





# АДДИКТОЛОГИЯ.

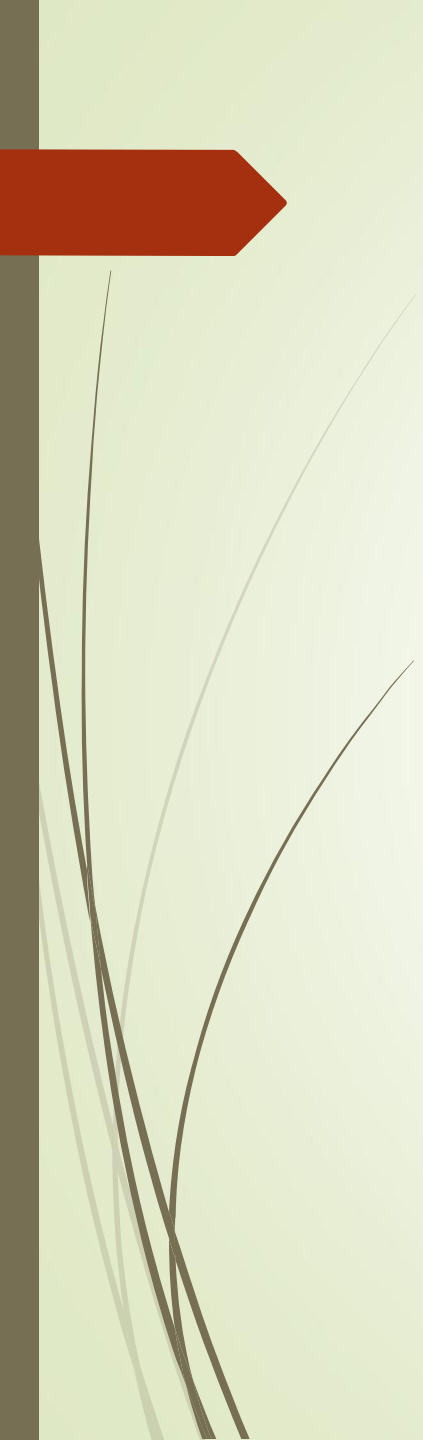
## АЛКОГОЛИЗМ

Тольяттинский государственный университет





- 
- **Алкоголизм** – хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления алкоголем с патологическим влечением к нему, обусловленным психической, а затем и физической зависимостью. Хроническое отравление алкоголем и вызванные им нарушения обмена веществ могут вызывать психозы. На конечной стадии алкоголизма развивается слабоумие.
  - **Один из десяти** взрослых человек имеет серьезные проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Треть нищих и половина проституток – выходцы из семей алкоголиков. Чрезмерная алкоголизация служит причиной почти трети случаев госпитализации. В психиатрических стационарах мужчины-алкоголики составляют половину больных. По данным медицинской статистики, из каждых трех умерших двое находились в состоянии алкогольного опьянения. С алкоголем связано свыше половины смертных случаев и тяжелых травм при дорожно-транспортных происшествиях, 50 % всех убийств, 40 % разбойных нападений, 35 % изнасилований и 30 % самоубийств. Примерно 80 % всех пожаров в жилом секторе возникают при курении в состоянии алкогольного опьянения. В США ежегодный ущерб от злоупотребления алкоголем оценивается в 150 млрд. долларов.

- 
- По некоторым данным, в России в 1997 г. алкоголизмом страдало 16 % населения (20 млн. человек), что в два раза превышает критерий ВОЗ, установленный как опасно критический. Притом что критическая величина потребления алкоголя на душу населения составляет 8 л чистого спирта в год, в России она достигла показателя 14 л. На 100 тыс. человек в России приходится 1530 больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих на учете в наркологических диспансерах. Показатель количества больных алкогольными психозами, зарегистрированный в 2002 г., – самый высокий за последние 18 лет. Число алкоголиков быстро растет, в том числе за счет женщин и подростков, во многом благодаря потреблению пива, которое за последние четыре года выросло в три раза. Злоупотребление алкоголем наиболее распространено среди подростков. Среди подростков 14–18 лет спиртные напитки потребляют 88 % мальчиков и 93 % девочек. Из каждых 100 000 подростков 22 уже больны хроническим алкоголизмом, а 827 регулярно употребляют спиртное без проявления признаков физической зависимости.

- 
- Алкоголизм укорачивает продолжительность жизни на десять лет. Во многом именно алкоголизм является причиной того, что среднестатистический российский мужчина не доживает до пенсии. По статистике Минздрава РФ, за год от алкогольной интоксикации («с перепоя») умирает 3500 человек (в США – 350). По экспертным оценкам, в последнее десятилетие только от некачественного алкоголя каждый год гибнет до 50 000 человек.
  - Чаще всего алкоголизм наблюдается у людей, имеющих дело с алкоголем «по роду службы», низкоквалифицированных рабочих и лиц свободных профессий. До сих пор считается, что мужчин, страдающих алкоголизмом, больше, чем женщин, но это различие может быть следствием того, что женщины тщательнее «скрывают» алкогольные проблемы; во всяком случае, в последние десятилетия это различие стирается.

- Четко установлено, что существует тенденция к семейной предрасположенности к алкоголизму. Генетические предпосылки его развития наиболее сильны для сына, отец которого страдал алкоголизмом независимо от того, в какой семье ребенок воспитывался. Группу наивысшего риска составляют дети пьющей матери. Они рождаются с алкогольным синдромом плода, не могут учиться в обычной школе из-за задержки психического развития, импульсивны, лживы, рано начинают алкоголизироваться и не удерживаются на работе. Из десяти девять растет в неполной семье, семь – без матери, которая чаще всего умирает от алкоголизма.



- 
- 
- Злоупотреблением считается потребление алкоголя в следующих случаях: в возрасте до 21–22 лет, при наличии предрасположенности к алкоголизму, за месяц до предполагаемого зачатия ребенка, в период беременности и грудного вскармливания, в ремиссии после лечения от алкоголизма, лицами с опасным уровнем потребления алкоголя и находящимся в продроме (в начальной стадии) алкоголизма. У начавших алкоголизироваться до 21 года продром может длиться от полугода до двух лет, у взрослых он растягивается до пяти лет.

- В группу повышенного риска входят подростки – злостные прогульщики, исключенные из школы хулиганы, дети, выросшие в дисфункциональных и неполных семьях, где наблюдается алкоголизм, жестокость, безнадзорность. Уровень риска соотносится с уровнем потребления алкоголя:
- 1) низкая степень риска: прием одной-двух доз 6–8 раз в год (1 доза = 40 г водки, 150–200 г сухого вина, 300–500 г пива);
- 2) умеренный риск: прием одной-двух доз 10–20 раз в год;
- 3) опасный уровень: прием одной-двух доз 6–10 раз в месяц либо трех-четырех доз 20–40 раз в год;
- 4) продром (начало) алкоголизма: прием трех-четырех доз 6–10 раз в месяц.
- С учетом количества употребляемого алкоголя построена распространенная классификация:
  - · Абстинент: не более 100 г вина два – три раза в год.
  - · Случайное употребление алкоголя: от одного раза в 2–3 месяца до одного – двух раз в месяц, 50–150 г в пересчете на водку.
  - · Умеренное употребление алкоголя: один – четыре раза в месяц 100–300 г водки.
  - · Систематическое пьянство: один – два раза в неделю 200–400 г водки.
  - · Привычное пьянство: два раза в неделю и чаще 300–500 г водки.

# Клинические формы и течение

- В МКБ-10 выделяются следующие психические и поведенческие расстройства, возникающие в результате употребления алкоголя. *Острая алкогольная интоксикация (F10.0)* – алкогольное опьянение; оно может быть простым, осложненным и патологическим. В простом алкогольном опьянении выделяются три стадии:
  - 1) **легкая** – с гипоманией (эйфорическим возбуждением);
  - 2) **средняя** – эйфория чередуется с дисфорией, наблюдаются нарушения артикуляции и координации движений; возбуждение сменяется глубоким сном с последующей разбитостью, головной болью и частичной амнезией;
  - 3) **тяжелая** – с выраженным нарушением координации, маскообразностью лица, рвотой, недержанием мочи и кала, посинением и похолоданием кистей и стоп, последующим выключением сознания; по выходе остается полная амнезия, длительная слабость и отсутствие аппетита.

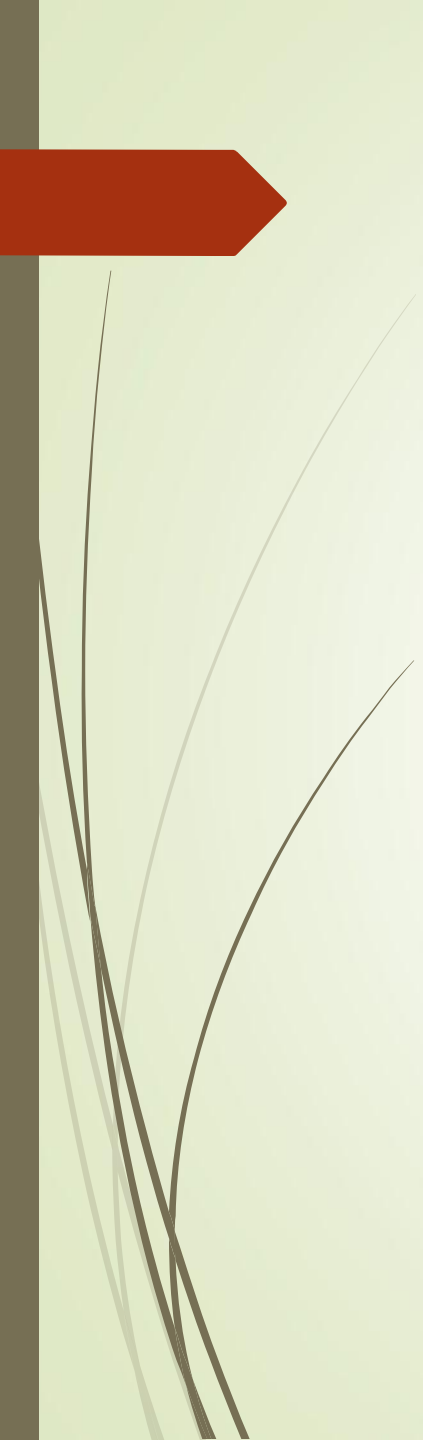





- ▣ **Осложненная** (измененная) форма алкогольного опьянения встречается в нескольких вариантах: а также в состоянии дисфорическом, депрессивном и истерическом с выраженной сонливостью. В дисфории пьяный ломает вещи, задирает других, в драке теряет над собой контроль; в одиночестве наносит себе раны. В депрессии он плачет, занимается самобичеванием или упрекает других. Легкое депрессивное опьянение может перейти в мрачное молчание с неожиданной суицидной попыткой. Истерическое опьянение напоминает спектакль, в котором пьяный патетически изображает страдающую, непонятую выдающуюся личность; в завершение может развиваться истерический припадок.

