что при воздержании болезнь все равно прогрессирует...

Хотя необходимо отметить, что существуют отдельные психотерапевтические методики, которые предполагают лечение алкоголизма путем «программирования на дозу» (Макаров В.В., 2000). На подобное лечение берут только тех пациентов, которые находятся на первой стадии алкоголизма, у которых проблема состоит в потере контроля за количеством выпитого алкоголя после определенной небольшой дозы (пороговой дозы, о которой речь шла в главе о симптомах алкоголизма). Пациенту внушается в обязанность периодически выпивать небольшую дозу алкоголя. Разумеется, что эта доза меньше пороговой. Одновременно пациент посещает сеансы индивидуальной недирективной Эриксоновской психотерапии. Проводится работа с метафорами изменения, научения, дозы. Пациент обучается приемам аутогенной тренировки. Применяется якорение с использованием запахов и специальных аудиозаписей. Считается, что у пациента, когда ему внушается в обязанность выпивать, можно изменить отношение к алкоголю, сломать старый стереотип пьянства. Такой подход применим лишь для лечения начальных проявлений алкогольной зависимости.

- Добровольность. Часто родственники, стремясь помочь пьющему, в ультимативной форме заставляют его обратиться за помощью, называя это добровольностью. На самом деле добровольность предусматривает искреннее желание самого больного бросить пить. Здесь как минимум необходимо понимание того, что есть болезнь и эту болезнь надо лечить путем полного отказа от спиртного. Если во время выхода из запоя на фоне тяжелого отравления больной согласен на все, что угодно, то это вовсе не желание. Согласие и желание – это не одно и то же.

- Максимальная индивидуализация. Предпочтение отдается методам индивидуальной психотерапии. Лишь на заключительных этапах лечения целесообразно использовать реконструктивные методы личностного переформирования в рамках групповой психотерапии.

- Комплексность. Предполагает использование методов лечения с биологически, психотерапевтически и социально ориентированным воздействием.

Методы с биологически ориентированным воздействием применяются обычно на начальных этапах лечения для нормализации психосоматического статуса пациента и решают следующие задачи:

- лечение острой интоксикации (вытрезвление);
- купирование синдрома отмены;
- терапия соматических и психических последствий интоксикации;
- предупреждение рецидивов заболевания.

Для ликвидации острой алкогольной интоксикации (вытрезвление) применяют процедуры, способствующие удалению этилового спирта из организма: вызывание рвоты или промывание желудка до исчезновения алкогольных запахов в рвотных массах. При необходимости применяют препараты, тонизирующие сердечно-сосудистую и дыхательную системы; вводят внутримышечно витамины В₁, В₆, С; внутривенно раствор глюкозы. Атипичные формы опьянения с психомоторным возбуждением купируют нейролептиками и транквилизаторами.

Для лечения синдрома отмены применяют транквилизаторы и снотворные препараты, а также другие лекарственные средства в зависимости от того, сопутствуют ли синдрому отмены какие-либо нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхания, пищеварения и др. В тех случаях, когда после длительного запоя имеется тяжелая интоксикация с рвотой и обезвоживанием (то есть когда пациент не может пить, есть и принимать внутрь лекарства), показано применение «капельниц» для внутривенной детоксикации.

Медицинские мероприятия по предупреждению рецидивов заболевания в первую очередь направлены на выявление и лечение псевдоабстиненции.

Псевдоабстиненция (или сухая абстиненция) — это состояние, похожее на абстинентный синдром, когда присутствуют почти все его признаки: мышечный тремор, потливость и ознобы, бессонница, тревога и депрессия. Псевдоабстиненция развивается спонтанно во время ремиссии — после длительного (недели, месяцы) воздержания от алкоголя. В этот период влечение к алкоголю снова актуализируется и становится непреодолимым. Псевдоабстиненция может возникать периодически без видимых причин на второй Б и третьей стадии алкоголизма. К ней предрасполагают астенизирующие общесоматические заболевания, переутомления и эмоциональный стресс.

Псевдоабстиненция купируется назначением антидепрессантов, иногда в сочетании с атипичными нейролептиками.

Этапы психологической коррекции алкогольной зависимости

Еще до формирования научных подходов к лечению алкоголизма, помощь таким больным оказывали, да и сейчас это делают нередко и порой весьма успешно, служители церкви и народные целители. Известно благосклонное и внимательное отношение к народному целительству со стороны авторитетных медиков. Так, Ардальон Ардальонович Токарский, известный российский психотерапевт, в конце XIX века заинтересовался успешной практикой священника Сергия Пермского, который в селе Нахабино под Москвой исцелял хронических алкоголиков (далее цитируется по: Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А., 1999). Отец Сергей брал с них «зарок» не пить спиртного. При этом заставлял их целовать крест и Библию. В проповеди, предшествующей этому ритуалу, он убеждал в том, что христианин, вновь начавший пить после «боговдохновенного зарока», совершает тяжкий грех. Таким образом, отец Сергей излечил около 30 тысяч человек, которые создали свои общины «чаепитников». А.А.Токарский, специально ездивший смотреть, как исцеляет алкоголиков отец Сергей, отнесся к этому весьма одобрительно, а вернувшись, сказал: «Ничего, кроме внушения и гипноза, я там не видел, никаких «чудес», никакой «воли божьей» – обычная терапия «верой».

Владимир Михайлович Бехтерев в 1927 г. обозначил триаду условий, определяющую сущность и эффективность психотерапевтического лечения алкоголизма (триада Бехтерева). Она включает в себя: 1. Убеждение. 2. Внушение в гипнозе. 3. Самоутверждение.

Предложенный им способ массового лечения алкоголиков состоял в следующем. Лица, страдающие алкоголизмом, собирались к определенному времени в зале и размещались на креслах и скамьях, расставленных в ряды таким образом, чтобы между ними можно было свободно проходить для проверки гипнотического состояния пациентов. Затем больным в возможно сжатых, но ярких образах, с использованием рисунков и таблиц описывали весь вред, который приносит злоупотребление спиртными напитками умственной и телесной сферам организма, указывали на общее понижение жизнедеятельности организма, приводящее к сокращению жизни.

После того как, по словам В.М.Бехтерева, это убедительное наставление (а оно должно быть именно убедительным, иначе не воздействует на слушателей) закончено, он обращался к пациентам со следующими словами: «Все вы пришли сюда для того, чтобы избавиться от своего болезненного недуга, и теперь, когда вы представляете весь вред, который приносят вам спиртные напитки, вы еще более укрепляетесь в мысли о необходимости отказаться навсегда от алкоголя» и затем вселял в них уверенность, что они могут восстановить свое здоровье, но для этого необходимо совершенно прекратить употребление спиртных напитков. Последнее же достигается с помощью гипнотического внушения.

После разъяснения сущности гипноза В.М.Бехтерев просил всех закрыть глаза и сосредоточиться на мысли о сне. Затем делалось общее внушение наступления лечебного сна. Для проверки гипнотического состояния В.М.Бехтерев проходил между рядами пациентов, вызывал каталепсию у каждого больного поодиночке и оставлял в каталептическом состоянии на время всего сеанса, пока проводилось общее внушение против пьянства.

По пробуждении, уже в бодрствующем состоянии, давалась соответствующая инструкция по осуществлению самовнушения (самоутверждения), которое необходимо проводить у себя дома много раз вечером перед засыпанием, уже лежа с закрытыми глазами, а также утром до вставания с постели. Этим заканчивался сеанс, а следующий проводился через неделю. В каждом сеансе, продолжающемся 20-30 минут, участвовали 50-100 человек, страдающих алкоголизмом (цит. по: Карвасарский Б.Д., 2000).

В изложенных выше взглядах классиков отечественной психотерапии прослеживаются принципы системно-эклетического подхода. Эклетичность (*от греч. *eklektikos* – выбирающий: механическое соединение в единое целое разных методов, приемов, форм*) предполагает комплексность, использование

психотерапевтических техник из различных направлений. Системность означает в первую очередь этапность. На различных этапах превращения больного человека в здорового подбираются те методики, которые уместны именно в данный момент.

Рассмотрим этапы психологической коррекции алкоголизма, важными из которых являются:

- формирование мотива к трезвенничеству;
- психотерапевтический ритуал формирования трезвенничества;
- налаживание полноценной жизнедеятельности.

I. Формирование мотива к трезвенничеству.

Этот этап целесообразно начинать с **диагностики алкогольной зависимости.**

Пациент, даже если он явился на прием добровольно, обычно не предъявляет жалоб на потребление алкоголя, а алкогольные проблемы отрицает или преуменьшает. Вопросы что называется «в лоб» или слова морализирующего, поучающего характера, а также дающие оценку или сравнивающие с нормой должны исключаться. Если напрямую спросить «Много ли Вы выпиваете?», то пациент ответит: «Ну, что Вы, нет!». В лучшем случае может заявить, что «могу пить, а могу и не пить, но проблема в том, что если выпил, то не могу остановиться». В таком случае необходимо объяснить, что фраза «могу пить, а могу не пить» – это любимая поговорка всех пьющих, а «проблема не в том, что Вы можете не пить, а в том, что Вы не можете пить». И далее можно продолжить беседу в русле анализа стержневого признака алкоголизма – симптома утраты количественного контроля. Если пациент упорно отрицает алкогольные срывы, необходимо выяснить, не употребляет ли он систематически небольшие дозы спиртного, и не случаются хотя бы иногда амнестические формы опьянения (алкогольные палимпсесты, или «перфорационная амнезия»). Специалисты Минздрава (Александров А.А., 2007) рекомендуют начинать беседу об алкоголе с методик скрининга. Такая беседа уже более предметна и позволяет наглядно и более убедительно представить свои аргументы.

Широко применяется совсем короткий скрининг-опросник состоящий из четырех вопросов:

1. *Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя (Бросить пить)?*
2. *Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?*

3. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?

4. Похмеляетесь ли Вы по утрам?

Всего четыре вопроса, но на самом деле каждый из них – значимый. В самом деле, если человек задумывался и окружающие задавали вопросы, которые раздражали, это неспроста. Чувство вины говорит о социальных последствиях для пьющего. Ну, а четвертый вопрос является прямым показателем алкогольных срывов.

Даже при положительном ответе на любой из этих вопросов имеется риск существования алкогольных проблем. Проблема вероятна, если пациент положительно отвечает на два или три вопроса. Четыре положительных ответа свидетельствуют о высокой вероятности наличия алкогольной зависимости.

Другой удобной и короткой (занимает 1 минуту) методикой для скрининга злоупотребления является тест **БАСТ (Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест)**, состоящий из четырех вопросов. Также возможно применение опросника AUDIT (10 вопросов, 4 из которых используются в БАСТ).

Вопросы теста БАСТ:

1. Как часто Вы употребляете 8 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки? (8 стандартных доз это 240 мл водки = 600мл крепленого вина = 800 мл сухого вина = 4 бутылки 5% пива). Это для мужчин, а для женщин – 6 стандартных доз (180 – 450 – 600 – 3 бутылки).

0 – никогда, 1 – 1 раз в месяц или реже, 2 – 2-4 раза в месяц, 3 – 2-3 раза в неделю, 4 – 4 и более раз в неделю.

2. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

0 – никогда, 1- менее чем 1 раз в месяц, 2 – 1раз в месяц (ежемесячно), 3 – 1 раз в неделю (еженедельно), 4 – ежедневно или почти ежедневно.

3. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

0 – никогда, 1 – менее чем 1 раз в месяц, 2 – 1 раз в месяц (ежемесячно), 3 – 1 раз в неделю (еженедельно), 4 – ежедневно или почти ежедневно.

4. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

0 – никогда, 2 – да, но это было более чем год назад, 4 – да, в течение этого года.

Оценка. Вначале оценивается первый вопрос. Если ответ «никогда», то человек не злоупотребляет алкоголем. 3-4 балла по первому вопросу уже свидетельствует о злоупотреблении или зависимости. При 1-2 баллах анализируются остальные ответы. Общая сумма по всем ответам – 16 баллов. Респондент оценивается как злоупотребляющий алкоголем, если сумма баллов 3 и более.

Вопросы, которые используются в предлагаемых тестах, являются наиболее актуальными в диагностике алкогольной зависимости, поэтому в устной беседе с больным о них не следует забывать.

Ответы об употреблении будут более достоверны, если пациент на момент тестирования трезв, если ему не угрожает постановка на учет, лишение прав или увольнение с работы. Присутствие родственников или знакомых также позволят ожидать более правдивой информации.

Больным алкоголизмом свойственно преуменьшать масштабы потребления алкогольных напитков и негативные последствия. Пациент может признавать наличие проблем (социальных, семейных, личных), но считать, что именно эти проблемы провоцируют пьянство, а не наоборот. В таком случае необходимо убедительно доказать, что он «ставит телегу впереди лошади», что на самом деле все происходит с точностью до наоборот.

Необходимо выяснить частоту приемов алкоголя за последние две недели или месяц и какое количество алкоголя

принимается за обычный день. Важно смотреть на реакцию пациента на эти вопросы: начинает ли он волноваться или отвечать общими фразами. Необходимо задать следующие вопросы: 1). В каком возрасте пациент начал регулярно выпивать? 2). Какое отношение к потреблению алкоголя было у родственников пациента, и были ли у них проблемы с алкоголем или психические нарушения? 3). В какие периоды принимается больше, а в какие меньше спиртного? 4). Как влияло на потребление отдельное проживание, брак, развод или смерть родителей или супруга? 5). Каковы стереотипы потребления спиртного – определенные ситуации, дни и даты, компании, психологическое и физическое состояние? 6). Лечение в предшествующий период. При сборе алкогольного анамнеза следует задавать вопросы о возможных физических, психических или социальных причинах и последствиях употребления алкоголя, которые часто побуждают пациента обращаться за помощью. Важно знать обращался ли пациент за помощью к врачу, психологу или социальному работнику в связи с этими проблемами. Если пациент ранее лечился от зависимости, важно узнать, где и когда это происходило, что послужило причиной обращения, длительность и мероприятия, результаты данного лечения и отношение к нему.

Если был длительный период трезвости, то важно уточнить, как пациент справлялся с возможностью выпить, как и когда он снова начал принимать спиртное. Эти данные могут быть важны для разработки стратегий предупреждения рецидива. Следует специально опросить пациента на предмет амнестических форм опьянения, перенесенных психотических состояний и судорожных приступов.

Следующий этап в рамках формирования мотива к трезвенничеству можно обозначить как ***«изменение и низведение алкогольной позиции больного»***.

Алкогольная позиция – это искаженное восприятие своей алкоголизации, стремление действовать в любых ситуациях алкогольным образом (во имя приобретения и приема спиртного), это механизмы психологической защиты, перенос жизнедеятельности в состояние опьянения, сформированный стиль жизни с астеническим синдромом и полным безразличием к другим радостям (Павлов И.С., 2006).

Человек за годы злоупотребления алкоголем привыкает жить либо в состоянии алкогольного опьянения, либо тяжелого похмелья, либо в астеническом или астено-депрессивном состоянии, которое он называет «нормальным». Если говорит, что после выпивки чувствовал себя нормально, то при расшифровке этого «нормально» может оказаться, что сюда входит прерывистый сон с кошмарами и бросками «то в пот, то в жар, то в холод», раннее пробуждение, головная боль, сердцебиение, подавленность, слабость и одновременно внутреннее напряжение, тревога, дрожание рук и другие проявления абстинентного синдрома.

Больной алкоголизмом обрывает «скорлупой» защит, используя которые пытается оправдать свое пьянство. Основные механизмы психологической защиты алкоголика следующие:

Рационализация – это апелляция к понятийному аппарату родных и близких – пью потому, что я тонкий чувствительный человек, страдающий от того, что мир жесток и несправедлив ко мне.

Вытеснение – удаление из сознания нежелательных фактов, забывание. Например, пациент может заявить, что не болен и нигде не лечился, хотя имеется документ о том, что он уже не раз проходил лечение. Есть такой термин «функциональное ситуационное слабоумие». О человеке не скажешь, что он слабоумный, в каких-то житейских ситуациях он проявляет находчивость и смекалку. Но когда речь заходит о проблеме, когда доводы окружающих противоречат алкогольной позиции – «включает дурака», не понимает простых и весомых аргументов.

Проекция – наделение других людей теми качествами, которые присущи больному, но он их вытесняет. Про таких говорят «как послушаем его, то выходит, что все плохие, один только он хороший».

Низведение (девальвация) тех ценностей, которые присущи обществу, но идут вразрез с алкогольной позицией. На вершине иерархии ценностей человека расположен алкоголь. Все остальное, чем дорожит каждый нормальный человек, семья, общество, принижается и отбрасывается.

Реактивные образования – это компенсаторные построения в ответ на те проблемы, которые несет выпивка. К реактивным образованиям можно отнести **экстравагантность** (культурность, щепетильность, услужливость, политкорректность, представляющие собой своеобразное прикрытие от того, чтобы в глаза не говорили неприятного); **всемогущество** – преувеличение своих возможностей, в то время как реально они снижаются (по принципу: все могу, только денег на водку не хватает);

алкогольные игры – поведение направленное на извлечение выгоды (в данном случае, на сохранение возможности употребления спиртных напитков).

Задача психокоррекционной работы на данном этапе – изменить парадигму (т.е. концептуальную схему) выздоровления: не умеренно пьющий, а трезвенник. Еще одна задача – сформировать мотив к трезвенничеству, показав те страдания, которые приносит алкоголик себе и окружающим. Добиться, чтобы трезвенничество стало желаемым состоянием.

II. Психотерапевтический ритуал формирования трезвенничества

Ритуал глубоко укоренен в человеческой жизни и отражает безоговорочное принятие определенной нормы и социально санкционированную готовность человека действовать определенным образом (Левит С.Я., 1998). примерами глубокой укорененности в человеческой психике древних ритуальных движений могут быть некоторые общезначимые жесты: например, жест «рука у груди» (т.е. «на сердце») в подкрепление обещания или намерения говорить полную правду, или рукопожатие в знак достигнутого согласия. Ритуал можно определить как единственно возможный способ поведения человека и социальной группы в тех ситуациях, которые расцениваются данной группой как кризисные, поэтому требующие специальных (обязательных для всех) программ поведения. Ритуал – это, своего рода, поведенческая метафора, в которой одни предметы или действия заменены другими, то есть выступают в значении других. Подсознание и реагирует на ритуальные действия как на реальные события, изменяя при этом психические процессы, энергетику и физическое состояние организма.

Понятие «ритуал» в контексте лечения указывает на некий обряд или церемонию, в результате которой больной алкоголизмом превращается в трезвенника. Ритуал характеризуется такими чертами, как нерациональность (иррациональность). Отношение между целью (трезвенничество) и используемым средством (метод лечения) здесь не является подлинным. В процессе ритуала производится магическая драматизация психотерапевтической манипуляции, которая придает больному ощущение силы и уверенность в эффективности проводимого мероприятия.

В структуре ритуала достижения трезвенничества можно выделить три стадии: отделение, переход и включение в общество

в новой социальной роли (Демильханова А.М., О.Г. Денисова О.Г., 2008). Каждая из этих трех стадий включает в себя ряд манипуляций, имеющих важное символическое значение.

На стадии отделения больной принимает решение о необходимости лечения и удаляется из привычного ему окружения. Больному сообщается, что для успешного лечения необходим период полного воздержания (обычно от 7 до 14 дней) от употребления алкоголя. Необходимость воздержания объясняется тем, что за это время из организма полностью выводятся токсические продукты распада алкоголя, и эффективность дальнейшим мероприятий будет выше. Это действительно так. Но еще более важное значение периода воздержания – это испытание пациента на устойчивость мотивации к выздоровлению. Токсические продукты распада алкоголя выводятся из организма несколько раньше, обычно через 3-5 дней, а затем, если согласие на лечение было продиктовано лишь желанием получения помощи для облегчения последствий отравления и смягчения критики со стороны родственников, больной меняет свое решение и отказывается от дальнейшего лечения.

На стадии перехода проводится процедура, цель которой – формирование несовместимости организма с алкоголем. В этой процедуре, как правило, используются подходы аверсивной и (или) плацебо терапии.

Аверсивная терапия (от лат. Aversatio – отвращение) – общее название группы терапевтических методов, основанных на применении неприятных (аверсивных) стимулов, вызывающих у пациента отвращение, крайне неприятные или болезненные ощущения. Аверсивная терапия относится к поведенческим (бихевиоральным) методам. Механизм аверсии – формирование условно-рефлекторной связи между приятным стимулом (алкогольным напитком) и неприятным стимулом, в качестве которого может выступать лекарственный препарат, который сам по себе не вызывает каких-либо негативных реакций, но в сочетании с алкоголем приводит к соматовегетативным расстройствам. Широко используется препарат антабус (тетурам), который блокирует расщепление этилового спирта в организме на стадии уксусного альдегида (ацетальдегида). Антабусная реакция – это, по существу, отравление ацетальдегидом; проявляется в виде сердцебиения, жара, стука в висках, нехватки воздуха, помутнения сознания. Больной принимает препарат, и в процессе лечения ему проводят несколько так называемых «антабусных проб»: дают попробовать глоток водки или вина и испытать неприятные ощущения, связанные с отравлением.

И.Ф.Случевский в 1934 г. предложил способ условно-рефлекторного лечения алкоголиков, в котором аверсивным стимулом служил апоморфин, препарат, после введения которого развивается тошнота и рвота. Больного спустя несколько минут после подкожной инъекции препарата вводили в помещение, где воссоздавалась ситуация знакомой ему обстановки: грязный стол с пустыми бутылками, стаканами и закуской, разрисованные стены с нецензурными надписями, изображениями подворотни, пьяной компании и т.п. К столу, за который усаживали пациентов (как правило, в сеансе участвовало несколько человек для взаимной суггестии), прикреплялся специальный желоб для оттока рвотных масс. Пациентам давали выпить 25 г водки и производили внушения с целью выработки тошнотно-рвотной реакции на запах и вкус алкоголя. В эти минуты проявлялось действие апоморфина, и у больных открывалась рвота. Для выработки стойкой условно-рефлекторной рвотной реакции на вид и запах алкоголя требовалось 15-20 таких сеансов. Методика довольно широко практиковалась в СССР, сейчас используется меньше, в основном из-за высокого процента осложнений со стороны сердечно-сосудистой и пищеварительной систем у алкоголиков во время рефлекторных рвот. Кроме того, принудительный принцип условно-рефлекторной терапии противоречит этическим соображениям современной наркологии.

Механизм аверсии можно использовать в ходе гипнотического сеанса, когда психотерапевт работает с представлениями больного, внушая ему отвращение к алкоголю. В качестве примера можно привести гипнотическое внушение известного российского психотерапевта Марка Евгеньевича Бурно (Бурно М.Е., 2000):

«Пусть, пусть звучит в душе справедливая гордость. Живу трезво, совершенно трезво, с убежденностью, что не выпью никогда, нисколько спиртного. Только в этом, в абсолютной трезвости навсегда - спасение мое, иначе - конец. Достаточно смазать заржавевшие похмельные механизмы каплей спиртного, как они снова пагубно заработают - и еще пуще, разрушительнее. Либо жить совершенно трезво, трезвыми радостями и заботами, либо - погибать. Третьего - нет. Это уже не жизнь, когда человеку все равно, что будет с ним, с его делом, с его близкими. Это нравственная гибель, это уже ходячие трупы. Нет, я не дошел (не дошла) до этого слабоумного состояния. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я (сама я) не выпью. Вот оно - спасение мое. У меня теперь есть будущее. Но всегда помню важное для меня: проклятое влечение к спиртному сидит во мне, примялось побитое, склонило голову свою,

уползло в нору свою, но по временам может давать себя знать. Очень важно всегда ясно помнить, как дает себя знать больное влечение, чтобы понимать, что происходит, и знать, как действовать.

