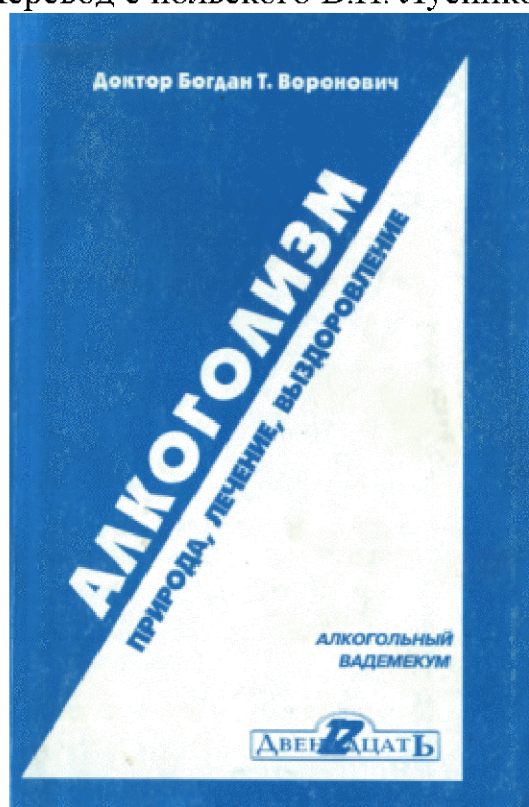


УДК 61689 0084113 ББК 51.1(2)5 +50.14

Б75

Перевод с польского В.И. Лусникон.



**Доктор Богдан Т. Воронович АЛКОГОЛИЗМ :
природа, лечение, выздоровление(АЛКОГОЛЬНЫЙ ВАДЕМЕКУМ) /
Пер. с польского. М.: ИНФОРМ-12,1999. - 192с
ISBN 5-89721-009-8**

Эта публикация является своеобразным приглашением к изучению сути причин, приводящих к алкогольной зависимости, и основ выздоровления. Она даст возможность читателю глубже понять проблемы, связанные с собственной болезнью или алкоголизмом близких людей, поможет в обретении зрелой трезвости.

ООО «ИИЦ Информ-12»

109180, г. Москва, ул. Б. Якиманка, д. 25-27/2

ЛР № 064939 от 20.01.1997 г.

Отпечатано в ЗАО «Красногорская типография»
143400, г. Красногорск, Коммунальный квартал, 2.

Заказ № 1361. Тираж 3000 экз.

ISBN 5-89721-009-8

©ООО "Издательско-информационный центр
"ИНФОРМ-12", 1999.

Содержание

ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С АЛКОГОЛЕМ

ГЛАВА 3. ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГЛАВА 4. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ

КАК ПРОХОДИТЬ ШАГ ПЕРВЫЙ

ПОЧЕМУ НАМ НУЖЕН ШАГ ВТОРОЙ

ТРЕТИЙ ШАГ- ЭТО ШАГ ДЕЙСТВИЯ

КАК ПРОХОДИТЬ ЧЕТВЕРТЫЙ ШАГ АНОНИМНЫХ

АЛКОГОЛИКОВ

Вопросники Центра терапии зависимостей

ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

ИСТОРИЯ АЛКОГОЛЯ

Антропологические исследования позволяют утверждать, что алкоголь был спутником человека с самого, возникновения цивилизации: вначале в качестве вспомогательного средства для функционирования организма (например, для избавления от чувства страха, для расслабления и снятия напряжения), затем он обрел социальную функцию (для облегчения контактов, общения, как элемент народных и церковных обрядов) и даже политическую и экономическую функции.

Само слово "алкоголь" происходит скорее всего от арабских слов "аль-кухл" (мелкий, мягкий порошок) или "аль-гоуль" (злой дух). Первые алкогольные напитки появились чисто случайно и непреднамеренно в результате процесса ферментации винограда (вино) и ячменного зерна (пиво). Культура виноградарства (а затем и виноделия) возникла, вероятнее всего, в Передней Азии на территории, расположенной между Кавказом, Черным и Каспийским морями, около 6.000 лет до н.э. Несколько позднее она проникла в Месопотамию и Египет. Об этом свидетельствует клинопись V века до н.э., найденная в Месопотамии, а также египетские папирусы, относящиеся примерно к 3.500 году до н.э. Доподлинно известно, что властелин острова Крит (примерно в 2.400 году до н.э.) ввел налог на вино.

В кодексе Хаммурапи (Вавилон), написанном до 2000 года до н.э., можно прочесть, что "если жрица, не живущая в святом доме, откроет винную лавку и войдет в оную, то ее следует предать огню". Из других источников известно, что за 1000 лет до н.э. виноград выращивали в северной Греции и Италии, а в IV веке до н.э. он попадает в Западную, а затем и в Центральную и Восточную Европу. Процесс дистилляции, дающий возможность получать алкогольные напитки гораздо крепче пива и вина, был изобретен позже. Однозначно трудно сказать, кто и когда получил впервые чистый алкоголь (дистиллят). Вполне возможно, что этим секретом владели жрецы древнего Египта, которые во

время религиозных обрядов поливали алкоголем влажные головные уборы и зажигали их.

Горящий алкоголь создавал вокруг головы огненный ореол, вид которого помогал заставить людей привести жертву богу. Из письменных источников также известно, что Аристотель был посвящен в тайну чистого алкоголя, получая его путем перегонки вина ("огненное вино"). Не подлежит сомнению, что способ

получения чистого алкоголя в Европе был известен уже в VIII веке нашей эры. Сначала его получали из пшеницы, а с середины XVIII века и из картофеля. Во второй половине XVIII века французский врач Арнольд де Виллянова впервые применил алкоголь в медицине в качестве обезболивающего и антисептического средства, а также от морской болезни.

СВОЙСТВА И МЕТАБОЛИЗМ АЛКОГОЛЯ

Алколоидами называется группа органических химических соединений, производных углеводорода, которая включает, наряду с этиловым спиртом (этанолом), метанол, пропанол, бутанол и т.д. В пищу употребляют только этиловый спирт в виде водки, коньяка, виски и т.п. (среднее содержание спирта равно 40-50%), вина (содержание спирта 10-20%) и пива (содержание алкоголя 3-7%). Остальные разновидности алкоголя являются для человеческого организма более токсичными соединениями. По причине подобия по вкусу и внешнему виду часто путают этиловый спирт (этанол) с метиловым (метанол). Последний используется главным образом в промышленности в качестве растворителя и поэтому легко доступен. Употребление метанола вызывает ослабление зрения и даже полную его потерю, а также значительное ухудшение слуха. Случается, что даже после употребления от 30 до 100 миллилитров метанола наступает летальный исход, вызванный поражением дыхательного центра головного мозга.

Этиловый спирт (этанол) - это прозрачная жидкость, удельный вес которой меньше веса воды, с характерным запахом и обжигающая на вкус. В нормальных условиях он имеется в организме человека в качестве физиологического алкоголя, не превышающего уровня 0,15 промилле.

Поступление в кровь происходит сразу после попадания алкоголя в организм человека, то есть в полость рта. Скорость всасывания зависит от темпа продвижения пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку и кишечник.

Кишечник- это место, где алкоголь в наибольшем количестве попадает в кровь, в то время как самый большой его уровень содержится в слюне, моче, крови, желчи и спинномозговой жидкости.

По прошествии 1,5 часов после употребления уровень алкоголя в крови мужчин весом около 70 кг равен:

пиво	300 мл-0,3%?	вино	200 мл - 0,4%?
	1500 мл -1,32%?		600 мл-1,20%?

900 мл -0,7%?

Исследование, проведенное фирмой "Ситроен"
(особенно полезно для водителей)
Журнал "Мотор", № 39, 1992 г.

Женщины (55 кг) уровень алкоголя в крови		Количество выпитого	Мужчины (75 кг) Уровень алкоголя в крови	
на голодный желудок	после принятия пищи		на голодный желудок	после принятия пищи
0,35‰	0,24‰	40 г виски, джина, водки (40%)	0,21‰	0,14‰
0,28‰	0,20‰	159 г вина (11%)	0,16‰	0,11‰
0,26‰	0,19‰	250 г пива (5%)	0,15‰	0,10‰

Разница в уровне алкоголя в крови у мужчин и женщин, несмотря на одинаковое количество выпитого алкоголя, обусловлена различным содержанием жидкости по отношению к массе тела (у женщин оно равно 60%, у мужчин - около 70%).

Риск попасть в автокатастрофу в зависимости от уровня алкоголя в крови увеличивается (согласно некоторым данным):

- в 7 раз при уровне 0,5-1,0‰?
- в 31 раз при уровне 1,0-1,5‰?
- в 128 раз при уровне свыше 1,5‰?

В процессе метаболизма алкоголя принимают участие:

- система окисления (окисление алкоголя и окисление альдегида),
- микросомальная система окисления,
- каталаза и неоксидазные метаболические пути (путем соединения с серной и глюкуроновой кислотой, а также этерификацией жирных кислот).

ВЫВЕДЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ИЗ ОРГАНИЗМА

Метаболизм этанола происходит в среднем со скоростью 100 мг на килограмм массы тела в час.

В неподвижном состоянии выведение осуществляем и и количестве 2-10% алкоголя в час, главным образом через почки и дыхательные пути.

Количество граммов 100%-го алкоголя, сжигаемую и течение часа, примерно равно:

- у мужчин - 0,1х вес (кг) -у женщин-0,1х вес (кг) -1

Количество и вид потребляемого алкогольного напитка	Ориентировочно время: часы, минуты		
	60 кг	70 кг	80 кг
0,5 л. пива, 50 г чистой водки или 200 г (стакан) вина	2 ч.50 мин.	2 ч 00 мин.	1ч 30 мин.
100 г чистой водки	6 ч 30 мин.	5 ч 30 мин.	4 ч 30 мин.

1 бутылка вина	14 ч 15 мин.	12 ч 30 мин.	10 ч 30 мин.
0,25 л чистой водки	18ч 45 мин.	15 ч 45 мин.	13 ч 30 мин.
0,5 л чистой водки	39 ч 15 мин.	33 ч 30 мин.	29 ч 00 мин.

Основываясь на вышеприведенных данных, можно определить минимальное время от употребления алкоголя до момента, когда его уровень в крови снизится до 0,2 промилле.

Приведенные данные ориентировочны. Для многих лиц, исходя из их индивидуальных особенностей, эти данные могут увеличиваться по времени. Даже по прошествии указанного в таблице времени алкоголь продолжает оставаться в организме и нарушать его функции.

Новейшие исследования показывают, что нарушение функций организма, особенно важных при работе, связанной с быстрой реакцией, точностью и сосредоточенным вниманием, проявляется еще некоторое время даже после полного удаления алкоголя из организма.

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ. ТИПИЧНЫЕ И НЕТИПИЧНЫЕ СЛУЧАИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Простое алкогольное опьянение является наиболее часто встречающейся формой отравления этанолом и вызывает физиологическую реакцию организма на принятую им дозу алкоголя. Реакция зависит не только от количества алкоголя, скорости его потребления и веса человека, но также от индивидуальной восприимчивости и общего психофизического состояния. На первое место выходят проявления, вызванные токсичным воздействием алкоголя на центральную нервную систему.

В Польше действуют следующие юридические нормы:

1. Состояние легкого опьянения устанавливается в том случае, если уровень алкоголя в крови составляет от 0,2 до 0,5 промилле.
2. Состояние опьянения констатируется, когда уровень алкоголя в крови превышает 0,5 промилле'.

Несмотря на огромную разницу в поведении, после обычного употребления алкоголя, можно обнаружить множество схожих черт в состоянии человека. Уже после употребления 50-100 г вина или 2-х бутылок пива наблюдаются нарушения психических процессов, зрения и координации движений. В этом случае уровень алкоголя в крови может превысить нормы трезвости, то есть 0,5 промилле.

При уровне алкоголя **0,5-1,0** промилле обнаруживаются первые признаки легкого опьянения. Появляется психомоторное возбуждение, снижается способность контроля за поведением. Выпивший человек чувствует себя уверенней, легче вступает в контакт с окружающими, его охватывает чувство беззаботности.