**▣ Патологическое опьянение(F10.07)** протекает в форме сумеречного или острого бредового состояния. Сумеречное опьянение проявляется отрешенным видом больных, которые куда-то бегут, проявляя бессмысленную и жестокую агрессию. Они действуют в одиночку и молча. Лицо бледное, зрачки расширены, они не производят впечатления сильно пьяных. Все завершается крепким сном с последующим полным забвением эпизода. Бредовое опьянение характеризуется внезапным переживанием озарения с бредовым толкованием происходящего. Появляются иллюзии и яркие зрительные галлюцинации, страх, изменяется сознание. Затем из памяти выпадают целые эпизоды.




- 
- **Синдром зависимости от алкоголя(F10.2)** (А-зависимость) включает патологическое употребление алкоголя, которое приводит к нарушению социального и профессионального функционирования. Патологическое употребление выражается в невозможности остановиться и прекратить алкоголизацию, несмотря на связанные с ней соматические нарушения. Чтобы нормально функционировать, А-зависимым необходимо пить ежедневно или запоями. А-зависимость диагностируется при наличии либо возрастающей толерантности, либо абстинентного синдрома. Под толерантностью понимают потребность в возрастающих количествах алкоголя для достижения желаемого эффекта. Алкогольный абстинентный (похмельный) синдром (ААС) развивается после резкого прекращения алкоголизации и проявляется в четырех вариантах.
  - **Психопатологический вариант ААС** включает в себя тревогу, диффузный страх, выраженное снижение настроения, дисфорию, суицидальные тенденции, идеи виновности, выраженную бессонницу, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзии.
  - **Нейровегетативный вариант ААС** проявляется бессонницей с затрудненным засыпанием, астенией, потливостью, отечностью лица, плохим аппетитом, повышенной жаждой, колебаниями АД, тахикардией, тремором пальцев рук. При церебральном варианте ААС добавляется сильная головная боль с тошнотой и головокружением, обмороки и эпилептиформные припадки. Висцеральный или соматический вариант ААС характеризуют боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм, понос, стенокардия, сердечная аритмия.



▣ **Синдром отмены(F10.3)** возникает после прекращения длительного интенсивного употребления алкоголя, может проявляться в виде алкогольной эпилепсии(F10.31) и алкогольного делирия (белой горячки). Для диагностики абстинентного синдрома должно наблюдаться не менее трех из следующих признаков:


- ▣ 1) тремор пальцев вытянутых вперед рук, кончика языка или век;
- ▣ 2) потливость;
- ▣ 3) тошнота, рвота;
- ▣ 4) учащенное сердцебиение или гипертония;
- ▣ 5) психомоторное возбуждение;
- ▣ 6) головная боль;
- ▣ 7) бессонница;
- ▣ 8) недомогание, слабость;
- ▣ 9) преходящие зрительные, осязательные и слуховые галлюцинации или иллюзии;
- ▣ 10) судорожные припадки с потерей сознания.




**□ Алкогольный делирий(F10.4)** является наиболее тяжелым проявлением алкогольного абстинентного синдрома, обычно он отмечается у людей с алкогольным стажем не менее 5-ти лет и частыми запоями. У 5 % госпитализированных алкоголиков алкогольный делирий развивается во время лечения в стационаре. Алкогольный делирий развивается на второй – седьмой день после прекращения употребления алкоголя. Вначале появляются вегетативные расстройства: учащенное и ослабленное сердцебиение, сильная потливость, повышение температуры и артериального давления, бессонница. Нарастает двигательное беспокойство, неясные опасения, раздражительность. Наблюдается грубый тремор рук, губ и языка с нарушением артикуляции – отсюда название *delirium tremens*. Затем могут появиться судорожные припадки и, наконец, развиться типичный делирий: яркие зрительные и тактильные галлюцинации в виде угрожающих ему насекомых и мелких животных, тревожное возбуждение, спутанность мыслей. У больных нарушается сознание, они дезориентированы в месте и времени. Симптомы обычно выражены в течение трех – семи дней, затем больной погружается в глубокий длительный сон. После пробуждения возвращается ясность сознания, остаточных явлений практически нет, кроме астении. При отсутствии лечения смертность в результате сердечной недостаточности, судорог и других осложнений достигает 25 %.

□ В рубрику F10.5 включены алкогольный галлюциноз, паранойя, параноид и депрессия.

□ **Острый алкогольный слуховой галлюциноз** – обычно развивается у больных среднего возраста с физической зависимостью от алкоголя и возникает после длительного запоя. Через несколько дней после последнего приема алкоголя больной начинает при ясном сознании слышать элементарные слуховые галлюцинации (стук, звонки, оклики), а затем отчетливые «голоса», произносящие что-либо, обычно неприятное для него по содержанию (обычно устрашающее). Это содержание становится фабулой чувственного, образного, несистематизированного бреда преследования, отравления; появляются аффективные расстройства и психомоторное возбуждение, нередко опасное для больного и окружающих. Галлюцинации сохраняются от нескольких часов до недели. Неблагоприятным исходом острого слухового галлюциноза является *хронический вербальный* алкогольный галлюциноз. После исчезновения страха, возбуждения, бреда голоса становятся тихими, нейтральными по содержанию, не влияют на поведение больного.

- 
- **Алкогольный параноид**– бред преследования с бредовым (чаще оборонительным) поведением. В поведении окружающих больные усматривают подготовку к своему убийству, слышат в их словах соответствующие высказывания. Вечером и ночью возникают слуховые галлюцинации. Иногда, обороняясь от «преследователей», больной может напасть первым. Нередко больные обращаются за помощью в милицию. Психоз обычно длится от нескольких часов до 2–3 недель.
  - **Алкогольная паранойя** – бред ревности с импотенцией и агрессией к жене, возможно ее убийство. Если алкогольный бред ревности возникает у женщины, она может кастрировать мужа или убить детей «соперницы». Психогенез: недоверие и разочарование в поддержке партнера, обусловленные алкоголем ссоры, нарушения взаимоотношений с окружающими, чувство униженности, вины, сочетание повышенной сексуальной потребности с половой слабостью. Чувство собственной неполноценности отрицается и проецируется на супругу. Подозрения принимают гротескную форму, из-за слабости критики представления об измене приобретают неадекватные масштабы. Бред ревности часто, независимо от дальнейшего потребления алкоголя, становится хроническим.
  - Выделяют следующие этапы развития алкогольной паранойи. Желание «балдеть» от спиртного. Приучение к мысли о том, что «не я, а водка со мной что-то делает». Опыт получения желательных эффектов употребления алкоголя. Опыт получения нежелательных эффектов. Убеждение в том, что алкоголь «сильнее» воли. Неспособность сопротивляться желанию напиться. Списание неудач на алкогольное опьянение и на окружающих. Обвинение других людей в том, что они «лезут в душу» и вообще «преследуют». Опыт убегания от «преследователей». Чувство, что жизнь находится под чьим-то контролем. Ненависть к спиртному. Горькое пьянство. Белая горячка, в которой все перечисленное предстает в форме галлюцинаций (Завьялов, 2003).




**Алкогольная депрессия** нередко ведет к суициду, в то же время депрессия часто обуславливает алкоголизацию, так что алкоголизм и суицид – давно известное сочетание. Еще отец истории Геродот (V в. до н. э.) описал историю спартанского царя Клеомена, который при каждом приеме иностранных послов и вообще по всякому поводу неумеренно пил неразбавленное вино. После утомительного путешествия он вернулся в Спарту и заболел помешательством. Впрочем, он и раньше был не совсем в здравом уме: каждый раз при встрече с кем-нибудь из спартанцев он бросал ему в лицо палку. В виду такого поведения родственники посадили Клеомена в колодки, как помешанного. Находясь в заключении, он заметил однажды, что при нем остался только один страж и потребовал у него меч. Тот сначала отказался, но Клеомен стал угрожать ему наказанием, и, под страхом угроз, страж подал ему меч. Взяв меч в руки, царь стал кромсать себя в полосы, начиная с бедер: он разрезал себе кожу от бедер до живота и поясицы, пока не дошел до желудка, который тоже изрезал в узкие полоски и так умер.




## □ **Классификация алкоголизма.**

- Широко распространенной является клиническая классификация Еллинека (по: Короленко, Дмитриева, 2000), который выделил следующие формы А-зависимости.
- **Альфа– психологическая зависимость**, при которой алкоголь используется как средство снятия физического или душевного напряжения («пьянство ухода, бегства»).
- **Бета– «соматопатическое пьянство»**. У больных появляются расстройства внутренних органов и сосудистые нарушения, снижается сопротивляемость инфекционным и онкологическим заболеваниям. Они страдают от недостаточности питания, связанной с употреблением алкоголя, так как он дает калории, но не имеет пищевой ценности. Больные пьют, когда есть повод или когда не могут устоять перед соблазном; зависимость формируется медленнее, чем у предыдущего типа.




**Гамма– «злокачественный тип алкоголизма»**, при котором сочетается психическая и физическая зависимость. Повышается толерантность, появляется абстинентный синдром; признаки предыдущих форм необязательны. Больные способны долго воздерживаться от выпивки, но, начав пить, теряют контроль. Эта форма алкоголизма преобладает в США. **Дельта**– больные имеют сильную психическую и физическую зависимость, поддерживают постоянную концентрацию алкоголя в крови в течение дня. Контроль над дозой сохраняется, но нет возможности воздерживаться от выпивки. Толерантность повышена, абстинентный синдром развивается даже при кратковременной отмене. Распространен в винодельческих странах и среди любителей пива. **Эпсилон**– запойное пьянство с периодами воздержания до нескольких месяцев (дипсомания, от греч. *dipsa* – жажда). Запой обычно возникают в конце недели, месяца («с полочки»). Пьют зачастую много дней подряд, в большом количестве.