Во-первых, больное влечение к спиртному может давать себя знать откровенным желанием выпить, особенно в обстановке хмельного застолья, когда на столе бутылки и предлагают, просят выпить, наливают спиртное в стакан, бокал, рюмку. Вот тогда, случается, засосет под ложечкой, выпить захочется, и уже лезут в голову предательские мысли: а может, попробую, может, получится пить понемногу. Нет, не получится! Ни капли спиртного, никогда! Я же хорошо знаю, что будет, если выпью. Будет снова алкогольное болото, и неизвестно, выберусь ли из него в другой раз и с какими потерями выберусь, если выберусь. Нет, не самоубийца я. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я (сама я) не выпью. Тот, кто протягивает мне спиртное, - это мой самый злой враг. Брови сдвину и покажу решительно, что угаваривать меня бесполезно. А если в душе неуверенность – то бежать, бежать подальше от этого места, где можно выпить, и вспоминать крошечную жуть, трагедию прошлого своего пьянства.

Но проклятое влечение дает себя знать и другими, тайными способами.

Случается, испортится настроение. Как-то кисло, тревожно, тоскливо, муторно на душе. И, кажется в это время: а есть ли алкоголизм? И в этом ли дело? Вот тяжело, скверно на душе. Вот истинное страдание, вот от чего избавиться бы! Выпить, что ли, чтобы легче стало? Стоп! Это работает больное влечение к спиртному, это оно переделось в одежды тоскливости, это оно таким образом просит-требует своего. Очень важно вот тут схватить его за шиворот: я знаю, это ты, ты меня не проведешь, ни капли не выпью, никогда; в любом скверном настроении смогу отказаться от спиртного, потому что знаю, что именно происходит сейчас со мной. А когда столько знаешь про себя – сорваться непозволительно.

А бывает, найдет светлое радостное настроение. И чувствуется в это время какая-то необыкновенная свежесть. Кажется: вот оно – полнейшее здоровье! Вот теперь смогу пить спиртное понемногу. Раньше, да, не смог (не смогла), а теперь смогу, чувствую, что смогу. И танец легких, беспечных мыслей в голове: ну, подумаешь, чего там, ничего плохого не случится, ежели выпью бокальчик шампанского. Стоп! Это опять больное влечение к спиртному. Это оно переделось в одежды беспечного легкомыслия, телесной свежести и таким образом просит-

требует своего. Ни капли! Никогда! Я знаю, что будет, если пойти на поводу у этой змеи: снова трясучка запоя, большое алкогольное болото и неизвестно, выберусь ли...

А бывает так, что человек, будто механически, невольно, заходит в магазин, покупает вино, наливает потом в стакан, пьет и только после нескольких глотков спохватывается: мне же нельзя спиртного, нисколько, никогда. Это опять работает большое влечение. Это оно устраивает такие безумные поступки. Но если знать, что такое может случиться, тревожно помнить об этом, этого никогда не случится.

Проклятое влечение живет во мне, и я постоянно должен (должна) следить за собой: не подняло ли оно поганую голову свою. И если приснится сон про бутылки, что пью спиртное и ничего себе, все в порядке – тогда особенно осторожным (осторожной) надо быть: это большое влечение ворочается, показывает подобные сновидения и таким образом просит-требует своего. Нет, не проведет меня болезнь моя. Нисколько спиртного! Никогда! И тогда у меня есть будущее. Будет хорошее в жизни моей. И будут всякие неприятности. Куда же от них денешься. Но и неприятности – по-человечески, с чистой, безалкогольной кровью, без отравленности. И много хорошего будет в жизни моей. Но пусть пребудет во мне благородный страх: а вдруг проведет меня болезнь моя, влечение проклятое? Подумать только – как легко сорваться!.. Пусть этот благородный страх поможет жить в полной трезвости».

В состоянии гипноза больной получает вербальные послылы, в которых ситуации возможной актуализации патологического влечения соединяются с формулами внушения неприятия и отвращения к алкоголизации.

Широкое распространение у нас в последние годы получила методика эмоционально-стрессовой терапии, автором которой является известный советский психотерапевт Александр Романович Довженко (Довженко А.Р., 1984). Сам Александр Романович так рассказывает о механизмах действия своей методики в газете «Правда» от 15 января 1988 года:

«Я даю человеку «смысловой код». И слова мои начинают в памяти больного новую жизнь, они будут заниматься своеобразной мобилизацией энергии мозга для борьбы с болезнью. Мой метод позволяет снять тягу к спиртному после одного лечебного сеанса, причем часто на десятилетия.

Обычные методы лечения основаны на обращении к условным рефлексам человека, а ведь они гаснут через некоторое время.

Многие наркологи и психотерапевты преследуют одну цель – вызвать отвращение к спиртному. Отвращение – чувство неприятное, с ним жить неуютно. Поэтому классические методы лечения помогают не всегда. Моя же методика основана на формировании под воздействием слова доминанты в мозгу больного, которая подавляет алкогольное влечение. После сеанса больной приобретает безразличное отношение к спиртным напиткам».

Чтобы разобраться в механизмах эмоционально-стрессовой психотерапии, обратимся к анализу исторических предпосылок появления методики и хотя бы вкратце дадим её описание и интерпретацию с точки зрения современной нейропсихологии.

Как уже было сказано выше, медикаментозная аверсия с применением внутримышечной имплантации препарата антабус (эспераль) практиковалась, и теперь применяется в наркологии. Недостатком метода можно считать высокий процент отторжения имплантата. Кроме того, «насильно мил не будешь», и если подшивку провели принудительно, то больной при желании может извлечь таблетки из мышцы. Проблема с внутримышечной подшивкой в эпоху СССР состояла еще и в том, что препарат эспераль импортный, и были перебои с его поставкой, хотя потребность в этом виде лечения со временем возрастала. А что, если вместо истинных таблеток, которых временно нет, подшить больному пустышку: таблетки нейтрального фитина или моток кетгута (хирургические нитки, которые со временем рассасываются)? Попытки плацебо-подшивки принесли впечатляющие результаты: процент успеха мало отличался от реальной имплантации. Возникла идея вообще отказаться от хирургического внедрения в мышцу таблеток, а применить виртуальный «код», программу (а программирование тогда только входило в моду и было малопонятным обывателю), которую психотерапевт вводит при помощи специальной вербальной формулы внушения. А.Р.Довженко предложил «испытательный срок» – две недели воздержания от алкоголя перед лечением (стадия отделения по нашей схеме, предложенной выше). Затем все подлежащие кодированию пациенты собираются вместе в актовом зале (для взаимной суггестии). Автор метода, маститый психотерапевт, на вступительной лекции рассказывает всем собравшимся о страшных последствиях алкоголизма, о своей успешной практике, а также о тех трагических последствиях, которые могут наступить в случае нарушения «кода». Под кодом подразумевается некий сторожевой пункт, доминанта, «бомба, взрывателем ориентированная на алкоголь» и т.п., которая в

случае нарушения режима трезвости может сработать и вызвать вегетососудистые реакции, неврологические или психические расстройства, нарастающие лавинообразно и непредсказуемо, вплоть до самых серьезных и трагических последствий для здоровья и жизни. Затем каждый больной пишет расписку, в которой подтверждает, что ознакомлен с методом и знает, что в случае нарушения режима трезвости могут наступить страшные последствия для здоровья и самой жизни. Срок действия кода пациент выбирает сам. Затем поодиночке каждый больной входит в комнату, садится на стул. Позади находится ассистент, который резко запрокидывает голову больного назад (при этом пережимаются позвоночные артерии, и возникает головокружение), а также надавливает пальцами на закрытые веки, еще больше усиливая вестибулярные нарушения. «Кодировщик» в это время делает прямые внушения о недопустимости приема алкоголя и катастрофических последствиях этого, одновременно орошает открытый рот пациента струей хлорэтила (препарат для местного обезболивания), вызывая сильное раздражение полости рта, слюноотделение и позывы на рвоту. Затем пациент выходит из помещения, получает на руки справку, в которой указан срок кодирования и те негативные последствия, которые могут наступить в результате срыва.

Каков же эмоционально-стрессовый механизм методики? И вызывает ли кодирование, как утверждает А.Р.Довженко, безразличие к алкоголю?

Кодирование – это суггестивная методика. Больной получает внушения на тему недопустимости употребления алкоголя. Такие внушения для немотивированного пациента являются нейтральными, как говорится, «в одно ухо влетают, в другое вылетают», вытормаживаются. Другое дело, внушения в состоянии эмоционального стресса. Они запоминаются и актуализируются в определенных ситуациях. Взять, хотя бы, тяжелый стресс, когда человек попадает в ситуацию, представляющую опасность для жизни или основ существования. Он расскажет Вам потом, что в эти секунды перед глазами прошла вся жизнь, мгновения превратились в часы, и каждый миг этой ситуации теперь вспоминается со всеми подробностями. Это – эмоциональная память, которая филогенетически более древняя, чем память логическая. Эмоциональная фиксация информации идёт в обход психологических защит, что значительно повышает эффективность прямых внушений.

Второй вопрос: может ли кодирование снять тягу к алкоголю? Желание выпить у человека, отказавшегося от спиртного по

убеждению, актуализируется в виде навязчивых сомнений. Наблюдается некое самоуспокоение и самообман: ну что же, наверно смогу немного выпить? В условиях запрета, разумеется, если этот запрет твердый, и больной в него искренне верит, снимаются навязчивые сомнения, а, следовательно, и тяга к спиртному снижается.

Следует оговориться: конечно, метод эмоционально-стрессовой терапии, будучи директивным и манипулятивным, помогает преимущественно людям простодушным, внушаемым, примитивным и доверчивым. Для более сложно устроенных пациентов в настоящее время предлагаются методики более изощренные, индивидуальные, с использованием внушений, опосредованных психофизиологическими эффектами «аппаратуры», психоделическими свойствами лекарств (например, кетамина) и т.п. В этой связи следует вспомнить еще одного Александра Романовича, нашего выдающегося нейропсихолога А.Р.Лурия, который признавал важность целостного представления человека о своем недуге – внутренней картины болезни. В структуре внутренней картины болезни важное значение имеет модель предполагаемых результатов лечения: больной в своем воображении, сообразуясь с собственными понятиями, рисует образ тех мероприятий, которые, как ему кажется, были бы наиболее эффективны. И специалист, прибегая к способу эмоционально-стрессовой терапии, должен четко себе представлять, что для многих современных пациентов просто не укладываться будет в голове, как можно ввести какой-то «код» в мозг путем словесных внушений?

Эмоционально-стрессовая и авersiveная терапия нередко используются в практике народных целителей и шаманов. Интуитивно и эмпирическим путем целители подбирают и синтезируют в единую систему терапевтические подходы и ритуалы, которые порой позволяют добиться впечатляющих результатов. Так, психотерапевтам из Новосибирска известна весьма успешная практика одного якутского шамана по избавлению от «зеленого змия». У северных народов предрасположенность к алкоголизму выше вследствие усиленного расщепления этилового спирта в условиях повышенных энергозатрат (напомню, «северный стиль» - это склонность к употреблению крепкого алкоголя и запоям). Шаману удавалось избавлять своих соплеменников от пагубного пристрастия с высокой эффективностью, почти 100-процентной! Известные ученые собрались и поехали

посмотреть на работу целителя. Их привели в юрту. В центре помещения горел костер, возле которого сидел шаман – весьма неприятного зловещего вида старик, неопрятный, грязный, с липкими растрепанными волосами, из беззубого рта доносилось зловоние. «Пациенты» сидели кружком на корточках по периметру шатра. Старик о чем-то говорил им на своем языке, то монотонно, то отрывисто и эмоционально, иногда переходя на крик, похоже, расточая угрозы и проклятия. Затем прозвучала команда и алкоголики широко, насколько могли, раскрыли рты, и так сидели покорно, в оцепенении, как цыплята. Старик стремительно подошел к одному из них, набрал побольше слюны и плюнул в раскрытый рот. Несчастный скорчился в судороге и рвоте. Остальные, скосив глаза, наблюдали за происходящим. У некоторых слабонервных уже начались самопроизвольные позывы на рвоту. Подойдя к следующему больному, шаман повторил плевок, результат тот же – падение на пол и рвота. Третьему плевков уже не понадобился, насмотревшись на предыдущих он лежал на полу и корчился в судорогах. То же самое происходило с остальными. Шаман отошел к костру молча наблюдал, как вместе с рвотными массами из алкоголиков «выходит дьявол». Изможденных, полуживых «пациентов» затем по одному за ноги вытаскивали из юрты на воздух, где они постепенно приходили в себя...

Эффективная процедура формирования трезвенничества кроме аверсивной и эмоционально-стрессовой составляющих обычно включает в себя плацебо-компонент.

Слово *placebo* в буквальном переводе с латыни означает «нравиться». Подразумевается, что какое-то вещество или физическое воздействие, ввиду того, что оно нравится, и от него ожидают позитивного воздействия, производит это воздействие. В современной медицинской литературе часто используется переносное значение слова «плацебо» – пустышка, что отражает скептическое и, в некотором роде, пренебрежительное отношение профессионалов к плацебо-эффектам. А между тем доля плацебо составляет 55% терапевтического эффекта от любого лечения. И особенно это касается болезней, нарушающих психику человека, к которым относится алкоголизм.

Известен старый способ «внутривенного кодирования» алкоголиков с помощью введения препарата «торпедо», который на самом деле является сульфатом магния, вызывающим в первые минуты после введения жар, сердцебиение, покраснение кожи и

прочие пугающие вегетативные реакции, но отнюдь не обладает каким-либо специфическим противоалкогольным действием. Подобную манипуляцию можно рассматривать как профанацию лечения, святую ложь во спасение или даже преднамеренный обман пациента, которому вместо настоящего лекарства подсовывают пустышку. Это так, если лечение ограничивается только введением данного препарата. И совсем другое дело, если применение плацебо-агента представляет собой один из этапов лечения – ритуал формирования трезвенничества.

Классическим примером эффективности плацебо-терапии в руках авторитетного специалиста является факт из биографии выдающегося российского терапевта Матвея Яковлевича Мудрова (1776-1831). Известный придворный врач пользовался необычайной популярностью как у богатых людей, так и у простого народа. Чрезвычайно ценились в то время «порошки от Мудрова». Многие болезни поддавались излечению, когда использовались эти порошки из рук такого искусного врача-целителя. Порошки были трех видов: «золотые» для придворных особ, «серебряные» для знати и «простые» для черни. Каждый из порошков был завернут в соответствующую упаковку: золотую фольгу, серебряную фольгу и простую бумагу. М. Я. Мудров был председателем комиссии по борьбе со свирепствующей тогда холерой и сам однажды, заразившись этой болезнью в командировке, скоропостижно скончался. Соратники и ученики Мудрова решили попробовать разгадать рецепт чудо-порошков, хотя и не надеялись на успех – видимо сложная была рецептура. Каково же было их удивление, когда в каждом из трёх видов порошков они обнаружили одну субстанцию – толченый мел!

Таким образом, с целью формирования трезвенничества используются различные психотерапевтические манипуляции. При этом необходимым условием эффективности мероприятия является искреннее желание человека избавиться от алкоголизма и полное доверие к профессионалу, оказывающему помощь, которое формируется (или укрепляется) на предыдущем, первом этапе психологической коррекции.

Опытный психотерапевт лечит, формируя ту среду, в которой происходит исцеление (недаром существует определение психотерапии, где она обозначена как лечение душевных расстройств специально организованной средой). В случае алкоголизма под исцелением можно понимать вдохновение и озарение, которое приходит к больному, благодаря чему он обретает способность совершенно по-иному взглянуть на ситуацию. В.Ю.Завьялов (1999) таким образом характеризует этапы плацебогенеза (в скобках курсивом – примечания автора):

1. Герой (*больной алкоголизмом*) ищет предмет актуальной потребности (*способ исцеления*).

2. Его внимание привлекает нечто странное, что удивляет (*метод лечения с ореолом «новый и высокоэффективный»*).

3. Герой идет на этот маяк, не вполне понимая, зачем он это делает и что им движет (*но уверен, что «вот это мое, это мне поможет»*).

4. Герой впадает в ситуацию, которую перенести не в силах, падает в изнеможении, теряет сознание и ориентировку (*трансовые состояния в ходе психотерапевтического сеанса*).

5. Просыпается, получая новое знание, новое видение ситуации, новое направление в жизни, новый взгляд на самого себя и свою миссию.

III. Налаживание полноценной жизнедеятельности представляет собой третий, заключительный этап психологической коррекции. Его целью является включение человека в общество в новой социальной роли трезвенника.

В рамках этого этапа решаются следующие задачи:

1. **Изменение микросреды** (изучение специфики реакции окружающих на трезвенничество; работа с престижной группой – теми людьми, мнением которых человек дорожит; семейная психотерапия дисфункциональных отношений и созависимости).

2. **Адаптация больного к его микросреде на уровне трезвенничества (не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне)**. В эмоциональной сфере необходимо реконструировать те чувства, которыми пренебрегает больной в повседневной жизни. Ведь вследствие механизмов психологической защиты жизнь теряет эмоциональную насыщенность, больной как бы дистанцируется от близких, отношения теряют эмоциональную окраску. Психолог выясняет, какие чувства знакомы пациенту, затем реконструирует весь каталог чувств, учитывая их полярность, например, любовь-ненависть, симпатия-антипатия, забота-равнодушие, терпение-раздражительность и т.д. Анализируется эмоциональный резерв, расширяются возможности эмоционального реагирования (Павлов И.С., 2006).

3. **Формирование полноценной жизнедеятельности**. Это работа с различными сферами жизнедеятельности человека (эмоциональная сфера, сфера общения, морально-этическая, интеллектуальная, материальная, волевая сфера, самореализация в каком-то деле, эстетическая сфера, престижная сфера, сфера

культуры, сексуальная сфера, сфера отдыха и свободного времени).

Наиболее эффективным инструментом в рамках третьего этапа является *психологический тренинг* – групповой метод формирования умений и навыков самопознания, общения, взаимодействия с другими людьми.

Построение программ психологических тренингов должно включать в себя следующие атрибуты:

- развитие способности к самосознанию и самоуважению, как факторов сопротивления влиянию алкогольной среды;
- умение выделять себя из окружающей среды, противопоставлять себя ей и умения ясно формулировать свои потребности;
- личностный рост: развитие навыков самостоятельности и ответственности, умения принимать самостоятельные решения;
- тренинг творческих способностей;
- навыки борьбы со стрессом без употребления психоактивных веществ;
- развитие умения распознавать варианты «агитации» со стороны алкогольной среды и сопротивляться ей;
- тренинг отказа, развитие способности сказать: «Нет»;
- развитие навыков борьбы с депрессией и неудачами, тренинг активной личностной позиции;
- обучение приемам физического развития организма.

Конечная цель мероприятий третьего этапа психологической коррекции – формирование антиалкогольных установок, а также культивирование черт зрелой личности: ответственный, трудолюбивой, взвешенной в своих словах и поступках. Необходимо не просто уметь отказаться от алкоголя, но изменить свои взгляды, обрести способность принять мир, в котором живешь, и сотрудничать с ним.

Глава 9.

Преодоление созависимости

Созависимость формируется еще на ранних этапах развития алкоголизма, до возникновения серьезных клинических проявлений болезни, но когда пьющий человек уже сталкивается с целым рядом психологических проблем. И самая главная для него проблема – как подружить родственников и близких со своим пьянством? Хотя на словах он, как правило, соглашается с

доводами о вреде алкоголя, на деле же стремится так организовать свои взаимоотношения с людьми, чтобы покрывать свое пьянство, всегда «выходить сухим из воды». В результате нормальные искренние отношения в семье подменяются психологическими играми, родственники, сами того не замечая, идут на поводу у пьяницы.

Американский психоаналитик Эрик Берн в книге «Игры, в которые играют люди» дал описание *психологической игры под названием «Алкоголик»*. Под игрой Э.Берн понимает поведение, направленное на извлечение какой-либо выгоды.

Центральная фигура игры – сам алкоголик. В игре обычно участвуют также такие персонажи, как «преследователь», «спаситель», «простофиля» и «снабженец».

Преследователь – это человек из ближайшего окружения (жена, муж, мать, отец, другой близкий родственник, начальник), который не дает спокойно жить алкоголику. Отнимает бутылки, запирает алкоголика на замок, источает всяческие угрозы. Родственник в роли преследователя убежден, что только железной рукой и репрессиями можно приструнить слабовольного пьяницу.

Преследователь использует тактику кнута. *Спаситель*, наоборот, отдает предпочтение прянику. Жена в роли спасителя обязательно сбегает за минеральной водой, когда муж выхаживается после запоя, заботливо укрывает одеялом, зажжет сигарету, даст таблетки, если нужно – вызовет врача. Спаситель прикроет от назойливых неуместных телефонных звонков, заранее договорится с начальником об отгулах. Спаситель обзвонит медицинские центры и договорится о противоалкогольном лечении.

Жены алкоголиков, пьющих запойно, часто меняют свое амплуа. Во время запоя они играют роль преследователя, гневно осуждают мужа, призывают на помощь знакомых и друзей. В конце запоя принимаются спасать алкоголика, занимают его сторону, осуждают вместе с ним тех людей, которые преследовали его вместе с ней и по ее же «наводке». В результате страдают отношения с ранее близкими людьми, семья все больше изолируется от окружающего мира. После запоя алкоголик стремится сгладить свою вину, угождает, покупает подарки, помогает по хозяйству, «благодаря» жену за стремление его спасти. Он стремится сделать отношения взаимовыгодными – ты спасай меня, а я тебя отблагодарю. Такой стиль взаимоотношений между супругами наркологи называют «балльной системой» (Валентик Ю.В., 1995), т.е. в процессе запоя алкоголик как бы теряет баллы, а потом отрабатывает их, искупает, реабилитируется. «Балльная система» наблюдается почти в 80% семей

алкоголиков. Она же отчетливо просматривается на производстве взаимоотношения начальника и подчиненного-алкоголика, которому, чтобы избежать увольнения, приходится искупать вину, отрабатывать свои загулы сверхурочно, в праздники и выходные.

Следующий персонаж игры «Алкоголик» – *простофиля*. Эта роль отводится тому, кто продолжает верить лживым обещаниям алкоголиков. Например, мать дает деньги сыну, который клянется, что больше ни грамма в рот не возьмет, а вечером он не может самостоятельно открыть дверь. В таком же положении простофили оказываются некоторые жены, которые гордятся тем, как они умеют «вычислить» пьяницу, «унюхать» даже если он выпил одну-единственную рюмочку. Супруг же, посмеиваясь, рассказывает друзьям, что когда она «унюхивает» рюмочку, на самом деле выпивается бутылочка.

Снабженец – это обычно собутыльник, который выслушает жалобы на жизнь, посочувствует и не забудет налить стопку из личных запасов. Снабженец для алкоголика – очень важная фигура. Сам алкоголик тоже периодически становится снабженцем, когда у него появляются деньги и возможность подпоить приятелей. Так формируется круговая финансовая порука алкоголиков. Даже потеряв работу, не имея ни гроша в кармане, алкоголик может долгое время пить даром. Однако ничего бесплатного не бывает. Приходится расплачиваться потом, заработав какие-то деньги и взяв на себя роль снабженца.