При уровне алкоголя **2-2,5** промилле уже явно проявляются признаки опьянения. Нарушается функция зрения (зрачки слабо реагируют на свет). Вместе с этим повышается возбудимость, все в большей степени проявляется нарушение координации движений. Речь становится более

бедной. Выпивший становится буйным и сварливым. Его поведение становится непредсказуемым по отношению к окружающим, часто проявляются импульсивные действия (в том числе сексуальные), возникают вспышки агрессии. При уровне алкоголя **3,5-4,0** промилле налицо признаки тяжелого опьянения. Речь превращается в невразумительное бормотание. Движения становятся все более не координированными и вялыми. Человек приобретает "палубную" по походку, широко расставляя ноги для сохранения равновесия, охотно принимает сидячее и лежащее положение, не раз бессильно падает. У него наблюдается пониженное кровяное давление, а также понижение температуры тела. Налицо снижение сухожильных рефлексов, провалы памяти (вплоть до полной ее потери). В этой

Уровень алкоголя в крови	Признаки отравления
0,3-0.5 промилле	легкое нарушение координации движений и зрения, чувство эйфории и снижение самоконтроля, незначительное нарушение равновесия
0,5-0.7 промилле	нарушение равновесия и координации движений, снижение болевой чувствительности, учащенное сердцебиение, повышение кровяного давления, повышенная раздражительность, снижение толерантности
0,7-2.0 промилле	значительное нарушение равновесия и координации движений, агрессивное поведение, сексуальное возбуждение, нарушение психических процессов, расстройство умственной деятельности (логические ошибки, принятие ошибочных оценок и решений и т.п.)
2.0-3.0 промилле	нарушение речи, заметная медлительность и нарушение равновесия («морская» походка, падение и хватание за предметы), повышенная сонливость и заметное снижение контроля за собственным поведением
Свыше 4 промилле	глубокий сон, нарушение деятельности дыхательных и опорно -

	двигательных центров, возможность поражения этих центров возникает угроза для жизни.
--	--

В зависимости от уровня алкоголя в крови эти нарушения выглядят следующим образом:

0,3 промилле	хуже различаются формы предметов, оказавшихся в поле зрения; происходит снижение способности наблюдать движущиеся источники света;
0,4 промилле	время привыкания зрения к темноте после ослепления ярким светом увеличивается на 2/3;

фазе возможен смертельный исход, например, в случае удушения остатками пищи и собственным языком.

При уровне алкоголя более 4 промилле может наступить тяжелое нарушение деятельности центральной нервной системы (кома). Потеря памяти проявляется в виде беспробудного сна. Если нарушение деятельности центральной нервной системы захватывает дыхательный центр, то наступает смертельный исход вследствие торможения его деятельности.

Показатель смертельного исхода при тяжелых отравлениях этиловым спиртом достигает порой 2,5%, и может увеличиваться вдвое в случаях так называемых смешанных отравлений (алкоголь + таблетки). При отравлениях непивцевым спиртом смертельный исход превышает 20%.

Приведенная ниже таблица позволяет легче запомнить признаки отравления в зависимости от уровня алкоголя в крови.

Иногда реакцией организма на небольшую дозу алкоголя может быть состояние так называемого **патологического опьянения**, что является кратковременным и проходящим психическим заболеванием. Встречаются два вида патологического опьянения. Один похож на коллапс, а другой отличается психическими нарушениями (появление галлюцинаций, видений, призраков). Подобное состояние может продолжаться в течение нескольких часов. В это время человек производит впечатление трезвой личности, тем не менее его поведение является результатом болезни, чему также сопутствует сильное чувство страха. Поведение несет в себе черты "бешенства" или агрессии. Это состояние неожиданно заканчивается так называемым "терминальным" сном и оставляет после себя забвение событий и переживаний.

В период так называемого **осложненного опьянения** встречается изменение поведения в сторону сильного моторного возбуждения пропорционально выпитому количеству алкоголя. Тем не менее дело не доходит до столь глубокого разрыва контакта с действительностью, как в случае патологического

опьянения. Часто поведение отражает скрытые и зачастую неосознанные личностные качества, например, склонность к агрессии.

Сложная форма простого опьянения характеризуется двухфазовым процессом. Она может проявиться, когда на лицо, находящееся в нетрезвом состоянии, оказывает сильное влияние фактор психического шока (например, сильная боль, вызванная ударом). В это время состояние опьянения может в значительной мере усилиться, и на первый план выступает сильное возбуждение с агрессией.

Другой патологической реакцией на алкоголь может быть **состояние глубокой депрессии**, сопровождающееся неожиданными и часто удающимися попытками самоубийства.

Несколько иначе стоит оценивать встречающееся у нетрезвых людей **агрессивное поведение**, направленное против самого себя (например, нанесение увечья самому себе). В нем нет ничего общего с настоящими попытками самоубийства. Агрессивное поведение характерно для лиц с ярко выраженными личностными особенностями и часто является их "стилем жизни". Они применяют его для шантажа окружающих с целью чего-либо добиться от них. Однако порой случается, что подобное демонстративное поведение может случайно привести и к трагической развязке.

Непредвиденная реакция после употребления алкоголя часто является следствием **смешанного опьянения**, возникающего в результате взаимодействия алкоголя с лекарствами или другими химическими средствами.

ПОЧЕМУ ЛЮДИ ПЬЮТ?

По сей день не найдено однозначного ответа на вопрос: почему одни люди пьют больше, а другие меньше, почему одни становятся алкоголиками, а другие нет, хотя пьют одинаково. Предпринималась не одна попытка найти ответ на эти злободневные вопросы.

Если мы зададим эти вопросы группе людей, представляющей все слои общества, то получим такие ответы:

- чтобы расслабиться,
- чтобы лучше себя чувствовать,
- чтобы сгладить стрессовую ситуацию в доме,
- чтобы избежать депрессии (сгладить ее симптомы),
- чтобы взбодриться, когда устал,
- алкоголь помогает уснуть,
- чтобы не скучать,
- чтобы удовлетворить желание,
- потому что предлагают,
- так принято,
- чтобы не быть "белой вороной",
- в виде протеста (против родителей, начальства и т.п.),
- чтобы хорошенько повеселиться,
- потому что вкусно,

- чтобы похмелиться,
- потому что я зависим от алкоголя,
- чтобы чувствовать себя сильным,
- если бы не было алкоголя, то не пил бы,
- просто так, беспричинно... и т.д., и т.п.

Несмотря на различие ответов, все же можно предпринять попытку найти какие-то объединяющие мотивы, по которым люди употребляют алкоголь. Люди пьют, чтобы снять напряжение, повысить свою самооценку, загладить чувство вины, отдохнуть и повеселиться, а также с целью манипулирования (например, агрессивное поведение или различные глупые выходки в пьяном состоянии легче прощаются, нежели совершенные в трезвом виде).

По мнению Ю.Щепаньского, люди пьют, чтобы убежать от действительности, по традиции, по праздникам, для храбрости и по причине наличия алкогольной зависимости.

А.Кемпиньский писал о "неврастеническом" стиле выпивки (для снятия напряжения и раздражения), "контактном" (для лучшего контакта с другими людьми), "вакханальном" (чтобы мнить себя и забыться), "героическом" (для того, чтобы почувствовать себя сильным) и "самоубийственным".

Другие исследователи мотивов питья различают три повода

для выпивки, встречающиеся чаще других:

1. "спасительный" (чтобы забыться, снять напряжение, поднять настроение и расслабиться);
2. "компанейский" (по случаю встречи, за компанию, за дружбу);
3. "в поисках удовольствия" (удовольствие от вкусовых качеств алкоголя или уверенность, что алкоголь полезен и улучшает здоровье).

Вместе с тем можно назвать факторы, не позволяющие человеку выпивать. Это физиологическая реакция на алкоголь, финансовые трудности, занятость другими делами, неодобрение со стороны окружения (друзей, близких, коллег), приоритет эстетики над гедонизмом, участие в религиозных сектах или клубах, где существует запрет на алкоголь, и прочее.

Не подлежит никакому сомнению тот факт, что на процесс развития зависимости существенно влияет степень зрелости организма и центральной нервной системы (в первую очередь, головного мозга). Данные исследований говорят, что важную роль играет возраст, в котором началось употребление алкоголя. Лица, начавшие интенсивно пить до 20-ти лет, могут стать зависимыми уже через несколько месяцев. В возрасте от 20-ти до 25-ти лет требуется 3-4 года, а после 25-ти лет для обретения алкогольной зависимости необходимо от нескольких до десятка лет питья.

Биологический фактор

Обследования алкогольных семей, их близких родственников, а также усыновленных детей алкоголиков позволяют выдвинуть гипотезу о том, что биологический фактор играет определенную роль в образовании алкогольной

зависимости (см. главу "Дети алкоголиков"). Уже в 40-х годах были предприняты попытки выделить понятие "семейный алкоголизм", который проявляется у людей, чьи родственники злоупотребляют алкоголем. Не подлежит сомнению, что наследуется **биологическая (биохимическая) основа**, на которой может развиваться зависимость, и, следовательно, может иметь место наследственная предрасположенность к зависимости. Проводились исследования, результаты которых свидетельствуют, что примерно у 60% зависимых от психоактивных веществ лиц среди их ближайших родственников обнаружены случаи зависимости.

В последние годы появились научные исследования по определению генов, ответственных за предрасположенность к зависимости. Они устанавливают взаимосвязь между алкогольной зависимостью и генами, имеющимися в хромосоме 13, в хромосоме "Y", геном, кодирующим один из дофаминовых рецепторов. Были даже предприняты попытки использовать эту информацию в целях профилактики (обследование детей и предупреждение о биологической предрасположенности к зависимости). Обращалось внимание на электроэнцефалограмму (ЭЭГ), так как отмечалась закономерность волны Р300 (РЗ). По мнению некоторых ученых, Р300 можно рассматривать в качестве нейрофизиологического индикатора проявления алкоголизма. Но это пока только гипотеза.

Гораздо легче заметить, что разные люди по-разному реагируют на алкоголь. Некоторые чувствуют себя отлично, у них поднимается настроение, а другие - наоборот: им становится плохо (падает настроение, мучает головная боль, одолевает сонливость). По данным обследований у 30-45% азиатов после употребления алкоголя наступает покраснение лица, тошнота, головная боль. Само собой разумеется, что одни постараются повторить и вернуть при помощи алкоголя состояние эйфории, другие (как упомянутые выше азиаты) постараются избежать повторной выпивки.

Различные реакции на алкоголь существуют из-за биохимических особенностей организма, и это связано с дифференциацией энзимов альдегид-дегидрогеназы (ALDH). У лиц со слабыми энзимами ALDH ацетиловый альдегид метаболизируется не в полной мере. Будучи в избыточном состоянии, он соединяется с биогенными аминами, в результате чего возникают алкалоиды, оказывающие сильнейшее влияние на деятельность центральной нервной системы.

Новые соединения (производные тетрагидроизохинолина (THIQ) и тетрагидробетакарболина (THBC) и салолинол (SAL), вероятнее всего, играют существенную роль в появлении алкогольной зависимости. Их воздействие вызывает алкогольную тягу. Механизм этого явления заключается, по всей видимости, в раздражении структур мозга, называемых "центрами награды" или системой "позитивной поддержки", находящихся в районе бокового подхолмья лимбических структур мозга. Раздражение этих участков вызывает у подопытных животных явные симптомы удовольствия и стремление повторить их. Подтверждением этому служит тот факт, что, когда в

диагностических или лечебных целях пациентам были подключены электроды, они чувствовали блаженство, расслабление, прекрасное настроение (во время стимуляции отдельных участков мозга). В США вводили ТНІQ в целях эксперимента в организм обезьян. Как показали исследования, обезьяны в качестве предложенного питья (вода и алкоголь) безошибочно выбирали алкоголь и пили его с охотой и в большом количестве.

Социальный фактор

Широкое распространение проблем, связанных с алкоголем, неотделимо от обычаев и представлений общества об алкоголе, то есть связано с культурой общества. Можно встретить общественные культуры, полностью отрицающие алкоголь (некоторые разновидности протестантизма в Европе и США, а также ислам), культуры, в целом не одобряющие алкоголь, но терпимо относящиеся к индивидуальным его приверженцам (как это имеет место в Польше и Голландии), культуры, признающие потребление алкоголя, но в то же время строго контролирующее его распространение (как, например, еврейская культура), и так называемые "пьяные культуры".

Особую роль играет **семейная обстановка**, которая способна как увеличивать, так и уменьшать риск возникновения зависимости. Отсюда столь существенно значение, которое приписывают так называемому **социальному наследству**, состоящему в повторении во взрослой жизни норм и обычаев родительского дома. Вместе с тем доказано, что алкоголики чаще всего вырастают в семьях, где один или оба родителя были алкоголиками, или же в семьях, где господствовало полное воздержание. Этот факт можно интерпретировать таким образом, что ни одна из упомянутых семей не была знакома с моделью культурного потребления алкоголя.