- 
- Короленко и Диковский предложили **классификацию А-зависимости**, которая отличается от вышеприведенной исключением Бета-формы и добавлением следующих форм.
  - **Дзета – мягкий вариант Гамма-формы** (потеря контроля наступает в средней стадии опьянения, симптомы похмелья снимаются небольшими дозами алкоголя).
  - **Эта**– состоит из неалкогольной части (аддикция отношений с участием в группе по интересам) и скрытой алкогольной части (алкогольный ритуал облегчает взаимодействие членов группы, психологическая и физическая алкогольная зависимость развиваются медленно).
  - **Йота**– алкоголь заглушает невротические страхи (фобии, приступы паники и ожидание сексуальной неудачи) (там же).


# Течение алкоголизма

## подразделяется на 3 стадии

- **I стадия.** Характерны яркие положительные воспоминания об алкоголизации, переход к крепким напиткам, постоянный настрой на алкоголь, трудность отказа от него. Больной выпивает залпом, торопится принять новую дозу, утрачивает контроль над ней. Начинает выпивать до и после разного рода мероприятий, импульсивно, тайно, для эмоционального или физического облегчения. Он отменяет свои планы в связи с выпивкой; делает запасы спиртного, при этом избегает разговоров об употреблении алкоголя. Эйфория становится запаздывающей или появляется на высоких дозах, повышается переносимость, исчезает рвотный рефлекс и необходимость закусывать. После алкоголизации наблюдается прерывистый сон и раннее пробуждение в астении. Выявляется симптом *обрушивания дозы*: прием сравнительно большой дозы не вызывает чувства опьянения, затем после приема очередной дозы сразу возникает состояние глубокого опьянения; характерно амбивалентное отношение к симптому: представление о необычной выносливости организма и смутная настороженность. В ситуации отсутствия выпивки появляется чувство дискомфорта.
- На этой стадии появляются провалы памяти – *блекауты* (палимпсесты, от греч. palimpseston – выскобленный пергамент с новым текстом): после приема средней дозы на следующий день какие-либо события амнезируются, хотя у больного сохранялась способность действовать и говорить, не производя на окружающих впечатления сильно опьяневшего. В связи с этим у пьющего возникают опасения, что в состоянии алкогольного опьянения он может совершить вредные для себя действия. Например, в такой ситуации недобросовестные деловые партнеры могут получить у него нужную подпись, о чем он в последствии забудет.




**II стадия.** Появляются ложные запои или постоянное злоупотребление алкоголем. Формируется абстинентный синдром, резко обостряется влечение к алкоголю, прием которого купирует похмелье – т. е. наступает физическая зависимость от алкоголя. Снижается общий тонус, понижается аппетит; на фоне ослабления либидо и потенции возникают идеи ревности. Больной начинает лгать по поводу употребления алкоголя, скрывает источник потребления, придумывает ложные причины алкоголизации, пренебрегает личными отношениями, пьет в одиночку. Заостряются преморбидные личностные особенности. Появляются вспышки агрессивности, беспричинная обидчивость, попытки произвести впечатление, быть внушительным. Наблюдается частая смена места работы, потеря работы. Возникает чувство вины, появляются первые попытки воздержания, контроля количества и частоты потребления алкоголя. Характерны частые мысли о перемене места жительства.



**III стадия.** Снижается толерантность к алкоголю, больные переходят на слабые напитки и небольшие дозы, употребляют суррогаты. Возникают истинные запои или сохраняется постоянное злоупотребление алкоголем. Наступает алкогольная деградация личности (аморальность, растормаживание низших влечений, ухудшение памяти и интеллекта). Часто отмечается эйфория с характерным юмором висельника: не заразительное веселье с грубыми, плоскими шутками сексуального содержания. Это настроение может без видимого повода резко смениться дисфорией, сопровождаемой агрессией и правонарушениями. Алкоголь употребляется рано утром, имеют место длительные запои, теряется работоспособность, ухудшается здоровье. Больной пьет с людьми более низкого социального положения, теряет друзей, семью. Он испытывает необоснованные страхи, постоянное чувство раскаяния, получает лечение в наркологическом стационаре. Во многих случаях исчезает критика к наличию алкоголизма.

- В соответствии с МКБ-10 алкогольное изменение личности (F07.0) диагностируется при наличии двух или более признаков;
- 1) значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и нескоро приводящей к успеху;
- 2) измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злости и агрессии; в некоторых случаях наиболее яркой чертой бывает апатия;
- 3) при реализации потребностей и влечений могут не учитываться последствия или социальные нормы (так, больной может совершать антисоциальные акты, например воровать, предьявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены);
- 4) когнитивные нарушения в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактно-резонерской темой;
- 5) выраженные изменения темпа и потока речевой продукции с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения (расширенное включение в тематику побочных ассоциаций), вязкость и гиперграфия;
- 6) измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

- 
- Выделяют две формы стойкого амнестического расстройства, вызванного алкоголем (F10.6).
  - **Энцефалопатия Вернике:** острое состояние со спутанностью сознания, расстройством координации, нарушением зрения, сонливостью, тревожным сном; затем развивается делирий с последующей амнезией на недавние события.
  - **Корсаковский психоз:** хроническое состояние с конфабуляциями (ложными воспоминаниями), дезориентированностью, полиневритом, амнезией на давние и недавние события. Корсаковский психоз может развиваться из энцефалопатии Вернике. Он часто сосуществует с алкогольной деменцией, которая проявляется в неглубоком частичном ухудшении памяти и интеллекта. Больные теряют работоспособность, семью, ведут паразитический образ жизни, бродяжничают.




- В кратком виде течение алкоголизма
- 1. **Предалкогольная фаза** – стадия нарастающего облегченного употребления алкоголя, часто мотивируемого социально.
- 2. **Продромальная фаза** – стадия возрастания толерантности: состояния оглушения с палимпсестами; тайное потребление алкоголя; постоянные мысли об алкоголе; жадность питья первой дозы; чувство вины; избегание намеков об алкоголе.
- 3. **Критическая фаза** – стадия обсессивного потребления алкоголя: потеря контроля; противодействие упрекам; заносчивое агрессивное поведение; подавленность; вариации от полного воздержания до постоянного потребления алкоголя; утрата друзей; перемена мест работы. Поведение, определяющееся добычей алкоголя; потеря интересов; сострадание к самому себе; стремление к перемене места жительства; неблагоприятные изменения в семье; беспричинное негодование; стремление «сохранить лицо»; нерегулярность питания. Первое помещение в больницу по поводу «соматических» алкогольных жалоб (которые пациент объясняет любыми другими причинами); падение сексуальной потребности; алкогольная ревность; регулярное употребление алкоголя по утрам.
- 4. **Хроническая фаза** – стадия сенсibilизации: длительное, в течение всего дня потребление алкоголя; этический распад; нарушение памяти; преходящие алкогольные психозы; выпивки с людьми более низкого социального статуса; употребление суррогатов (лосьоны, противоревматические средства, технический спирт); падение толерантности к алкоголю; состояние страха; тремор; психомоторное торможение; алкоголизация как одержимость; более легкая доступность лечению (по: Короленко, Дмитриева, 2000).

# Психология алкоголизма

Миф	Факт
Алкоголь – стимулятор	Алкоголь одновременно и стимулирует, и подавляет нервную систему
Всегда можно определить по запаху, выпивал человек или нет	Некоторые люди годами успешно скрывают свое пристрастие к алкоголю
Алкоголь улучшает сон	Алкоголь может нарушить сон
Рассудок не страдает до появления явных признаков интоксикации	Рассудок может страдать задолго до видимых двигательных проявлений интоксикации
Интоксикация будет сильнее, если смешивать напитки	Интоксикация определяется не смешиванием напитков, а фактической концентрацией алкоголя в крови


# Психология алкоголизма



Миф	Факт
Несколько чашек кофе помогают «протрезветь».	Кофе не влияет на степень интоксикации.
Гимнастика или холодный душ ускоряют распад алкоголя в организме	Гимнастика или холодный душ не ускоряют метаболизм алкоголя в организме
Человек с сильной волей не станет алкоголем.	Алкоголь способен сломить сопротивление даже самого «волевого» человека.
Алкоголь не приводит к сильной зависимости, как наркотики.	Алкоголь обладает сильными аддиктивными свойствами.
Если пить только пиво, не станешь алкоголиком.	Станет ли человек алкоголиком, зависит не от вида алкоголя, а от его количества. В пиве содержится значительное количество алкоголя.
Алкоголь менее опасен, чем марихуана.	От алкоголизма лечится гораздо больше людей, чем от злоупотребления марихуаной.
При алкоголизме печень поражается задолго до мозговых нарушений.	Патология мозга может развиваться при алкоголизме до явного поражения печени.
Физиологически героиновая «ломка» опаснее алкогольного похмелья.	Обрыв запоя может быть более губительным, чем отмена опиатов.
Пьют все.	В США 28 % мужчин и 50 % женщин не употребляют алкоголь.


- 
- Имеется определенная семейная модель алкоголизма. В семье алкоголиков доминирует мать, которая культивирует в ребенке инфантильные черты и проецирует на него нежелательные качества, потворствует ему и в то же время недостаточно удовлетворяет его потребности. Установлено, что каждая вторая жена алкоголика знала о его пьянстве еще до брака, каждая третья вдова А-зависимого вновь выходит замуж за алкоголика.
  - Наиболее подвержены алкоголизму антисоциальные и зависимые личности, незрелые, внушаемые, склонные к дистимии, с повышенной потребностью во власти и чувством неспособности достигнуть поставленной цели. По теории научения первые опыты употребления алкоголя, связанные с преодолением тревожности («выпить для храбрости»), играют роль оперантного обусловливания, когда поведение определяется предвидением его результатов и последствий. Благодаря эйфоризирующему эффекту алкоголя это предвидение становится оптимистичным, подбадривающим.

- Меннингер (2000) считал, что у алкоголика гипертрофировано ожидание материнской ласки и заботы, неуверенность в себе как мужчине, страх перед женщиной и негативное отношение к ней. Он не получает от половой близости должного удовлетворения, компенсирует это демонстративной гетеросексуальностью, а затем предпочитает проводить время в мужской компании. Вычеркнув из жизни любовь к родителям, он испытывает чувство потери, которое пытается ослабить кутежами с друзьями. Саморазрушительное поведение алкоголика объясняется ранними фрустрациями и желанием отомстить родителям, которое блокируется страхом потерять их, трансформируясь в аутоагрессию.