Смысл игры для алкоголика заключается в том, чтобы, несмотря на помехи окружающих, продолжать привычный образ жизни. Манипулировать окружающими, чтобы продолжать пить – вот суть игр. Алкоголики в этих играх всегда побеждают. Родственники, если упорно продолжают участвовать в играх, всегда проигрывают. Более того, участие в играх алкоголиков подрывает здоровье родственников. Поэтому для родственников так важно осознать, что они втянуты в игры, и как можно быстрее выйти из игры, т.е. предоставить алкоголику возможность самому решать собственные алкогольные проблемы. В свою очередь, пьющий человек, если хочет отказаться от алкоголя, тоже должен прекратить игры.

В последние годы популярным в среде специалистов стал термин **«созависимость»**. Созависимыми называют родственников, чья психика деформируется, и чье здоровье разрушается из-за пагубного влияния находящегося рядом алкоголика и желания его спасти. Созависимыми являются лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным

алкоголизмом, а также лица, имеющие одного или обоих родителей, страдающих этим заболеванием. Созависимый человек — это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого, зависимого от алкоголя человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей. Созависимость можно охарактеризовать как особого рода деформацию (патологическое развитие) личности, формирующуюся у родственников алкоголика из-за постоянно испытываемых ими унижений, обид и отчаяния, из-за подмены нормальных человеческих взаимоотношений в семье алкогольными играми. Такие семьи, где в центре внимания находится зависимый человек, а родственники поглощены заботами о его спасении, называются **дисфункциональными**.

Можно выделить несколько важнейших особенностей взаимоотношений в таких семьях (Москаленко В.Д., 2009):

1. Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
2. Вакуум интимности.
3. Замороженность правил и ролей.
4. Конфликтность во взаимоотношениях.
5. Недифференцированность "я" каждого члена ("Если мама сердится, то сердятся все").
6. Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной.
7. Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия.
8. Склонность к полярности чувств и суждений.
9. Закрытость системы.
10. Абсолютизирование воли, контроля.

Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется определенным правилам: взрослые являются хозяевами ребенка и определяют, что правильно, что неправильно; родители держат эмоциональную дистанцию; воля ребенка расценивается, как упрямство и должна быть сломлена, как можно скорее.

В связи с тем, что в дисфункциональных семьях имеется недостаток открытости, эмоциональности, душевности, дети недополучают родительской любви. Таких детей называют «цветы на скалах». Поскольку дисфункциональная семья живет «на военном положении», безуспешно сражаясь с алкоголизмом одного из ее членов, то в этой войне мало интересуются желаниями и мечтами ребенка, ему уготован определенный жизненный

сценарий. Выделяют четыре основных сценария (или роли) ребенка в дисфункциональной семье:

1. **Семейный герой.** Как правило, это старший ребенок в семье, которому присущи гиперответственность, стремление заботиться о младших детях. Испытывает чувство вины и стыда в связи с ситуацией в семье, скрывает семейные проблемы. Хорошо учится. Подрастая, не приемлет для себя употребления алкоголя.

2. **Шут.** Чаще им является младший ребенок. Он беззаботный и безответственный, стремится перетянуть на себя внимание близких, постоянно манипулирует окружающими.

3. **Козел отпущения.** Это ребенок с девиантным поведением. Его постоянно ругают и сравнивают, например, с пьющим отцом: «Он такой же пропащий, как отец; если бы не был такой как отец, то был бы человеком».

4. **Потерянный ребенок.** К нему безразличны родители в ситуации, когда оба они пьют, или пьет один, а второй целиком поглощен заботами по спасению супруга. Потерянный ребенок имеет возможность привлечь к себе внимание родителей лишь психосоматической болезнью или плохой учебой.

Из перечисленных выше характеристик следует, что такие роли, как шут (с его инфантилизмом), козел отпущения (со склонностью к отклоняющемуся поведению) и потерянный ребенок (с предрасположенностью к депрессивному реагированию и психосоматике) входят в группу риска по алкоголизму. Здесь можно говорить о наследовании, но не столько о биологическом, сколько о психологическом. Причем может наследоваться не только характер, как у пьющего родственника, но и личность, формирующаяся в условиях дисфункциональной семьи.

Наиболее благоприятный из перечисленных сценариев – семейный герой. Ребенок вырастает с убеждением о пагубности пьянства и не приемлет этого в своей жизни. Однако даже в таком случае над человеком может висеть «дамоклов меч» биологических предпосылок алкоголизма. «Семейный герой», подрастая, либо совсем не употребляет спиртного, либо увлекается спиртным и ввиду наследственной предрасположенности быстро спивается.

И еще одна очень важная угроза для ребенка из дисфункциональной семьи – это реальная возможность снова попасть в созависимые отношения. По статистике известно, что около 80 % девочек из семей алкоголиков выходят замуж за пьющих людей, и в новой семье повторяются старые проблемы.

Если говорить о семейных сценариях и вероятности повторения печального опыта родителей, то уместно вспомнить историю о том, как одна мать больше всего в жизни боялась, чтобы дочь не повторила ее ошибку. Всю жизнь она прожила с горьким пьяницей и была уверена, что этих алкашей она видит насквозь. И вот однажды, гуляя на деревенской свадьбе, она обратила внимание на одного очень положительного молодого человека. Наутро после бурного свадебного веселья все молодые люди чувствовали себя отвергательно: кто-то не мог подняться с печки, кого-то во дворе «выворачивало наизнанку», кому-то «не лез кусок в горло» из-за тошноты, кто-то мучился головной болью. Только этот паренек был бодр и весел. Шустрый такой, активный, встал раньше всех, помог убрать в доме и стол накрыть. Про такого говорят: «на нем шкура горит». «Вот смотри, именно такой муж тебе и нужен, а не эти пьяницы», - сказала она дочери. Та послушала мать, и вскоре деревня снова справляла свадьбу. Спустя же совсем небольшое время дочь поняла, что наступила на те же грабли, что и мать. Активность молодого человека наутро после пьянки объяснялась высокой устойчивостью (толерантностью) к алкоголю, что в последующем быстро привело к алкоголизму. А симпатии матери к его «активности» в ситуации застолья - это бессознательное переживание позитивных чувств, испытанных когда-то по отношению к мужу, когда тот был еще не алкоголиком, а веселым компанейским парнем.

Таким образом, воспитание в дисфункциональной семье формирует психологические особенности, составляющие почву созависимости. Именно почву, потому что созависимым человек становится только при условии проживания вместе с зависимым. Но, с другой стороны, и зависимость в ряде случаев формируется под влиянием условий «дисфункциональной семьи». Нередко становится очевидным, что если бы человек не жил в данной ненормальной семье, то не стал бы алкоголиком. Так что, зависимая и созависимая личности как ключ к замку подходят друг к другу, оказывая пагубное взаимовлияние.

Многие исследователи указывают на сходство параметров зависимой и созависимой личности. Среди симптомов, выявляемых у родственников больных алкоголизмом, наиболее часто указывают на следующие: 1) чувство вины; 2) неумение выражать свои чувства; 3) низкая самооценка; 4) душевная боль; 5) низкая толерантность к фрустрации; 6) агрессия, стыд. Нетрудно заметить, что те же симптомы отмечаются и у самих больных алкоголизмом.

Если говорить о **личности созависимого**, то среди ее важнейших характеристик, вслед за В.Д.Москаленко, можно

выделить низкую самооценку, навязчивое желание контролировать жизнь окружающих, стремление спасти близких.

Низкая самооценка — это основная характеристика созависимых, на которой базируются все остальные. Из-за низкой самооценки созависимые могут постоянно себя критиковать, но не переносят, обижаются, когда их критикуют другие. В этом случае они становятся самоуверенными, негодующими, гневными. Созависимые не умеют также принимать комплименты и похвалу должным образом, это может даже усиливать у них чувство вины. Из-за низкой самооценки они испытывают чувство вины по самым разным поводам: когда тратят на себя деньги, позволяют себе развлечения. Неуверенность в собственных силах и тревожность приводят к тому, что созависимые вообще не могут делать какие-либо решительные шаги из-за боязни сделать ошибку. В их сознании и лексиконе доминируют многочисленные долженствования: "я должна", "ты должен", "как я должна вести себя с моим мужем?" Созависимые стыдятся пьянства мужа, но также стыдятся и самих себя.

Низкая самооценка движет ими, когда они стремятся помогать другим. Не веря, что могут быть любимыми и нужными, они пытаются заработать любовь и внимание других, став в семье незаменимыми.

Навязчивое желание контролировать жизнь других.

Созависимые жены, матери, сестры верят, что в состоянии контролировать все. И чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий они прилагают по ее контролю. Думая, что могут сдерживать пьянство близкого, контролировать восприятие других через производимое впечатление, им кажется, что окружающие видят их семью такой, какой они ее изображают. Созависимые уверены, что лучше всех в семье знают, как должны развиваться события и как должны себя вести другие члены. Созависимые пытаются не позволять другим быть самими собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля над другими созависимые используют разные средства — угрозы, уговоры, принуждение, советы, подчеркивая тем самым беспомощность окружающих: "муж слабый и безвольный человек, он без меня пропадет".

Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события часто приводит к депрессиям. Невозможность достичь цели в вопросах контроля созависимые рассматривают как собственное поражение и утрату смысла жизни. Повторяющиеся поражения усугубляют депрессию.

Другим следствием провалов в попытках контролируемого поведения является гнев и импульсивная агрессия с попытками апеллировать к друзьям и общественности. Однако такая ситуация, когда «сор выносится из избы», не решает кардинально ситуацию. Наоборот, могут последовать какие-то санкции по отношению к супругу, что еще больше усиливает чувство вины и отчаяние.

Боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают под контроль событий или своих близких, больных химической зависимостью. Например, жена больного алкоголизмом увольняется с работы, чтобы контролировать поведение мужа. Но алкоголизм мужа продолжается, и уже он, имея финансовые рычаги давления на супругу, фактически контролирует ее жизнь, распоряжается ее временем и самочувствием.

Желание заботиться о других, спасти других. Приходя на прием к наркологу, созависимая жена входит первой в кабинет, оставляя мужа за спиной. Она усаживается на ближнее кресло и о причине визита говорит обычно так: "Хочу спасти мужа". На вопросы, адресованные мужу, отвечает сама, не давая ему вставить слова. Такое поведение красноречиво свидетельствует о созависимых отношениях в семье, где забота о пьющем супруге перехлестывает разумные и нормальные рамки.

Созависимые, в своем стремлении заботиться о других, даже профессию выбирают из разряда «помогающих»: врача, медсестры, воспитательницы, психолога, социального работника, учителя.

Созависимые берут на себя ответственность за других, при этом совершенно безответственны в отношении собственного благополучия (плохо питаются, плохо спят, не посещают врача, не удовлетворяют собственных потребностей).

Желание спасти больного так велико, что созависимые делают и то, что, в сущности, не хотят делать. Они говорят "да" тогда, когда им хотелось бы сказать "нет", делают для близких то, что те сами могут сделать для себя. Они удовлетворяют нужды своих близких, когда те не просят их об этом и даже не согласны, чтобы созависимые это для них делали. Они решают проблемы другого, а в совместной деятельности (например, ведение домашнего хозяйства) делают больше, чем им следовало бы делать по справедливому разделению обязанностей.

Спасая больного, созависимые лишь способствуют тому, что он продолжает употреблять алкоголь. Попытки спасти в конечном итоге заканчиваются провалом. Созависимые отношения — это всего лишь деструктивная форма поведения и для зависимого, и для созависимого.

Освобождение от созависимости

Для преодоления созависимости родственникам больного алкоголизмом необходимо сделать ряд важных шагов (Москаленко В.Д., 2009):

1. Осознать проблемы.

Многие созависимые на протяжении долгих лет не осознают своих эмоций, не задумываются над источником внутреннего напряжения. В результате они не способны понимать самих себя и других людей. По этой причине они нуждаются в посторонних наблюдателях, которым они могли бы довериться. Такими людьми могут стать близкие друзья, но лучше обратиться за помощью к профессиональному консультанту-психологу.

2. Избавиться от нереалистичных ожиданий, связанных с выздоровлением алкоголика.

Ложные надежды и разочарования самая опасная ловушка, которая подстерегает семью на этапе выздоровления. Члены семьи часто бросаются из крайнего оптимизма в крайний пессимизм. Когда алкоголик пьет, близкие живут в фантастическом мире, где все проблемы сфокусированы на избавлении его от пьянства. А в период трезвости разочарованием становится открытие, что с ним трудно ужиться. Выздоровливающий алкоголик может стать еще более ранимым и раздражительным, чем раньше. Только после нескольких месяцев воздержания от спиртного есть шанс научиться адекватному зрелому поведению взрослого человека.

Больной алкоголизмом и его семья должны объединить свои усилия на длительный период (несколько лет) и помнить о том, что радость трезвенничества может сменить горечь и разочарование алкогольного срыва. Но чтобы этого не произошло, а если и произойдет, то не превратилось в трагедию, необходимо научиться жить в повседневной жизни, ставя реальные цели, избегая внезапных изменений. К трудностям следует относиться как к данности и не думать, что кто-то может предложить средства от всех семейных проблем, которые будут работать сами по себе. Членам семьи самим предстоит решать непростую задачу применения этих средств в собственной жизни и в конкретных обстоятельствах. Никто посторонний не может сделать семью счастливой, поэтому друзья и духовные руководители не должны брать на себя чужие обязанности и порождать нездоровую зависимость.

3. Забыть прошлое.

Для членов семей алкоголиков отказ от старых защитных механизмов, тягостных воспоминаний, гнева и обиды — важнейший шаг к духовному и душевному выздоровлению. Подобный отказ редко происходит моментально, часто он требует длительного привыкания к честному и открытому общению.

Опыт свидетельствует, что семьи, упорствующие в своем взгляде на алкоголика, как на дурного человека, который заслуживает наказания, становятся жертвами общей семейной болезни. Только тогда, когда они начнут смотреть на алкоголика, как на нуждающегося в помощи больного, они найдут духовные и эмоциональные силы, необходимые им для собственного исцеления.

4. Научиться новым способам общения.

После долгих лет жизни рядом с алкоголиком его близкие плохо понимают принципы общения нормальных взрослых людей. Слишком долго они пользовались словами только для нападения и защиты. Теперь они должны научиться или снова овладеть искусством говорить правду с любовью. На место контроля и маскировки своих чувств должно прийти честное и открытое общение. А там, где честность, игры прекращаются.

5. Расширить круг интересов.

Пьющий алкоголик обычно становится центром внимания всей семьи, контроль за его поведением и настроением превращаются в настоящую навязчивость. Но независимо от того, лечится алкоголик или нет, важно, чтобы его близкие сумели отодвинуть мысли о нем на периферию сознания и заполнить образовавшийся вакуум новыми интересами и видами деятельности. "Сход с орбиты" алкоголика требует огромного мужества, но это — необходимый шаг.

Следует не забывать, что изменить близкого человека, поражённого алкоголизмом, можно только изменив себя. Здесь уместно вспомнить мудрое изречение православного святого Серафима Саровского: «Не надо спасать других, спаси себя, и вокруг тебя спасутся тысячи».

Для преодоления созависимости в отношениях родственников к больному должна соблюдаться жесткая и последовательная линия независимо от того, пьет ли он или находится в стадии временного воздержания от спиртного. Результатом прилагаемых усилий можно считать осознание больным своих проблем, обращение за помощью и готовность принять на себя ответственность за свое здоровье и будущее. Американские психологи из такого солидного учреждения, каким является

Национальный институт по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму, рекомендуют родственникам придерживаться следующих предписаний:

Перестаньте играть роль “спасителя”. Члены семьи часто стараются помочь алкоголику выпутаться из всевозможных ситуаций, связанных со злоупотреблением алкоголем. Важно немедленно прекратить все подобные акции спасения, чтобы алкоголик в полной мере сам расхлебывал последствия пьянства – в итоге у него может появиться желание бросить пить.

Выбирайте подходящее время для разговора. Планируйте проводить беседы с алкоголиком вскоре после того, как возникают те или иные проблемы из-за его пьянства. Выбирайте момент, когда он трезв, когда вы оба спокойны и можете разговаривать приватно.

Будьте конкретны. Скажите родственнику, что вы обеспокоены его злоупотреблением алкоголем и хотите ему помочь. Свою озабоченность подкрепите недавними примерами, когда его пьянство создавало проблемы для семьи и для него самого.

Заявите о последствиях. Сообщите алкоголику, что до тех пор, пока он не согласится на лечение, вы будете действовать – не с целью наказать его, а для того, чтобы защитить себя и семью от разрушительных последствий его пьянства. Ваши поступки могут варьировать от отказа пойти на вечеринку до ухода из дома. Не делайте угроз, которые вы не можете выполнить.

Будьте готовы помочь. Заранее соберите информацию о возможных вариантах лечения. Если алкоголик согласился на лечение, тут же позвоните и запишитесь на прием к врачу. Предложите своему родственнику пойти вместе с ним на первый прием к врачу.

Позовите друга. Если алкоголик все еще отказывается от лечения, попросите друга поговорить с ним, используя вышеописанные приемы. Особенно сильное воздействие может оказать друг, который сам является выздоравливающим алкоголиком. Но и любой сочувствующий приятель может быть полезен. Чтобы убедить алкоголика лечиться, часто необходимо вмешательство больше, чем одного человека и требуется больше, чем одна беседа.

Ваша сила в союзе с другими. Вы можете объединиться с родственниками, друзьями, врачом с тем, чтобы алкоголику противостояла целая группа людей. Этот подход может быть

эффективным, но действовать следует аккуратно. Руководить групповым воздействием на алкоголика должен опытный врач.

Ищите поддержку для себя. Независимо от того, соглашается алкоголик на лечение или нет, вам будет полезна поддержка других людей, находящихся в сходной ситуации. Общение с людьми, сталкивающимися со сходными проблемами, поможет вам осознать, что родственники не несут ответственность за попойки алкоголика, и родственникам необходимо позаботиться о самих себе, опять же независимо от согласия или несогласия алкоголика лечиться.

Резонным будет вопрос: легко советовать перестать опекать алкоголика, стать независимой; а не приведет ли это к тому, что человек потеряет работу, деградирует, уйдет из семьи, превратится в бомжа?

Конечно, система взглядов на созависимость – это психологическая концепция. Она успешно может использоваться, когда алкоголизм еще не слишком запущен. В тех случаях, когда наступили грубые нарушения психики, потеря работы и прежних социальных связей, преодоление созависимости возможно лишь одновременно с участием врача, с серьезными медицинскими мероприятиями по отношению к самому больному. Алкоголик при помощи какой-либо медицинской техники должен быть переведен в состояние трезвенничества, и только при этом условии можно решать проблему преодоления созависимости.

Глава 10

Психопрофилактика алкоголизма

Психопрофилактика алкоголизма направлена на создание такого образа жизни и такой направленности личности, при которых к минимуму сводилась бы возможность стремления человека к алкоголю. У человека непьющего профилактические мероприятия призваны сформировать стойкое отрицательное отношение к спиртным напиткам и исключить в будущем вероятность приобщения к ним. А у человека пьющего или больного алкоголизмом необходимо сформировать установку на полный отказ от спиртного как единственный путь к исцелению.

В связи с обозначенными задачами психопрофилактику можно разделить на три вида.

Первичная профилактика включает научно обоснованные приемы антиалкогольного воспитания. *Вторичная профилактика* – это методы психологической помощи лицам, злоупотребляющим этим психоактивным веществом. *Третичная профилактика* представляет собой организацию психологической поддержки и самоподдержки выздоравливающих от алкоголизма.

Первичная профилактика включает мероприятия, направленные на своевременное предупреждение причин зависимости задолго до того, как она может появиться. Речь здесь в первую очередь идет о формировании у молодого поколения, особенно у ребят младшего и среднего школьного возраста, стойкого отрицательного отношения к спиртному, называемого антиалкогольной установкой. Разъяснительная работа должна быть направлена на демифологизацию алкоголя и разрыв ассоциации потребления алкоголя с положительными качествами личности. Многие положительные черты человека, такие как мужественность, храбрость или современность, просто несовместимы с пьянством. А вместе с тем порой поражает, насколько люди не понимают этих, казалось бы, простых истин. В обществе культивируются разнообразные мифы о положительных свойствах спиртного. Подобные мифы создают сами пьяницы с целью пропагандировать свой образ жизни и дискредитировать трезвенническую позицию.

На мифы падки примитивно мыслящие простодушные и доверчивые люди. Их мышление основано на домыслах и фантазиях, укоренившихся в обществе. В связи с несостоятельностью собственной интеллектуальной деятельности такие люди берут за основу увиденные или услышанные факты без критической переработки, хоть как-то упорядочивая таким образом не до конца понятные для себя события. Мифологическое мышление доминировало у первобытного человека. Не обладая знаниями, чтобы объяснить сложные явления природы, наши предки на основании отдельных свойств имели обыкновение судить о свойстве целого. Так, в Греческой мифологии одни боги считались положительными (на основании того, что сделали для людей какое-то доброе дело), а другие – отрицательными, на том лишь основании, что пытались помешать положительным героям. Миф недостоверен, односторонен, образен, эмоционально насыщен, но в простой и доступной форме дает примитивному человеку возможность сформировать представление о мире и его основных ценностях. Мифологическое мышление представляет

собой иррациональные умозаключения, когда размываются границы между частью и целым, между одним свойством и качеством целого. Одно полезное (и полезное ли?) свойство вещества в современной алкогольной мифологии возводится в масштаб его полезности в целом.

Больные алкоголизмом пользуются целым набором мифов о пользе алкоголя, которые помогают им обосновывать свое пьянство. При внимательном анализе каждый такой миф рассыпается под давлением фактов, свидетельствующих как раз об обратном. Рассмотрим наиболее распространенные из этих мифов и реальность, которая им полностью противоречит, о чем больной должен твердо знать.

Миф 1: Алкоголь снимает стресс и усталость.

Реальность: Этиловый спирт является ядом, который временно подавляет активность клеток мозга. На несколько минут или часов снимается нервное напряжение и усталость. Зато последствия алкоголизации в несколько раз сильнее самого стресса. В результате нескольких часов опьянения человек потом несколько дней разбит физически и подавлен морально. Справиться со стрессом и усталостью помогают активный отдых, сон, смена видов деятельности. Еще важно учитывать, что у пьющего человека часто складывается такой ритм жизни, когда за время пьяных загулов накапливаются неприятности и проблемы, а потом человек вынужден днем и ночью, как загнанная лошадь, не зная, покоя решать их. Надо стараться, чтобы жизнь протекала размеренно и спокойно, не взваливать на себя лишнего, почаще позволять себе отдохнуть. В связи с этим вспоминается один анекдот:

В купе два человека, один из которых открывает бутылку и предлагает выпить за компанию. «Я не пью», — отвечает второй. Выпив в одиночку, первый предлагает выйти в тамбур покурить. «Я не курю», — отвечает второй.

- Ну, а с женщинами ты гуляешь?

- Не гуляю.

- Так может ты наркоман или гомосексуалист?

- Нет.

- Тогда скажи, а как же ты снимаешь стресс? Как расслабляешься?

- А я не напрягаюсь!

Миф 2: Улучшает сон.

Реальность: Сон под воздействием алкоголя — это не сон, а отключка. Если записать электроэнцефалограмму (биотоки мозга) в пьяном сне, то она совсем не такая как при сне нормальном. Скорее такая энцефалограмма похожа на ту, которая у человека, получившего удар по голове и потерявшего сознание. Ни о каком полноценном отдыхе здесь думать не приходится. Наоборот, у всех без исключения пьющих людей наблюдаются те или иные нарушения сна. От легких, до тяжелейших бессонниц, приводящих к белой горячке.