Важную роль играет также **доступность алкоголя**, то есть его цена, возможность покупки. Авторы доклада Конгрессу США в 1987 году отмечали, что даже относительно небольшое **повышение цены** на алкоголь ограничивало не только его потребление, но и количество ДТП (дорожно-транспортных происшествий) и летальных исходов, вызванных циррозом печени.

Классическим примером снижения потребления алкоголя может служить Дания, где во время 1-й мировой войны водка подорожала в 10 раз, пиво - в 2 раза и, соответственно, потребление алкоголя сократилось с 6,7 до 1,6 л на душу населения. За это же время количество случаев "белой горячки" уменьшилось в 13 раз, а смертельных исходов, вызванных хроническим алкоголизмом, - в 6 раз. В свою очередь, повышение цены на алкоголь в Швеции в 1956-57 гг. вызвало снижение его потребления на 25%. Данные опросов показали, что люди, злоупотребляющие алкоголем, и люди, страдающие алкогольной зависимостью, реагируют на повышение цен на алкоголь таким же образом, как и большинство нормально пьющих людей.

Ограничения на продажу алкоголя, вызванные всеобщей забастовкой в Финляндии, когда в течение пяти недель были закрыты водочные монопольные магазины, вызвало снижение потребления алкоголя на 30%. Во время забастовки в городе Гданьске те же меры вызвали снижение потребления на 24%. Вследствие запрета продажи алкоголя по субботам в течение 8-ми месяцев в Финляндии потребление алкоголя снизилось на 3%.

Результаты обследований говорят, что увеличение сети магазинов на 10% может вызвать рост потребления на 1%. С другой стороны, в докладе Британского королевского психиатрического общества говорится, что уменьшение сети продаж на 1 % влечет за собой уменьшение потребления алкоголя на 2,5%.

Другим ограничением доступности алкоголя является система рационирования. Введенная в 1979 году в Гренландии продажа алкоголя по талонам вызвала повсеместно снижение его потребления, когда же рационированная продажа была в 1986 году отменена, то скачок потребления составил 60%.

Следует также помнить, что во времена "сухого закона" в США почти наполовину уменьшилось количество смертей из-за цирроза печени.

Психологический фактор

Механизмы, обуславливающие поведение человека, тесно связаны с его личностными качествами. Это касается всех людей, в том числе и алкоголиков. Однако, не все знают, что поведение алкоголика обусловлено его эмоциональной незрелостью. Данные многочисленных исследований говорят, что агрессивное и порой антисоциальное поведение в детстве может вылиться в алкоголизм во взрослой жизни. Некоторые ученые склонны рассматривать такое поведение как фактор повышенного риска проявления алкоголизма. Процесс созревания личности является равнодействующей внутренних и внешних (полностью независимых от личности человека) факторов. По этой же причине неровный ход его нельзя рассматривать как проявление злых намерений или как вину эмоционально неразвитой личности.

У эмоционально незрелых людей гораздо больше проблем, связанных с преодолением различных житейских трудностей. Для этого им часто необходимы "подпорки". Для одних такими "подпорками" могут быть лекарства, а для других - более доступный алкоголь. В начальном периоде алкоголь помогает, но вместе с тем одурманивает и даже тормозит созревание, то есть процесс нормального формирования личности. Поэтому нередко среди алкоголиков (и не только среди них) можно встретить людей 40-50 лет, чьи эмоции и поведение мало чем отличаются от того, что можно наблюдать у малолетних детей.

В алкогольную зависимость попадают люди из различных слоев общества, но, в конце концов, все они становятся друг на друга чем-то похожи. Почти все жертвы алкогольной зависимости временами демонстрируют поведение,

которое называется деструктивным и антисоциальным. Под постоянно возрастающим воздействием алкоголя они забывают о своей родительской или профессиональной роли.

Ж.Г.Войтиц в своей книге "Брак по расчету" приводит перечень черт, присущих зависимым людям. Наряду с **эмоциональной незрелостью** имеют место чрезмерная зависимость, слабый иммунитет на фрустрацию, неумение выражать свои чувства, повышенная возбудимость в межличностных отношениях, чувство изолированности, заниженная или же завышенная самооценка, стремление во всем быть лучшим, меняющееся отношение к авторитетам, чувство вины и т.п.

Встречаются исследования, которые не находят никакой разницы в личностных характеристиках алкоголиков и неалкоголиков.

По мнению многих ученых, алкоголь рассматривается предрасположенными к зависимости людьми (потенциальными алкоголиками) в качестве средства, помогающего им функционировать и уменьшающего их "боль существования". У этих лиц со временем вырабатывается механизм так называемого "замкнутого круга". По мере развития процесса зависимости алкоголь, являясь источником позитивного эмоционального состояния, начинает постепенно замещать, вытеснять все прежние источники этого состояния.

Все чаще позитивные эмоции появляются непосредственно после подавления (при помощи алкоголя) негативных эмоций. Последние все теснее становятся связанными с выпивкой и ее последствиями. Слабеющий иммунитет на негативные эмоции постоянно "поддерживается" алкоголем. Алкоголь со временем становится самым главным и порой единственным средством для достижения позитивного эмоционального состояния.

Различные научные теории пытаются объяснить происхождение алкогольной зависимости. По мнению некоторых **психоаналитиков**, алкогольная зависимость может происходить от подсознательной тенденции к самоубийству. Другие видят влияние так называемого внутреннего конфликта между предрасположенностью к зависимости и раздражителем агрессии.

Теория обучения считает, что алкоголизм - это приобретенная реакция на некоторые виды раздражителей и одновременно способ справиться с отрицательными эмоциями. **Теория поведения** рассматривает злоупотребление алкоголем и алкогольную зависимость как одно из проявлений девиации (извращения).

Другие ученые склонны считать алкоголизм проявлением хронической болезни (Келле) или рассматривать его в качестве "вектора, обозначающего личностные проблемы" (Армстронг). Согласно Кнайфту, "алкоголизация - это симптоматическая попытка решения эмоционального конфликта". По мнению Купершмита,

"ключом для понимания личности алкоголика является то, что алкоголики неспособны переносить состояния напряжения". Р.Май связывает проявление алкогольной зависимости с чувством социального отчуждения.

Особую роль в образовании алкогольной зависимости играет система отрицания, мобилизующая все механизмы защиты для продолжения выпивки. По этой причине **алкоголизм** (как и другие виды зависимости) **включен в список болезней отрицания**.

Духовный фактор

Духовность можно понимать как сферу нашей жизни, которая связана с качеством нашего участия в делах, в судьбах и вещах, занимающих самое важное место в жизни. Она является отражением эмоциональной активности и характера взаимосвязей с кем-либо (чем-либо), кто (что) является наиболее важным для нас; она касается ценности, цели и смысла жизни, определяет стремление жить.

По мнению профессора Ю.Тишнера, основой духовности является свобода; сама духовность проявляется в произведениях искусства, в культуре, в определенной независимости взглядов в миропонимании и в отношении к самому себе.

Алкоголизм - это болезнь души, поскольку по мере развития болезни алкоголь становится самым важным фактором жизни ее центром, на котором сосредоточено все внимание; он становится средством общения. При помощи алкоголя предпринимаются попытки справиться с тревогой (страхом), удовлетворить чувство близости и доверия, чувства значимости, цели, смысла и ценности жизни. Некоторым людям алкоголь вроде бы помогает заполнить вакуум жизни. В то же время они не замечают, что алкоголь вытесняет из их сознания значимые вещи, не дает проявиться природным талантам и дарованиям, увеличивая тем самым духовную пустоту. Временное чувство силы, единства и дружбы исчезает вместе с прекращением действия алкоголя. Появляется все возрастающее чувство одиночества, избежать которого помогает очередная порция алкоголя.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ

Говоря о злоупотреблении алкоголем, следует помнить, что это выражение весьма условно, поскольку оно точно не определяет ни способы употребления, ни количество выпиваемого алкоголя. Тем не менее оно применяется в США по отношению к расстройствам соответствующим критериям злоупотребления химическими веществами. Это было сформулировано Американской ассоциацией психиатров (DSM-IV).

Согласно DSM-IV, злоупотребление - это наносящий вред здоровью способ применения химического вещества, приводящий к определенному клиническому расстройству или нанесению вреда, наблюдаемый в течение

последнего года и выражающийся в проявлении одного из приведенных ниже симптомов:

1. Повторяющееся употребление химического вещества, которое вызывает невозможность нормального выполнения основных обязанностей на работе, в учебном заведении или дома (например, повторные прогулы, снижение производительности труда, связанное с употреблением этого химического вещества, отсутствие на занятиях и лекциях, исключение из учебного заведения по тем же причинам, отсутствие заботы о детях и о домашнем хозяйстве).
2. Повторяющееся употребление химического вещества в ситуациях, создающих физическую опасность для жизни человека (например, нахождение за рулем автомашины или управление механизмами лицами, находящимися под воздействием химического вещества).
3. Повторяющиеся проблемы с законом (например, принудительное задержание, вызванное неадекватным поведением под влиянием химического вещества).
4. Непрерывное употребление химического вещества, несмотря на постоянные или повторяющиеся социальные или межличностные проблемы, являющиеся результатом употребления этого вещества, усиливающиеся под его воздействием (например, семейные ссоры, физическое насилие и т.п.).

Приведенные симптомы не могут полностью соответствовать критериям зависимости от химического вещества.

Последняя, 10-я редакция Международной классификации болезней, травм и причин смерти, которая была принята в 1996 году, не включает в себя термина "злоупотребление алкоголем". В случае обнаружения ущерба здоровью (соматического или психического), при отсутствии симптомов зависимости, можно говорить об ОПАСНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ. Этот способ потребления, к сожалению, достаточно часто игнорируется пьющими людьми, и также ему не придается должного значения в лечебной практике. Лиц, пьющих таким образом, скорее всего в 2-3 раза больше, чем зависимых от алкоголя; исследования говорят, что у 12-20% из их среды возникает химическая зависимость.

Существует еще один термин, связанный с употреблением алкоголя, - так называемое РИСКОВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ. Оно состоит в потреблении такого количества и таким способом, что это связано с возникновением большой вероятности ущерба здоровью,

в случае, если способ употребления не подвергается существенному изменению.

В некоторых странах считается, что безопасная доза алкоголя, то есть не вызывающая большого риска для здоровья, у мужчин составляет 3-4 порции*, а у женщин - 2 порции ежедневно в течение пяти дней в неделю.

По мнению участников Международного симпозиума "Умеренное потребление алкоголя и здоровье" (Торонто, 1993 г.), ежедневная доза не должна превышать двух порций с целью максимального уменьшения риска нежелательных

эффектов. Одновременно подчеркивалось, что "залповое" потребление недельной "нормы" (то есть 14 порций) увеличивает риск возникновения нежелательных последствий. Многие ученые считают, что такое количество алкоголя достаточно велико и что, чем меньшее количество алкоголя потребляется, тем лучше для здоровья. По мнению отдельных ученых, риска, связанного с потреблением алкоголя, можно избежать путем уменьшения ежедневной дозы чистого алкоголя до семи граммов.

Принимая во внимание индивидуальные особенности потребителя, следует отметить, что так называемых "БЕЗОПАСНЫХ" ДОЗ АЛКОГОЛЯ не существует: то, что является "безопасным" для одних, часто бывает весьма опасным для других. Существуют группы людей, для которых нет так называемых "безопасных" доз. Это:

- дети и молодежь;
- беременные женщины и кормящие матери;
- зависимые от алкоголя лица;
- лица, зависимые от других психоактивных веществ (препаратов);
- дети и ближайшие родственники зависимых лиц (особенно мужского пола);
- большинство лиц с психическими расстройствами; -лица, принимающие психотропные лекарства;
- лица, принимающие лекарства, которые вступают в реакцию с алкоголем;
- лица, страдающие соматическими заболеваниями, течение которых мог бы ухудшить алкоголь;
- лица, выполняющие особые виды работ (нахождение за рулем, управление механизмами, работа на высоте, выполнение задания, требующего полного психомоторного здоровья);
- а также большинство лиц, чье потребление алкоголя можно назвать опасным или рискованным.