- 
- Берн (1997) описал распространенную игру «Алкоголик». Главной целью алкоголика является попытка состоянием похмелья с самобичеванием.
  - За этим следует психологическое вознаграждение: выпивка как приятная процедура, как утешение и бунт, как замена сексуальной и эмоциональной близости. Затем происходит ссора с женой, где на биологическом уровне идет обмен проявлениями гнева и любви, а на экзистенциальном – подкрепляется позиция: «Все против меня».
  - И, наконец, наступает последний акт драмы: чувства стыда и вины и не освобождающее от них прощение. Как уже упоминалось, в Драматическом треугольнике Карпмана жена или терапевт играют по отношению к больному роли Спасителя, Преследователя, Жертвы.


- 
- 
- И.С. Павлов (2003) подробно описывает содержание алкогольной установки. Влечение к спиртному, которое временами обостряется и проявляется как: а) смутное влечение, б) осознанное желание и в) волевое стремление. Желание быть с другими и не отличаться от них. Подражание другим, неосознанное «заражение» от них. Общепринятость употребления спиртного в окружении. Совершение привычного ритуала. Привычный опыт самоутверждения путем пьянства, пусть даже шокируя других. Удовлетворение потребности в праздничном застолье. Появление полноты ощущений, значимости, личностного смысла происходящего. Единственный известный способ испытать душевный порыв и повысить уровень самоуважения. Защита от переживаний обиды, неполноценности, тревоги, стыда и вины. Выбор компании собутыльников в качестве авторитетной группы. Чувство долга перед собутыльниками, обязательство поддержать компанию. Сложившаяся связь алкогольного и сексуального поведения. Всеобщее двусмысленное отношение к выпивке. Алкоголизация как извращенная осознанная необходимость, как рок.



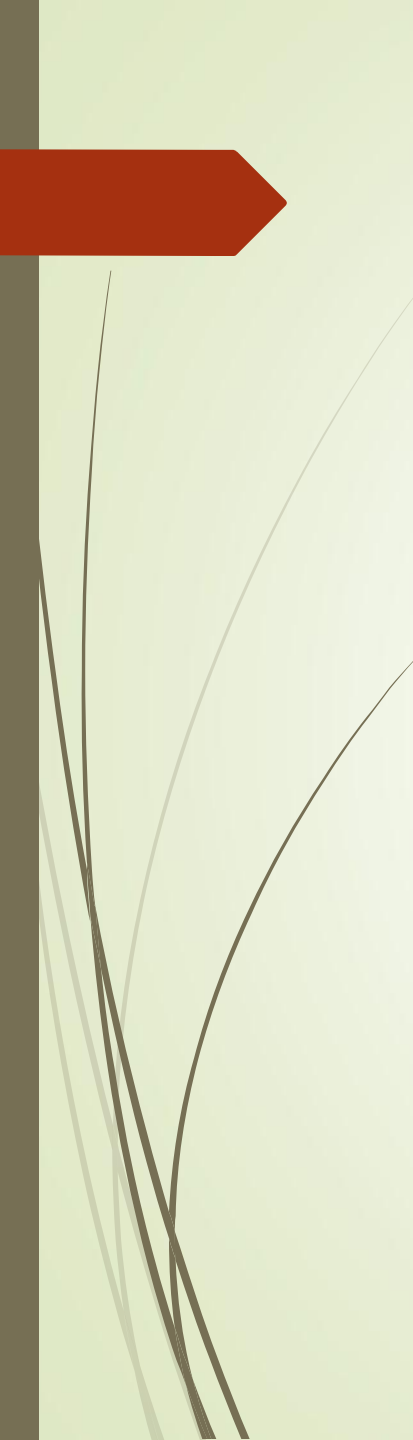
**□ К ранним признакам алкоголизма относятся:** ухудшение общего состояния, жалобы на желудочные и кишечные расстройства, расстройства сна, забывчивость, ослабление потенции, тремор, судороги в икроножных мышцах, мышечные подергивания. Для быстрого раннего выявления пьянства служат следующие вопросы: Пытались ли Вы когда-нибудь бросить пить? Раздражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьете? Испытываете ли Вы иногда чувство вины за то, как пьете? Похмеляетесь ли Вы иногда по утрам?

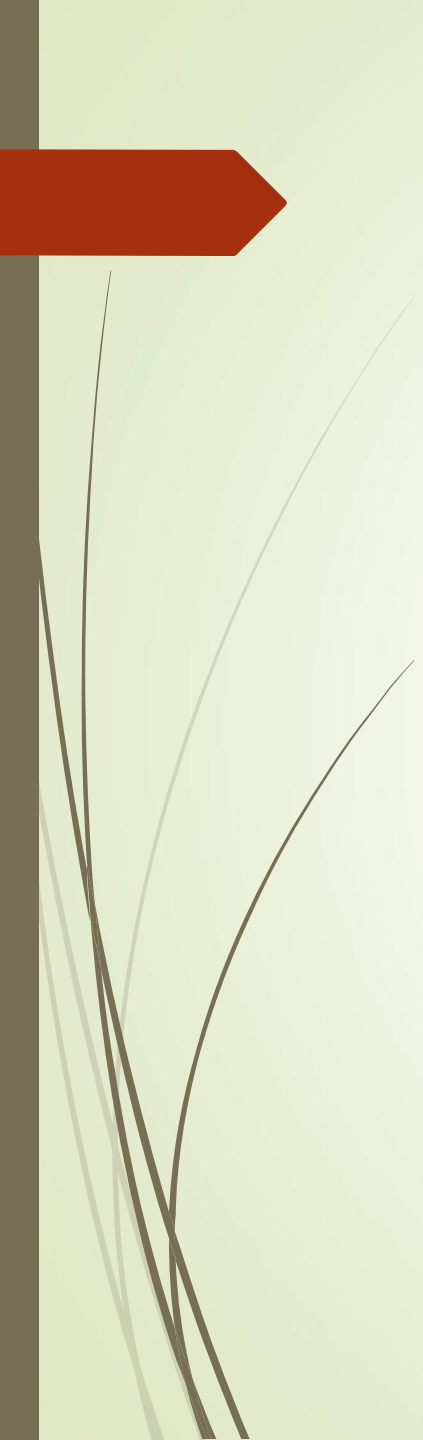




- 
- Физическую зависимость можно диагностировать, если человек продолжает употреблять алкоголь в больших количествах, несмотря на одно или несколько перечисленных ниже обстоятельств.
  - 1. Нарушение важных для него взаимоотношений (например, супружеских), произошедшее, по мнению партнера или самого пьющего, из-за пьянства.
  - 2. Потеря работы из-за пьянства.
  - 3. Два или более привода в милицию, связанные с употреблением алкоголя.
  - 4. Наличие признаков ухудшения здоровья, включая алкогольный абстинентный синдром, сердечную патологию, цирроз печени, полиневрит.
  - Для диагностирования хронического алкоголизма необходимо выявить четыре или больше признаков из перечня в восемь пунктов: постоянные мысли об алкоголе; повышение выносливости к алкоголю; быстрое поглощение алкоголя; употребление алкоголя в одиночку; употребление алкоголя в качестве универсального лекарства; покупка алкоголя про запас; не планируемая выпивка; выпадение из памяти момента окончания выпивки.


- В.А. Рязанцев (1983) приводит показания к различным формам психотерапии А-зависимых.
- 1. Рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение, обоснованные предписания и др.) показана: а) лицам, не осознающим свое заболевание; б) больным, у которых поводом к алкоголизации явилась психотравма («обиженные», разочарованные); в) скептически относящимся к лечению («маловеры» с хорошо развитым интеллектом); г) личностям с комплексом неполноценности (трудно адаптирующиеся, неудачники, несостоявшиеся карьеристы, потерявшие семью и др.).
- 2. Директивная (императивная) психотерапия показана: а) неспособным к рефлексии; б) нетребовательным, без особых претензий личностям; в) легко подчиняющимся постороннему влиянию, инфантильным; г) подчиняющимся приказам (конформные исполнители, «дети среды», «солдаты жизни», «люди приказа»).
- 3. Социальная психотерапия показана: а) нуждающимся в изменении социального положения (перемене профессии, места работы, жительства, изменении семейных и производственных отношений); б) нуждающимся в изменении микросреды (круга знакомств); в) нуждающимся в активной общественной деятельности (ищущие признания, «общественные лидеры»).
- 4. Опосредованная психотерапия (с помощью общеукрепляющих препаратов, антабуса и его пролонгов, поддерживающей психотерапии) показана: а) доверчивым, мягким, легко внушаемым, боязливым;
- б) «инфантильным маловерам», «педантам» с тревожно-боязливым складом характера; в) нуждающимся в «психологических костылях», водителе, «химической изоляции» («чтобы что-то было»).
- 5. Психологическая терапия показана нуждающимся: а) в самовоспитании; б) в педагогической коррекции; в) в самоусовершенствовании (учеба, повышение квалификации; расширение кругозора и пр.);
- в) в отвлечении, переключении направленности (освоение ремесел, увлечение творчеством и т. д.).

- 
- А.Е. Айвазова (2003) выделяет пять уровней выздоровления.
  - 1-й – физический, требующий воздержания и вызывающий эффект «сухого похмелья», из-за которого непьющий становится еще менее уживчивым, чем когда употреблял алкоголь.
  - 2-й уровень – умственный, доступный лишь тем, кто еще в состоянии осознать психические механизмы болезни.
  - На 3-м уровне – моральном – необходимо взять на себя ответственность за свою жизнь и свое выздоровление.
  - 4-й уровень – эмоциональный – предполагает работу с чувствами и поиск новых источников радости.
  - 5-й уровень – духовный, помогает открыть цель и смысл своей жизни.

- 
- О.Ф. Ерышев с соавторами (2002) описывает четыре этапа психотерапии А-зависимых.
  - 1. Подготовка к активному лечению. Устанавливается контакт, формируется мотивация к лечению.
  - 2. Активная антиалкогольная терапия в период становления ремиссии. Вырабатывается установка на трезвость, достигается понимание и принятие факта зависимости от алкоголя, корригируются нарушения личности и модели поведения, поддерживающие алкогольную зависимость.
  - 3. Поддерживающая терапия в период стабилизации ремиссии. Осуществляется поддержание личностной и социально-психологической компенсации.
  - 4. Терапия личностных расстройств в период сформировавшейся ремиссии (по показаниям). Корригируются индивидуальные особенности личности, затрудняющие ее актуализацию.

▣ **Аверсивная терапия** (условно-рефлекторная терапия, УРТ) построена на вызывании отвращения к алкоголю с помощью выработки отрицательного условного рефлекса на его вид, запах и даже словесное обозначение. Тошнотно-рвотная реакция достигается путем приема алкоголя в сочетании с препаратами, вызывающими рвоту (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.).