Сон улучшает здоровый образ жизни, умеренная физическая нагрузка. Можно, в конце концов, обратиться к врачу и принимать снотворные препараты.

Миф 3: Снимает страх.

Реальность: Опьянение вызывает потерю контроля за количеством выпитого, а вслед за этим и потерю контроля за ситуацией. Человек действует на автопилоте, «на подкорке». О чувстве страха здесь, конечно, говорить не приходится. Наоборот, возможны любые непредсказуемые поступки – хулиганство, стремление сесть за руль и др. Психиатры знают, что люди, страдающие страхами (фобиями), как правило, вообще отказываются от спиртного. Они «на своей шкуре» испытали, что пьянство только усиливает страхи, сводит «на нет» все усилия вылечить фобии.

Миф 4: Поднимает настроение.

Реальность: Вызывает расторможенность и дурашливость. Человеку трезвому, сидя за столом с пьяницами, смешно бывает наблюдать, как поначалу веселые люди постепенно начинают терять нить беседы. Каждый говорит о своем, потом кто-то становится угрюмым, раздраженным, вспыхивают ссоры. Тут, как говорится, «смеется тот, кто смеется последним». А последним смеется трезвый, наблюдая за «пьяными идиотами».

Миф 5: Повышает потенцию.

Реальность: Алкогольное опьянение помогает некоторым людям, особенно трусливым и неуверенным в себе. За счет того, что снимаются «зажимы» и страх неудачи в постели, усиливается эрекция. Но тут же видна и обратная сторона медали — затрудняется семяизвержение. Половой акт становится непредсказуемым. Сбои все чаще повторяются и при опьянении, а уж в трезвом виде человек и вовсе теряет способность к половой жизни. Со временем положение усугубляется дегенерацией и

атрофией яичек, развивается полная импотенция. Так что, в сексе алкоголь не помощник. Чтобы добиться гармонии в половой жизни, надо упорядочить ее, исключить случайные связи. В случае затруднения эрекции лучше прибегнуть к помощи врача-сексопатолога. Доказано, что непьющие люди гораздо дольше, иногда до глубокой старости, сохраняют способность к половой жизни, в то время как алкоголики часто становятся импотентами в 40-50 лет.

Миф 6: Расширяет сосуды.

Реальность: Периферические сосуды от алкоголя действительно расширяются, только на короткое время, вначале опьянения. Это сопровождается покраснением кожи, у некоторых людей – красными пятнами по телу. Потом эта реакция быстро проходит, и сменяется сужением сосудов. Поэтому лечить такие болезни периферических сосудов, как эндартериит, при помощи алкоголя категорически нельзя. Расширение мелких сосудов слизистой оболочки желудка и кишечника может провоцировать воспаление и язвенное кровотечение.

Миф 7: Калорийный продукт.

Реальность: Этого не скажешь по большинству умерших при явлениях истощения алкоголиков. Алкоголем сыт не будешь. Питание человеку обеспечивают белки, жиры и углеводы, содержащиеся в продуктах, но не в алкоголе.

Миф 8. Повышает аппетит.

Реальность: Раздражая слизистые оболочки пищеварительного тракта, алкоголь стимулирует обжорство. Но это на пользу не идет, разрушается печень и поджелудочная железа. Раздражение слизистых оболочек приводит к гастриту и язвенной болезни. Нарушения аппетита и пищеварения наиболее ярко представлены у запойных алкоголиков: вначале запоя повышенный аппетит, затем его снижение и полное отсутствие (анорексия) в конце запоя, после запоя восстановление аппетита и обжорство. Такое нарушение пищевого поведения крайне вредно сказывается на состоянии обмена веществ, быстро приводит к износу организма и раннему старению.

Миф 9: Согревает.

Реальность: Это не просто лживый, но и опасный миф. Каждый человек, увлекающийся зимней ловлей рыбы, может рассказать случаи, когда употребляющие алкоголь «для согрева»

рыбаки получали обморожения или вовсе замерзали. Расширяя только периферические сосуды, этиловый спирт усиливает теплоотдачу и охлаждает организм!

Миф 10: Помогает при простуде.

Реальность: При простуде помогают домашний режим, покой, аспирин, антибиотики и другие лекарства. Спиртные напитки в этот перечень не входят. Более того, их прием ослабляет действие лекарств, травит печень и поджелудочную железу. Систематическая алкоголизация ослабляет иммунитет и устойчивость к простудам. Известно много случаев, когда человек с ослабленным иммунитетом и алкоголизмом часто болел, принимал сильные антибиотики вместе со спиртными напитками и быстро погибал от цирроза печени (печень быстро разрушается от одновременного приема лекарств и алкоголя).

Миф 11: Помогает при депрессии

Реальность: Вызывает депрессию. Только на момент приема алкоголя, в первые минуты или часы, его наркотический эффект снижает депрессию, но затем на несколько дней многократно усиливает ее. Развивается состояние, которое психиатры называют ангедония – чувство подавленности, безрадостности существования, апатии. Ангедония является результатом того, что в мозгу из-за приема алкоголя атрофируются клетки, которые вырабатывают наши внутренние гормоны удовольствия – эндорфины. Алкогольная депрессия является результатом большинства самоубийств.

Миф 12: Полезен для сердца.

Реальность: Алкоголь – кардиотоксический яд, вызывает кардиомиопатию. Клетки сердца постепенно погибают и замещаются прослойками жировой или соединительной ткани. Сердце дряхлеет, в тяжелых случаях развивается сердечная недостаточность: одышка, отеки, боли в сердце, аритмии, инвалидизация и гибель человека. Нередки случаи внезапной смерти даже очень молодых алкоголиков после запоя, когда на фоне повышенного давления возникает аритмия, которая быстро переходит в мерцание и остановку сердца.

Миф 13: Снижает повышенное артериальное давление.

Реальность: Только на момент наркотического опьянения, затем резко повышает. Современная терапия достигла больших успехов в лечении гипертонии. Разработан ряд

высокоэффективных и практически не имеющих побочных эффектов препаратов, позволяющих при систематическом приёме добиться нормализации кровяного давления. Но проблема как раз возникает с пьющими людьми и заключается в том, что человек выпивая и временно прекращая приём препарата, перечеркивает результаты предыдущего лечения; болезнь возвращается.

Миф 14: Выводит из организма радиацию.

Реальность: Есть научно обоснованное мнение ученых, что при воздействии на организм больших доз ионизирующего излучения опьянение может смягчить лучевую болезнь. Происходит это потому, что интенсивное гамма-излучение ионизирует молекулы воды, которых в организме около 70 %. Измененные молекулы воды вызывают уже дальнейшее, вторичное поражение организма. Этиловый спирт, испаряясь, уносит за собой воду, обезвоживает организм и смягчает поражение. Но этот механизм помогает только при интенсивном облучении. И уж совсем никакой пользы нет при действии малых доз радиации или употреблении загрязненной радионуклидами пищи. Ликвидаторы Чернобыльской аварии частенько злоупотребляли алкоголем «для защиты от радиации», к чему в то время снисходительно относилось начальство, это позволялось. В результате такой «защиты» впоследствии у многих из них появились признаки поражения мозга (энцефалопатии), но не от радиации, а от токсического действия этанола.

Миф 15: Укрепляет дружбу.

Реальность: Вокруг пьющего человека постепенно формируется окружение из таких же пьяниц. Такие дружные компании медики называют алкогольными группами. Все интересы участников алкогольной группы зацикливаются на том, где и как достать выпивку. Человек представляет интерес для таких «друзей» до тех пор, пока проматывает на них свои деньги. Родственники некоторых алкоголиков говорят, что наш, мол, нигде не работает, но его бесплатно поят друзья. Ничего подобного! Ему наливают, зная, что в один прекрасный день он подхалтурит, возьмет в долг, продаст что-нибудь, и спустит все деньги на дружков. Эта система называется «круговая порука». Когда человек полностью бросает пить, то становится неинтересен этим псевдодрузьям, их как ветром сдувает.

Миф 16: Помогает вести бизнес.

Реальность: Разваливает бизнес, так как делает человека непоследовательным и безответственным. Многим бизнесменам знаком такой тип предпринимателя, который был успешен в начале 90-х годов, когда рынок только зарождался и был примитивным, с криминальным душком. Предприниматели, как в том старом анекдоте, за столом договаривались о купле-продаже вагона сахара. По рукам? По рукам! Один уходит искать деньги, а другой – вагон сахара. В таких примитивных и рискованных коммерческих операциях допустимо было пьянство и бесшабашность, это иногда даже шло на пользу. Теперь условия изменились, рынок стал цивилизованным. Успешному бизнесу способствуют деловитость, расчетливый ум, кропотливый и упорный труд. Это несовместимо с пьянством или алкоголизмом. А горе-бизнесмены начала 90-х сейчас проедают и пропивают остатки того, что было нажито ранее.

Миф 17: Улучшает творческие способности.

Реальность: Этиловый спирт является мощным клеточным ядом, особенно чувствительны к нему клетки мозга – нейроны. Их массовая гибель при опьянении приводит к деградации личности и слабоумию. В средствах массовой информации сейчас публикуется много материалов об известных людях – актерах, писателях, музыкантах – которые загубили свой Божий дар в вине, отравили жизнь своим близким и преждевременно ушли из жизни. И наоборот, часто мы слышим откровения известных талантливых людей, которые к 30-40 годам поняли, что алкоголь снижает творческий потенциал, губит талант, и бросили пить.

Миф 18: Создает образ «настоящего мужчины».

Реальность: Думаю, что если спросить тысячу женщин об их представлении о настоящем мужчине, то ни одна из них не сказала бы, что это – пьяница с пастозным багрово-фиолетовым лицом и вечным перегаром. Ясный ум, спортивное тело, упорство в достижении цели никак не совместимы с пьянством.

Миф 19: Пить много вредно, выпивать культурно – полезно.

Реальность: Культурная выпивка ведет к привычке, которая со временем перерастает в патологическую потребность, то есть в алкоголизм. Так что «культурные пьяницы» обычно начинают «за здоровье», а заканчивают «за упокой». Человек, у которого сформировался алкоголизм, не может контролировать количество выпитого. Для него выпить культурно – это все равно, что в полный гололед ударить по тормозам быстро мчащегося автомобиля. Что

произойдет? Может, и ничего страшного. Покрутит, повертит машину в разные стороны и остановит. Но, скорее всего, и это уже правило, а не исключение – снесет в кювет или разобьет в лепешку о встречный автомобиль!

Миф 20: Крепкие напитки – плохо, слабые – хорошо.

Реальность: Алкоголь в любом спиртном напитке остается алкоголем, только в разном разведении. Соответственно слабоградусные напитки выпивают в больших количествах. Пиво выпивают не рюмками, а бутылками, вино – фужерами или стаканами. В итоге, как не обманывай себя и окружающих, а пьяница остается пьяницей.

Есть теория, что если слабоалкогольные напитки доступны для подростков, то это уменьшает шанс того, что они в будущем будут употреблять крепкий алкоголь или наркотики... Зависимость прямо противоположная. Чем раньше человек начал употреблять алкоголь, тем быстрее и тяжелее у него возникает зависимость. Риск растет в геометрической прогрессии. Есть так называемые "наркотики для начинающих" (марихуана, экстази, «спайс» и др.), которые считают относительно легкими и безопасными. Но если молодые люди начинают с этих легких наркотиков, то потом переходят на более тяжелые. Та же тенденция и с алкоголем: сначала пиво, затем вино и водка. *Есть старая китайская притча. Буддийский монах шел по лесу, он устал и замерз. Увидел домик - в нем жила одинокая женщина, которая согласилась пустить монаха на ночлег лишь при выполнении одного из трех условий: либо съесть приготовленное ею мясо, либо выпить вина, либо провести с ней ночь. Монах решил, что вино - самый малый грех и согласился немного выпить. После этого он съел мясо и переспал с женщиной.*

В понятие «**вторичная профилактика алкоголизма**» входит ранняя диагностика заболевания, раскрытие психологического неблагополучия личности и его связи с алкоголизацией, предложение различной психологической помощи — клиническая беседа, кабинеты анонимной наркологической и социально-психологической помощи, группы общения, встречи с бывшими алкоголиками, работа с непосредственным окружением и семьей злоупотребляющего и пр.

В рамках вторичной профилактики важная роль принадлежит мероприятиям, направленным на профилактику алкогольных срывов. К срывам ремиссии могут приводить факторы, имеющие биологическую (состояние организма в период трезвости) и

психосоциальную природу (специфика микросоциальной среды и особенности реагирования на нее данной личности). Что касается биологических предпосылок срыва, то здесь наибольшее внимание следует уделять псевдоабстиненции и борьбе с ее проявлениями.

У больных алкоголизмом на поздних стадиях заболевания псевдоабстиненция проявляется как аффективное расстройство в трех клинических вариантах в зависимости от преобладающего эмоционального фона – *тоскливо-апатического, тревожного, дисфорического* (Иванец Н.Н., 2001). Псевдоабстиненция купируется назначением антидепрессантов в комбинации с атипичными нейролептиками, транквилизаторами, противосудорожными препаратами и ноотропами. Но при этом важно, чтобы больной сам научился отслеживать проявления псевдоабстиненции и своевременно обращаться за помощью. Ведь формирование психоземotionalного напряжения в период выраженной псевдоабстиненции приводит к тому, что вместо тонких дифференцированных эмоциональных реакций наблюдается генерализованное аффективное реагирование с появлением автоматических дезадаптивных мыслей, укорененных ранее в период формирования алкогольной позиции. Наблюдается актуализация сформированных в прошлом ложных установок. Одной из опаснейших ложных установок, нередко приводящих к срыву, является так называемая **«гордость алкоголика»** (Бейтсон Г., 2000).

Гордость представляет собой сильное чувство самоуважения, удовольствия от собственных успехов. Гордость алкоголика отличается тем, что она иррациональна, основана не на радости от собственных достижений, а на удовольствии от собственных возможностей. «Могу пить, а могу не пить», любимый рефрен алкоголика. Но мы ценим людей не за их слова и пустые обещания, но за реальные дела. А на практике мы видим следующее:

- в первые дни после запоя алкоголика выпить не заставишь, так как после сильного отравления имеется отвращение к веществу, его вызвавшему;

- последствия отравления проходят, но еще какое-то время человек тверд в своем желании не пить, помня тяжкие последствия срыва;

- проходит еще некоторое время, и на передний план выходит гордость: вот какой я молодец, могу же не пить, да и самочувствие улучшилось, наверно кое-что изменилось в лучшую сторону, дай-ка выпью... чуть-чуть...

Больной должен понимать, что если после запоя следует некий период трезвости, то он не возвращает умение пить

умеренно. Наоборот, запой может ударить с ещё большей силой. Точно так же, как после периода голодания может появиться «зверский аппетит». Но потребность в еде – естественная и жизненно необходимая, а потребность в алкоголе – искусственная и деструктивная. Хотя даже жизненно важную потребность в еде можно заглушить полностью, если не принимать пищу совсем, о чем свидетельствует пример с голоданием в 4-й главе.

У больного алкоголизмом, который полностью отказывается от употребления спиртного, остается целый ряд психосоциальных проблем, которые требуют решения.

Нередко случается так, что родственники, исходя из лучших побуждений, заставляют алкоголика закодироваться, подшиться или каким-то иным образом добиваются принудительной ремиссии. При этом *согласие бросить пить выдают за желание, что не одно и то же!*

Иногда стремятся закодировать больного «на короткий срок», закодировать хотя бы на год. В таком случае нередко после года принудительного воздержания возможны еще более тяжелые срывы. *И здесь виновато не кодирование. Таковы законы алкоголизма, который можно метафорически представить как «зеленого змия», которого убить нельзя. Его можно загнать палкой в нору и пусть он там сидит. Если посидит недолго, несколько месяцев или год, может еще больше окрепнуть, подрасти. И если затем поманить его алкоголем, выскочит из норы и будет жалить с еще большей силой. Другой вариант, когда змей посидит в норе долго, несколько лет. Он зачахнет и сразу так больно, как раньше, кусать не станет. Но быстро окрепнет и начнет жалить по полной.*

Поэтому воздержание на короткий срок может привести к еще большей алкоголизации. Хотя при этом немаловажно, какой опыт вынесет даже из этого короткого срока человек. В случае если его лечили принудительно, он больше бросать пить не согласится. А в том случае, если шел на лечение добровольно, вынесет положительный опыт трезвой жизни. Поймет, что трезвая жизнь с ее семейным покоем, финансовым благополучием и крепким здоровьем гораздо лучше и снова обратится за помощью.

Не случайно все методы лечения алкоголизма предусматривают искреннее желание человека бросить пить. И ультиматумы здесь неприемлемы, недопустимы также какие-либо уловки, типа лечения без ведома больного. Человек должен согласиться с тем, что болен алкоголизмом и что нет другого пути, кроме того, чтобы бросить пить.

В ином случае эффективность любого запретительного метода будет снижена. И если уж на лечение согласился под давлением, то после лечения вокруг бросившего пить необходимо создать максимально благоприятную обстановку и с пониманием следует отнестись к возможным эмоциональным колебаниям и срывам.

Противоалкогольное лечение – это серьезнейший, поворотный момент в судьбе пьющего, возвращение к нормальной жизни. Это мужественный шаг, за который человек достоин всяческого уважения. И он должен почувствовать уважение к себе, понять, что отныне все будет по-новому, что все очень ценят его поступок. Нужно чаще хвалить человека, помогать ему в новых делах и увлечениях. Загружать его новыми делами и проблемами, чтобы, решая их, он чувствовал отдачу и собственную значимость.

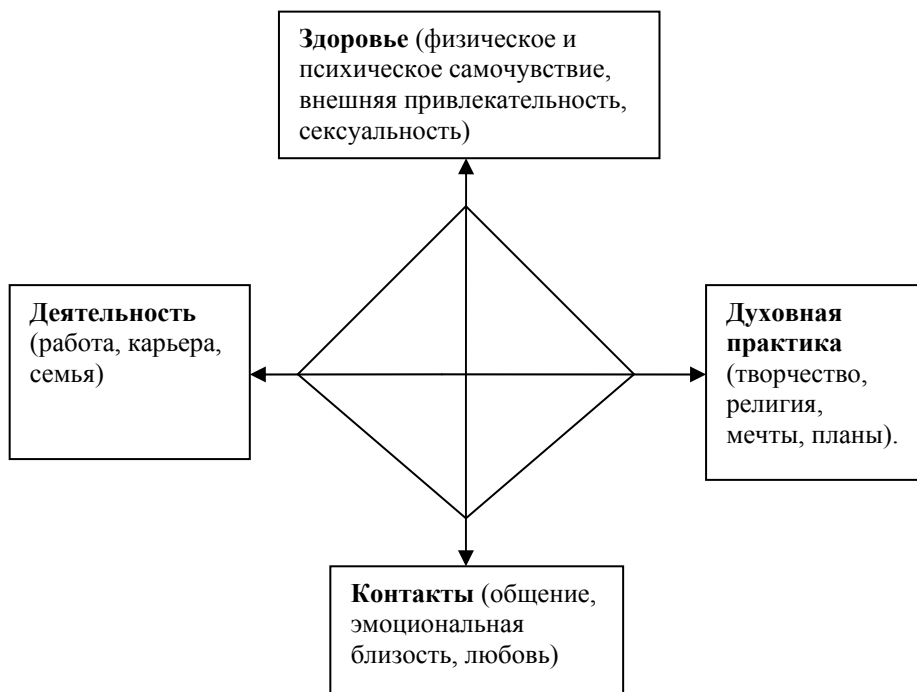
Очень большая проблема в семьях большинства бросивших пить – старые стереотипы, те привычки, «автоматические» высказывания и действия со стороны родственников, которые выработались годами. Теперь от них следует избавиться, но не всегда это удается сделать. По старой привычке человека обнюхивают, забирают карманные деньги, в ссоре называют алкашом, встречают с работы вопросом: «Ну, ты там еще не выпил?». Такое отношение недопустимо, оно очень обижает бросившего пить человека, очень больно бьет по самолюбию. Необходимо забыть старые обиды и пересмотреть старые привычки. В тех ситуациях, когда в семье возникают конфликты – быть мудрее, избегать и гасить ссоры, смолчать или отойти в сторону.

Полезно обсудить с больным и его родственниками условия гармоничного развития человека. Это развитие предполагает совершенствование личности, условно говоря, «по горизонтали» и «по вертикали».

Гармоничное развитие человека «по горизонтали» предусматривает равномерное распределение деятельности в четырех направлениях, которые можно обозначить в соответствии со схемой приоритетных отношений N.Peseschkian (Пезешкиан Н., 2006).

Практическая деятельность, собственное здоровье и развитие (куда входит общение с окружающим миром и реализация планов), а также духовные практики – это основополагающие направления нашей жизни. Но важно следить, чтобы силы были распределены равномерно по всем этим четырем направлениям, по 25 % на каждое, чтобы получался, как на схеме, «гармоничный ромб». В противном случае в жизни могут наступать серьезные

надломы. Например, безработная праздная жизнь приведет к осуждению со стороны семьи и общества, но и чрезмерное увле-



Чение работой (работоголизм) приводит к тому, что человек фактически самоуничтожается, губит своё здоровье и психику. Чрезмерное увлечение планами и мечтами уводит человека от реальности в мир фантазий и иллюзий, в результате чего страдает семья. Но если человек уходит «с головой» только в проблемы собственной семьи, то она же, в конце концов, от этого может и пострадать, так как от замкнутого, больного и безынициативного, пусть и домашнего, человека пользы мало.

Что касается гармоничного развития человека «по вертикали», то следует учитывать существование определенной иерархии ценностей, в которой выделяют три уровня:

1. Низший, **биологический**, уровень – человека интересует только то, что исходит от потребностей его организма – поесть, поспать, иметь сексуальные связи, выпить и т.п.

2. Средний, **личностный**, или душевный, уровень – интересы человека сосредоточены на организации и упорядо-

чивании пространства вокруг своей личности – семья, деньги, квартира, дача, машина и т.п.

3. Высший, **духовный**, уровень – интересы распространяются на общечеловеческие духовные ценности – наука, производство, искусство и т.п.

Так устроен человек, что, достигая одного уровня, он поднимает свой взор вверх и стремится к реализации ценностей более высокого порядка. В этом и есть смысл развития, прогресса. Здоровый человек, ведущий полноценную жизнь, всегда находится в поле и биологических, и личностных, и духовных ценностей. И наоборот, когда организм испытывает проблемы с удовлетворением простых биологических потребностей, например, голодает, ему не до высоких материй, он занят поиском пищи. Проблема употребления алкоголя стоит в ряду низших потребностей. Когда она переходит в ранг злоупотребления, зависимости, устремления человека концентрируются на ней, а ценности более высокого порядка отменяются. Возникает личностный и духовный вакуум. Человек сосредоточен на том, чтобы выпить и закусить. Когда же он избавляется от алкоголизма, появляется много свободного времени, мысли обращены к ценностям более высокого порядка. Это нормальный процесс переадаптации, в котором решающая роль принадлежит самому человеку. Но немаловажно, чтобы родные и друзья с пониманием и заинтересованностью отнеслись к таким переменам, помогли близкому человеку расширить круг интересов, поддерживали его увлечения. Человек в любом случае должен быть продуктивен, делать то, что полезно людям и заслуживать за это их уважение.