С токсикологической и психиатрической точки зрения ЛЮБОЕ КОЛИЧЕСТВО АЛКОГОЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВРЕДНЫМ, хотя в случае одноразового потребления небольшой дозы алкоголя вред для здоровья трудно заметить. Но даже малая доза алкоголя, особенно при определенных условиях (юный возраст, некоторые заболевания, принятие лекарств, взаимодействующих с алкоголем), может причинить ущерб здоровью, непропорциональный по отношению к количеству выпитого алкоголя. Каждая доза алкоголя изменяет сознание и психическое состояние и, с этой точки зрения, может вызвать активность, повышающую риск травмы. У некоторых лиц, имеющих повышенную чувствительность к алкоголю (например, у тех, кто имеет органические заболевания), в определенных условиях (плохая пища, недосыпание, неблагоприятные климатические условия, жара и т.п.) может появиться неадекватная реакция на алкоголь как, например, "сумеречное" состояние или же патологическое опьянение.

Подобным образом индивидуально дифференцированы реакции при длительном употреблении алкоголя. Доказано, что употребление алкоголя

детьми и молодыми людьми связано с большим риском для их здоровья, нежели у взрослых людей. Отклонения, связанные с употреблением алкоголя женщинами, как правило, наблюдаются в более ранней стадии, чем у мужчин. У близких родственников зависимых лиц (особенно у сыновей) выше риск проявления алкогольной зависимости, чем у других членов семьи.

Соматические и психические заболевания, а также прием ряда лекарственных аппаратов определяют реакцию на алкоголь.

Поэтому попытка количественного определения безопасного уровня потребления алкоголя не нашла большой поддержки, хотя в некоторых публикациях по-прежнему рискованным считается регулярное потребление свыше 3-4 доз алкоголя ежедневно.

Подразделение всех пьющих на некоторые категории делается исключительно для описательных целей. Так, МАЛЮ или УМЕРЕННО ПЬЮЩИМИ (англ. "light to moderate users") считаются те, кто в течение недели потребляют 1-12 стандартных доз алкоголя, т.е. не более 4-х порций за 1 раз; лица, считающиеся ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМИ АЛКОГОЛЕМ ("heavy drinkers") - это те, кто потребляет 2 и более порций алкоголя ежедневно или 4 и более доз алкоголя не менее 3 раз в неделю и которые пьют для того, чтобы напиться.

Различие между рискованным потреблением, опасным потреблением и алкогольной зависимостью влияет на выбор метода терапии. В двух первых случаях достаточными бывают короткие интервенции, в случае зависимости необходим длительный специальный терапевтический курс лечения.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ

Говоря о лицах с алкогольной проблемой, необходимо принимать во внимание 2 категории: лиц, имеющих личную проблему, и лиц, имеющих алкогольную проблему среди своих близких.

Проведенные в Великобритании исследования говорят, что примерно 23% мужчин и около 8% женщин пьют алкоголь, рискуя своим здоровьем. Главную роль в идентификации таких лиц должны играть врачи-терапевты ("general practitioners").

Зависимых от алкоголя и злоупотребляющих алкоголем лиц можно идентифицировать при помощи клинических данных диагностических тестов и лабораторных обследований.

ЛИЦА С АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ

Клинические данные

Внешний вид

При первом же осмотре бросается в глаза:

- дрожание рук (нередко всего тела),

- опухшее лицо, иногда с расширенными кровеносными сосудами,
- покрасневшая слизистая оболочка глаз. Впечатление от разговора

Лицо, злоупотребляющее алкоголем:

- часто раздражается и нервничает,
- когда речь заходит об алкоголе, занимает оборонительную позицию,
- очень неохотно делится информацией о своих выпивках, отдельные факты старается приуменьшить, а другие полностью утаить.

Следует отдавать себе отчет в том, что злоупотребляющий алкоголем может обидеться из-за вопросов, которые ставят под сомнение его точку зрения.

Такая позиция является одним из симптомов болезни и нельзя ее рассматривать, как проявление злонамеренности пациента.

Стоит также **обратить внимание на поведение пациента** во время беседы по поводу выпивок, а именно на то, что он отводит глаза, отворачивает лицо, на лице появляется румянец, движения нервные, дыхание прерывистое. Врачебный опрос Достаточно распространены:

- жалобы на слабость и боли,
- отсутствие видимых результатов в лечении таких заболеваний, как гипертония, воспаление поджелудочной железы и т.д.,
- хронические головные боли (часто из-за давления),
- повторяющиеся посещения врача с жалобами, трудно поддающимися диагнозу (постоянные боли живота и грудной клетки, расстройство пищеварения, потеря аппетита, тошнота, рвота, понос),
- у женщин - нарушения месячных, боли живота и таза,
- частые ОРЗ,
- частые просьбы выдать бюллетень о нетрудоспособности,
- прогулы на работе, частая смена места работы,
- склонность к травмам, частые случаи травмирования,
- конфликты с правоохранительными органами,
- частая заболеваемость венерическими болезнями. Нередко случаются жалобы на нетипичные расстройства, такие как:

- бессонница (невозможность заснуть),
- плохая память,
- "депрессия", плохое настроение, мысли о смерти, апатия и т.д.,
- невралгические расстройства (жалобы на потерю чувствительности, потерю мышечной силы).

Более внимательно следует отнестись к лицам:

- которые ранее употребляли психоактивные вещества,
- слабо контролирующим свои эмоции (еда, секс, азарт и т.д.),
- с личностными расстройствами,
- с хроническими сильными невротическими симптомами,
- с другими хроническими расстройствами (физическими и психическими),
- у которых в процессе лечения наблюдалось отсутствие результата или же неожиданное улучшение или ухудшение состояния.

Поскольку злоупотребляющие алкоголем лица довольно часто принимают разного рода лекарства, то стоит обратить внимание на некоторые факты. О возможности существования **дополнительной лекарственной проблемы** говорит ситуация, когда:

- неизвестные врачу лица просят выписать им лекарства от бессонницы или успокаивающее средство,
- просят выписать рецепт на обезболивающее средство, объясняя просьбу болями в почках,
- обращаются неоднократно с подобными просьбами по телефону,
- жалуются на потерю рецепта или самого лекарства,
- пациент отказывается от лечения, если врач не выпишет ему то лекарство, какое ему требуется.

Во время опроса стоит порой задать несколько вопросов относительно фактора риска. Это поможет идентифицировать проблему.

Факторы риска у женщин:

- чрезмерная физиологическая чувствительность к алкоголю,
 - симптомы так называемого "комплекса месячных",
 - отсутствие работы,
 - недостаток ежедневных нагрузок,
 - низкая самооценка,
 - пьющий супруг,
 - молодой возраст,
 - одиночество,
 - так называемый "комплекс пустого гнезда".
- Факторы риска у молодежи:
- наличие алкогольной зависимости в семье,
 - неблагоприятная семейная атмосфера, хроническое стрессовое состояние,
 - друзья и окружение, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками,
 - случаи антиобщественного и преступного поведения,
 - резкие перепады настроения,
 - чрезмерно суровая или чересчур легкая обстановка в доме,
 - физическое (сексуальное) насилие,
 - заниженная самооценка,
 - плохие оценки в школе,
 - отсутствие интереса к учебе.

ТЕСТЫ И АНКЕТИРОВАНИЕ

Анкетирование, как и тестирование, проводится с целью определения круга злоупотребляющих алкоголем лиц, а также облегчения постановки диагноза алкогольной зависимости. Широкое распространение нашли американские

тесты MAST, SMAST, SAAST, CAGE и немецкие MALT, KFA, а также рекомендуемый Сообществом AA (Анонимных Алкоголиков) тест Джелинека. Очень прост, удобен и безопасен для применения тест CAGE, состоящий всего из 4-х вопросов:

1. Решал(а) ли ты в своей жизни окончательно бросить пить?
2. Случалось ли, что близкие тебе люди (родственники) выводили тебя из равновесия разговорами о твоём пьянстве?
3. Мучили ли тебя угрызения совести, чувствовал ли ты вину или тебе было стыдно из-за своего пьянства?
4. Было ли с тобой такое, что, проснувшись утром, тебе прежде всего надо было "для успокоения нервов" или, чтобы "встать на ноги", выпить алкоголь, то есть похмелиться?

Получение двух положительных ответов на заданные вопросы творит о существовании алкогольной зависимости.

По мнению некоторых ученых, в случае получения пяти утвердительных ответов на заданные вопросы сокращенного теста, MAST можно утверждать, что есть алкогольная зависимость. Вот ли вопросы:

1. Считаешь ли ты, что пьешь, как большинство людей?
2. Разделяют ли твои друзья и близкие мнение, что ты пьешь нормально и в меру?
3. Посещал ли ты когда-нибудь собрание AA?
4. Терял ли ты друга или девушку из-за своего пьянства?
5. Имел ли ты неприятности на работе из-за выпивок? >
6. Были ли у тебя случаи неисполнения своих обязанностей, семейные неурядицы или прогулы из-за пьянства?
7. Случались ли с тобой "белая горячка" (делириум тремор), дрожь в теле, какие-то голоса, видел ли ты несуществующие предметы в состоянии алкогольного опьянения?
8. Обращался ли ты за советом по поводу своего пьянства?
9. Попадал ли ты в больницу из-за пьянства?
10. Управлял ли ты автомобилем в пьяном виде?

В Польше пользуется популярностью тест, применяемый в клинике университета Джона Хопкинса, в г. Балтимор (США). В прилагаемой инструкции говорится, что один утвердительный ответ в данном тесте означает "возможность стать алкоголиком", и в связи с этим необходимо проявлять осторожность. Два утвердительных ответа говорят о том, что весьма правдоподобна версия "ты - алкоголик".

Три или более, утвердительных ответа из приводимой ниже анкеты, по мнению ее авторов, определенно говорят о наличии алкогольной зависимости. Вопросы эти составлены на основе материалов Сообщества AA. Вот они:

1. Пьешь ли ты на работе?
2. Вызывает ли твое пьянство семейный разлад?
3. Пьешь ли ты, что считаешь себя робким с окружающими?

4. Влияет ли твое пьянство негативно на мнение о тебе?
5. Чувствовал ли ты угрызения совести из-за пьянства?
6. Попадал ли ты в финансовые затруднения из-за пьянства?
7. Беспокоит ли твое пьянство твою семью?
8. Теряешь ли ты чувство собственного достоинства в состоянии опьянения?
9. Чувствуешь ли ты потребность ежедневной выпивки в определенное время?
10. Все ли равно для тебя - с кем пить?
11. Есть ли у тебя потребность в похмелье?
12. Замечал ли ты у себя в состоянии опьянения снижение физических и умственных способностей?
13. Влияет ли твое пьянство негативно на твою профессиональную деятельность? На любую твою работу?
14. Бывает ли у тебя плохой сон из-за пьянства?
15. Выпивая, не считаешь ли ты, что тем самым уходишь от проблем?
16. Случается ли тебе пить в одиночку?
17. Бывают ли у тебя провалы в памяти, когда ты абсолютно не помнишь, где был, что делал?
18. Пьешь ли ты, чтобы чувствовать себя увереннее?
19. Попадал ли ты из-за своего пьянства в вытрезвитель, в больницу или тюрьму?

В конце 80-х годов Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила так называемый просеивающий тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), который:

- позволяет идентифицировать лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц с рискованным и опасным для здоровья способом потребления алкоголя,
- позволяет соответствовать предложенным этой организацией критериям диагноза, включенным в X редакцию Международной Классификации болезней, травм и причин смерти (ICD-10),
- кроме обследования, принимает во внимание также данные медицинского осмотра и уровень гамма-глутаминтрансфераза (GGT).

Полезными в идентификации зависимых от алкоголя лиц и в постановке диагноза могут быть статьи С.Сидоровича, помещенные в журнале "Проблемы алкоголизма", №6 за 1980 г., и "Вспомогательная диагностическая анкета в области алкогольной зависимости по доктору Б.Вороновичу" ("Проблемы алкоголизма", №10, 1984 г.).