□ **Суггестивная терапия** включает гипнотерапию, аутотренинг, прогрессивную мышечную релаксацию, нейролингвистическое программирование, медитации. При этом используют склонность пациентов к образному восприятию, впечатлительность и повышенную внушаемость. В своей практике перед проведением гипносуггестивной терапии я выяснял, какие запахи и вкусовые ощущения наиболее неприятны больному, и затем включал их в следующую формулу внушения.

□ «Запах спиртного вам неприятен. Он напоминает вам запах... Когда вы ощущаете запах спиртного, вы чувствуете... Если вы сделаете глоток спиртного, во рту появится вкус... Когда спиртное попадает в горло, оно вызывает у вас чувство жжения. Спиртное обжигает, его невозможно проглотить. От него начинается спазм в горле, еще немного – и можно подавиться. Алкоголь разрушал ваш желудок, печень, сердце. Из-за пьянства вы превратились в больного человека. Алкоголь отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял волю, превращал вас в алкоголика. Теперь вам противно тянуть из этой бутылки с отравой.

□ Вам стыдно быть похожим на ребенка с соской. Вы легко можете обойтись без водки, вина, пива и других спиртных напитков. Ваше решение бросить пить твердое и окончательное. Вы чувствуете себя достаточно сильным, уверенным, самостоятельным человеком, чтобы выполнить свое решение. Вам легко поступать так, как подсказывает ваш разум. Вид пьющего человека с бутылкой, стаканом спиртного теперь оставляет вас равнодушным. Вы спокойно проходите мимо винных магазинов. Вы теперь непьющий, и это наполняет вас радостью и гордостью».

**▣ Аутогенная тренировка (АТ)** помогает пациентам снимать характерное для них внутреннее напряжение, не прибегая к алкоголю. Однако из-за неспособности к длительному волевому усилию А-зависимые обычно не могут освоить стандартный курс АТ, быстро прекращают самостоятельные занятия. Поэтому состояние релаксации используется в терапии для проигрывания в воображении ситуаций, представляющих угрозу рецидива, с моделированием навыков совладания с подобными ситуациями.





**▣ Прогрессивная мышечная релаксация** по Джекобсону помогает больным овладеть навыками психофизической регуляции, что способствует облегчению аффективного и поведенческого самоконтроля. В состоянии релаксации, как и в АТ, используются формулы самовнушения для репетиции уверенного поведения в проблемных ситуациях. Можно предложить больному тренироваться самостоятельно под аудиозапись в промежутках между сеансами (Пезешкиан, 1996)




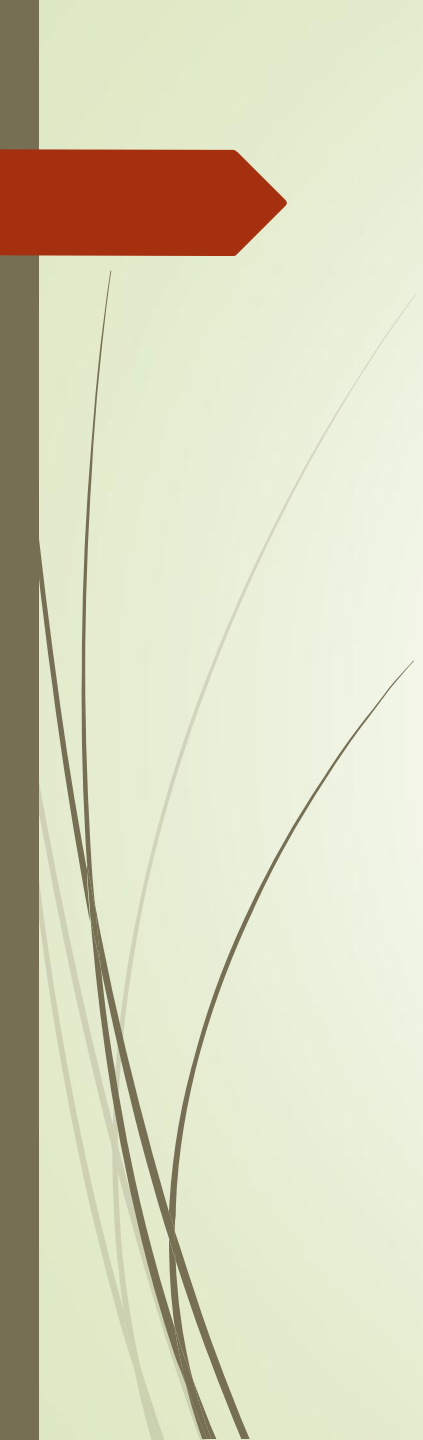


- С.В. Ковалев (2001) описывает технику **нейролингвистической терапии**, применяемую для лечения химически зависимых.
- 1. Попросите пациента сесть поудобнее и вспомнить ситуацию, в которой ему страстно хотелось принять ПАВ.
- 2. Предложите ему почувствовать себя в этой ситуации, и когда его ощущения достигнут пика, кивнуть вам.
- 3. Сразу после кивка на несколько секунд положите свою руку на колено (кисть руки, плечо) пациента. Повторите 2-й и 3-й пункты 5–7 раз, запоминая выражение лица, направление взгляда, позу и характер дыхания клиента в момент переживания им пика ощущений.
- 4. Для проверки прикоснитесь к месту постановки якоря: должны появиться обнаруженные в п. 3 проявления.
- 5. Пересадите клиента на другой стул (первый мог стать якорем влечения к ПАВ). Попросите его вспомнить ситуацию, в которой он страстно хотел трезвой жизни. Поставьте якорь на другом колене (кисти, плече), запомните проявления трезвой идентичности и проверьте второй якорь.
- 6. Одновременно нажмите на оба якоря и держите их до тех пор, пока не произойдет «соединение» идентичностей. При этом возникшая вначале асимметрия лица исчезает, пациент делает глубокий вдох или выдох, расслабляется.
- 7. Возникшее трансовое состояние используйте для внушения: «Ты сможешь найти такие варианты и способы поведения, которые будут удовлетворять тебя в такой же степени, как и наркотик».

- 
- Добиться стабильной ремиссии на этом этапе помогает изменение межличностных стереотипов и образа жизни, связанного с ними. В начале ремиссии обычно фрустрируются те потребности, которые раньше удовлетворялись с помощью алкоголизации. Чем больше потребностей было включено в эту схему, тем сильнее психическая зависимость и тем труднее происходит реадaptация больного к трезвости. Поэтому важно помочь А-зависимому найти «безалкогольные» способы удовлетворения потребностей.
  - На данном этапе терапии выделяют следующие проблемы: нарушенная самооценка, чувство вины; при этом следует различать реальную виновность и генерализованное чувство вины, неполноценности. Избегание ответственности за свое поведение или, наоборот, взятие ответственности за свое благополучие и благополучие своих близких на себя одного. Ощущение изолированности от окружающих, отношения с которыми за время болезни стали поверхностными, манипулятивными. Больной не представляет себе общения, компании без употребления алкоголя. «Алкогольный» стереотип семейных отношений, при котором алкоголизация, рецидивы болезни являются закономерным звеном «порочного круга» отношений в семье. Аффективные расстройства и высокая тревожность как черта личности, что требует улучшения стиля общения и повышения значимости интересной деятельности (Ерышев и др., 2002).

- 
- Поттер-Эфрон (2002) описывает аддиктивную схему «стыд – пьяное бесстыдство – еще больший стыд – усугубление пьянства» и дает следующие рекомендации для работы с чувством стыда у алкоголиков и наркоманов. Помогите клиенту осознать, что ПАВ был средством избавления от стыда. Помогите клиенту понять, как употребление ПАВ усугубляло чувство стыда. Клиент должен понять, что он может справиться с чувством стыда и без употребления ПАВ. Клиенту необходимо научиться справляться со стыдом, вызываемым его ощущением собственного бессилия. Клиент может нуждаться в помощи для раскрытия своего положения другим. Клиенту может быть необходимо поощрение его вхождения в группу равных, не стыдящих его. Помогите клиенту распознать и изменить поведение «сухого пьяницы», отражающее его стыд. Помогите «сорвавшемуся» клиенту распознать его стыд, чтобы он мог возвратиться в сообщество выздоравливающих.
  - Такая же аддиктивная схема существует и относительно чувства вины перед окружающими. Рекомендации автора по работе с виной таковы. Не наказывай клиента сам, но поддержи естественные последствия безответственного поведения и появление рационального чувства вины. Допусти, что клиент готов следовать общепринятым моральным стандартам, укажи на противоречия между этими стандартами и его актуальным поведением. Помогите клиенту понять, что употребление ПАВ стало средством защиты от чувства вины. Проинформируй клиента, что он или она может уменьшить чувство вины, прекратив употреблять ПАВ. Подтолкни клиента к формированию морально ответственного стиля жизни, который позволит минимизировать чувство вины, испытываемое им в трезвом состоянии. Помогите предотвратить срыв, предвидя чрезмерное чувство вины, сопровождающее начальную стадию трезвости. Подтолкни выздоравливающего к возмещению ущерба, нанесенного им близким, как части процесса полного выздоровления. Побуди клиента производить регулярный пересмотр его ценностей и выборов, чтобы поддержать его решимость отказаться от употребления алкоголя.

- 
- **Поддерживающая терапия** заключается в адаптации больного к трезвому образу жизни, помощи в установлении новых отношений в семье, на работе, в общении с друзьями, выработке нового стереотипа проведения досуга. Этот этап терапии совпадает по времени с периодом стабилизации ремиссии, которая может прерываться рецидивами болезни. Последние связаны со следующими факторами: 1) недостаточность компенсаторных возможностей, ригидность «алкогольных» стереотипов поведения, препятствующих адаптации к трезвой жизни; 2) состояние эйфории, необычайной уверенности в своей вновь обретенной трезвости, переоценка своих возможностей; 3) отсутствие необходимого понимания и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, сослуживцев и 4) недостаточность и неустойчивость собственной мотивации пациента.
  - Когда А-зависимый в результате лечения прекращает пить, он испытывает эйфорию и уверен, что справится со всеми своими проблемами, хотя существенного изменения отношения к употреблению алкоголя еще не произошло. Необходимо заранее предупредить больного о возможности переоценки им своих сил, а возникший срыв использовать для того, чтобы он смог осознать, что еще не научился выходить из стресса без алкоголя. Дальнейшая работа заключается в выработке новых способов решения проблем, при этом в фантазиях и снах больного обнаруживается сохраняющееся влечение к алкоголю. Эта работа обычно занимает 6–12 месяцев, она также включает в себя исследование чувств, внутренних и межличностных конфликтов, коррекцию заблуждения, что выпивать «понемногу» можно. Поддерживающая терапия проводится в различных формах: индивидуальной, супружеской, семейной, групповой (группы поддержки, клубы бывших пациентов при лечебных центрах, сообщества Анонимных Алкоголиков).
  - Терапевтическая программа для молодых А-зависимых предполагает сочетание когнитивно-поведенческого вмешательства с социальным научением и моделированием поведения. Пациентам предоставляют информацию об алкоголе, помогают выработать стратегии совладания с ситуациями, связанными с повышенным риском его употребления, осуществляют модификацию когниций и ожиданий, обучают навыкам преодоления стресса.