Алкоголизм всегда деформирует психику человека, встраивается в его отношения с внешним миром. И избавившись от алкоголя, человек приобретает некие пустоты, которые раньше заполнял алкоголем. Теперь эти пустоты надо гармонично закрыть делами и увлечениями. Важно, особенно в первые месяцы трезвости, чтобы родственники чутко, внимательно отслеживали эти процессы и оказывали всяческую помощь и поддержку.

С момента вступления в полосу трезвенничества человек должен обладать арсеналом поведенческих стратегий, позволяющих эффективно справляться с конфликтами и стрессами без спиртного. Возникает целый ряд вопросов, ответы на которые должен дать специалист.

Как вести себя в пьяной компании? Держать ли дома спиртное? Как объяснить людям, почему я теперь не пью? Можно ли стимулировать организм лекарствами или

легкими наркотиками? Как влияет отказ от алкоголя на потенцию? Что делать при бессоннице? Что делать, если снится спиртное? Как поступить, если вдруг появится желание выпить? Надо ли бросать старых друзей? Что делать, если становится одиноко? Что предпринять в случае появления нервозности? В каких случаях стоит обращаться к специалистам?

В первое время после того, как человек бросает пить (обычно это 2-3 месяца), специалисты рекомендуют *избегать пьяных компаний*. В дальнейшем, когда нервная система стабилизируется и организм привыкает к трезвости, а также когда окружающие привыкают и уже не пытаются по привычке склонить к выпивке, присутствовать на праздниках и вечеринках не возбраняется. По истечении года выполнять какие-либо рекомендации обычно и не требуется. Человек настолько привыкает к безалкогольному общению, настолько легко и комфортно чувствует себя в любой компании, что в использовании допинга нет никакой необходимости. Он весел и равнодушен к спиртному, как маленький ребенок, которого не заставишь выпить горькую водку, даже если взрослые в шутку предлагают. А в конце пьяной гулянки появляются дополнительные поводы к веселью, когда трезвыми глазами можно посмотреть в кого, напиваясь, превращаются люди. Тут, как говорится, смеется тот, кто смеется последний.

По поводу того, держать дома спиртное или нет, однозначного ответа нет. Одни бросившие пить не держат дома ничего спиртосодержащего, чтобы не было соблазна выпить. Другие считают, что в баре должно стоять спиртное для неожиданно нагрянувших гостей.

И все же, лучше *не держать спиртное дома*, по той простой причине, что «заряженное ружье может выстрелить». Особенно это важно в первые месяцы трезвости.

Объяснять причину своего отказа от алкоголя можно по-разному. Например, знаменитый клоун и киноактер Юрий Никулин, когда бросил пить, придумывал шуточные объяснения, что соответствовало его творческому амплу. На предложение соседа выпить он испуганно отвечал: «Ты что! Я только второй день как вышел из «штопора»! Алкоголик, хорошо знающий состояние «штопора», не только с пониманием, но и с сочувствием воспринимал такие слова Юрия Владимировича. Но если же он не унимался и просил хотя бы занять денег, Никулин отвечал: «Денег нет, жена последнюю трешку отобрала!» Ссылка на злобную жену также действовала безотказно.

Из примера следует, что доводы могут быть разными. Но они должны соответствовать двум требованиям. Во-первых, быть близки и понятны собеседнику. А во-вторых, убедительно говорить в пользу того, что человек не будет (именно «не будет», а не просто «не хочет») пить. А то некоторые люди, испытывая неловкость перед пьющими, отвечают уклончиво: «Я сегодня не буду». Пьяницы, не желая терять собутыльника, воспринимают эти слова так – если сегодня не хочешь, то завтра или послезавтра захочешь. И эти попытки «посадить на стакан» могут продолжаться бесконечно. И наоборот, если твердо и решительно стоять на своем, то бывшие собутыльники быстро куда-то исчезают.

Причины отказа от алкоголя можно разделить на две категории – откровенные и расхожие. Откровенно объяснить ситуацию можно родственникам и друзьям. «Я свое выпил, я бросил пить, потому что у меня запой, потому что я все теряю, качусь в пропасть, потому что у меня «едет крыша» от водки, потому что начинается алкогольная эпилепсия», и тому подобный перечень реальных бед и страданий, которые приносит спиртное. Способ лечения от родных и близких скрывать также не имеет никакого смысла.

Расхожие причины указывают малознакомым людям, боясь открыться, так как могут неправильно понять. «Не позволяет здоровье», «Я на диете», «По предписанию врача», «После аварии мне пить нельзя». Есть довольно много заболеваний, с возникновением которых пить просто нельзя, иначе можно стать инвалидом или погибнуть. Например, хронический панкреатит (воспаление поджелудочной железы) в случае злоупотребления алкоголем приводит к панкреанекрозу (разрушению железы) и гибели человека в течение нескольких часов. Или хронический гепатит (не только алкогольный, но и вирусной природы) трансформируется от алкоголя в цирроз печени со смертельным исходом. Понятно, что это веские причины, к которым обычно относятся сочувственно.

Принимать наркотики, даже легкие, человеку бросившему пить противопоказано. Ведь алкоголь – это тоже наркотическое средство, и нарушает он те же химические процессы, действует на те же мозговые системы, что и любой другой наркотик. Поэтому прием любого наркотика может нарушить здоровый баланс в нервной системе и вызвать тягу к алкоголю.

Психоактивные препараты (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики) также могут нести в себе некоторый наркогенный потенциал. По этой причине обращаться к ним следует только с разрешения и под наблюдением врача.

Трезвый образ жизни и потенция – это также весьма частая проблема у бросивших пить, особенно если это люди среднего или пожилого возраста. Разумеется, трезвый образ жизни только улучшает потенцию. Ведь пьянство делает половую жизнь нестабильной, непредсказуемой. Периоды повышенной потенции при опьянении могут сменяться ее снижением в состоянии похмелья или задержкой семяизвержения в состоянии сильного подпития. А у трезвого человека потенция высока и стабильна.

Но нередко бросившие пить жалуются на снижение полового влечения в первые месяцы после противоялкогольного лечения. Такое может происходить по той причине, что до лечения половую жизнь человек вел только в состоянии опьянения, под допингом. Поэтому требуется некоторое непродолжительное время, чтобы организм переадаптировался, привык к трезвому сексу. Нужно также помнить, что прием каких-либо успокаивающих или снотворных препаратов может снижать потенцию. Но это продолжается только в период приема лекарства и проходит при его отмене.

Небольшие нарушения сна могут быть в первое время у всякого человека бросившего пить. Организм постепенно настраивается на здоровые биоритмы, которые ранее сильно страдали от пьянок и запоев. Важно не драматизировать, не придавать слишком большое значение лёгким нарушениям сна. Ещё никто не умирал от недосыпания. Если иногда с вечера трудно уснуть, ничего, организм сам устанет и, в конце концов, даст сигнал мозгу о необходимости отдохнуть. Можно использовать народные средства – выпить стакан тёплого молока или заварить отвар травы пустырника, принять ванну, совершить пешую прогулку. Из лекарств допустимо принимать лишь препараты растительного происхождения, в любой аптеке Вам всегда какой-нибудь из них посоветуют. Более сильные препараты принимать можно только с разрешения врача.

Не надо пугаться, *если когда-нибудь ночью снится застолье* с настойчивым предложением выпить. Проснувшись, человек с ужасом вспоминает сон и опасается, не предвестник ли это скорого срыва? Целесообразно успокоить его и объяснить, что увиденный сон подтверждает настроенность организма против алкоголя. Никакое лечение не может вычеркнуть из памяти всего того, что было раньше, в том числе связанного с алкоголем. Но мозг полностью отвергает страшное прошлое. Днем эту роль выполняет сознание, например, когда человек с отвращением смотрит на пьяниц и еще больше утверждается в своем выборе. А ночью сознание выключено, все впечатления за день оформляются

подсознанием в причудливые сны. Обычный сон на нейтральную тему забывается. Только в случае если сон был перед внезапным пробуждением (например, на звонок будильника) он помнится. Другое дело сон с участием алкоголя у человека бросившего пить. Подсознание дает резкую эмоциональную реакцию, в результате чего человек пробуждается. То есть это один сон из сотен или тысяч других, но на который мозг сильно реагирует. Бояться такого сна не следует. Другое дело, если подобные сны часто повторяются и мешают ночному отдыху. Тогда может понадобиться медикаментозная коррекция.

А что делать, *если вдруг появится желание выпить?*

После любого, даже самого высокоэффективного лечения, не исключены ситуации, обычно связанные со стрессами и компаниями, когда может вдруг проявляться кратковременный разлад в нервной системе и тяга к спиртному. Человек – не машина. Да и любая машина для бесперебойной работы требует правильной эксплуатации. Не случайно поэтому всякая противоалкогольная методика требует желания самого человека вылечиться. Врачи-наркологи рекомендуют всем своим пациентам, прошедшим противоалкогольное лечение, обращаться для подкрепления в случае появления тяги к алкоголю. Некоторые советы, как подавить тягу к спиртному, даны в приложении 4.

Что касается *общения со старыми приятелями*, то трезвая жизнь сама расставляет все на свои места. Настоящие друзья остаются и относятся с пониманием и поддержкой. С ними нужно углублять контакты. А бывшие собутыльники сами куда-то исчезнут. Лишь первое время они могут проявлять активность, не желая потерять «товарища по несчастью». Вступать в дискуссии с ними не рекомендуется. Если при встрече настойчиво предлагают выпить, то лучше грубо послать их «куда подальше» или развернуться и уйти. Спорить ни к чему. Трезвому не о чем говорить с пьяным.

Серьезной проблемой на пути к трезвенничеству может быть такая ситуация в семье, когда один из супругов бросает пить, а второй упорно отрицает проблему и продолжает пьянствовать. В таком случае к решению проблемы лучше привлечь родственников. Следует так изменить ситуацию, чтобы пьющий супруг или избавился от алкоголизма, или был солидарен с трезвеннической позицией близкого человека. Надо помнить, что поговорка «пьяный трезвому не товарищ» в полной мере относится к супружеской паре.

Предвестником алкогольного срыва может быть *нервозность*. В понятие нервозность входят такие нарушения

нервной системы, как раздражительность, колебания настроения, несдержанность, вспыльчивость. Эти нарушения настолько тесно связаны с появлением тяги к алкоголю что, например, родственники запойных алкоголиков говорят, что совершенно точно знают о предстоящем запое по появлению нервозности. Человек раздражителен, все ему не так, всем недоволен, в конце концов махнет рукой, пойдет и напьется.

Конечно, все мы почти ежедневно сталкиваемся с ситуациями стресса, в жизни полно причин для эмоциональных всплесков. Но надо очень серьезно относиться к появлению нервозности без видимых на то причин. Погасить нервозность можно попытаться самостоятельно (более подробно о способах самопомощи при раздражительности и одиночестве в приложении №5), но если не получается, лучше обратиться к врачу.

Обращаться к специалисту требуется в тех ситуациях, когда нельзя решить проблему самостоятельно, без специальной подготовки. Если, например, потек на кухне кран, то можно попытаться самому его заменить. Но, обнаружив, что сорвана резьба или нужен какой-то особенный ключ, лучше обратиться к сантехнику.

Причины для обращения за советом и помощью могут быть разные – тяга к алкоголю, нарушение сна, нервозность, семейные конфликты и т.д. Нельзя их игнорировать. И надо расценивать как предупреждающий сигнал, если появляется вдруг упрямство, нежелание видеть проблемы, недоверие к врачам. То недоверие и упрямство, которое было раньше, мешало объективно взглянуть на ситуацию, внять советам окружающих, чтобы справиться с болезнью. Только так, прилагая собственные силы и с благодарностью принимая помощь, можно справиться с алкоголизмом.

Если говорить о **третичной профилактике** алкоголизма у больных, бросивших пить, то здесь важнейшими являются мероприятия по реабилитации, ресоциализации и реадaptации.

Реабилитация – это восстановление здоровья, физического и психического, нарушенного в результате поражения организма алкоголем.

Реадаптация – восстановление утраченных навыков, обеспечивающих приспособление человека к условиям труда и быта.

Ресоциализация – это повторная социализация на основе изменения установок, целей, норм и ценностей жизни.

В ходе работы по ресоциализации целью является вначале разрушение ранее принятых ценностей и моделей поведения личности с последующим усвоением ценностей, радикально отличающихся от предыдущих.

Мероприятия по ресоциализации станут успешными в том случае, если медико-психологическая поддержка осуществляется в связке с социально ориентированным воздействием. Такая связь обеспечивает решение важных задач с точки зрения судьбы пациентов в целом. К социально ориентированным подходам, в основу которых положена деятельность групп самопомощи (под руководством консультантов и социальных работников), можно отнести общество «Анонимных алкоголиков», миннесотскую программу, клубы трезвости и религиозные общины.

Программу Сообщества Анонимных Алкоголиков (АА) внедрили в США в 1935 г. члены протестантского евангелического общества (Оксфордской группы), страдающие алкоголизмом – Уильям Уилсон и Роберт Смит. Эти люди поняли, что общение в группе и та поддержка, которую люди способны оказать друг другу, эффективно помогает оставаться им трезвыми. Сотни других алкоголиков присоединились к ним и пошли по пути излечения. Обобщив собственный опыт и некоторые подходы Оксфордской группы, У.Уилсон и Р.Смит в 1939 г. опубликовали книгу «Анонимные Алкоголики» (Alcoholics Anonymous), в которой сформулировали Двенадцать заветов – основные принципы программы и организации групп АА. Эти принципы представляют собой последовательные шаги (другое название программы – программа двенадцати шагов), выполнение которых позволяет достичь трезвого образа жизни. Этапы являются по сути христианскими принципами, хотя они настолько просты и общедоступны, что их способен понять даже человек с затуманенным алкоголем сознанием.

Программа «12 Шагов» делает упор на активную работу больного над собой. Ставится лишь одно условие – искреннее желание бросить пить. Программа предполагает длительное участие больного в реабилитационном процессе в составе общества АА.

Перечислим эти 12 шагов:

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой.
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.

3. Приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимали.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.
6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков.
7. Смиренно просили Его исправить наши изъязны.
8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы понимали Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

Программа «12 шагов» является движением по выздоровлению и поддержанию трезвого образа жизни. Условно можно выделить два этапа программы. Первый этап включает в себя шаги с 1-го по 8-й, которые позволяют больному наладить свое функционирование в обществе людей, имеющих такие же проблемы, но ведущих трезвый образ жизни. Второй этап (шаги с 9-го по 12-й) выносит знания и навыки, полученные в группе в окружающий социум для налаживания и совершенствования своего полноценного функционирования в нем. Группа АА выполняет, таким образом, задачу психотерапевтической группы – формирование новых адаптивных навыков и перенос их в реальную жизнь.

Из перечисленных выше принципов общества АА наиболее важными, обеспечивающими эффективную ресоциализацию, являются следующие:

Капитуляция и смирение. Участник общества признает свое бессилие перед алкоголем и приходит к убеждению, что есть сила, более могущественная, которая может вернуть ему здравомыслие. Раньше, когда формировался алкоголизм и человек становился мишенью для упреков, между ним и окружающими людьми формировались симметричные отношения (Бейтсон Г., 2000). Такой тип отношений означает, что на какое-то воздействие с одной стороны следует симметричный ответ, действие вызывает такое же ответное действие.

В качестве примеров из жизни симметричными отношениями можно считать спортивные единоборства, гонку вооружений, отношения между живущими рядом людьми по принципу «быть не хуже соседа» и др. Алкоголик просто вынужден был упорствовать и «петушиться», чтобы отстаивать свою алкогольную позицию. Напряженность в отношениях то утихала, то обострялась с новой силой в результате очередного алкогольного срыва (наблюдалась эскалация конфликта). Временами, особенно в ситуации запойного алкоголизма, упорные симметричные ответы сменялись комплементарными, когда пьющий становился добрым и послушным, соглашался с доводами и призывами родственников, но через какое-то время снова запивал и становился агрессивным.

В отличие от других комплементарных отношений, распространенных между людьми как в норме, так и в патологии (доминирование-подчинение, забота-зависимость, садизм-мазохизм, вуайеризм-экзгибиционизм и др.), такие отношения не являются подлинными, их следует назвать псевдокомплементарными. Родственникам кажется, что вот они уже контролируют ситуацию, но наступает запой, и все будто бы переворачивается, теперь уже все они зависимы от болезни... На этапе выздоровления важно установить надежные комплементарные отношения, и универсальной силой, перед которой больной может признать свои заблуждения и просить о помощи, является Бог.

С точки зрения религии алкоголизм можно рассматривать как греховную болезнь. Греховную, потому что, поднося ко рту первую рюмку и зная, что за этим последует, человек совершает грех. А болезнь, потому что, выпив, человек уже не отдает отчет в своих действиях, на биохимическом уровне происходят цепные реакции, которые не остановить. И вот в рамках таких воззрений на алкоголизм особое внимание уделяется алкогольной гордости, о которой уже говорилось выше. Ведь гордыня – это один из тяжких грехов. Пьющий человек упорствует в своих ошибочных взглядах, не желает изменяться, консервирует свою проблему, все больше отгораживаясь от людей.

Единственный выход в такой ситуации – это признать проблему, чтобы затем исправиться. И поэтому церковь относится более благожелательно не к тем людям, которые не грешат (да и может ли быть такое?), а к тем, кто пусть и совершил грех, но стал на путь исправления. Смирить гордыню, признать свои заблуждения и встать на путь исправления – вот важнейшая задача на этапе выздоровления.

Воссоединение с Богом. Употребление психоактивного вещества и вследствие этого изменение сознания можно рассматривать как иллюзорную попытку добиться целостности, взять ситуацию под контроль. Карл Густав Юнг обратил внимание основателя АА У.Уилсона, что "алкоголь" по-латыни означает *spiritus* (то есть дух), и получается так, что одно и то же слово употребляется для высшего религиозного опыта и для самого развращающего яда. Юнг предлагает использовать следующую полезную формулу: *spiritus contra spiritum* (дословно: дух против духа), или духовное лечение (Фрейджер Р., Фэйдимэн Д., 2004). Смысл исцеления здесь в духовных практиках, общении с Богом, взамен пагубной практики воссоединения с алкогольным духом в прошлом.

Молитва. Использование молитвы подтверждает и закрепляет готовность действовать в системе комплементарных отношений. Искренний акт молитвы свидетельствует о смирении, покаянии, готовности измениться и загладить свою вину перед окружающими людьми. В молитве участники АА просят Бога: «Дай нам ясность ума, чтобы принять то, что мы не можем изменить, дай мужество изменить то, что мы можем изменить, и мудрость, чтобы различить их».

Взаимопомощь. Члены общества АА встречаются с такими же зависимыми и понимают, что именно здесь, на собрании Анонимных Алкоголиков, можно раскрыться и поделиться своими проблемами. Вместо враждебности и угрозы, которые они привыкли видеть в окружающих людях раньше, они встречают понимание и поддержку. Другие члены общества охотно помогают новичкам в духовных упражнениях, предотвращающих рецидив болезни. Сама причастность выздоравливающего к Обществу укрепляет комплементарную позицию и придает ему силы: теперь он не изолированная песчинка, не соломинка на ветру, а полноправный участник единого крепкого механизма. «АА — это сила, которая больше любого из нас», - говорят участники общества. Таким образом, в рамках программы «12 шагов» происходит поведенческая трансформация от сопротивления и

доминирования в сторону смирения и служения благородной миссии.

Анонимность. В понятиях общества АА анонимность означает гораздо больше, чем защита от позора. Анонимность есть величайший символ благородства того, кто делает доброе дело. Общество АА преследует благородную цель: нести послание тем больным алкоголизмом, которые этого хотят. Быть членом общества АА в странах, где оно стало распространенным и популярным (например, в США), не только не стыдно, но и в какой-то мере престижно; может стать основанием не для дискриминации, а для поощрения человека.

Кроме 12-ти шагов общество АА базируется на 12-ти традициях, которые являются принципиальными нормами жизни каждого его члена. В случае попыток неадекватного толкования или изменения традиций общество АА жестко встает на их защиту.

Вот эти традиции:

1. Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА.
2. В делах нашей группы есть лишь один авторитет – любящий Бог, воспринимаемый в том виде, в котором Он может предстать в нашем групповом сознании. Наши лидеры – это люди, которым мы доверяем и наши добрые друзья, они нами не управляют.
3. Единственное условие для членства в АА – это желание бросить пить.
4. Каждая группа должна быть самостоятельной, кроме тех случаев, когда дело касается других групп или АА в целом.
5. У каждой группы есть лишь одна основная цель – делиться опытом с теми алкоголиками, которые все еще страдают этим недугом.
6. Группе АА никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АА для использования какой-либо родственной организации или посторонней компании, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем, не отвлекали нас от нашей главной цели.
7. Каждой группе АА следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от посторонней помощи.
8. Содружество Анонимных Алкоголиков должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако

наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией.

9. Содружеству АА никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления, однако мы можем создавать службы или комитеты, непосредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.

10. Содружество Анонимных Алкоголиков не придерживается какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности, поэтому имя АА не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии.

11. Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде. Мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах с прессой, радио и кино.

12. Анонимность – духовная основа всех наших Традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Традиции представляют собой сумму норм функционирования самого общества в окружающем мире. Непокколебимые принципы АА помогают отстаивать своё единство и не позволяют организации превратиться в тоталитарную секту.

Вместе с тем, следует признать, что на территории бывшего СССР общество АА воспринимали если не как секту, то, по крайней мере, как неприемлемую для нашего менталитета организацию. Утверждали, что в нашем обществе мало верующих людей, а двенадцатишаговая программа основана на вере, тем более не на нашей, восточной, а на западной ветви христианства – протестантизме.

Деятельность ячеек АА за рубежом проникнута духом протестантизма и западной морали, с ее рационализмом, прагматизмом, неприятием авторитетов, культом автономии и жизненного успеха. Наш человек более эмоционален и доверчив, ориентирован на авторитеты, нуждается в опеке и духовном наставничестве.

Возможно, в перечисленных выше особенностях нашего менталитета заключается основная причина не столь триумфального распространения обществ АА на постсоветском пространстве.

Группы АА формируются у нас чаще всего на базе медицинских учреждений и центров социального обслуживания населения. Но, несмотря на накопленный в последние годы

позитивный опыт, необходимо констатировать, что большинство вновь организованных ячеек анонимных алкоголиков довольно быстро прекращают свое существование. Условием длительного функционирования организации является активная роль психолога или социального работника, который удерживает объединение пациентов от распада, выхолащивая при этом религиозное содержание программы. В такой ситуации ячейки АА следует квалифицировать скорее как устойчивые психотерапевтические группы (Игонин А.Л., 2007).

Программа Анонимных Алкоголиков в США еще в 50-х годах прошлого века была модифицирована. Учитывая сложность алкоголизма как химической аддикции и биопсихосоциального заболевания, были разработаны комплексные методы лечения, обозначенные как «Миннесотская модель лечения зависимостей». В ее основу положен опыт АА, к тому времени уже широко известный и хорошо себя зарекомендовавший. Миннесотская модель формировалась как форма стационарного лечения. Пациенты в течение определенного срока (обычно 28 дней) круглосуточно находились в лечебном центре. Здесь врачи-наркологи могли вначале снять пациенту похмельный синдром, затем психологи прорабатывали проблемы, заставившие его приобщиться к бутылке. Консультант по вопросам брака помогал наладить нормальные отношения в семье, социальный работник занимался вопросами трудоустройства, а священник обращался к духовным причинам болезни. Программа показала высокую эффективность (в том числе и в СССР, где в годы перестройки и позже внедряли эту модель, модифицировав ее, исходя из нашей действительности), но для ее широкого применения возникают препятствия. Главное из них – высокие финансовые затраты на стационарное обслуживание и обеспечение большим количеством высококвалифицированных специалистов. В США Миннесотская модель в разные времена подвергалась преобразованиям в терапевтические общины, «промежуточные» лечебно-адаптационные учреждения, дневные стационары, амбулаторные программы и др. (Игонин А.Л., 2007).