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При идентификации злоупотребляющих алкоголем лиц может оказаться полезным анализ крови. Он демонстрирует:

- увеличение диастаза и повышение уровня трансаминаз (соотношение AspAt и AlAt более величины "2" говорит о поражении печени, характерном для пьющих лиц),
- отклоняющиеся от нормы данные "печеночных проб",
- симптомы сахарного диабета (легкая форма) с повышенным содержанием сахара в моче,
- электролитные расстройства (низкий уровень солей калия),
- специальные исследования - биологические маркеры злоупотребления алкоголем (данные этих анализов спорны, так как они меняют свою величину при других хронических отравлениях, их вероятность - 30%),
- увеличенное значение гамма-глутаминтрансфераза (GGT)', холестерина, липопротеина высокой плотности в сыворотке крови (HDL), трансферрина С, показателя содержания масляной кислоты альфа-аминолейцина в сыворотке крови,
- бета-гексоизоаминидаз (повышенная активность после принятия алкоголя),
- 5-гидроокситриптофол (его определение очень дорого),
- CDT (дефицитный по карбогидрату трансферрин),
- макроцитарная анемия (уменьшение количества красных кровяных телец с одновременным увеличением их объема),
- снижение концентрации разветвленных аминокислот. Стоит обратить также внимание на:
- активизацию лизосомных гликозидаз в крови,
- уровень иммуноглобулина А в плазме крови (повышенный),
- содержание липидных и гликопротеиновых составляющих оболочки эритроцитов;
- активность плиточной моноаминоксидазы (MAO) у зависимых от алкоголя лиц (пониженная).

В США принято считать, что если уровень алкоголя в крови свыше 1,5 промилле без видимых признаков опьянения или более 3 промилле (не принимая во внимание обстоятельства), то это говорит о повышенной толерантности на алкоголь и можно установить наличие алкогольной зависимости.

ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ПРОБЛЕМУ СРЕДИ СВОИХ БЛИЗКИХ

Очень часто встречаются люди, ищущие помощи, но при этом старающиеся не говорить о наличии алкогольной проблемы в семье. Они поступают так из-за чувства стыда или страха. Как можно определить таких людей?

Чаще всего встречающиеся симптомы, свидетельствующие о наличии алкогольной проблемы в семье:

- частые посещения врача членами семьи;
- наличие неясных и трудных для диагноза симптомов, корни которых трудно определить, например, головные боли, жалобы ребенка на боли в животе;

- травмы, следы физического насилия ("неизвестного" происхождения синяки, царапины, ссадины и т.п.);

- неумение сосредоточиться, реактивное поведение, заикание, недержание мочи и другие нервные расстройства;

- депрессивное состояние или страх у ребенка и супругов. Кроме того:

- попытки замаскировать проблемы хорошим внешним видом, но чаще плохой внешний вид;

просьбы произвести судебно-медицинское освидетельствование;

- поведение, свидетельствующее о сосредоточении внимания на пьющем члене семьи, например, попытки "достать" для мужа бюллетень, просьбы выписать тетурам, эспераль или что-нибудь "успокаивающее";

- просьбы помочь в связи с нервным поведением детей. О чем необходимо спросить:

- как часто пьют домашние?

- чье пьянство вызывает беспокойство?

- случаются ли ссоры в связи с выпивкой?

- что чаще всего заставляет нервничать?

- как проводите свободное время, есть ли время для самого себя?

- что является причиной чрезмерных забот?

Для лучшей ориентации в данной проблематике стоит расширить знания того:

- что происходит обычно в семье, где существует алкогольная проблема;

- в чем суть созависимости;

- что в поведении близких способствует выпивке.

' В таких странах, как Австрия, Бельгия, Дания, Франция, Греция, Испания, Люксембург, Германия, Швейцария, Венгрия, Англия, Италия, границей трезвости является 0,8 промилле. В Ирландии же - 1,0 промилле.

Общеввропейский парламент намерен принять единую границу трезвости для всех стран-участниц ЕЭС - 0,5 промилле содержания чистого алкоголя в крови.

* Под порцией подразумевается около 10 г чистого алкоголя, т.е. около 25 г водки, 100 г вина или 200 г пива.

Уровень GGT сохраняется в норме в случае запоя не более 2-х недель; у неалкоголиков доза алкоголя, вызывающая интоксикацию не повышает уровень GGT в крови; встречаются лица, у которых алкоголь не оказывает никакого влияния на уровень GGT. Его уровень снижается почти у всех алкоголиков после недельного воздержания, но может сохраняться даже более месяца; у лиц с поражением печени уровень GGT может возрасти уже при однократном потреблении алкоголя.

ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С АЛКОГОЛЕМ

Общая информация

Проблемы, связанные с алкоголем, рассматриваются как в плане отдельной личности, так и на уровне их общественной значимости. Они могут непосредственно затрагивать человека и вместе с тем влиять на его участь опосредованным образом. Предпринимались попытки классифицировать проблематику, касающуюся данного явления. В них выделялись вопросы здоровья (соматического и психического), социальные проблемы (семейные, профессиональные, правовые), а также связанные с вышесказанным экономические проблемы. Другие попытки систематизации выделяют проблемы, касающиеся личности, злоупотребляющей алкоголем, ее близких, окружения, а также проблемы, связанные с соблюдением правовых норм и порядка (преступления и поступки, совершенные в нетрезвом состоянии, контрабанда, производство и торговля алкоголем), с запрещенной или скрытой рекламой, помещенной среди другого информационного материала. Сведения об алкогольной зависимости добываются из анализа статистических данных и медицинских исследований. Расширение сферы алкогольных проблем тесно связано с величиной среднего потребления алкогольных напитков. Согласно Ледерманну, количество злоупотребляющих алкоголем лиц увеличивается пропорционально квадрату усредненного потребления алкоголя. Существенное влияние на увеличение проблем, связанных с потреблением алкоголя, оказывает также структура потребления и виды алкоголя. Потребление алкогольных напитков на человека в Польше, в пересчете на чистый алкоголь, выглядит следующим образом:

Год	Количество в литрах	Год	Количество в литрах
1844	9,6	1965	4,1
1913	3,7	1970	5,2
1930	1,5	1975	6,9
1935	1,0	1980	8,4
1938	1,5	1982	6,1
1946	1,5	1985	6,8
1947	2,5	1990*	6,0
1955	3,1	1991*	-
		1994*	6,5

Значительный рост количества лиц с алкогольными психозами (на 100 тысяч человек в 1989 г. - 11,41; в 1990 г. - 13,42; в 1991 г. - 15,24) позволяет говорить об употреблении в 1991 г. как минимум 9-10, а в 1992-1994 гг. около 10-11 литров чистого алкоголя среднестатистическим жителем Польши. Это самое большое потребление алкоголя за всю историю страны.

С точки зрения количества выпитого алкоголя Польша является страной со средним показателем, что позволяет поместить ее в начало второй десятки мировых потребителей. Однако весьма неблагоприятная структура потребления

(примерно 70% всех потребляемых напитков - алкогольные) ставит страну в число "передовых" по количеству выпитой водки.

Как неблагоприятная структура потребления, так и способ потребления алкоголя, заключающийся в быстром одноразовом потреблении большого количества напитка, зачастую без закуски, вызывает часто встречающиеся случаи глубокой интоксикации (тяжелое отравление алкоголем). Это состояние влечет за собой большее, нежели в других странах, увеличение проблем, связанных с алкоголем. Для сравнения, во Франции, находящейся многие годы в первых рядах по потреблению алкоголя на душу населения, взрослый мужчина пьет в 10 раз чаще (до 550 раз в году), чем в Польше (50-60 раз в году), но тем не менее одноразово он выпивает в несколько раз меньше чистого алкоголя, что приводит к гораздо меньшему отравлению организма.

Соотношение в потреблении алкоголя в Польше мужчинами и женщинами выглядит как 5:1. На протяжении многих лет отмечена повышенная смертность среди мужчин в наиболее продуктивном возрасте. Так, например, в 1985 г. в возрасте от 20 до 34 лет умерло в 3 раза больше мужчин, нежели женщин. Продолжительность жизни зависимых от алкоголя лиц в среднем на 10-20 лет меньше чем среднестатистической.

В период с 1965 по 1980 г. наряду с увеличением потребления алкоголя поднялся коэффициент общей смертности с 7,4 до 9,9 на 100 тысяч населения. В последние годы он значительно снизился и достиг в 1986 г. показателя 4,2. По данным милиции свыше 20% самоубийств совершаются лицами, злоупотреблявшими алкоголем.

Свыше 20% ДТП (дорожно-транспортных происшествий) происходит по вине нетрезвых водителей и около 25% всех видов преступлений связано с употреблением алкоголя. Равно, как в основе каждого 4-го семейного развода лежит алкогольная проблема.

Вопреки общераспространенному мнению, данные статистики свидетельствуют, что большинство спровоцированных алкоголем поступков совершаются людьми, не склонными к злоупотреблению алкоголем, а вовсе не людьми, страдающими алкогольной зависимостью ИЛИ злоупотребляющими алкоголем, как это утверждает народная молва.

Распространение алкоголя среди трудоспособного населения определяется в среднем как 2-3%, в то же время в некоторых странах эта цифра достигает уровня 20% от всех трудоспособных мужчин. Тем не менее, к подобным цифрам необходимо относиться с большой степенью осторожности, поскольку они весьма приблизительны.

Проведенные в Польше в 1961 г. А. Свенчицким исследования определили количество алкоголиков: 300-400 тысяч человек. В конце 70-х годов эта цифра возросла до 600-900 тысяч (Вальд), а последние данные, приведенные Мелецкой-Кубень в 1987 г., говорят о количестве примерно в 1,2 миллиона человек.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения, определяется как "физическое и психическое состояние человека, позволяющее обучаться или трудиться, а также предоставляющее ему возможность удовлетворения своих социальных и культурных потребностей".

Общеизвестно, что на состояние нашего здоровья оказывают влияние как внешние, так и внутренние факторы. Среди внешних факторов существенную роль играют так называемые раздражители, в том числе алкоголь, под воздействием которого может наступить нарушение здоровья, не только соматическое (физическое), но также и психическое. Известно также, что реакция на алкоголь может быть различна и зависит от ряда факторов, как физических, так и психических. Считается, что 6% летальных исходов у людей до 75 лет и 20% клинических осложнений связаны с употреблением алкоголя (Андерсон, 1990 г.). По мнению Королевского медицинского общества, в 15-40% случаях насильственной смерти в Англии основная роль принадлежала алкоголю.

СОМАТИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ

Токсическое действие этил-алкоголя и его метаболитов на органы человека, нерегулярное питание, также, как и недостаток витаминов и их плохая усвояемость, вызывают различного рода соматические расстройства. По мнению некоторых ученых, недостаточное питание более негативно сказывается на организме человека, чем воздействие этанола. Злоупотребляющие алкоголем лица более склонны к простудам и инфекционным заболеваниям, у них чаще встречаются травмы головы, большее количество несчастных случаев и случаев самоубийств. Все эти факторы в значительной мере влияют на среднюю продолжительность жизни лиц, зависимых от алкоголя или злоупотребляющих им. Согласно опубликованным данным VII Доклада Конгрессу США, как минимум 3% смертей, происходящих в стране, связано с воздействием алкоголя.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Нервная система человека особенно чутко реагирует на этил-алкоголь и в особенности на продукты его метаболизма. Именно в нервной системе прежде всего и наиболее ярко сказываются последствия нейротоксического воздействия этанола. На патологические изменения в этой системе влияет вызванный алкоголем недостаток витаминов (в основном витаминов группы "В", биотина, пантотеновой кислоты и пиридоксана).

В периферической нервной системе на первый план выступает полиневропатия (полиневрит). Она появляется в связи с изменением структуры и функционирования периферической нервной системы, спровоцированных

неинфекционным путем, в данном случае воздействием алкоголя и продуктов его метаболизма. Характерными признаками ее являются прежде всего расстройство чувствительности отдельных сегментов конечностей (парестезия и ослабление), невралгия, ослабление или отсутствие рефлексов и мышечные боли. При этом преобладают болезненные явления в нижних конечностях (боли и судороги икроножных мышц, парестезия, жжение ступней ног, а также расстройство глубокой чувствительности).

В критических ситуациях может наступить как неполный паралич (парез), так и полный паралич. Часто встречается паралич малоберцового нерва (ослабление функции стопы, сгиба пальцев ног, опадание стопы, когда ее внешняя сторона опускается ниже внутренней и приобретает вид копыта ("косолапость")) и лучевого нерва (так называемая "опущенная рука" - расстройство движения руки в запястье и суставах пальцев).

Эти изменения в периферической нервной системе почти всегда сопровождаются мышечными изменениями (алкогольная миопатия), проявляющимися в ослаблении мышечной силы и уменьшении мышечной массы (пациенты часто жалуются на "ватные ноги").

Примерно в 50% случаев встречаются подкожные отеки, проявления миоглобинурии или энурии. Могут появляться признаки ослабления сокращений гладких мышц, кишечника и матки.

При постановке диагноза, помимо установления факта частого и чрезмерного потребления алкоголя и клинической картины, важными являются результаты электромиограммы, наряду с анализом нервной проводимости.