**Психотерапия личностных расстройств** начинается только после 1–2 лет соблюдения полной трезвости, чтобы избежать повышения уровня тревоги, которое могло бы спровоцировать рецидив. Мишенями терапии становятся такие особенности А-зависимых, как внутренняя напряженность, импульсивность, категоричность, ригидность установок и нетерпимость к окружающим, различные формы аддиктивного поведения, недостаточное осознание собственных чувств и побуждений, особое отношение к алкоголю (борьба с пьянством или спаивание других). Когда указанные личностные защиты становятся недостаточными, у больного нарастает чувство тревоги, неудовлетворенности, появляются дополнительные личностные проблемы, которые побуждают его возобновить психотерапию. Она совмещается с терапией личностных расстройств и неврозов и направлена на развитие личности, формирование более открытых, гибких отношений с окружающими, осознание и принятие пациентом себя и своих потребностей. Применяются такие формы терапии, как личностно-ориентированная, поведенческая, гештальттерапия, психодрама, динамическая психотерапия.

- А. Гребенюк (1999б) систематизировал психологические феномены, затрудняющие психотерапию аддиктов: диссимуляция (сокрытие или отрицание болезни), тотемическое мышление (наделение ПАВ и врача магической силой), диссоциация, опасное любопытство, иррациональная логика (оправдывающая потребление ПАВ), синестезия (синтез ощущений и эмоций, образов и мыслей, связанных с состоянием опьянения), искаженное понимание других. В соответствии с приведенными феноменами, автор строит свою терапевтическую программу на следующих принципах: а) осознание психической картины опьянения, б) формирование полярных личностных конструктов («трезвость – опьянение»), в) коррекция пространственно-временных отношений индивидуального сознания, г) закрепление мотива трезвого образа жизни в качестве смыслообразующего. Программа включает индивидуальную, семейную и групповую формы психотерапии и осуществляется поэтапно.
- 1. Подготовительный этап: сеанс рациональной терапии с участием пациентов и членов их семей. Специалист рассказывает о клинике, течении и патогенезе химической зависимости. При преобладании у больного синестезического образного мышления ему рекомендуют курс условно-рефлекторной терапии. В конце подготовительного этапа с больным и его родственниками заключают индивидуальный терапевтический договор.
- 2. Этап ролевых игр.
  - · «Шахматная доска». Больной играет роль шахматного короля, который попал в трудное положение. Он обозначает своих значимых других шахматными фигурами и просит их о помощи.
  - · «Волшебная лавка» позволяет больному и членам его семьи осознать свои роли и потребности в патологических взаимодействиях, предполагающих потребление ПАВ. Психолог раскладывает на столе карточки, на которых написаны позитивные черты характера и ценности. «Покупатель» обменивает на них не устраивающие его в себе качества.
  - · «Запретный плод». Группа усаживается в круг, терапевт бросает на середину бумажку и запрещает ее поднимать. Затем терапевт вместе с группой начинает уговаривать каждого по очереди поднять бумажку, ассоциируя ее с ПАВ и подражая собутельнику или продавцу наркотика. Если больной поднимает бумажку, терапевт лишает его Воли, роль которой начинает играть дублер. Игра повторяется, дублер вслух отказывается поддаться уговорам. В заключение все члены группы принимают обязательство отказаться от роли безвольного человека.
  - · «Барьеры» представлены двумя наборами карточек. Первый набор представляет типичные ситуации, вызывающие срыв у больного в ремиссии. Второй набор описывает поведение значимых других, которое может спровоцировать такой срыв. Вначале терапевт обсуждает с больным его реакции на провоцирующие ситуации в будущем, затем с членами семьи – ситуации, в которых они могут подталкивать больного к срыву (например, отказ жены давать мужу карманные деньги).
- 3. Завершающий этап проводится в форме индивидуальной терапии. Преодолевается тотемическое отношение больного к психической картине опьянения. С этой целью применяется нейролингвистическое программирование. Для создания положительной терапевтической перспективы используется техника психорисунка. Больной рисует две серии последовательных картин своей будущей жизни, начиная от сегодняшнего дня: пьяной и трезвой. Первая серия рисунков размещается под углом вниз, вторая – вверх.

## □ Семейная терапия



Семейная терапия показана при желании больного и членов его семьи сохранить семью, при наличии семейных конфликтов, выраженных невротических проявлениях у членов семьи, недостатке правильных представлений об алкоголизме и неадекватном поведении с больным (созависимом, безразличном, манипулятивном). Выделено три типа семей, в которых есть больные алкоголизмом, требующих разной тактики семейной терапии: 1) семьи с ранее доброжелательными отношениями без нарушения системы семейного взаимодействия после разрешения конфликта, связанного с алкоголизмом. Психотерапия таких семей направлена на закрепление установок больного к трезвости и повышение уверенности жены в возможности длительной ремиссии у мужа;



2) семьи с ранее доброжелательными отношениями, но с нарушением системы семейного взаимодействия, обусловленным последствиями алкоголизма. Эти семьи нуждаются в целенаправленной психокоррекционной работе по устранению конфликтов, связанных с последствиями алкоголизации;



3) семьи, в которых конфликтные отношения и разногласия по основным аспектам семейной жизни обострились после ослабления или разрешения алкогольного конфликта. Таким семьям показана реконструкция всей системы взаимодействий для улучшения психологического климата в семье.




В семейной терапии важно учитывать позицию значимых других, которые могут быть включены в игру «Алкоголик» по Берну. Близким следует отказаться от ролей Преследователя, Спасителя или Жертвы, перестать избегать подлинной близости (жене – в том числе и сексуальной). Необходимо быть готовым к тому, что в семье переставшего пить больного вскоре образуется пустота, которую раньше заполняла игра «Алкоголик». В это время семья оказывает на больного неосознанное давление с целью возобновить прежнюю игру, поэтому терапевт должен заранее разработать программу содержательного времяпровождения не только для пациента, но и для его семьи. Полезно дать родственникам больного памятку

# Групповая терапия


- Групповая психотерапия А-зависимых необходима в связи с эмоциональной изоляцией этих больных, приводящей к поверхностным и манипулятивным отношениям с окружающими. В процессе групповых взаимодействий пациент получает возможность сравнить самовосприятие со своим фактическим поведением и его оценкой со стороны других. Он может также идентифицироваться с более успешными членами группы, что облегчает ему принятие роли «непьющего алкоголика».
- По В.А. Рязанцеву (1983), групповая психотерапия особенно показана А-зависимым, которые нуждаются: 1) в коллективном сопереживании; 2) в общении для снятия или облегчения эмоционально-волевого напряжения; 3) в поддержке группы и 4) в коллективной опеке и внимании. Обычно группа включает до 10 человек одного пола в возрасте до 60 лет. Она является гетерогенной по возрасту, социальному и семейному положению участников. Противопоказаниями являются выраженная психопатизация и деградация личности. Наиболее предпочтительна закрытая группа, в которой формируется прочная атмосфера эмоциональной поддержки, благодаря которой пациент занимает более активную, включенную позицию.
- В начале работы группы показаны тематические занятия, направленные на когнитивную перестройку сознания пациентов, и в первую очередь на преодоление алкогольной анозогнозии. Эффективны биографически-ориентированные и темоцентрические группы по 10–15 человек. В них анонимно обсуждаются конкретные истории болезни, наиболее типичные и понятные.



- 
- Член группы, страдающий алкоголизмом, рассказывает о своей болезни, а затем вся группа обсуждает его исповедь. Больного, у которого возник рецидив, опрашивают в присутствии всей группы. Жена нового больного рассказывает о его пьянстве. Бывший больной рассказывает о своей болезни, выздоровлении, формировании прочных установок на трезвость. Просматриваются и обсуждаются специальные фильмы. Читаются небольшие рассказы, статьи, заметки, затрагивающие тему пьянства. Для обсуждения используются также психорисунки и семейные скульптуры, с помощью которых больные отреагируют свои переживания, обнаруживают неосознанные мотивы и тенденции, ищут новые формы поведения.
  - В связи с выраженным сопротивлением пациентов, их анозогнозией и антитерапевтическими установками психотерапевт применяет ряд директивных техник: руководство психотерапевтическим процессом, направление хода дискуссии, сдерживание неконструктивных эмоциональных реакций, настойчивое побуждение к совместной выработке решений. В то же время терапевт ведет себя не авторитарно: он не опережает ход терапевтического процесса, не навязывает своих интерпретаций, не проявляет агрессии и не сосредоточивает на себе эмоциональные связи между членами группы. В противном случае пациенты попадают в выраженную зависимость от терапевта и оказываются неспособны самостоятельно решать стоящие перед ними задачи. Дальнейшая работа направлена на решение личностных и социально-психологических проблем, препятствующих сохранению трезвости. Она имеет личностную, динамическую ориентацию, к ней привлекаются пациенты, имеющие мотивацию к работе над собой и необходимые психологические ресурсы. Проводится работа с психологическими защитами и развитие духовности в группах по 6–8 человек.


□ А.Я. Гриненко с соавторами (1996) разработали метод **аффективной контратрибуции**, состоящий из трех этапов и рассчитанный на группу из 4–5 человек. На первом, программирующем этапе пациентам объясняют, что для снятия А-зависимости у них будет вызвано состояние, в котором произойдет образное символическое переживание и осознание отрицательных сторон и последствий алкоголизма. На втором этапе больным вводят препараты, вызывающие негативные эмоциональные переживания и видения, способствующие прочной фиксации пережитого в долгосрочной памяти. Далее на фоне легкого кетаминowego наркоза и драматической по характеру музыки с каждым больным проводят психотерапевтический диалог, используя формулы внушения, учитывающие данные анамнеза. В моменты наибольшей интенсивности негативных переживаний пациентам дают ощутить запах и вкус алкоголя. На следующий день больные делятся в группе впечатлениями об испытанных во время процедуры негативных переживаниях и видениях, обсуждают и интерпретируют с помощью психотерапевта личностное значение их символического содержания. Это обсуждение направлено на соотнесение каждым больным негативных галлюцинаторных переживаний с алкогольными проблемами и, тем самым, на осознание и закрепление антиалкогольной установки.