Нельзя не отметить положительный опыт работы АА в нашей стране, хотя статистических данных на сей счет нет, ввиду анонимности организации. Но не следует также забывать, что еще с советских времен у нас накоплен позитивный опыт деятельности клубов трезвости. Эти организации формировались для немедицинского избавления людей от алкоголизма. Клубы состояли из алкоголиков, которые вначале принимались как претенденты, затем, после оправдания надежд переводились в

кандидаты, а далее – в члены. Главная цель организации – помочь ее участникам воздерживаться от употребления спиртного. Кроме того, участники клуба распространяют трезвость путем выступлений в СМИ, занимаются патриотической работой, проводят гуманитарные акции и др. Распространение во времена СССР получили также клубы трезвости «Оптималист», где ресоциализация проводилась при активном участии специалистов по методике известного психолога Г.А.Шичко (Дроздов И.В., 1991), эклектически объединившей техники внушения (наяву и в состоянии транса), самовнушения, нейро-лингвистического программирования.

Православная церковь, наблюдая за обществом АА, в целом благосклонно относится к его деятельности, имея, однако, некоторые возражения против протестантской методологии и стиля проведения собраний. Церковь призывает активнее создавать реабилитационные центры для алкоголиков и наркоманов под эгидой традиционных для нашей страны религиозных организаций. Следует признать, что каких-либо значительных успехов по избавлению от алкоголизма на основе религиозных организаций в настоящее время у нас не достигнуто. Можно лишь вспомнить отдельные примеры подвижничества, среди которых известнейший – опыт легендарного ксендза Юзефа Бульки, который в своем приходе в деревне Мосар Витебской епархии на протяжении многих лет настойчиво прививал жителям стремление к духовным ценностям и здоровому образу жизни. В результате д. Мосар была объявлена зоной трезвости и превратилась в культурный центр и место, привлекательное для туристов.

В заключение следует отметить, что современные научные представления об алкоголизме и других зависимостях указывают на необходимость их изучения в рамках единой науки – **современной аддиктологии** (Менделевич В.Д., 2007). Как химические (алкоголизм, наркомания и токсикомания), так и нехимические аддикции (игромания, эротические, спортивные, религиозные, технологические, пищевые и др.) охватывают практически все аспекты поведения человека. Любое психоактивное вещество, предмет или вид деятельности несет угрозу аддикции. Биопсихосоциальные механизмы аддикций необходимо изучать в их единстве для разработки методов профилактики зависимостей у личностей, имеющих к ним предрасположенность. Кроме того, нельзя забывать о распространенном феномене трансформации одной зависимости в другую. С этой точки зрения работу общества Анонимных Алкоголиков можно рассматривать как процесс перевода больных

из химической зависимости в нехимическую: аддикцию отношений. Действительно, общество АА можно представить как «группу по интересам», члены которой постоянно встречаются и проводят время вместе, а между встречами много размышляют о предстоящем свидании с единомышленниками. Эта привязанность становится столь сильной, что выход из сообщества, как правило, заканчивается рецидивом. Программы реабилитации больных в религиозных сообществах можно расценивать, с этой точки зрения, как способы трансформации алкогольной аддикции в религиозную. Ну, что же, можно считать, что подобная система реабилитации, когда взамен деструктивной химической зависимости формируется нехимическая и социально приемлемая – вполне подходящий путь. Иначе больной в период переадаптации после достижения трезвенничества вновь рискует самостоятельно заполнить личностный вакуум алкогольным или каким-либо иным видом деструктивного поведения.

Приложение 1. Скринирующая методика для выявления алкоголизма (СМА) (Полтавец В.И., 1985)

Скрининг (от англ. Screen-сито) представляет собой исследование, позволяющее выявить лиц с вероятным наличием того или иного заболевания среди тех, кто такой вероятностью на первый взгляд не отличается. Основная цель методики СМА - выявление лиц, имеющих повышенный риск развития алкоголизма или страдающих хроническим алкоголизмом. Следует подчеркнуть, что СМА, как и другие скрининг-методики, является вспомогательным инструментом, облегчающим активное выявление больных алкоголизмом, но ни в коей мере не заменяющим тщательное клиническое обследование для верификации диагноза. Сам по себе результат скрининга не может служить основанием для каких-либо организационных или лечебных мероприятий в отношении обследуемого.

Методика СМА создана на базе Мичиганского алкогольного скрининг-теста, Миннесотского многопрофильного личностного опросника, теста для непрямого скрининга алкоголизма, опросника для изучения тяжести алкогольной зависимости и включает в себя 22 утверждения, частота значимых ответов на которые различается в группах больных алкоголизмом и здоровых людей. Утверждения сформулированы во втором лице множественного числа. Часть из них имеет прямой, часть косвенный характер в отношении проблем, связанных с употреблением алкоголя. Приводим список утверждений методики СМА:

1. У вас иногда бывает рвота или кашель с кровью.
2. У вас бывали периоды; когда вы не могли вспомнить, что происходило вокруг.
3. В вашей жизни бывали моменты, когда ваша активность внезапно падала и позже вы не могли понять, что это было.
4. Вы постоянно кашляете.
5. Вам нравятся горячие споры, даже если они иногда приносят огорчение окружающим.
6. Дома вы меньше соблюдаете правила приличия за столом, чем в гостях.
7. Вы всегда можете достать спиртное.

8. Вы стали замечать, что когда вы что-то делаете, у вас трясутся руки.
9. Ваши друзья и родственники считают, что вы пьете умеренно.
10. Иногда вы чувствуете угрызения совести из-за своего пьянства.
11. Однажды, будучи пьяным, вы были задержаны милицией.
12. У вас была белая горячка.
13. Иногда вы пьете в первой половине дня.
14. Бывало, что вы слышали «голоса» или видели какие-то необычные предметы после того, как много выпили накануне.
15. Бывало, что вы теряли друзей или подруг из-за своего пьянства.
16. Ваша жена или родители выражали беспокойство по поводу вашего пьянства.
17. Бывало, что вы пили несколько дней подряд, забывая о своих служебных и семейных обязанностях.
18. Иногда у вас бывали неприятности на работе из-за употребления алкоголя.
19. Вы обращались к кому-то с просьбой помочь вам избавиться от злоупотребления алкоголем.
20. Ваша жена, кто-то из друзей или родственников пытались помочь вам избавиться от пьянства.
21. Вы обращались к невропатологу или психиатру с жалобами на расстройства, одной из причин которых могло быть злоупотребление алкоголем.
22. Вы лечились по поводу хронического алкоголизма.

По инструкции испытуемый должен дать положительный или отрицательный ответ на каждое утверждение. Неопределенные и отказные ответы не предусмотрены. Методика предусматривает возможность двух видов интерпретации результатов. Наиболее быстрая оценка проводится путем прямого подсчета баллов по значимым ответам, и все испытуемые, набравшие 9 и более баллов, включаются в группы высокого риска наличия заболевания. Второй вид оценки позволяет более тщательно дифференцировать группу испытуемых, набравших от 5 до 9 баллов. Он предполагает суммирование диагностических коэффициентов (ДК) для значимых

ответов. И в тех случаях, когда сумма ДК превышает 30, испытуемые включаются в группу высокого риска.

Значимые ответы и бальная оценка			Диагностически е коэффициенты	Значимые ответы и бальная оценка			Диагностические коэффициенты
	Нет	Да			Нет	Да	
1	-	1	2,0	12	-	1	12,0
2	-	1	2,6	13	-	1	5,6
3	1	-	2,3	14	-	1	10,8
4	-	1	4,5	15	-	1	10,8
5	1	-	2,3	16	-	2	6,3
6	1	-	3,0	17	-	2	8,8
7	1	-	2,9	18	-	2	8,0
8	-	1	4,5	19	-	2	12,6
9	1	-	4,8	20	-	2	9,4
10	-	1	7,5	21	-	5	-
11	-	1	7,5	22	-	5	-

Приложение 2. Audit – alcohol use disorders identification test (babort.f. et al., 2001) – тест выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?
 - (0) никогда
 - (1) 1 раз в месяц и реже
 - (2) 2-4 раза в месяц
 - (3) 2-3 раза в неделю
 - (4) 4 и более раз в неделю
2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

Станд. порция (единица)	Водка (мл) 40 об%	Крепленое вино (мл) 17-20 об%	Сухое вино (мл) 11-13 об%	Пиво (бут.) 5 об%
(0) 1 или 2	30-60	75-150	75-150	0,5 б. – 1 б.
(1) 3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 б. – 2 б.
(2) 5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5 б. – 3 б.
(3) 7 или 8	210-240	525-600	700-900	3,5 б. – 4 б.
4) 10 или >	300 и >	750 и >	1000 и >	5 б. и >

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?

- (0) никогда**
- (1) менее чем 1 раз в месяц**
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)**
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)**
- (4) ежедневно или почти ежедневно**

4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?

- (0) никогда**
- (1) менее чем 1 раз в месяц**
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)**
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)**
- (4) ежедневно или почти ежедневно**

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас ожидают?

- (0) никогда**
- (1) менее чем 1 раз в месяц**
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)**
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)**
- (4) ежедневно или почти ежедневно**

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?

- (0) **никогда**
- (1) **менее чем 1 раз в месяц**
- (2) **1 раз в месяц (ежемесячно)**
- (3) **1 раз в неделю (еженедельно)**
- (4) **ежедневно или почти ежедневно**

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и раскаяния после выпивки?

- (0) **никогда**
- (1) **менее чем 1 раз в месяц**
- (2) **1 раз в месяц (ежемесячно)**
- (3) **1 раз в неделю (еженедельно)**
- (4) **ежедневно или почти ежедневно**

8. Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

- (0) **никогда**
- (1) **менее чем 1 раз в месяц**
- (2) **1 раз в месяц (ежемесячно)**
- (3) **1 раз в неделю (еженедельно)**
- (4) **Ежедневно или почти ежедневно**

9. Являлись когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или **других людей**?

- (0) **Никогда**
- (2) **да, но это было более чем год назад**
- (4) **да, в течение этого года**

10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) **Никогда**
- (2) **да, но это было более чем год назад**

(4) да, в течение этого года.

Количество баллов по шкале AUDIT свидетельствует о наличии алкогольных проблем. При 8-15 баллах можно говорить об опасном употреблении, при 16-19 – об употреблении с вредными последствиями, баллы выше 20 требуют уточнения наличия возможной алкогольной зависимости.

Приложение 3. Мотивация употребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых людей (Завьялов В.Ю., 1986)

Методика В.Ю.Завьялова направлена на изучение мотивации потребления алкоголя у подростков и взрослых. Исследование проводит психолог в форме группового и индивидуального тестирования. Результаты интерпретируются в соответствии с ключом оценки и обработки данных исследования.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Модификационный вариант опросника по выявлению особенностей мотивации потребления алкоголя (МПА). Используемый в работе вариант состоит из 45 утверждений от первого лица:

1. Выпиваю по праздникам для усиления чувства радости.
2. Выпиваю, потому, что неудобно отказаться от выпивки.
3. Считаю, что пить хорошее вино за едой полезно.
4. Пью, чтобы получить удовольствие.
5. Выпиваю, чтобы избавиться от внутреннего напряжения и страха.
6. Пью от скуки, не получается развлекаться без выпивки.
7. Когда пью, чувствую себя здоровым.
8. Пью потому, что неотступно преследуют мысли о выпивке.
9. Выпиваю назло всем, кто ругает меня за пьянство: жена, начальник, родня.
10. Выпиваю в день полочки и по выходным.
11. Выпиваю с сослуживцами, чтобы не испортить отношения отказом.
12. Считаю, что культурный человек должен разбираться в марках вин, знать виды спиртных напитков.
13. Пью потому, что нравятся приятные ощущения в состоянии опьянения: тепло, расслабление и др.

14. Выпиваю потому, что алкоголь уменьшает боязливость, делает меня сильнее.
15. Выпиваю потому, чтобы изменить свое состояние, обострить чувства и интерес к жизни.
16. Выпиваю, чтобы снять похмелье, не болеть после предыдущей выпивки.
17. Выпиваю помимо собственной воли из-за сильного желания напиться.
18. Напиваюсь потому, что презираю свою жизнь, давно не уважаю себя.
19. Выпиваю по случаю встреч с друзьями, родственниками, приятелями.
20. Не отказываюсь от выпивки, чтобы надо мной не подсмеивались.
21. За оказанные мне услуги расплачиваюсь спиртными напитками и сам принимаю алкоголь в качестве подарка, как это принято.
22. Выпиваю для того, чтобы испытать чувство благополучия и счастья.
23. Пью, чтобы забыть неприятные события, горе разочарования.
24. Когда выпиваю, время летит быстрее, интересней, а без выпивок тянется долго и нудно.
25. Пока не выпью, чувствую себя скверно, ничего не хочется делать.
26. Выпиваю из-за того, что не могу перебороть в себе тяги к алкоголю, желания напиться.
27. Выпиваю из-за духа противоречия, не хочу быть примерным, трезвенником.
28. Выпиваю, чтобы завязать знакомства – деловые и личные.
29. Меня вынуждает выпивать компания или группа знакомых, общение с которыми мне приятно.
30. Выпиваю потому, что употребление хороших вин и высококачественного алкоголя – признак материального благополучия и культуры.
31. Выпиваю потому, что выпивка способствует приятному времяпрепровождению, общению, развлечениям.
32. Выпиваю, чтобы избавиться от чувства вины и плохого настроения.
33. Пью потому, что выпивка прибавляет сил и энергии, возбуждает меня.
34. Выпиваю с утра для бодрости, чтобы восстановить работоспособность.
35. Выпиваю без всяких поводов и причин, когда есть что выпить.

36. Пью потому, что меня считают «пропащим человеком», неудачником или алкоголиком.
37. Выпиваю потому, что так принято: «обмывать» покупку, сделку, законченную работу, важные события в жизни.
38. Если бы не пьющие друзья, я бы столько не пил, сколько пью.
39. Стремлюсь выпивать культурно: умеренно в «эстетической обстановке», за хорошим столом.
40. Выпиваю потому, что хорошая закуска вызывает радостное чувство и желание выпить.
41. Выпивка избавляет меня от чувства тревоги и беспокойства.
42. Когда выпью, становлюсь смелее, могу пойти на риск, чувствую себя настоящим мужчиной.
43. Выпиваю, чтобы уменьшить дрожь в руках и улучшить самочувствие.
44. Выпиваю автоматически, как только вижу спиртное.
45. Пью потому, что совсем не дорожу своей жизнью.

На каждое из этих утверждений испытуемый должен дать подходящий для него ответ:

- «весьма часто возникает причина или условие приема алкоголя» – 3 балла;
- «редко, но не менее чем 2 раза в жизни» – 2 балла;
- «сомневаюсь» – 1 балл;
- «совершенно не подходит ко мне» – 0 баллов.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ШКАЛ

Первая триада шкал образует группу «социально-психологических» мотивов приема алкоголя:

1. Традиционные, социально обусловленные, культурно распространенные мотивы (утверждения 1, 10, 19, 28, 37).

2. Субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя (2, 11, 20, 29, 38).

3. Псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» социальной микросреды, в которой он функционирует (3, 12, 21, 30, 39).

Вторая триада образует группу личностных, персональных мотивов потребления алкоголя:

4. Гедонистические мотивы, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя и также опыт переживания алкогольной эйфории (4, 13, 22, 31, 40).

5. Атарактические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания – напряжение, тревогу, страх – с помощью алкоголя (5, 14, 23, 32, 41).

6. Мотивы гиперактивации поведения (стимулирующий, растормаживающий эффект и насыщение сенсориума с помощью выпивки, отражающей стремление выйти из состояния скуки, «психологической» пустоты, незанятости, душевного бездействия, либо желание усилить эффективность своего поведения (6, 15, 24, 33, 42).

Третья триада образует собственно патологическую мотивацию употребления алкоголя, фактор болезненного влечения к алкоголю:

7. «Похмельная» мотивация – стремление с помощью алкоголя снять абстинентные явления, дискомфорт, связанный с отсутствием алкоголя, улучшить самочувствие (алкоголь – как лекарство) (7, 16, 25, 34, 43).

8. Аддитивные мотивы, отражающие фиксацию в сознании истинного влечения к алкоголю, «жажду алкоголя» (8, 17, 26, 35, 44).

9. Мотивы самоповреждения – стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, из-за потери, якобы, перспективы в будущем для себя, утраты смысла трезвой жизни (9, 18, 27, 36, 45).

Результат тестирования представляет цифровое выражение (от 0 до 15) по каждой шкале. Максимальные оценки выявляют доминирование того или иного вида мотивов потребления алкоголя, а все шкалы вместе отражают структуру (профиль) мотивации потребления алкоголя (МПА). Суммарная оценка по всем шкалам дает цифровое выражение общего мотивационного напряжения в поисках алкоголя. Данный метод, естественно, не охватывает всех аспектов мотивации потребления алкоголя, а дает только приближенное модельное описание и цифровой материал для математической обработки изучаемого явления.

Практически интервал 35-50 баллов может служить диагностическим критерием алкогольной зависимости, выявляет высокий уровень мотивации потребления алкоголя.

Приложение 4. Тест на созависимость (Москаленко В.Д., 2009)

Оценка себя в баллах:

3 – мне очень свойственно

2 – мне мало свойственно

1 – мне совсем не свойственно

1. Я вырос(ла) в проблемной семье, где эмоции подавлялись.
2. Я отрицаю, что вырос(ла) в проблемной семье.
3. Я склонна обвинять себя во всем.
4. Я пытаюсь вмешиваться в жизнь других, беру на себя ответственность за то, как другие думают, чувствуют, выглядят, действуют и ведут себя в жизни.
5. Я склонна сердиться, когда другие критикуют и обвиняют меня.
6. Я отвергаю комплименты и похвалы.
7. Я впадаю в депрессию из-за недостатка комплиментов и похвал.
8. Я чувствую себя отличающейся от других людей во всем мире.
9. Я думаю, что я не очень хороша.
10. Я в прошлом была жертвой физической, сексуальной агрессии либо эмоционально жестокого обращения.
11. Я чувствую себя жертвой.
12. Я говорю себе, что не могу сделать что-то правильно.
13. Я очень боюсь совершить ошибку.
14. Я удивляюсь, почему мне так трудно принимать решения.
15. Я непременно стремлюсь делать все исключительно хорошо, безупречно.
16. Я удивляюсь, почему я никогда не довольна достигнутым.
17. Я меня в языке великое множество «Я должна...»
18. Я часто и глубоко переживаю чувство вины.
19. Я стыжусь себя такой, какая я есть на самом деле.
20. Думаю, что моя жизнь никуда не годится.
21. Вместо того чтобы жить своей жизнью, я пытаюсь помогать жить другим людям.
22. Я получаю искусственную чувственную подпитку своей самооценки, помогая другим.
23. Испытываю сильное чувство пониженной самооценности (замешательство, конфуз, провал, неудача, поражение и т.д.), если мне не удастся решить проблемы других.
24. Я желаю себе, чтобы со мной случилось что-то хорошее.
25. Я верю, что ничего хорошего у меня не произойдет.

26. Думаю, что я не заслужила счастья и вообще чего-нибудь хорошего.
27. Желаю, чтобы другие люди симпатизировали мне и любили меня.
28. Думаю, что другие люди не могут симпатизировать мне и любить меня.
29. Я пытаюсь доказывать другим, что я – хорошая.
30. Я ставлю себя в такое положение, чтобы быть нужной другим.

30-50 баллов: у вас хорошая самооценка, есть богатый ресурс для духовного роста, выраженной созависимостью вы не страдаете.

51-70: вы – ранимая личность, склонны к пониженной самооценке. Вам необходимо работать над преодолением своей созависимости.

71-90: у вас выражены признаки созависимости, вам настоятельно необходимо избавляться от созависимости. Вам грозит вероятность оказаться в проблемном браке.

Приложение 5. Советы человеку, отказавшемуся от алкоголя

В программе общества Анонимных Алкоголиков для людей, бросивших пить, дается ряд весьма ценных советов. Это те непреложные истины, которые должен твердо знать и помнить каждый трезвенник. Здесь они приведены с некоторыми изменениями и дополнениями:

Первым делом – главное

Эта поговорка приобретает для Вас особый, веский смысл. Потому что самое главное для Вас отныне – помнить, что Вам нельзя пить. Нельзя поднести ко рту ту самую первую рюмку, за которой неминуемо последует беда. «Нельзя пить рюмку, предшествующую второй». Мы специально никогда не называем первую рюмку первой, поскольку после первой у алкоголика всегда следует вторая. В этом суть, стержневой признак алкоголизма. Пока он не сформировался, у Вас была возможность позволить себе 2-3 рюмочки и остановиться. Но со временем ограничивать количество выпитого становилось все труднее. Не помогали такие

ухищрения, как, например, переход на более слабый алкоголь. Даже в таком случае, когда Вы давали зарок за столом выпить не более 2-3 рюмок, и выполняли его, все равно потом попадали в ловушку. Успокаивались, мол, вот я и доказал, что могу выпить умеренно. И в следующий раз за столом, выпив немного, расслаблялись, и с мыслью «а не выпить ли еще немножко, раз я могу умеренно?» напивались снова. То есть, возможность выпить умеренно у алкоголика есть, но лишь теоретическая. Это исключение, только подтверждающее правило – контроль потерян. Поэтому сложная задача, на первый взгляд очень сложная, на самом деле предельно проста. Не пить только первую рюмку! И об этом необходимо помнить всегда.

Почаще есть или пить что-либо, преимущественно сладкое

Трудно себе представить, что плотно пообедав, выпив стакан сока или компота, съев большую порцию мороженого, человек потянется за водкой или вином. Конечно, нет! Кроме того, что в переполненный желудок просто не захочется еще что-то вливать, срабатывают еще и биологические механизмы насыщения, вызывающие ощущение покоя и благополучия в организме. Растянутые стенки желудка сигнализируют мозгу о поступлении в организм пищи, в крови повышается уровень белков, жиров и углеводов, которые тормозят мозговой центр голода. В результате сытый человек становится более спокойным и уравновешенным. Теперь вспомним, что тяга к алкоголю возникает и усиливается в результате стрессов и волнений. Стало быть, сытость уменьшает тягу к алкоголю.

Мы советуем кушать лучше дробными порциями, но чаще. В случае, когда человек утверждает, что из-за загруженности на работе не успевает поесть, мы говорим, что он просто не умеет работать. Всегда можно так организовать свое рабочее время, чтобы успеть поесть и немного отдохнуть.

Советуем также больше употреблять в пищу сладостей. Дело в том, что у людей бросивших пить, равно как и у лиц с наследственной предрасположенностью к алкоголизму, в крови несколько снижен уровень эндогенного алкоголя (а алкоголь у нас в крови, как известно, есть – в микродозах). Употребление сладостей повышает эндогенный алкоголь в крови, разумеется, незначительно, до уровня нормы, так как этиловый спирт является промежуточным продуктом расщепления углеводов, из которых и состоят сладости. Поэтому сладости, как это на первый взгляд не покажется странным, успокаивают, снимают нервозность, вместе с

тем повышают настроение и активность. Это отмечают многие наши пациенты, ведущие трезвый образ жизни.