Хроническое злоупотребление алкоголем может вызвать проблемы со зрением, что является результатом токсического воздействия алкоголя на зрительный нерв (так называемая токсичная зрительная невропатия, характеризующаяся различной степенью расстройства зрения, вплоть до полной его потери, а также ограничением поля зрения и нередко атрофией зрительного нерва сетчаточной сосудистой ретинопатией).

Центральную нервную систему образуют мозг, мозжечок, продолговатый и спинной мозг. Сформировавшийся мозг имеет около 100 миллиардов нейронов в соединении с 1 триллионом глиальных клеток. Примерно после 35 лет человек теряет ежедневно около 100000 нейронов. Несмотря на такие потери, оставшаяся сеть нейронов выполняет без видимых отклонений свои функции. Однако ситуация может коренным образом измениться в результате воздействия внешних факторов, таких, как, например, травмы, нарушение кровообращения в коре головного мозга, инфекция или отравление (например, алкоголем). У лиц, злоупотребляющих алкоголем, компьютерная томография показывает в 50-90% случаев расширение желудочков мозга и атрофию коры в височной и лобной областях.

Анализ нескольких сотен исследований, в которых проводилось компьютерное обследование 2270 пациентов, показал атрофию корковых и подкорковых структур в 67,9% случаях. Чаще всего она проявляется синдромом Корсакова. Вместе с тем отмечено уменьшение подобных изменений после приостановки

потребления алкоголя. Поскольку термин "атрофия" означает необратимый процесс, полное исчезновение и потерю чего-либо, то предложено в случае обратимости процесса употреблять термин "возвращение мозга по объему в норму" ("brain shrinkage").

Подтвержденные исследованиями изменения являются результатом не только разрушающего воздействия алкоголя и продуктов его метаболизма на человеческий мозг, но также результатом других факторов, сопутствующих алкогольной зависимости (травмы, колебания кровяного давления, нарушение кровообращения в коре головного мозга в состоянии опьянения, остановка дыхания при глубоком отравлении, различного рода воспаления, недостаточное питание и т.п.).

С нарушениями в деятельности центральной нервной системы связано появление судорожных абстинентных припадков, часто называемых алкогольной эпилепсией. Они стоят в одном ряду с другими симптомами абстинентного синдрома (синдрома отмены), который проявляется у 5-15% алкоголиков, чаще всего в промежутке от 6-ти до 48-ми часов после принятия алкоголя. Не исключено их проявление в течение семи дней после прерывания запоя. В период между приступами отклонений ЭЭГ не наблюдается.

Существенную роль в их появлении играют, вероятнее всего, метаболические расстройства (нарушение обмена веществ), что является следствием нарушения функций печени и хронического отравления этил-алкоголем, но в большей степени токсичным продуктом его распада - уксусным альдегидом.

Появление судорожных абстинентных припадков, вероятно, обусловлено резким снижением уровня алкоголя в крови, электролитными расстройствами (снижением уровня содержания магния), нарушением метаболизма нейротрансмиттеров (снижением ГАВА, своеобразного "тормоза"), нарушением функций кальциевых каналов, отеком мозга и недосыпанием (депривация сна). Наряду с этим известно, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, часто бывают органические поражения мозга, вызванные алкоголем и продуктами его метаболизма, а также нередкими травмами черепа.

Абстинентные судорожные припадки не наблюдаются в случае длительной абстиненции (воздержания). Вместе с тем следует помнить, что у лиц органическими поражениями мозга наблюдается склонность к потреблению алкоголя, и примерно 25% лиц, страдающих эпилепсией, попадают в алкогольную зависимость.

Результатом органического алкогольного поражения головного мозга является энцефалопатия Вернике (синдром Вернике-Корсакова), расстройства познавательных функций и памяти. Энцефалопатия Вернике - это результат токсического воздействия алкоголя при одновременном недостатке витаминов (в основном, В1). В результате воспалений, вызывающих дегенерацию кровеносных сосудов, происходит паралич мышц глаз, астигматизм и расстройство памяти. Кроме того, часто встречается полиневропатия, а в некоторых случаях появляются произвольные движения или неполный паралич конечностей. Энцефалопатия Вернике наблюдается примерно у 5-10%

зависимых людей. Ее симптомы: расстройство функций глазных мышц, нистагм, дрожание, астигматизм, частичный паралич конечностей, полиневропатия, судорожные припадки, потеря сознания. На фоне энцефалопатии Вернике при одновременном широком поражении лимбической системы может развиваться психоз Корсакова.

Гораздо реже встречаются такие виды энцефалопатии, как синдром Мореля (пластинчатое отмирание коры), первичное вырождение мозолистого тела, а также синдром Адамса, Виктора и Манкалла (центральный миелоз моста мозга) и Джофилле алкогольная пеллагра). В периферической нервной системе в результате воздействия алкоголя может иметь место невропатия блуждающего нерва, травма которого вызывает паралич мягкого неба, горла и гортани.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ Слизистая оболочка

Чаще всего встречающиеся нарушения в органах пищеварения -это хроническое воспаление слизистой оболочки рта, пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, расстройство перистальтики пищевода и кишечника, а также плохое всасывание пищи. Нередко случаются кровоизлияния и эрозии при воспалительных процессах, кровотечения, вызванные разрывом слизистой оболочки.

Алкоголь вызывает ослабление аддуктора пищевода и проявление желудочно-пищеводного рефлекса, пищевода Барретта, травматических трещин пищевода, а также синдрома Меллори-Вейсса.

Печень

Примерно у 20-30% потребляющих ежедневно алкоголь свыше 3 стандартных порций (1 порция равна 10 г чистого алкоголя) обнаруживается повышенное значение величины GGT. Ее уровень в случае прекращения питья должен вернуться в норму (норма равна 8-544 IU/L) в течении 3-х месяцев.

Печень человека, участвующая в процессе метаболизма большей части алкоголя, реагирует следующим образом: ожирением (у 90% злоупотребляющих алкоголем); воспалением (у 40% пьющих, по другим данным -у 10-15% пьющих); фиброзом, ведущим к циррозу (15-30%, по другим данным-8-10%). Ожирение

печени заключается в чрезмерном отложении жиров в клетках печени и является в большей мере обратимым процессом, то есть процесс ожирения прекращается после приостановки питья. Симптомы ожирения сказываются коликами в правом подреберье и значительным увеличением печени.

Алкогольное воспаление печени является вторым этапом ее поражения, симптомы выражены

более резко, чем в случае с ожирением. Если же лицо, страдающее

воспалением печени, продолжает пить, то в 80% случаев вышеуказанные изменения перерастают в цирроз.

Цирроз печени - это такое состояние, когда мякоть печени заменяется волокнами соединительной ткани, бесполезной точки зрения функциональности и наряду с этим затрудняющей прохождение крови через печень. Симптомы цирроза: общая слабость, похудение, наличие жидкости в брюшной полости, отечность, желтуха и расширение вен пищевода, что может быть причиной обильного кровотечения. По мнению некоторых ученых, риск появления изменений печени возникает при ежедневном употреблении 60-80 г алкоголя у мужчин, и немногим более 20 г у женщин. Первичный рак печени в 75% случаев (по некоторым данным - в 15-20%) появляется на почве цирроза печени. Среди гипотез, объясняющих появление цирроза печени, подчеркивается воздействие алкоголя на клеточную оболочку и метаболизм липидов, высокий уровень содержания уксусного альдегида в крови и недостаточное питание.

По сути, алкоголь (в особенности, возникающий в печени путем алкогольного дегидрогеназа - АДН и токсичный более чем в 30 раз, продукт его метаболизма - уксусный альдегид) признан наиболее токсичным фактором для печени. Существенную роль в алкогольном патогенезе печени играет недостаточное питание.

Интересно отметить, что у алкоголиков, прошедших операцию по трансплантации печени, отмечен низкий процент рецидива болезни (запоев).

Поджелудочная железа

Примерно 65% острых и хронических воспалений поджелудочной железы обусловлено злоупотреблением алкоголем, т.к. алкоголь провоцирует образование в поджелудочной железе сгустков белковой субстанции (белковых "пробок", "колбочек"). Вызванное закупоркой каналов воспаление часто взаимосвязано с самоперевариванием поджелудочной железы. Другой механизм подобного состояния заключается в том, что алкоголь, провоцируя чрезмерное выделение ферментов поджелудочной железы, обуславливает воспаление и повышенную перистальтику двенадцатиперстной кишки и протоков поджелудочной железы, что затрудняет выход выделяемых поджелудочной железой энзимов.

Воспаление поджелудочной железы может возникнуть из-за болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При запущенном воспалительном процессе поджелудочной железы может развиваться сахарный диабет, поскольку атрофируются "островки Лангерганса", вырабатывающие инсулин и регулирующие правильный обмен сахара в крови.

Хроническое воспаление поджелудочной железы чаще связано с алкоголизмом, нежели ее острое воспаление. Проведенные в США исследования говорят о том, что свыше 75% пациентов, страдающих хроническим воспалением поджелудочной железы, раньше в значительной степени злоупотребляли алкоголем. Болезнь как правило появлялась в течении 5-10 лет интенсивной пьянки. Острое

воспаление поджелудочной железы почти в 5% случаев может кончиться летальным исходом, в то же время 10-20% случаев этого воспаления спровоцировано алкоголизмом.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Хотя и существует мнение, что употребление небольшого количества алкоголя уменьшает риск образования коронарной болезни, тем не менее большинство исследований говорит о том, что хроническое интенсивное пьянство вызывает такие болезни сердца, как гипертония, кардиомиопатия, аритмия, инсульт.

Не исключено, что сторонники умеренного потребления алкоголя не учитывают четырех основных факторов, а именно:

- Среди непьющих могут быть лица, бросившие пить в связи с проблемами своего здоровья.
- Абстиненты (воздерживающиеся от питья) могут страдать от различных недомоганий в большей мере, нежели умеренно пьющие.
- Непьющие представляют собой особую группу в том обществе, где пьянка считается нормой.
- Нет точного определения взаимосвязи между пьянством и курением, но по некоторым данным наибольшая смертность зафиксирована среди непьющих курильщиков.

Повышенное кровяное давление

Повышенное кровяное давление наблюдается у 10-30% злоупотребляющих алкоголем. Результаты исследований говорят, что повышению давления способствует, с одной стороны, абстинентный синдром и снижение уровня алкоголя в крови, а с другой, за это отвечает неизвестный науке биохимический механизм.

Повышенное кровяное давление является главной причиной кровоизлияния в мозг, сердечного приступа или инфаркта. Многочисленные результаты анализов говорят о том, что злоупотребление алкоголем тесно связано с риском появления высокого давления. Установлено, что различного рода нарушения кровяного давления, в том числе случаи смертельного исхода, возрастают с увеличением потребления алкоголя. Вместе с тем установлено, что повышенное кровяное давление частично приходит в норму с приостановкой питья.

Кардиомиопатия

У лиц, много и долго пьющих, появляется и развивается вызванная ослаблением сердечной мышцы алкогольная кардиомиопатия (изменение и вырождение сердечной мышцы (ее значительная атрофия), ожирение и увеличение сердца), ведущая к нарушениям работы сердца и нарушениям в системе кровообращения.

Механизм образования этих нарушений в достаточной мере еще не изучен. Не исключено, что определенную роль в этом процессе играют дефект обмена кальция, пероксидация липидов с образованием свободных радикалов и уксусного альдегида. В основном же кардиомиопатия, как и описанное ниже нарушение сердечного ритма, вызвана непосредственным воздействием алкоголя и продуктов его метаболизма на сердечную мышцу, на всю сердечную систему.

Считается, что 20-30% случаев кардиомиопатии связано с употреблением алкоголя. Проведенные в США исследования свидетельствуют о том, что почти половина лиц, страдающих кардиомиопатией, говорили о своей алкогольной зависимости. И примерно у 30% пациентов симптомы болезни исчезли после того, как они прекратили пить. Остальные 70% больных могут надеяться только на трансплантацию сердца.

Нарушения сердечного ритма

Как острое алкогольное отравление, так и хроническое злоупотребление алкоголем, могут быть причиной аритмии и нарушения работы сердца. К вестибулярным нарушениям сердечного ритма, связанных с хроническим потреблением алкоголя, относится мерцание предсердий (15-20% идиопатических мерцаний).

Скоропостижная смерть среди алкоголиков частично объясняется аритмией сердца. Алкоголь нарушает автоматизм в работе полостно-предсердного узла и может тормозить прохождение импульсов, а также спровоцировать мерцание.