- До недавнего времени была широко распространена **коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия Рожнова** – система воздействия на больного путем формирования у него жизнеутверждающих, оптимистических идеалов и устремлений, необходимых для борьбы с зависимостью, которые способствуют преодолению болезненной ипохондричности и пессимизма, лишаящих его сил. Методика сочетает в себе разъяснение, убеждение и эмоционально насыщенное внушение в неглубоком гипнозе. Внутригрупповые отношения больных используются с целью взаимоиндукции и лечения средой. Проводятся индивидуальные и коллективные беседы в средних по размеру группах, а затем 10–15 сеансов гипносуггестивной терапии. Во время транса закрепляются основные положения проведенных ранее бесед и вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. В качестве раздражителя используется вначале спирт-ректификат, затем водка, а после 10-го сеанса достаточно произнесения слова «водка».

- 
- Упрощенным аналогом методики Рожнова является **кодирование по Довженко**. На 1-м этапе лечения для выработки положительной терапевтической установки применяется косвенное внушение и убеждение. На 2-м этапе актуализируется инстинкт самосохранения, снимается «анозогнозическая инертность». Больным внушается, что могущественная воля врача справится с влечением к алкоголю; с помощью «гипнотических и физиогенных» воздействий врач формирует у них в мозгу устойчивый очаг (код), который призван заблокировать влечение к алкоголю на длительный срок. В яркой образной форме приводятся драматические случаи из практики, иллюстрирующие негативные последствия нарушения больными режима трезвости. 3-й этап – процедура кодирования. Она представляет собой императивное внушение на фоне пугающих манипуляций: принудительное закрывание глаз ладонью врача, резкое насильственное забрасывание головы назад, болезненное надавливание на точки выхода тройничного нерва в надбровных дугах, орошение открытого рта больного струей хлорэтила, который выдается за чудодейственный препарат, изобретенный врачом.


□ Методика Довженко была усовершенствована в 1991 г. Г. И. Григорьевым и О.Н. Кузнецовым, разработавшими метод **массовой эмоционально-эстетической психотерапии**, в котором задействуется «храмовый эффект». Лечение начинается с подробной беседы с врачом-психотерапевтом; если пациент действительно хочет лечиться, она завершается прохождением медицинской комиссии. Пациенту предписывается двухнедельное воздержание от употребления спиртного. Таким образом, исполняется религиозный ритуал: паломничество (приезд в Санкт-Петербург), исповедь (беседа с врачом), пост (воздержания от алкоголя). Число пациентов на сеансе – от 500 человек. Общая продолжительность сеанса – 6–8 часов. В общем сеансе участвует бригада врачей-психотерапевтов, которые после его окончания проводят заключительную индивидуальную работу с каждым больным. В сеансе принимает участие священник и хор духовной музыки.

- Сеанс массовой терапии делится на 5 этапов.
- 1-й этап – сбор пациентов и членов их семей. Пациент переживает стресс ожидания, его охватывает чувство торжественности момента, важности и ответственности принятого решения.
- 2-й этап – рациональная и суггестивная психотерапия, осуществляемая ведущим врачом в форме монолога, во время которого внимание собравшихся концентрируется на нем, оживляется желание нравственного очищения. Постепенно возникает живая дискуссия с аудиторией, демонстрируются возможности суггестии, самовнушения и саморегуляции. Данный этап длится не менее двух часов.
- 3-й этап – выход священника, все врачи-психотерапевты становятся на сцене позади него. Священник читает проповедь, проводится антиалкогольная служба, взятая из Устава Санкт-Петербургского Александра Невского общества трезвости. Больные дают перед Богом клятву не принимать никаких спиртных напитков; произносится напутственное слово священника. Длительность этого этапа – около 1 часа.
- 4-й этап проводится ведущим врачом-психотерапевтом в отсутствие родственников и посторонних в форме сокращенного варианта сеанса Довженко. Формулировки носят скорее ритуальный, чем императивный характер. Из формул внушений устранены все элементы, противоречащие вере (устрашающие, запугивающие). Последний,
- 5-й этап проводится врачами-ассистентами в индивидуальной форме. В течение 2–5 минут больной дает зарок, определяя срок воздержания. За ним остается право снять зарок по первому желанию. Затем больной вводится в трансовое состояние, которое достигается фиксацией взгляда на переносице врача, надавливанием на точки выхода тройничного нерва и глазные яблоки; воздействие врача осуществляется эмоционально насыщенными, быстро произносимыми словами запрета.




□ **Терапия творческим самовыражением** по М.Е. Бурно (2002) включает: 1) создание творческих произведений; 2) творческое общение с природой; 3) творческое общение с литературой, искусством, наукой; 4) творческое коллекционирование; 5) проникновенно-творческое погружение в прошлое; 6) ведение дневника, записной книжки; 7) творческие путешествия; 8) творческий поиск одухотворенности в повседневных вещах. Термин «творческий» означает здесь осознанное, почувствованное привнесение своей индивидуальности в собственную жизнедеятельность, позволяющее осознать свою самобытность, ощутить свое отношение к миру, найти полезное применение своим способностям, сделаться духовно богаче. Членов терапевтической группы сплавивает общее стремление раскрыть свою неповторимость. Группы являются открытыми, в них входит 8–12 человек. Групповые встречи продолжаются 2–3 часа, они происходят раз в 1–2 недели в уютной обстановке: за чашкой чая, под тихую музыку.

□ Периодически обсуждаются рассказы, в которых присутствует тема пьянства: Мопассана, Чехова, Горького, Распутина, Белова, Абрамова. Однако наибольшее внимание уделяется творческому восприятию художественных произведений, коллекционированию, участию в драматических постановках, исполнению музыкальных и вокальных произведений, собственному художественному творчеству: сочинению стихов и рассказов, рисованию и живописи, фотографированию, созданию различных поделок и т. п. В психотерапии учитываются характерологические особенности больных алкоголизмом. Автор выделяет следующие типы.

- 
- **Простодушные алкоголики.** Для них характерна преморбидная органическая акцентуация характера, грубовато-нежная душа, доверчивость, сочетание инертности и взрывчатости, благородства и обидчивости. Это смекалистые умельцы, близкие к природе, жалостливые и глубоко откликающиеся на заботу. Им хорошо помогают гипнотические сеансы с проникновенно-задушевными и в то же время строгими пожеланиями трезвой жизни, участие в клубе трезвости, которым руководит врач, выполняющий роль отца-спасителя, трезво живущего ради своих детей.
  - **Авторитарные(эпилептоидные) алкоголики.** В преморбиде эти больные характеризуются возбудимой акцентуацией. Алкоголь служит смягчению душевной напряженности от невозможности реализовать стремление к власти. В похмелье усиливаются вспыльчивость, подозрительность, стремление командовать окружающими, причинять им боль. Рано возникают тяжелые, длительные запои с мощной тягой к спиртному. Они отличаются высокой порядочностью, стремлением к справедливости. Эти черты можно использовать для помощи пациенту в выборе профессии – например, работы в силовых структурах, или хобби – например, дрессировки крупной собаки, которая может стать единственным существом, отвечающим хозяину благодарностью и беспрекословным послушанием. От врача требуется безусловное уважение к больному, мягкая манера общения, избегание малейшей конфронтации.
  - **Ювенильные алкоголики.** В преморбиде это неустойчивые личности с особой предрасположенностью к алкоголизму. Похмельные симптомы и запои часто возникают уже через несколько месяцев пьянства, поэтому среди представителей этой группы много молодых алкоголиков. Воля такого человека навсегда остается детской, он не способен выполнять своих клятв и обещаний. Приходится довольствоваться возможностью продлить воздержание хотя бы на несколько дней.




- ▣ **Астенические алкоголики** в преморбиде отличаются застенчивостью и раздражительностью. Им надо помочь утвердиться в жизни благодаря обнаруженным во время психотерапии достоинствам, более высокому, чем прежде, положению в обществе, силе воли, проявленной в отказе от алкоголя. Положительный эффект оказывает возможность заботиться о тех, кто нуждается в их помощи. В определенной степени им помогает держаться чувство благодарности к врачу за его заботу, нежелание подводить и разочаровывать его.
- ▣ **Синтонные алкоголики** обладают в преморбиде циклоидным характером. Если у них преобладает жизнерадостность, они обходятся без запоев, из-за чего окружающие не считают их алкоголиками. Часто они не заботятся о своем здоровье, разрушаемом спиртным, однако из-за нежелания огорчать близких людей могут подолгу воздерживаться от пьянства. В этом направлении и следует работать с ними.
- ▣ **Аутистические алкоголики** – замкнуто-углубленные, прячущие в себе нереализованную духовность, творчески обнаруживающуюся в символических образах сновидений, общении с искусством, природой. Они почти не грубеют лично, сохраняют свою самобытность, оригинальность. Особенно хорошо им помогает терапия творческим самовыражением, разработанная автором.
- ▣ В подборе произведений искусства учитывается приведенная выше типология характеров. Так, *синтонным* созвучны картины Рафаэля, Рубенса, Рембрандта, Ренуара, Айвазовского, Кустодиева, музыка Моцарта, Штрауса, Глинки, Римского-Корсакова, Хачатуряна. Им близки поэзия Беранже, Гейне, Руставели, Жуковского, Пушкина, Окуджавы, басни Крылова; сочинения Рабле, Мольера, Бомарше, Дюма-отца, Бальзака, Диккенса, Марка Твена, Тургенева, Куприна, Шолом-Алейхема, Платонова, Ильфа и Петрова, Астафьева, Распутина.