Возникает вопрос: не вызовет ли частая еда и сладости прибавку в весе? Вспомним, как нарушается вес у пьющих людей. Они или толстые, когда пьют постоянно и много закусывают, или истощенные, если после запоя по 2-3 дня не могут есть из-за отравления и рвоты. Естественно, что после отказа от алкоголя в организме происходят перестройки, вес изменяется в ту или иную сторону. Но через несколько недель или месяцев вес стабилизируется и становится таким, каким он и обязан был быть. Сладкое здесь не помеха. Если же через несколько месяцев Ваш вес не приходит в норму, продолжает изменяться, значит, причина в другом, лучше проконсультироваться с врачом.

Так что, если у Вас возникает тяга к алкоголю, советуем перекусить или съесть что-нибудь сладкое.

Будьте доброжелательны и терпимы к окружающим

Злоупотребляя алкоголем, человек формирует вокруг себя окружение из близких по духу и интересам людей, то есть таких же выпивох. Все, кто препятствуют стремлению выпить (родственники с их постоянной критикой, начальство с угрозой уволить, бросившие пить знакомые), воспринимаются чуть ли не как враги. Все изменяется с момента, когда Вы бросили пить. Бывшие «друзья» уходят, потому что Вы им больше не интересны, так как не тратите на них больше свои деньги. Бывшие «враги» не спешат сблизиться с Вами, так как не освободились еще от старых стереотипов. Но это и понятно! Доверие надо заслужить. Если жена годами привыкла со страхом (а не напьется ли сегодня?) ожидать Вас с работы, обнюхивать, шарить по карманам, искать по квартире «заначки», то в одночасье другой она не станет. Надо какое-то время, чтобы она привыкла, что Вы совсем другой, чтобы улеглась, успокоилась та тревога, которая накапливалась в душе годами.

Необходимо в корне перестроить стиль реагирования в стрессовых ситуациях. Вместо привычной реакции «ах так, ну тогда я напьюсь из-за вас» нужно следовать совершенно обратной цели: «Теперь никто при помощи психологического давления не сможет довести меня до выпивки». Вы не имеете права позволить тем, кто пытается вывести Вас из себя, добиться своего. Вместо реакции гнева и агрессии необходимо в любой ситуации пытаться быть мудрее, сгладить острые углы, отреагировать юмором, шуткой.

Попытайтесь, вспомнив людей, кто досаждают Вам и мешает жить, подумать, а на какое время можно о них забыть, обойтись без них? Забыть на неделю, на месяц, а может быть вычеркнуть из своей жизни.

Станьте деятельным

Алкоголь у пьющего человека постепенно вытесняет из жизни многие увлечения. Бросив пить, человек иногда даже с удивлением открывает для себя, сколько свободного времени появляется вдруг. Один предприниматель, который злоупотреблял спиртным смолоду, а затем отказался от алкоголя, через год стал богатым преуспевающим бизнесменом. На вопрос «как дела?» он ответил: «Я никогда не подозревал, что можно успевать так много сделать и при этом иметь так много свободного времени!» Подобные открытия делают многие «бывшие» алкоголики. Иногда, в первые 2-3 месяца трезвенничества, пока происходят перестройки в организме, может отмечаться некоторая вялость, тугодумие, заторможенность, тяжесть в голове. Но эти временные явления быстро проходят, появляется бодрость и умственная энергия, и встает вопрос, чем заполнить пустоты, которые раньше заполнял алкоголь. Труднее разрешить этот вопрос людям, которым «зеленый змий» нанес уже значительный ущерб – увел настоящих друзей, разрушил семью, отнял работу. В любом случае следует начинать с того, что хорошенько пересмотреть свой ежедневный распорядок. Исключить все, что было ранее связано с выпивкой или напоминало о ней: убрать спиртное из квартиры, изменить маршруты передвижения на работу, в магазин, отменить сопровождаемые ранее выпивкой мероприятия (например, рыбалка, командировка), ограничить встречи с пьющими знакомыми.

Некоторые из приводимых ниже видов деятельности помогут Вам заполнить свободные часы:

1. Совершать прогулки, желательно каждый раз осваивая новые маршруты. Прогулки могут быть по улицам, парковым зонам, или за городом.
2. Читать книги, больше интересоваться прессой, общественно-политическими событиями.
3. Регулярно посещать музеи, театры, концерты популярных исполнителей, спортивные состязания.
4. Самому активно заниматься спортом, такими видами, как плавание, бег, лыжи, настольный теннис и т.п., не

- требующими больших затрат времени или денег на экипировку.
5. Вернуться к заброшенным домашним делам – убрать в письменном ящике стола или на балконе, повесить картины, отремонтировать испорченный бытовой прибор и т.д. Это поможет Вам вернуться к прежним забытым увлечениям.
 6. Попробовать новое хобби. Это может быть рыбалка, охота, коллекционирование, писательство, художественное творчество, разгадывание кроссвордов, шахматы, кулинария и т.д. и т.п. В компаньоны можно призвать кого-то из старых знакомых, которых ранее игнорировали, но у которых есть чему поучиться.
 7. Поступить на курсы. Может быть, это будут курсы иностранного языка, психологии или вождения. Новые знания и навыки не просто полезны для себя, но и делают человека многосторонним, интересным для окружающих, помогают завести новые знакомства.
 8. Заняться своей внешностью. Любое изменение нашего внешнего вида действует крайне ободряюще. Можно изменить прическу, стиль одежды, вставить зубы, примерить очки или новую шляпу.
 9. Увлечись чем-нибудь легкомысленным. Мы часто уделяем внимание самоусовершенствованию, что, конечно, очень правильно и полезно, но делает нас со временем несколько занудливыми, суховатыми, ворчунами, выглядящими старше своих лет. Надо, чтобы в жизни было еще что-нибудь легкое, забавное, что разнообразит наши будни. Послушать молодежную музыку, попускать пузыри из жевательной резинки, приударить за хорошенькой девушкой. То есть испытать лишний раз веселую, но незамутненную алкоголем радость.

Имейте достаточно времени для отдыха

Конечно, во всем должен торжествовать здравый смысл. Как и любую другую идею, совет быть деятельным нужно использовать во благо. А для этого надо не забывать и об отдыхе. Это тем более важно, что бывший алкоголик в прошлом, как правило, нерационально использовал свои силы. Вначале из-за пьянок и запоев получал неприятности, а затем рабским непосильным трудом искупал свою вину. Теперь нужно научиться уважать свое время и заставить это делать других. Отказываться от участия в

авральных работах, в выходные дни. А в такие минуты, когда испытываете перенапряжение или Вас напрягают посторонние, всегда имейте возможность отвлечься на несколько минут, просто посидеть с закрытыми глазами, чтобы привести себя в более спокойное и уравновешенное состояние духа. Огромное значение для восстановления организма имеет ночной сон. Для того чтобы он был более полноценным, надо стараться ложиться спать в одно и то же время. Перед сном полезны прогулки на свежем воздухе, стакан теплого молока с медом, теплая ванна. Мешают ночному отдыху тонизирующие напитки (кофе, крепкий чай) и злоупотребление просмотром вечерних телепередач.

Избавьтесь от одиночества

Алкоголизм можно охарактеризовать как «болезнь одиноких». Когда-то давно Вы употребляли алкоголь «как все», систематически; он помогал быть раскрепощенным, общительным. Однако с годами он же постепенно становился причиной все большей отчужденности, изоляции от многих людей. Виною тому чувство апатии, подавленности и депрессии после пьянок. Осуждение общества, потеря старых друзей, смена работы и многие другие следствия алкоголизма создавали вокруг Вас пустое пространство. Оно заполнялось алкоголем. Отказ от алкоголя неизбежно сталкивает Вас с необходимостью преодоления проблемы одиночества. Побывать одному, уединиться, поразмышлять – это, конечно, неплохо. Но в Вашем случае ощущение одиночества может вследствие старых стереотипов вызывать желание скрасить это одиночество выпивкой. Поэтому, советуя не быть слишком голодными и слишком утомленными, мы также рекомендуем: «Не позволяйте себе быть слишком одиноким». Не позволяйте себе долго общаться с самим собой, старайтесь быть среди людей. Разумеется, люди эти должны быть или непьющими, или понимающими и ценящими Вашу трезвость.

Пользуйтесь «телефонной терапией»

Согласитесь, что точно так же, как у пьющего стрессы провоцируют желание выпить, у равнодушного к спиртному человека неприятность вызывает желание позвонить знакомому и поделиться горем. Это реальный психологический механизм, позволяющий снять напряжение в нервной системе. Не накручивать себя мысленно, а рассказать близкому человеку, «излить душу». И даже если телефонный разговор происходит с не очень близким человеком, все равно собеседник как бы автоматически настраивается на добрый лад, он изначально

испытывает уважение к человеку, оказавшему честь ему своим звонком. От телефонного собеседника всегда можно услышать добрый совет, неожиданный свежий взгляд на проблему. Но и при отсутствии ценного совета любой разговор, обсуждение проблемы успокаивает. Поэтому не стесняйтесь при стрессе позвонить и поговорить «по душам» пусть даже с малознакомым человеком.

Найдите себе наставника, станьте кому-то наставником

У всех нас были учителя. Благодаря их знаниям и чуткому вниманию к нам, мы становились взрослее, получали необходимый багаж навыков для дальнейшей жизни. Со временем мы стали более самостоятельными, самоуверенными, позабыли многих из тех людей, кто воспитал нас, дал нам путевку в жизнь. А напрасно! Нельзя забывать о «табели о рангах», о том, что мы живем в мире, где кто-то непременно стоит выше другого. А тот, кто стоит ниже, с благодарностью должен принимать знание и опыт, посылаемые сверху. Не случайно многие успешные люди (ученые, артисты, спортсмены), добиваясь колоссальных успехов в своей области, всегда с трепетом относятся к своим старым учителям. Они опекают своих наставников, прислушиваются к каждому их слову, совету. И наоборот, если человек даже очень талантлив, но рассчитывает только на себя, «варится в собственном котле», он не сможет себя реализовать в полной мере.

Следовательно, как в любом деле, так и в решении алкогольной проблемы, принцип наставничества приносит большую пользу. Выберите себе наставника из числа непьющих людей, или даже лучше, чтобы это был бывший алкоголик, но уже много лет бросивший пить. Такой человек обладает большим опытом и может многим с Вами поделиться. Постепенно, общаясь с ним, Вы увидите, что этому человеку очень близки Ваши проблемы, и он с радостью на них откликается. Лучше, чтобы наставником был человек одинакового с Вами пола (женщина для женщины и мужчина для мужчины), чтобы отношения не могли осложнить любовные истории. Наставник может быть близким по духу Вам человеком, со схожими интересами и увлечениями. Но вы можете быть и совершенно разными людьми, и тогда общение будет дополнять и обогащать вас обоих.

Желательно обратить внимание на Ваше окружение и найти в нем людей, которые находятся в самом начале пути избавления от алкоголя. Помочь им встать на путь выздоровления – благородная задача! Кроме того, Вы приобретаете новых сторонников и друзей.

Остерегайтесь раздражений и обид

Алкоголики не относятся к числу людей, отличающихся высоким порогом терпимости. Вспомните, какое безрассудное раздражение заставляло испытывать Вас похмелье и как Вы порой несправедливо обрушивали его на головы ни в чем не повинных родных и близких. Раздражение, обида и гнев были тесно связаны с выпивкой. Эти же эмоции бывают и в трезвой жизни, являются причиной расстройства нервной системы и, как следствие, неконтролируемого поведения. Понятно, что для человека, бросившего пить, проявление таких эмоций опасно возникновением нового рецидива тяги к алкоголю, появлением желания «махнуть на все рукой» и напиться. Надо отслеживать у себя появление гнева и научиться гасить эту реакцию. Имейте в виду, что гнев может казаться справедливым, праведным, проявляться в различных формах и оттенках: нетерпимость, презрение, зависть, ненависть, недоверие, ревность, жестокость, цинизм, недовольство, тревога, напряженность, жалость к себе, злоба, подозрительность. Такие проявления гнева одинаково опасны. И даже если эти реакции обоснованы, если с Вами поступили гнусно и несправедливо, Вы не имеете права позволить себе роскошь гневаться.

В ситуациях стресса всегда сначала надо остыть, сделать хотя бы маленькую паузу. Подумать, а что можно в данной ситуации изменить. Полезно использовать прием «А как в такой ситуации поступил бы другой человек?» Вспомните кого-нибудь из ваших знакомых, спокойного и рассудительного человека, и вообразите, как в такой ситуации повел бы себя он, что говорил? Так же постарайтесь поступить и Вы, подражайте ему. Эмоциональное напряжение может помочь снять какое-либо энергичное физическое упражнение, работа по дому, телефонная беседа с другом. Для успокоения полезно что-нибудь съесть или выпить стакан сладкого безалкогольного напитка. У многих людей, которые заинтересованы проблемой обуздания своих эмоций, появляются какие-то собственные приемы: горячая ванна, отдых в кресле, глубокое дыхание и др. В случае необходимости не стесняйтесь обратиться за советом к психотерапевту.

Не злитесь, если слышите замечания от окружающих по поводу своей несдержанности. Со стороны, как говорится, бывает виднее. Будьте благодарны за эту информацию и принимайте меры.

Будьте доброжелательны по отношению к себе

Когда кто-либо из наших близких выздоравливает после долгой болезни, мы стараемся окружить его вниманием и заботой. Мы

балуем его, уступаем его капризам, стараемся чаще приободрить, развеселить. Процесс выздоровления от алкоголизма довольно длительный. Он не заканчивается моментом отказа от алкоголя, будь то самостоятельное решение или помощь специалиста. Те отравления, которые мозг получал годами, проходят медленно, нервная система восстанавливается обычно несколько месяцев. Надо быть доброжелательным по отношению к себе и почаще задумываться, а доставляет ли Вам жизнь удовольствие? Или Вы так увлеклись самосовершенствованием, что, не давая себе никакой поправки, превратили жизнь в серую и безрадостную? Почаще хвалите себя, давайте себе поправки, возможности развлечься и отдохнуть. Ведь Вы заслуживаете этого. Прошлая алкогольная жизнь была проникнута угрызениями совести, самоуничтожением. И тому были причины. Теперь вы совершили сильный, мужественный поступок. Это не каждому дано. Если бы это было так просто, не погибали бы тысячи и тысячи людей от страшных последствий алкоголизма. Вы можете гордиться своим решением и вполне заслуживаете к себе уважительного отношения, которое вправе требовать и от других.

Искорените чувство жалости к себе

В то время как чувство самоуважения и достоинства необходимо развивать, жалость к себе надо «выжигать каленым железом». Каждый из нас может признать, что порой испытывает жалость к себе любимому, но ни к чему хорошему это чувство не приводит. Жалость – это теплое и приятное болото, погружаясь в которое человек утонет. Маленький ребенок, вызывая жалость у родителей, стремится избежать наказания за свои проделки. Так же и пьющий человек привыкает выставлять себя таким бедным и несчастным, стремясь оправдать свой алкоголизм. Но вот в жизни наступает поворотный момент. Ребенок становится взрослым, и бессмысленно плакать по этому поводу, надо жить своим умом и отвечать за свои поступки. Так же и бывший алкоголик не имеет права скучить по поводу того, «почему это я не могу выпить как все, почему я такой неполноценный?» Многие из бросивших пить обнаруживают удивительные способности по раздуванию мелких проблем, деланию «из мухи слона». И как следствие этого – снова предательская жалость. И снова нежелание идти по пути прогресса, а стремление оплакивать свои неудачи.

Хороший пример конструктивной жизненной позиции показал нам один молодой соотечественник. После страшной автокатастрофы

ему были полностью ампутированы руки и ноги. Но парень и в такой ситуации не впал в уныние. Освоил компьютер, обучился программированию, придумал протез, чтобы управлять клавиатурой. По Интернету он получает заказы, пишет программы для известных фирм и зарабатывает приличные деньги. Не прикрывается инвалидной книжкой, а кормит себя и семью, стремится жить полноценной жизнью.

Согласитесь, что в сравнении с этой проблемой, Ваша проблема – сущий пустяк.

Будьте осторожны в моменты эмоционального подъема

Желание выпить могут провоцировать стрессы, причем стрессы с любым знаком – как отрицательным, так и положительным. Наблюдения за людьми, бросившими пить, показывают, что по прошествии нескольких месяцев или лет трезвой жизни стрессы со знаком минус (ссоры, конфликты, происшествия, переутомления и т.п.) уже не пробуждают желания выпить. Психика уже не дает в ответ на стрессы алкогольных сбоев. Но в большей степени опасность начинают представлять ситуации радости, веселья, моменты эмоционального подъема. Человек уже умеет искренне радоваться, так как мозг вырабатывает достаточное количество гормонов удовольствия – эндорфинов и энкефалинов. В моменты веселья может возникать состояние, похожее на опьянение, самоконтроль в это время снижается. Вот тут в голову и может прийти предательская мысль: «А не пропустить ли по рюмочке?» Следует быть осмотрительным в такие минуты, помнить, что никакая радость не может освободить Вас от алкоголизма, который активизируется от одной рюмки, одного глотка спиртного. Не надо пугаться, если в момент радости такие мысли бывают у Вас. Это говорит лишь о том, что самочувствие хорошее, даже слишком хорошее. Подобные мысли, это, по существу, защитная реакция, звоночек, напоминающий об опасности алкоголизма.

«Тише едешь – дальше будешь»

Многие из нас в повседневных делах слишком усердствуют, без оглядки несутся вперед и раздражаются, когда что-то не получается. Современному человеку за бесконечной чередой забот порой трудно бывает просто расслабиться и почувствовать вкус жизни. Помните, что наша жизнь не должна превращаться в бешеную гонку. Необходимо из всего вороха проблем вычленять главное, а второстепенное можно исключить или отложить «на потом». В этих целях полезно завести «ежедневник», где утром

составлять список всех дел, которые необходимо сделать в течение дня. Затем посидеть, подумать и вычеркнуть наименее значимые мероприятия, или перенести их на следующий день. Это позволит выработать спокойный, без нервов, распорядок дня. Человеку, бросившему пить, особенно в первые месяцы, когда нервная система еще недостаточно окрепла, крайне необходим спокойный, размеренный ритм жизни. Можно сравнить такой ритм с режимом человека, восстанавливающегося после сердечного заболевания, когда разрешены физические и эмоциональные нагрузки, но дозировано, вполсилы. Помните об этом и, заметив, что находитесь в состоянии обеспокоенности и лихорадочной активности, не забывайте спросить себя: «А неужели без меня нельзя обойтись?» или «Стоит ли так спешить?» И часто окажется, что обойтись можно, а спешить не стоит. Разумеется, данный совет не говорит о том, что Вы под предлогом принципа «тише едешь – дальше будешь» имеете право откладывать то, что намечено, или опаздывать на деловые встречи. Не забывайте также, что груз проблем, которые Вы на себя берете, тоже должен быть разумным. Если нагрузить «Жигули» тремя тоннами груза, то хоть быстро, хоть медленно, а далеко все равно не уедешь!

Помните свою последнюю пьянку

С алкоголем у людей связаны разные воспоминания. Приятные воспоминания прошлого, когда ожидания от употребления спиртного оправдывались, выпивка приносила только радость и удовольствие, могут пробуждать желание пропустить по рюмочке. Но не об этих приятных, но далеких уже воспоминаниях сейчас пойдет речь. Нужно помнить последнюю тяжелую пьянку и похмелье. Ту самую последнюю пьянку, тот запой, те страдания, которые побудили подвести черту и сказать себе: «Все, хватит, так продолжаться больше не может и не будет!» Потому что выпивка никогда уже не будет означать для Вас веселье, музыку, радостный смех. Вы не сможете пить умеренно и с удовольствием. Теперь на одной чаше весов стоит рюмка, а на другой – семья, работа, здоровье, сама жизнь. Слишком высока цена, слишком велик риск! И если нахлынут вдруг воспоминания веселой беззаботной пьяной молодости, обязательно вспоминайте также и свою последнюю страшную пьянку.

Избегайте приема наркотиков и психотропных лекарств

Этиловый спирт является наркотическим веществом, то есть веществом, вызывающим наркоз – обезболивание и сон. Вспомним хотя бы старые фильмы, когда раненому бойцу

перед операцией в полевых условиях за неимением другого наркотика врач давал выпить стакан спирта для анестезии. Алкоголь, обладая всеми свойствами наркотика, действует на те же мозговые центры, что и другие наркотики – героин, кокаин, марихуана и т.д. Главная задача по избавлению от алкоголизма – это недопущение попадания внутрь этилового спирта, чтобы он не оказал воздействия на те мозговые центры, работу которых он нарушает. Но другие наркотики также могут воздействовать на те же мозговые центры и вызвать тягу к алкоголю и потерю контроля за ситуацией и поведением. Поэтому употребление любых наркотиков человеку бросившему пить противопоказано. В практике любого врача-нарколога найдется пример, когда пациент рассказывает о том, как чуть было не срывается в запой из-за нескольких затяжек марихуаны. Думает, что ничего, не повредит, но после первой затяжки вместе с наркотическим опьянением приходит острое желание выпить. Кроме того, само по себе опьянение от «травки» снижает самоконтроль, и если в этот момент последует предложение выпить, то человек уже попросту бессилён отказаться. Следовательно, всегда избегайте приема наркотика, даже если это слабый наркотик.

А что если наркотик Вам назначает врач для обезболивания в ходе операции? В таком случае лучше проинформировать его, откровенно поделиться об алкогольной болезни. Такая информация будет полезной для вашего врача по двум причинам:

Во-первых, алкогольная зависимость, как правило, снижает восприимчивость организма к обезболивающим препаратам. Поэтому, для погружения в наркоз может понадобиться более высокая доза препарата, что полезно знать анестезиологу.

Во-вторых, если уж воздействия наркоза не миновать, то излишнюю нервозность или нарушения сна после операции легче будет заметить и подкорректировать, владея этой информацией.

Что же касается лекарств с психотропной активностью, к которым относятся транквилизаторы, снотворные средства, психостимуляторы, антидепрессанты, то употребление их нежелательно. Организм должен сам научиться выходить из состояний подъема или упадка, успокаиваться и приходить в норму естественным путем. А это возможно только в том случае, если Вы не будете без нужды помогать ему химическими методами. В случае резкого изменения психического состояния прием психотропных лекарств допустим, но только по назначению врача.

Можно самостоятельно использовать легкие успокаивающие препараты растительного происхождения, свободно отпускаемые в аптеках: настойка валерианы в таблетках, отвар травы пустырника, препараты «Персен» или «Ново-Пассит» в таблетках, препарат «Санасон» для улучшения сна и др.

Некоторые люди испытывают потребность снять ощущения вялости, апатии, почувствовать себя активнее и бодрее, повысить работоспособность. В таком случае можно использовать такой легкий и безвредный препарат, как «Ноотропил» («Пирацетам»). Поможет чашечка кофе или крепкого чая, но только не перед сном.

При необходимости обращайтесь за профессиональной помощью

Есть люди, которые склонны решать свои проблемы самым простым образом – отрицать их. Вместо того чтобы подумать и найти конструктивное решение сложившейся ситуации, человек просто забывает о ней. Это – разновидность слабовольного, пассивно-оборонительного поведения, ухода от проблем. Понятно, что человек с такой стратегией поведения имеет склонность, заболев, откладывать до последнего поход к врачу и доводить болезнь до запущенного состояния. Лица, злоупотребляющие спиртным, характеризуются обычно именно таким стилем поведения. Само пьянство часто мешает обратиться за помощью, вместо лекарств принимается водка или вино, человек «лечится» алкоголем. Чужое мнение, особенно мнение медиков, которые часто находят связь заболевания с алкоголизмом, отрицается, воспринимается «в штыки». Иногда просто поражает, когда пациент говорит, что к здоровью относится бережно и лекарств не любит, а потом рассказывает, как недавно после тяжелого похмелья вызывали неотложку и спасали его с помощью капельниц...

Бросив пить, необходимо пересмотреть такой порочный стиль поведения, если он имеется. В случае, когда появились симптомы какого-то недуга и нет опыта в его лечении, лучше не откладывая обращаться к врачу. Даже если это легкие симптомы.

Избегайте подвохов, начинающих со слова «если»

Когда человек пьет, его дни заполнены не только алкоголем, но и бесчисленными «если». Множество мечтаний начинаются словами: «если бы только...» «Я бы не пил так... если бы не моя жена (муж, любовник)...», «если бы у меня было побольше денег и не так много долгов...», «если бы не все эти семейные проблемы...», «если бы на меня так не давили...», «если бы у меня

была работа получше и более пристойное жилье...», «если бы меня понимали...», «если бы мир не был таким отвратительным...», «если бы люди были более внимательны и честны...», «если бы другие не рассчитывали, что я напьюсь...» И так далее, и так далее. Вспоминая такой способ мышления и поведение, вытекающее из него, понятно, что человек сам позволяет внешним обстоятельствам в значительной степени управлять своей жизнью. Когда же он бросает пить, остается старая привычка мыслить по трафарету «если бы...», связывать трезвость с определенными условиями. Считать, что трезвость не так уж плоха, если все идет хорошо и если не происходит никаких отклонений от нормы.

Надо не забывать, что алкоголизм не признает никаких «если». Он не покидает ни на неделю, ни на день, ни даже на час, и не позволит Вам хоть немного побыть неалкоголиком и снова обрести способность выпить по какому-нибудь особому случаю. Необходимо некоторое время для того, чтобы эта истина вошла в Вашу плоть и кровь. И если где-то, в потайных извилинах серого вещества Вы находите скрытую крохотную оговорку-условие, при котором сможете остаться трезвыми, то она там только и ждет момента, чтобы ударить из засады. Вы должны быть трезвыми независимо от того, как с Вами обходится жизнь, независимо от того, оценивают по достоинству или нет Вашу трезвость неалкоголики. Вы должны добиться такого положения, чтобы Ваша трезвость не зависела от чего-либо, не была связана с какими-то людьми и не была ограничена какими-нибудь надуманными оправданиями и условиями.

Будьте осторожными в ситуациях, связанных с выпивками

Мы живем в обществе, где большинство людей пьет, и с этим ничего не поделать. Приходится видеть пьяных людей, ездить с ними в общественном транспорте, видеть рекламу алкоголя, присутствовать на застольях, где употребляют алкоголь. Конечно, правильнее без особой нужды не ходить на застолья и банкеты. Но если уж пришлось, для сохранения душевного равновесия и твердого настроения на трезвость полезно учитывать ряд рекомендаций.

Прежде всего, будет полезно, если на вечере будет присутствовать человек, который бросил пить или хотя бы тот, кто понимает правильно Ваш выбор. Такого человека полезно пригласить в компанию, сесть с ним рядом. С ним будет

интереснее, он будет вести себя по отношению к Вам с пониманием и симпатией.

Очень хорошо, если перед тем, как отправиться на банкет, Вы съедите бутерброд или слегка перекусите, даже зная, что за столом еды будет много. Заполненный едой желудок успокаивает, располагает к безалкогольному общению.

Если Вы знаете расписание застолья, то прийти лучше с небольшим опозданием, можно на час-полтора. К этому времени гости выпьют некоторое количество спиртного и больше внимания уделят еде, меньше будут фиксироваться на Вашей персоне и не так активно предлагать выпить.

Сидя за столом лучше потягивать лимонад или темный сок, что может имитировать шампанское или вино, не привлекая внимание других гостей.

Надо внимательно следить за своим бокалом, чтобы случайно или намеренно (чтобы проверить, что будет, если он выпьет?) Вам не подлили спиртное. Есть такое правило – правило «пустого бокала». Оно гласит, что выходя из-за стола, например, покурить, лучше допить свой напиток до дна, чтобы вернувшись наполнить его самому или, если что-то налили без Вас, проверить содержимое бокала.

Кстати, за любым столом можно убедиться, разные люди пьют совершенно по-разному, а кто-то не пьет совсем, вопреки Вашему прошлому убеждению, что все пьют точно так же, как Вы. Кроме того, пьете Вы или не пьете, это мало кого интересует, особенно потом, когда вечер в разгаре.

Если же в разгар застолья найдется подвыпивший гость, который тупо предлагает Вам выпить и несмотря на отказ настаивает на своем, лучше держаться от него подальше.

В конце концов, если присутствующие относятся к Вам с непониманием, или «гостеприимный» хозяин (а такое иногда бывает) назойливо предлагает выпить, можно встать, извиниться и уйти. Что они подумают – это их проблема, а не Ваша.

Откажитесь от прежних представлений

Представления, которые складываются у человека в течение жизни, очень живучи и не меняются как по волшебству. Это в полной мере касается и представлений о пьянстве и алкоголизме. Алкоголиком никто не рождается, злоупотребление спиртным

развивается первоначально на основе ложных представлений, а затем уже перерастает в болезнь. Давайте вспомним, какие понятия об алкоголе Вы вынесли из школы? Вам говорили, что пьянство вредно для здоровья, что может привести к травматизму, правонарушениям, разладу в семье. Взамен таким теоретическим урокам на практике Вы постигали обратное. Пьянка ассоциировалась с мужественностью, весельем, музыкой, любовными приключениями. В сознании укоренялись именно эти, позитивные представления.

Теперь, когда Вы бросили пить, с высоты прожитых лет и накопленного опыта необходимо трезвым умом поразмыслить и отказаться от прежних взглядов, искоренить их, чтобы со временем они не дали новые отростки.

Юношеские представления о том, что можно, как поется в известной песне, быть «вечно молодым и вечно пьяным» оказались несостоятельными. Точно так же, как проходит беззаботная молодость, так и бесшабашное пьянство заканчивается похмельем. И тогда человек нуждается в помощи. А цель этой помощи – полностью избавиться от алкоголя.

Еще один стереотип, мешающий началу трезвой жизни – мнение о том, что неумение контролировать выпитое является признаком слабости. Что бросить пить – это расписаться в собственном слабоволии и бессилии. Хотя в действительности все как раз наоборот. Полностью отказаться от алкоголя может только очень сильный, мужественный человек, достойный всяческого уважения.

Как говорится, только глупый человек будет упорно пытаться разглядеть что-то в темной комнате, вместо того, чтобы включить свет и все увидеть. Вот этим моментом истины, этой зажженной лампочкой стала для Вас трезвая жизнь. И теперь надо широко раскрыть глаза, посмотреть по сторонам, разглядеть то, чего раньше не замечали и отказаться от прежних заблуждений.

Будьте благодарным человеком

Если кто-то выиграл в «Суперлото» 100 тысяч рублей, то его реакцией, конечно же, будет радость и веселье. А что если человек посчитает этот выигрыш маленьким, забыв, что сотни тысяч людей в этом розыгрыше вообще остались ни с чем? Что если он грустно вздохнет и скажет: «Да, но... кто-то ведь выиграл квартиру...?» Мы посчитаем это черной неблагодарностью и скажем, что фортуна в следующий раз от такого отвернется. И в том есть большая правда жизни. Мы интуитивно понимаем, что

такой человек, который безразлично или негативно реагирует на свои, пусть и небольшие, победы, далеко не уйдет. Потому что жизнь не научила его извлекать правильные уроки из событий. Стало быть, он в любом деле будет где-то далеко от истины. Ведь познание истины требует внимательного отношения ко всему – и хорошему, и плохому. Как говорят ученые, даже отрицательный результат – это тоже результат. Он убедительно показывает, что прошлые взгляды были неверными, надо их пересмотреть и двигаться в ином направлении. Поэтому ученые с особым вниманием относятся к тем фактам, которые противоречат их теории, с благодарностью выслушивают оппонента. В обыденной жизни мы часто забываем подобные истины, противимся и раздражаемся, когда чужое мнение не совпадает с нашим. Мы забываем о том, что цель любого спора – не победить любой ценой, а прийти к истине. Иногда лучше сказать честное «Я не знаю» или признать «Да, я был не прав», чем с пеной у рта отстаивать свою безнадёжную позицию. И нужно с уважением и благодарностью относиться ко всякому собеседнику за возможность прикоснуться к истине. За новую информацию и новый опыт, благодаря которому мы становимся мудрее, изменяемся и развиваемся.

С благодарностью следует относиться к родным и близким, которые, может быть неумело и назойливо, опекают Вас, стремясь уберечь от алкоголизма. С благодарностью следует принимать и любую медицинскую помощь, которой Вам предлагают воспользоваться.

Смотрите в будущее с оптимизмом

Каждый человек – это уникальный неповторимый мир со своим особым набором качеств и представлений. Каждый индивидуум имеет свой личный круг интересов и свои приоритеты, свои сокровенные желания.

Перед человеком, ведущим активный здоровый образ жизни, неизбежно встает вопрос высшего, духовного порядка – вопрос о целесообразности всего происходящего, о смысле жизни. Ну, построил я дом, посадил сад, вырастил детей, а дальше что? Неизбежно встает вопрос – а для чего все это, каков конечный смысл происходящего?

Весьма четкий и понятный ответ на этот вопрос дает религия. Вера в бога и загробный мир придает осмысленность и значимость жизни. Людям атеистического мировоззрения приходится труднее.

Наука не предлагает готовых решений проблемы смысла жизни. Еще Паскаль говорил, что ветка никогда не сможет понять смысл всего дерева. Так и человек, рассматривая окружающий мир с точки зрения своей роли в нем, как вершины творения, как господствующего вида над неживой природой, растительным и животным миром, не сможет до конца осознать смысл своего существования. Точно так же как, например, лабораторное животное никогда не сможет понять великий смысл тех испытаний, которым подвергает его ученый. Общий, конечный смысл нашего бытия на сегодняшний день не раскрыт, и не будет раскрыт, пока мы не будем знать, кто над нами, кто выше нас? Но одно ясно, что общий смысл состоит из отдельных смыслов, которые возникают каждый день в нашей жизни. Решая повседневные проблемы, каждый из нас принимает равное посильное участие в осуществлении главной цели Человечества – его развитии. Ведь жизнь – это, как известно, особая форма материи, заключающаяся в ее непрерывном движении и развитии. И не важно, что степень участия разных людей в решении общечеловеческих проблем разная. Действительно, радиус влияния на общество у рабочего, например, гораздо меньше, чем у президента. Но, согласитесь, что роль квалифицированного рабочего (у которого нет вредных привычек) в обществе однозначно позитивная, а вот роль большинства высоких руководителей, и это подтверждает история, спорна. Неизвестно, чего больше в их деятельности, пользы или вреда.

Несомненно и то, что человек всегда должен смотреть вперед и вверх, замечать лучшее и самому подтягиваться до уровня этого лучшего. В этом и заключается оптимистический взгляд на мир, благодаря которому человек многого добивается. И продолжительность жизни таких людей гораздо выше, что убедительно доказано научными исследованиями. Другой вариант мировоззрения, пессимистический, исходит из того, что во внимание принимаются лишь негативные стороны жизни. Человек принижает все окружающее, видит только отрицательное, потчует негативной информацией себя и окружающих. За этим, как правило, скрывается постыдное желание не изменять себя, вести пассивный образ жизни. Но напрямую человек об этом говорить не решается, а вот таким образом, через низведение всего хорошего, что есть вокруг, оправдывает свою никчемность, нежелание меняться.

Суть оптимистического мировоззрения удачно выразил Л.Н.Толстой в своей «Исповеди». Произведение было написано,

когда великий писатель после бурно проведенной молодости, будучи около пятидесяти лет от роду, стал серьезно задумываться о смысле жизни. В религии он находил противоречия, а атеистическое мировоззрение не давало ему надежной опоры. Наблюдения за людьми показали, что люди низшего сословия, занятые повседневными проблемами выживания, вовсе не загружены мыслями о смысле существования. Образованность и интеллигентность подталкивает человека к размышлениям на эту тему. Лев Толстой, будучи человеком высокоинтеллектуальным и ранимым, очень озабочился этой проблемой, долгое время мучительно искал ответы на вопросы о смысле бытия. В результате долгих тягостных размышлений он однажды увидел сон, в котором как бы сконцентрировались многие его переживания. Увидев этот сон, он обрел душевный покой и силы для дальнейшей жизни и творчества.

«...Вот этот сон:

Вижу я, что лежу на постели. И мне ни хорошо, ни дурно, я лежу на спине. Ноя начинаю думать о том, хорошо ли мне лежать; и что-то, мне кажется, неловко ногам: коротко ли, неровно ли, но неловко что-то; я пошевеливаю ногами и вместе с тем начинаю обдумывать, как и на чем я лежу, чего мне до тех пор не приходило в голову. И наблюдая свою постель, я вижу, что лежу на плетеных веревочных помочах, прикрепленных к бочинам кровати. Ступни мои лежат на

одной такой помочи, голени на другой, ногам неловко. Я почему-то знаю, что помочи эти можно передвигать. И движением ног отталкиваю крайнюю помочу под ногами. Мне кажется, что так будет покойнее. Но я оттолкнул ее слишком далеко, хочу захватить ее ногами, но с этим движеньем выскальзывает из-под голеней и другая помоча, и ноги мои свешиваются. Я делаю движение всем телом, чтобы справиться, вполне уверенный, что я сейчас устроюсь; но с этим движением выскальзывают и перемещаются подо мной еще и другие помочи, и я вижу, что дело совсем портится: весь низ моего тела спускается и висит, ноги не достают до земли. Я держусь только верхом спины, и мне становится не только неловко, но отчего-то жутко. Тут только я спрашиваю себя то, чего прежде мне и не приходило в голову. Я спрашиваю себя: где я и на чем я лежу? И начинаю оглядываться и, прежде всего, гляжу вниз, туда, куда свисло мое тело, и куда, я чувствую, что должен упасть сейчас. Я гляжу вниз и не верю своим глазам. Не то что я на высоте, подобной высоте высочайшей башни или горы, а я на такой высоте, какую я не мог никогда вообразить себе.

Я не могу даже разобрать вижу ли я что-нибудь там, внизу, в той бездонной пропасти, над которой я вишу, и куда меня тянет. Сердце сжимается, и я испытываю ужас. Смотреть туда ужасно. Если я буду смотреть туда, я чувствую, что я сейчас соскользну с последних помочей и погибну. Я не смотрю, но не смотреть еще хуже, потому что я думаю о том, что будет со мной сейчас, когда я сорвусь с последних помочей. И я чувствую, что от ужаса я теряю последнюю державу и медленно скольжу по спине ниже и ниже. Еще мгновение, и я оторвусь. И тогда приходит мне мысль: не может это быть правда. Это сон. Проснись. Я пытаюсь проснуться и не могу. Что же делать, что же делать? – спрашиваю я себя и взглядываю вверх. Вверху тоже бездна. Я смотрю в эту бездну неба и стараюсь забыть о бездне внизу, и, действительно, я забываю. Бесконечность внизу отталкивает и ужасает меня; бесконечность

вверху притягивает и утверждает меня. Я так же вишу на последних, не выскочивших ещё из-под меня помочах над пропастью; я знаю, что я вишу, но я смотрю только вверх, и страх мой проходит. Как это бывает во сне, какой-то голос говорит: «Заметь это, это оно!» и я гляжу всё дальше и дальше в бесконечность вверх и чувствую, что я успокаиваюсь, помню все, что было, и вспоминаю, как это всё случилось: как я шевелил ногами, как я повис, как я ужаснулся и как спасся от ужаса тем, что стал глядеть вверх. И я спрашиваю себя: ну, а теперь что же, я вишу всё так же? И я не столько оглядываюсь, сколько всем телом своим испытываю ту точку опоры, на которой я держусь. И вижу, что я уж не вишу и не падаю, а держусь крепко. Я спрашиваю себя, как я держусь, ощупываюсь, оглядываюсь и вижу, что подо мной, под серединой моего тела, одна помоча, и что, глядя вверх, я лежу на ней в самом устойчивом равновесии, что она одна и держала прежде.

И тут, как это бывает во сне, мне представляется тот механизм, посредством которого я держусь, очень естественным, понятным и несомненным, несмотря на то, что наяву этот механизм не имеет никакого смысла. Я во сне даже удивляюсь, как я не понимал этого раньше. Оказывается, что в головах у меня стоит столб, и твердость этого столба не подлежит никакому сомнению, несмотря на то, что стоять этому тонкому столбу не на чем. Потом от столба проведена петля как-то очень хитро и вместе просто, и если лежишь на этой петле серединой тела и смотришь вверх, то даже и вопроса не может быть о падении. Все это мне было ясно, и я был рад и спокоен. И как будто кто-то мне говорит: смотри же, запомни. И я проснулся».

Цитируемая литература

Александров А.А. *Выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя в условиях общемедицинской практики: учеб.-метод. пособие.* Мн.: БелМАПО, 2007. 29 с.

Альтшулер В. Б. *Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии.* М.: «Имидж», 1994. 216 с.

Анохина И.П. и соавт. *О единстве биологических механизмов индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению различными психоактивными веществами*// Физиология человека. 2000. Т. 26. №6. С. 74–81.

Бейтсон Г. *Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии.* 1969–1972: пер. с англ. М.: Смысл, 2000. 476 с.

Бек А., Джудит С. *Когнитивная терапия: полное руководство.* М.: «Вильямс», 2006. 400 с.

Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры.* М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 640 с.

Бурно М.Е. *Сила слабых (психотерапевтическая книга).* М.: «Издательство ПРИОР», 1999. 368 с.

Бурно М.Е. *Клиническая психотерапия.* М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000. 719 с.

Валентик Ю.В. *Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом* // Вопр. наркологии. 1995. № 2. С. 65 – 69.

Гринь В.В. *Зависимости и созависимости: психодинамические и характерологические аспекты* // Психиатрия, №2 (04), 2009. С. 95–104.

Демильханова А.М., О.Г. Денисова О.Г. *Ритуалы в психотерапевтической практике.* 2008 // www.nazaraliev.com/statyi-lechenie.

Довженко А.Р. *Организация стресс-психотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: метод. рекомендации.* М., 1984. 12 с.

Дроздов И. В. *Геннадий Шичко и его метод.* Л., 1991. 160 с.

Жданов В. Г., Троицкая С. И. *Алкогольный террор.* СПб.: Изд-во Питер, 2010. 256 с.

Завьялов В.Ю. *Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых* // Психологический журнал. № 5, 1986. С.102–111.

Завьялов В.Ю. *Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости.* Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1988. 198 с.

Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванец. М.: Изд-во Медпрактика, 2001. 346 с.

Игонин А.Л. *Общество «Анонимных Алкоголиков» («Анонимных Наркоманов») и перспективы его деятельности в России (обзорное сообщение)* // Журнал РАМН «Наркология». №1, 2007, или http://www.narkotiki.ru/expert_6426.html.

Психотерапевтическая энциклопедия/ под ред. Б.Д Карвасарского. СПб.: Питер, 2000.1024 с.

Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. *Общая психотерапия.* Мн.: «Вышэйшая школа», 1999. 524 с.

Короленко Ц. П., Донских А.П. *Семь путей к катастрофе. Деструктивное поведение в современном мире.* Новосибирск: Наука, 1990.

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Социодинамическая психиатрия.* М.: “Академический проект”, 2000.

Крупичкий Е.М. *Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины* // Сборник аналитических очерков и статей «На пути к профессиональной наркологии». М., 2008. С.31–34.

Левит С.Я. *Энциклопедия культурологи XX век*. СПб.: Университетская книга; 000 Алетейя, 1998. 447 с.

Макаров В.В. *Избранные лекции по психотерапии*. М.: Академический проект, 2000. 432 с.

Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. *Психология зависимой личности*. Казань, 2002. 240 с.

Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д.Менделевич. СПб.: Речь, 2007. 768 с.

Менделевич В.Д. *Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур* // Психиатрия, №2 (02), 2008. С.45–61.

Меннингер К. *Война с самим собой* / пер. Ю. Бондарева. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. с. 177.

Москаленко В.Д. *Зависимость. Семейная болезнь*. Издательство: ПЕР СЭ, 2009. 352 с.

Немчин Т.А., Цыцарев С.В. *Личность и алкоголизм*. Л., 1989. 192 с.

Павлов И.С. *Психотерапия в практике*. М.:ПЕР СЭ, 2006. 608 с.

Панков Д.В. *Рациональная и разъяснительная психотерапия* // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С.188–212.

Пезешкиан Н. *Психосоматика и позитивная психотерапия*. Издательство: Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с.

Полтавец В.И. *Анкетные методы скрининга алкоголизма*. Киев, 1985.

Портнов А.А., Пятницкая И.Н. *Клиника алкоголизма*. М.: Медицина, 1973. 368 с.

Разводовский Ю.Е. *Комплексный анализ алкогольной ситуации в Беларуси* // Вопросы организации и информации здравоохранения. №2, 2010. С.10–16.

Роджерс К. *Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы*. М.: Изд-во Института психотерапии, 2006. 512 с.

Сиволап Ю.П. *К проблеме психопатологии аддитивных расстройств* // Журнал неврологии и психиатрии. №11, 2007. С. 4–6.

Солженицын А.И. *Двести лет вместе*. М.: Вагриус, 2009. Т.1. 544 с.

Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии*. М.: Медицина, 1999. 1496 с.

Фонда П., Йоган Э. *Развитие психоанализа в последние десятилетия*. В сб: Психоанализ в развитии. Екатеринбург: Деловая книга, 1998. С. 136–137.

Франкл В. *Человек в поисках смысла*. М.: Прогресс, 1990. 368 с.

Франкл В. *Доктор и душа*. СПб.: Ювента, 1997. С. 242–279.

Фрейджер Р., Фэйдимен Д. *Теории личности и личностный рост*. М.: «Мир», 2004. 690 с.

Чирко В.В., Демина М.В. *Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия)*. М.: Медпрактика, 2002. 240 с.

Babor T.F. et al. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for Use in Primary care*. World Health Organization, 2001. 52 p.

Engel G.L. *The clinical application of the biosocial model* // Am. J. Psychiatry, 1980. № 137. P. 535 – 544.

Nordegren T. *The A-Z Encyclopedia of Alcohol and Drug Abuse*. Parkland: Brown Walker Press, 2002.

O'Brien C.P. *Drug addiction and drug abuse*. In: Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Pharmaceutics. 9th ed. New York: McGraw Hill, 1996. P. 557–577.

W.R.D.Fairbairn, *Psychoanalytic Studies of the Personality*. 1994.

Содержание

Глава 1.	
Актуальные проблемы наркологии	2
Глава 2.	
Алкоголизм как болезнь зависимого поведения	10
Глава 3.	
Биопсихосоциальные механизмы зависимости	17
Глава 4.	
Симптомы, стадии, виды и формы алкоголизма	30
Глава 5.	
Соматические и психические осложнения	48
Глава 6.	
Особенности подросткового, женского, пивного алкоголизма	55
Глава 7.	
Общение с больным алкоголизмом	65
Глава 8.	
Принципы лечения и основные этапы психологической коррекции	76
Глава 9.	
Преодоление созависимости	97
Глава 10.	
Психопрофилактика алкоголизма	108
Приложения	136