- 
- Аутистическим ближе такие художники, как Босх, Дюрер, Леонардо да Винчи, Боттичелли, Дега, Гоген, Сезанн, Пикассо, Шагал, Дали, Чюрленис, Врубель, Нестеров, Петров-Водкин, Сарьян, Глазунов; музыка Баха, Бетховена, Листа, Грига, Шопена, Вагнера, Верди, Чайковского, Рахманинова, Шостаковича, Щедрина. Им нравится японская и китайская поэзия, Данте, Петрарка, Шиллер, Байрон, Аполлинер, Лермонтов, Тютчев, Блок, Ахматова, Цветаева, Мандельштам, Пастернак, Вознесенский; писатели и драматурги Сервантес, Андерсен, Ибсен, Цвейг, Кафка, Т. Манн, Гессе, Достоевский, Грин, Битов.
  - Авторитарные любят живопись Тициана, Микеланджело, Крамского, Сурикова, Верещагина, Ярошенко, Репина, Малявина; музыку Мусоргского, Бородина, цыганские романсы; поэзию Катулла, А.К. Толстого, Некрасова, Фета, Высоцкого, произведения Флобера, Лескова, Салтыкова-Щедрина, А.Н. Толстого, Фадеева, Шукшина, Абрамова.
  - Астенические предпочитают картины Поленова, Рябушкина, Левитана, музыку Вивальди, Сен-Санса. В литературе им ближе Чехов, Толстой, Есенин, Казаков, Володин, Потанин. Они с интересом читают также труды Дарвина, Павлова и т. п.


**Анонимные Алкоголики** – наиболее эффективный метод групповой терапии алкоголизма. В сообществе Анонимных Алкоголиков (АА) формируется критическое отношение к болезни, члены сообщества на собственном примере подкрепляют как опасения больного, так и его оптимистические ожидания. Больной вынужден проявлять инициативу, ответственность, что приводит к формированию внутреннего локуса контроля. Больного побуждают выражать чувство вины не опасаясь осуждения. Важнейшими терапевтическими факторами являются идентификация с выздоровевшими и забота о новых больных, для которых надо быть образцом.



- Программа терапии состоит из 12 шагов, которые сформулированы следующим образом:
- 1) мы зависим от алкоголя, потеряли самоконтроль. – Отказ от иллюзий по поводу возможности контролировать свое поведение формирует мотивацию обратиться за помощью;
- 2) мы верим, что есть силы, возможности которых больше наших собственных. – Отказ от идеи всемогущества позволяет избавиться от гнетущих обязанностей и начать поиск более эффективных возможностей;
- 3) мы верим в Бога (как мы Его понимаем). – Используется молитва римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество – изменить то, что могу, и мудрость – отличить одно от другого»;
- 4) мы видим глубину своего падения и принимает на себя ответственность за это. – Трезвый, беспощадный анализ ситуации приводит к желанию исправить ее;
- 5) мы хотим исповедоваться в своих грехах. – Искренняя исповедь, раскаяние избавляют от чувства изоляции и вины, позволяют надеяться на прощение близких и примирение с самим собой;
- 6) мы готовы совершенствоваться. – Чтобы искупить свою вину, надо поставить перед собой цель – стремиться к совершенствованию;
- 7) мы смиренно молим об исправлении. – Окончательное избавление от гордыни, смирение позволяет реалистично ограничить свои задачи;
- 8) мы перечисляем тех, кому причинили зло, и готовы искупить свою вину. – Задача искупления приобретает конкретные формы;
- 9) мы возместили причиненный близким ущерб. – Прodelывается большая эмоциональная и практическая работа, коренным образом изменяющая отношения с близкими людьми;
- 10) мы признаем повторение своих ошибок. – Возможность «на ходу» исправлять повторение прошлых ошибок, без чрезмерных угрызений совести, раньше провоцировавших алкоголизацию;
- 11) мы находим силы в Боге, как мы его понимаем, для новых и новых попыток самосовершенствования. – Укрепляется смирение и подчеркивается духовный аспект работы над собой;
- 12) мы больше уважаем себя, когда помогаем друг другу освободиться от алкогольной зависимости. – Гимн духовного развития, воспевающий жизнь и бескорыстное даяние.


- 
- Эта программа была сформулирована в 1935–1937 гг. основоположниками сообщества АА Вильямом Уилсоном и Робертом Смитом. В настоящее время зарегистрировано более ста тысяч групп АА. Существуют различные варианты подобных групп: Ал-Анон (супруги алкоголиков), Взрослые дети алкоголиков, Алатин (тинэйджеры – дети алкоголиков), Нар-Анон (Анонимные наркоманы), Анонимные кокаинисты, Анонимные никотинисты, Анонимные обжоры, Анонимные астматики, Анонимные азартные игроки, Анонимные должники, Анонимные суициденты.
  - Кредо движения сформулировано в «Преамбуле АА»: «Анонимные алкоголики являются Обществом мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силой и надеждой с целью решить свою общую проблему и помогать другим выздороветь. Единственным условием членства является желание бросить пить. В Сообществе АА нет членских взносов и билетов. Общество АА не связано ни с какой сектой, вероисповеданием, партией или организацией, оно не вступает ни в какие полемики, не занимает никакой точки зрения в каких бы то ни было спорах. Нашей первейшей целью является сохранение трезвости и помощь другим алкоголикам в ее достижении».

- 
- Группы АА работают в соответствии с основными положениями о лечебных центрах.
  - 1. Лечебные центры, использующие 12-шаговый подход, вторичны по отношению к Анонимным сообществам. Они направляют своих пациентов и их родственников в Анонимные сообщества; в лечебную программу входят задания по шагам.
  - 2. Лечение проходит в терапевтическом сообществе, состоящем из сотрудников и пациентов.
  - 3. В составе персонала обязательно должны быть консультанты – люди с химической зависимостью, не употребляющие ПАВ в течение длительного срока и применяющие принципы программы «12 шагов» во всех своих делах.
  - 4. В ходе лечения не применяются медикаменты (пациенты поступают на лечение после детоксикации, если в ней есть необходимость).
  - 5. Сотрудник лечебного центра является моделью выздоровления; взаимоотношения между сотрудниками являются моделью взаимоотношений для пациентов.



□ Вступающим в общество АА предлагают простой план: не пить, посещать собрания общества, найти себе куратора. На ранней стадии выздоровления рекомендуется избегать резких жизненных перемен и новых интимных связей. Предупреждают, что к употреблению алкоголя побуждают состояния голода, злости, одиночества и усталости. Собрания общества протекают в четырех формах:

- 1) выступления докладчиков на открытых собраниях, на которые допускаются все желающие;
  - 2) закрытые встречи в небольших группах, где участники делятся мыслями и переживаниями личного характера;
  - 3) закрытые и четко регламентированные занятия, на каждом из которых зачитывается и обсуждается одна глава из «12 шагов и 12 заветов»;
  - 4) собрания для новичков, которым помогают выбрать куратора – члена общества АА с длительным сроком воздержания.
- В его задачи входят: дружеское общение с новичком, разъяснение ему принципов программы организации, практические советы по воздержанию от спиртного, психологическая поддержка на начальных этапах воздержания и личный пример.

- 
- А.И. Каменская и А.Ф. Радченко (2001) описывают первый шаг терапии А-зависимых по программе «12 шагов». Он осуществляется в виде лекции с последующим обсуждением в малых и средних группах. Обсуждаются следующие положения.
  - 1. Химическая зависимость является заболеванием:
    - · неизлечимым, т. е. окончательное физическое выздоровление, а также умеренное и контролируемое употребление ПАВ невозможны; однако возможна нормальная жизнь без них;
    - · прогрессирующим, т. е. болезнь усугубляется, если потребление ПАВ продолжается; возврата к употреблению ПАВ после длительного периода воздержания влечет за собой последствия еще более тяжкие, чем до перерыва;
    - · смертельным, т. е. являющимся причиной смерти в случае продолжения употребления ПАВ, в том числе вследствие передозировки, самоубийства и несчастных случаев.
  - 2. Зависимость развивается на телесном, психологическом, социальном и духовном уровне.
  - 3. Выздоровление от химической зависимости возможно только в случае полного отказа от употребления ПАВ.
  - 4. Выздоровлением называется не конечное статичное состояние, а постоянный процесс глубокой нравственной и духовной работы над собой, ведущий к улучшению качества жизни; этот процесс описан 12-шаговой программой.
  - 5. Выздоровление возможно только в определенной среде – среди людей, имеющих те же проблемы и использующих для выздоровления те же средства – т. е. в сообществе АА.
  - 6. Химическая зависимость – семейное заболевание; это означает, что страдает не только химически зависимый, но и его семья, а также друзья и коллеги.



□ Теренс Горски (2003) подробно описывает 6 стадий выздоровления от химической зависимости с помощью 12-шаговой программы общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.

□ 1. **Переход:** анализ текущих проблем, признание неспособности контролировать употребление алкоголя и свое поведение, принятие необходимости воздержания.


□ 2. **Стабилизация:** признание необходимости помощи, физическое выздоровление от синдрома отмены ПАВ, прерывание патологической озабоченности ПАВ, изучение способов преодоления стресса без использования ПАВ, развитие надежды и мотивации.

□ 3. **Раннее выздоровление:** сознательное признание зависимости, полное принятие и интеграция зависимости, приобретение навыков решения проблем нехимическими способами, кратковременная социальная стабилизация, развитие системы ценностей, основанной на трезвости.

□ 4. **Среднее выздоровление:** разрешение «кризиса деморализации», исправление социальных нарушений, вызванных зависимостью, создание саморегулируемой программы выздоровления, организация сбалансированного образа жизни, поддержка изменений.

□ 5. **Позднее выздоровление:** осознание того, как нерешенные проблемы детства затрудняют выздоровление; освобождение от семейных проблем, сознательное исследование детства, приложение проблем детства к взрослой жизни, изменение образа жизни.

□ 6. **Поддержание:** поддержание программы выздоровления, эффективная ежедневная система решения проблем; продолжение роста и развития, эффективные способы адаптации к переменам.

- 
- Вариантом сообщества АА являются *сайнанон-группы*, организованные в 1958 г. Чарльзом Дедериком – бывшим алкоголиком, ставшим психотерапевтом. Лечение происходит в автономной общине взаимопомощи. Правила общежития включают тяжелый физический труд, самообслуживание, полный отказ от алкоголя и наркотиков, занятия в малых группах без руководителей. Основу взаимодействия членов групп составляет конфронтация бывших больных с новыми участниками, при этом резкой критике подвергаются различные уловки, направленные на защиту саморазрушительного образа жизни, и выражается уверенность в сохранившихся конструктивных возможностях.
  - В России первая группа АА была организована в 1987 г., сейчас таких групп насчитывается 180 в 80-ти населенных пунктах.



# Домашнее задание

- Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К.К.Яхин, В.Д.Менделевич)

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!**