Ишемическая болезнь сердца

В настоящее время отказались от широко распространенного в прошлом мнения, что алкоголь благоприятно действует на кровообращение в коронарной системе и, тем самым, уменьшает боли в сердце (симптом стенокардии, иначе "грудной жабы"). Кажущееся облегчение, "избавление" от боли после принятия рюмки коньяка появляется не в результате расширения коронарных сосудов, а за счет успокаивающего и обезболивающего действия алкоголя. Сердечная мышца как была, так и осталась при кислородном голодании.

Правда, некоторые ученые утверждают, что небольшие дозы алкоголя уменьшают степень риска заболеть коронарной болезнью, но вместе с тем обращают внимание на более частое проявление у этих лиц цирроза печени, повышенного кровяного давления и онкологических заболеваний. С другой стороны, есть множество данных, которые свидетельствуют о том, что риск заболеть и умереть от коронарной болезни увеличивается при злоупотреблении алкоголем.

Гематологические расстройства

У зависимых от алкоголя лиц часто встречаются морфологические изменения спинного мозга, которые мешают нормальному функционированию кроветворной системы. Алкоголь напрямую и непосредственно воздействует на все элементы крови, а также на их развитие. Воздействие на красные кровяные тельца происходит путем снижения уровня фолиевой кислоты и затормаживания синтеза DNA. Доказано также токсичное воздействие алкоголя на мегакариоцит и на уничтожение тромбоцитов в селезенке. Количество тромбоцитов может придти в норму через несколько дней воздержания от алкоголя.

Болезни сосудов головного мозга

Последствиями болезней сосудов головного мозга являются среди прочего и инсульты. Они происходят в результате нарушения кровообращения в сосудах или кровоизлияний. Повышенный риск инсульта связан с вызванной алкоголем пониженной тромбогенной активностью тромбоцитов, возросшей тенденцией спазмов сосудов и с упомянутым выше повышенным кровяным давлением.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

У чрезмерно пьющих людей часто встречается хроническое воспаление слизистой оболочки дыхательных путей и бронхит, что вызывает гибель так называемых ресничек и желез слизистой оболочки. Последствиями этого является постепенная потеря способности задерживать пыль и бактерии и, соответственно, повышенная опасность заболеть дыхательных путей.

Дополнительным фактором, усиливающим такое состояние, является табачный дым. Данные говорят, что примерно у 30% пациентов эти явления исчезли после того, как они прекратили пить.

У курящих и злоупотребляющих алкоголем в 10 раз больше опасность заболеть раком легких, гортани и полости рта. Многие исследования подтверждают связь между алкогольной зависимостью и туберкулезом легких.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Известны случаи острой функциональной недостаточности почек, вызванные токсическим воздействием алкоголя. Злоупотребление алкоголем способствует росту концентрации в крови мочевой кислоты и связанным с этим симптомам мочеислого диатеза (воспаления суставов, вызванного мочевыми отложениями), а также отложения солей магния в мочевых каналах.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Злоупотребление алкоголем может вызвать нарушения образования гормонов - тестостерона и лютеотропина, снижение жизнедеятельности сперматозоидов и повреждение их структуры. У мужчин наблюдаются случаи гипогонадизма и феминизации (увеличение грудных желез, атрофия яичек, изменение типа

волосяного покрова - ослабление или исчезновение волос на лице), а у женщин - отмирание функции яичников и маскулинизация (появление волосяного покрова над верхней губой, грубый голос). Последствиями этих изменений могут стать ослабление потенции и нарушение месячных, бесплодие и раннее старение организма.

Алкоголь отрицательно действует на выделение гормонов щитовидной железой (снижение уровня трех-йодотиронина) и надпочечниками (повышенный уровень кортизола), а также вызывает расстройство надпочечно-гипофизной связи.

РАССТРОЙСТВО СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Несмотря на широко распространенное мнение, что алкоголь и другие психоактивные вещества способствуют сексуальной активности, часто наблюдается обратный эффект. Большинство этих веществ, включая алкоголь, действует "растормаживающе" (позволяет робким людям забывать про приличия и стыд) и таким образом действительно может способствовать половому влечению. Длительное злоупотребление алкоголем чаще всего ведет к снижению половой потенции.

Систематические, а порой даже случайные выпивки могут вызвать у части мужчин импотенцию. Доказано, что высокий уровень алкоголя в крови вызывает расстройство эрекции, задержку эякуляции и ослабление оргазма.

Данные обследований говорят, что у 50% лиц, длительное время злоупотребляющих алкоголем может наступить импотенция. Кроме того, как уже упоминалось выше, может наступить атрофия яичек и бесплодие.

Механизм этого явления весьма сложен и вероятнее всего является результатом непосредственного токсического воздействия алкоголя на клетки Лейдига и расстройства функций подкорковых структур.

Уровень тестостерона может быть пониженным, однако последние исследования показали, что у многих злоупотребляющих алкоголем мужчин уровень половых гормонов остается в норме.

Влияние алкоголя на сексуальное функционирование женщин менее известно. Многие из злоупотребляющих алкоголем женщин жалуются на расстройство сексуального влечения, уменьшение выделения влагалищной слизи и расстройство месячного цикла. Часто проявляется атрофия яичников и задержка овуляции. Исследования показывают, что у женщин в результате снижения частоты овуляции наступает бесплодие и увеличивается количество произвольных выкидышей. Злоупотребление алкоголем до периода полового созревания может задержать его наступление из-за снижения уровня гормонов роста и гормона LH. У злоупотребляющих алкоголем женщин раньше проявляется менопауза.

Отдельным вопросом является проявление расстройства аппетита у 10-20% алкоголичек. Наличие вместе с тем нервной анорексии или булемии может ухудшать сексуальную функциональность, поскольку таким расстройствам,

какаменоррея, анорексия, потеря веса и бесплодие, обычно сопутствует потеря аппетита.

ИММУННАЯ СИСТЕМА

Иммунная система состоит из органов, призванных защищать организм человека от инородных субстанций (это щитовидная железа, селезенка, лимфатические узлы, костный мозг), и специальных клеток, таких, как лимфоциты и макрофаги.

Злоупотребление алкоголем тормозит функционирование иммунной системы, что проявляется предрасположенностью к инфекционным заболеваниям, воспалению легких, туберкулезу и даже раку. Алкоголь расстраивает функции лимфоцитов (по выработке ими антител в борьбе с антигенами) и ослабляет их активность, снижает активность клеток-киллеров (NK- Natural Killer), играющих важную роль в уничтожении вирусных клеток и новообразований. Они являются важным иммунным фактором в борьбе с метастазами новообразований.

Можно сказать, что интенсивное злоупотребление алкоголем негативно влияет почти на все функции иммунной системы.

КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БОЛЕЗНИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Кожные заболевания появляются косвенным путем и являются результатом воздействия алкоголя на пищевод и печень. Прежде всего бросаются в глаза покраснение кожи и лопнувшие кровеносные сосуды (особенно на коже лица), гиперемия лица, конъюнктивит и отечность. Нередко этому сопутствует общий зуд кожи, который может предшествовать появлению симптомов цирроза печени.

Результаты обследований говорят, что пьющие люди в 5 раз чаще болеют венерическими заболеваниями (у женщин этот показатель еще выше - в 29 раз чаще). Со злоупотреблением алкоголем связан повышенный риск заразиться венерическими болезнями и вирусом ВИЧ (СПИД). Известно также, что алкоголь снижает сопротивляемость организма, что способствует проявлению клинических симптомов у лиц, зараженных вирусом ВИЧ, а также возрастанию опасности заражения вирусом ВИЧ.

НОВООБРАЗОВАНИЯ

Хотя не существует точных и однозначных выводов относительно влияния алкоголя на возникновение рака, но похоже, что он усиливает действие ракообразующих факторов. Вместе с тем существует подозрение, что злоупотребляющие алкоголем лица могут иметь пониженную усвояемость витаминов (А, Е, каротина, фибрина), снижающих риск появления новообразований. Алкоголь снижает активность вышеупомянутых клеток-киллеров.

Проводимые в Польше исследования говорят, что примерно 12% новообразований у женщин связано в той или иной мере с алкоголем. Данные свидетельствуют, что злоупотребление алкоголем можно связывать с повышенным риском определенных разновидностей рака, особенно рака печени, желудка, гортани, носоглотки, пищевода, горла и простаты. Отмечается также, что у злоупотребляющих алкоголем женщин чаще наблюдается рак груди, что напрямую связано с ослаблением иммунной системы. Исследования, проведенные Лонгекером в 1988 г., показали, что ежедневное потребление 36 г чистого алкоголя (примерно полбутылки вина) удваивает риск появления рака груди. Курение сигарет увеличивает канцерогенные свойства алкоголя. Некоторые исследователи утверждают, что злоупотребление алкоголем в соединении с чрезмерным курением увеличивает риск заболевания раком в 44 раза. Само курение увеличивает этот риск в 5 раз, алкоголь - в 18 раз. Проведенные в 1988 г. под руководством доктора Блата исследования показали, что алкоголь увеличивал риск появления новообразований полости рта и горла в 5,8 раза.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЛОД

Было установлено, что по прошествии 40-60 минут после принятия алкоголя будущей матерью его уровень в крови плода равнялся уровню алкоголя в крови матери. Поскольку алкоголь особенно токсичен для молодых организмов, то у женщин, злоупотребляющих алкоголем в период беременности, гораздо чаще бывают выкидыши и преждевременные роды. Данные исследований говорят, что выкидыши чаще встречаются у женщин, которые в период беременности пили даже небольшие дозы алкоголя (1-2 раза в неделю по 1-2 порции чистого алкоголя, то есть 10 г чистого алкоголя, или 300-600 мл пива, или 100-200 мл вина, или 30-60 мл 40%-ного алкоголя). Матери, злоупотребляющие во время беременности алкоголем, рожали детей, страдающих абстинентным синдромом (дрожь, внутреннее напряжение, слабость, расстройство сна, плаксивость, расстройства питания и т.п.). Позднее последствия воздействия алкоголя сказываются в замедленном росте, расстройстве внимания и замедленной реакции у детей.

Наиболее серьезным нарушением, вызванным злоупотреблением алкоголем в период беременности, является описанный впервые в 1968 году фетальный алкогольный синдром (Fetal Alcohol Syndrome - FAS). Он характеризуется низким весом и общим плохим состоянием новорожденного (сердечная недостаточность, деформация суставов, задержка психомоторного развития и наличие многочисленных дефектов лица и костно-суставной системы). Им сопутствуют различного рода невралгические расстройства, низкий интеллектуальный уровень и поведенческие расстройства.

Признаками FAS могут быть малый рост и вес, а также малый диаметр головы, нарушения, связанные с развитием лица (микроцефалия, малый разрез глаз, почти полное отсутствие верхней губы, слабо очерченная или полностью

отсутствующая канавка под носом, чрезмерно большой подбородок) и умственная отсталость.

Эти дефекты являются результатом тератогенного воздействия алкоголя, т.к. алкоголь вызывает кислородное голодание плода (спазм сосудов пуповины), гормональную недостаточность, а также нарушения и дифференциацию клеток плода. Самое сильное тератогенное воздействие алкоголь оказывает в первые 6 недель беременности. И поскольку у злоупотребляющих алкоголем женщин месячные циклы нерегулярны, плод подвергается травме, пока женщина не сообразит, что она беременна.

По мнению американских исследователей, частота проявления алкогольного синдрома младенцев в Северной Америке и Европе составляет 1 на 100 родившихся, но она увеличивается в местностях, где привычка употреблять алкоголь женщинами широко распространена. Частота синдрома FAS среди зависимых от алкоголя женщин колеблется в границах 7-10%. Другие данные говорят, что в среднем в мире встречается 1,9 синдрома FAS на 1000 родившихся младенцев. Существуют также данные о 50% синдрома FAS при рождении ребенка у зависимых и злоупотребляющих алкоголем женщин. Риск увеличивается, если наряду с алкоголем беременная женщина курит, пьет в большом количестве кофе или принимает лекарства. У части новорожденных могут проявляться отдельные признаки или целые группы признаков из вышеприведенных. В таком случае мы говорим о негативных последствиях влияния алкоголя на плод (FAE -fetal alcohol effects). И поскольку неизвестен безопасный уровень алкоголя в период беременности, то следует придерживаться полнейшей абстиненции (воздержания) в этот период.

ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА

Результатом токсического воздействия алкоголя на организм является также недополучение им витаминов и микроэлементов (магния, ванадия, кремния, цинка и т.д.), без которых организм не в состоянии нормально функционировать. Алкоголь нарушает пропорцию между отдельными микроэлементами, что в свою очередь может усилить токсическое воздействие алкоголя на ткани.

Причина такого явления кроется в основном в недостаточном питании, расстройстве пищеварения и обмена веществ, в недостатке витаминов и микроэлементов. Я остановлюсь на нескольких наиболее распространенных расстройствах.

Недостаток витамина А вызывает расстройство зрения ("куриная слепота") и кожные изменения. Недостаток витаминов группы В (В1, В2, В6, РР) вызывает полиневрит, поражение слизистой оболочки и спинного мозга. Отсутствие витамина С вызывает кровоточивость десен и цингу. Витамин К отвечает за свертываемость крови, а недостаток витамина Е влияет, по всей вероятности, на регенеративный процесс.

Слишком низкий уровень солей магния, который обеспечивает активную деятельность некоторых энзимов, отрицательно влияет на работу сердца, нервную систему и психику.

Ванадий играет существенную роль в жировом обмене, а

кремний необходим для укрепления костей, поддержания эластичности кровеносных сосудов и кожного покрова. Недостаток меди сказывается на процессе образования красных кровяных телец, углеводородном обмене; негативно влияет на функцию центральной нервной системы. Вызванные злоупотреблением алкоголем нарушения в кальциево-фосфатном обмене являются причиной достаточно частых переломов костей.

ПСИХИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ

Наиболее часто встречающимися отклонениями, вытекающими из алкогольной зависимости, являются острые алкогольные психозы ("делириум тремор", алкогольный галлюциноз) и хронические алкогольные психозы, такие, как хронический галлюциноз, паранойя и психоз Корсакова.

"Делириум тремор" ("белая горячка") - наиболее часто встречающийся алкогольный психоз, который проявляется примерно у 50% зависимых от алкоголя лиц. Впервые был описан врачом Сатоном в 1813 г.

Симптомы появляются в течение 72 часов после приостановки потребления алкоголя, когда уровень его в крови резко падает; они всегда сопутствуют другим признакам абстинентного синдрома. В первую очередь появляются чувство беспокойства, страх, бессонница, которые сопровождаются нарушением сознания (дезориентировка в месте и времени), бредовыми идеями и галлюцинациями.

Больной видит бегающих больших и маленьких зверюшек, различного рода фантастические картины, необычные образы и создания, нередко он чувствует и видит, как по нему ползают насекомые, черви и муравьи, порой он говорит о сказочных запахах и ароматах. Он часто бывает уверен в том, что является участником событий, имеющих место на производстве, дома или в ресторане, он принимает в них живое и активное участие. Порой он чувствует, что на него "наезжают" бандиты, он прячется от них, пытается убежать и сам атакует встречаемых лиц, принимая их за своих преследователей. Характерной чертой "белой горячки" является бессонница и усиление симптомов с наступлением темноты.

Описанным симптомам сопутствуют, как правило, тяжелое соматическое состояние с высокой температурой, водно-электролитными расстройствами и нарушением вегетативной регуляции. Тяжелое соматическое состояние, усугубленное сильным беспокойством, может привести к сердечной недостаточности и летальному исходу. Еще несколько лет назад смертельный исход был в 5-20% указанных случаев, в настоящее же время, благодаря

значительным успехам в медицине, он составляет 1%. Такое состояние длится в среднем несколько дней и требует госпитализации пациента.

Острый алкогольный галлюциноз был описан в 1883 году Крепелиным. По частоте своего проявления это второй вид алкогольного психоза, он сопутствует другим симптомам абстинентного синдрома. Начало его обычно неожиданно. Чаще всего больной начинает слышать какие-то голоса, которые обвиняют его, угрожают, порой живо с ним дискутируют. Случается, что они приказывают ему совершить самоубийство ("иди и повесься, иди повесься...") или отрубить себе руку ("или ты отрубишь себе руку, или мы убьем тебя"). По мере течения болезни может появиться бредовое состояние, тесно связанное с услышанными "советами", например, убеждение в том, что враги обладают подслушивающей аппаратурой, размещенной в стенах, на полу и потолке. Нередки проявления галлюцинаций общего свойства, например, ползающие по телу черви, муравьи или же заполнившая рот каша, волосы. Болезнь протекает от нескольких дней до 1-го месяца, необходимо в фармакологическое лечение и нередко госпитализация.

Хронический алкогольный галлюциноз является по сути своей состоянием, наступающим после проявления острых симптомов, которое может длиться месяцами и даже годами. Обострение болезни может наступить как в результате прерывания абстиненции, так и в состоянии плохого физического и психического самочувствия.

Алкогольный бред ревности (синдром "Отелло") проявляется у мужчин после 40-летнего возраста. Появлению четко выраженных симптомов болезни предшествует, как правило, чрезмерная подозрительность по отношению к партнерше. Встречающиеся почти у 100% алкоголиков сомнения в супружеской верности постепенно приобретают характер бреда. Увеличивается число словесных стычек, ссор, вызванных мучительными вопросами по поводу сексуальной измены, требований объясниться, попыток шпионить и проверять личное и постельное белье, поисков следов измены на теле партнерши. Часты случаи угроз и агрессии по отношению к партнерше и ее предполагаемым любовникам и требования признать свою вину. При развитии болезни происходит сужение интересов личности, небрежность в работе и концентрация всех усилий на нахождении улик вины партнерши. Жена или предполагаемый любовник могут стать жертвами агрессивных поступков. Это заболевание протекает продолжительное время и по сути трудноизлечимо.

Психоз Корсакова (корсаковский амнестический синдром) проявляется после нескольких лет интенсивного питья и выражается в тяжелых метаболических (обменных) расстройствах. Существенную роль в их возникновении играет дефицит витаминов группы В. Основные симптомы - нарушение памяти,

конфабуляции (выдуманные события, заполняющие провалы в памяти), дезориентация во времени и месте и неузнавание знакомых лиц. Этим симптомам сопутствует полиневропатия. Почти в 20% случаев корсаковский психоз переходит в тотальное слабоумие.

Другие расстройства. Депрессивное состояние наблюдается у значительного количества лиц, страдающих алкогольной зависимостью (по некоторым данным от 3 до 98%), и сохраняется на протяжении нескольких недель после того, как пациент прекратил пить. Оно может быть проявлением абстинентного или псевдоабстинентного синдрома, а также быть взаимосвязанным с конкретными жизненными обстоятельствами (психологическими или социальными). Нередко ему сопутствуют мысли и попытки самоубийства. Алкогольная зависимость является порой так называемой "маской эндогенной депрессии" и является вторичной по отношению к другим эндогенным психическим заболеваниям (так называемый "симптоматический алкоголизм" при маниакально-депрессивном психозе или при шизофрении). Многочисленные исследования говорят о том, что у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, часто наблюдаются расстройства памяти и познавательных процессов, а также снижение интеллектуального уровня. Существует тесная связь между этими расстройствами и изменениями в коре головного мозга (атрофия мозга). Вместе с тем, некоторые ученые обращают внимание на улучшение познавательных процессов, памяти и интеллектуальных функций у лиц, поддерживающих абстиненцию на протяжении длительного отрезка времени. Возникшие в результате токсичного воздействия алкоголя органические изменения мозга могут вызвать изменения отдельных черт характера личности (притупление эмоциональности, обеднение интересов, ослабление социальной мотивации труда, снижение способности планировать).

От алкоголомании до алкогольной зависимости

Представленные выше аргументы в достаточной мере подтверждают тот факт, что этиловый спирт относится к группе химических веществ, длительное и систематическое употребление которых вызывает неблагоприятные изменения в организме человека. Эти изменения известны на протяжении веков и нашли свое отражение в многочисленных письменных памятниках (Библия, Талмуд, сочинения Сенеки).

В современной истории на последствия воздействия алкоголя первым обратил внимание отец американской психиатрии д-р Вениамин Раш в 1785 г.: "Неумеренное потребление спиртных напитков ... похоже на некоторые наследственные, семейные и заразные болезни", причиной которых могут быть "разочарование в устройстве мира и чувство вины (...)".

Первым врачом, описавшим с научной точки зрения взаимосвязь между употреблением алкоголя и возникновением изменений в организме, был английский терапевт Томас Троттер. В опубликованном в 1804 г. труде под названием "О пьянстве и его воздействии на организм человека" он заявил, что пьянство является болезнью, "обусловленной отдаленной причиной, провоцирующей такие функции и телодвижения в живом организме, которые наносят вред жизнедеятельности".

Стоит напомнить, что в начале XIX века также появились и первые польские публикации по данной тематике. Отцом польской алкологологии является вильнюсский врач Якуб Шимкевич, книга которого под названием "Дело о пьянстве", опубликованная в 1818 г., была первым трудом такого типа в Центральной и Восточной Европе. Среди соратников и учеников Шимкевича стоит выделить профессора В.Снядецкого и профессора Ф.Гехеля, который в 1844 г. опубликовал труд "О пьянстве, его вредном воздействии и профилактических средствах". Эта работа обосновала и модернизировала теорию алкогольной болезни, существовавшую в то время.

Многие годы было принято называть факт чрезмерного употребления алкоголя, кроме слова "пьянство" такими определениями, как алколомания, оиномания ("оинос" - по-гречески "вино") или же дипсомания (от греческого же слова "дипса" - "жажда"). И только в 1849 г., когда шведский психиатр Магнус Гусе опубликовал свою книгу "Хронический алкоголизм или хроническая алкогольная болезнь", термины "алкоголизм" и "алкогольная болезнь" получили широкое распространение. М.Гусс обратил внимание на "специфические симптомы нарушений функций организма", явившиеся результатом изменений, вызванных воздействием алкоголя.

В более поздние годы имели место многочисленные попытки сформулировать феномен алкоголизма. Так, например, врач Марц в 1863 г. заявлял, что "хронический пьяница, дипсоман - это тот, **кто**, употребив алкоголь, обнаруживает первые признаки интеллектуальной деградации, что не позволяет ему хотя бы в минимальной степени напречь свою волю". Шулле в 1888 г. утверждал, что "самой характерной чертой хронического алкоголизма является отсутствие воли", а Крафт-Эбинг в 1896 г. говорил, что хронический алкоголизм - это "совокупность психических и физических расстройств, обусловленных привычкой".

Почти век назад, в 1901 г., Курц и Крепелин впервые употребили термин "алкогольная зависимость" в отношении людей, которым "не хватало силы, чтобы перестать пить, поскольку пьянка привела их к материальным, социальным и физическим потерям".

Помимо этого, Крепелин обратил внимание на тот факт, что в случае хронического алкоголизма существенным является "принятие очередной порции алкоголя, пока не прекратилось воздействие предыдущей". В 1933 г. д-р Эрнст предложил отделить понятие "хронический алкоголизм" от "алкогольной зависимости" и заявил, что "зависимые от алкоголя - это те, кто не в состоянии

Просить пить, а алкоголики - это люди, страдающие по причине хронического пьянства".

Из более поздних определений алкоголизма заслуживает внимания мнение доктора Елинека, который на основании собственного опыта заявил в 50-е годы, что "хронический алкоголизм - это любое употребление алкогольных напитков, наносящее ущерб пьющему, обществу или обоим". Он также обратил внимание на тот факт, что алкоголизм возникает в результате наложения друг на друга (суммирования) 3-х факторов: биологической склонности, а также психологических и социальных условий. Он разделил алкоголизм на 5 подвидов, обозначая их в алфавитном порядке.

В 1965 г., согласно 8-й редакции Международной классификации болезней, травм и причин смерти, алкоголизм (алкогольная зависимость) определен как "состояние психической и физической зависимости, в том числе повышение толерантности, абстинентный синдром, потеря контроля над количеством выпитого, то есть невозможность остановиться, а при далеко зашедшей зависимости - снижение толерантности".

А.А.Портнов и И.Н.Пятницкая (1973 г.) считают хронический алкоголизм болезнью, характеризующейся симптомом наркотической алкогольной зависимости; при протекании болезни имеют место специфические нейропсихические расстройства а также социальные конфликты. К совокупности симптомов наркотического и алкогольного синдрома они отнесли синдром зависимости (влечение к наркотикам, потеря контроля и похмельный синдром), а также симптом измененной реактивности (изменение толерантности, изменение способа потребления, изменение образа опьянения, потеря рвотного рефлекса).

Как видно из вышеизложенного, предлагаемые определения болезни не опирались на единые критерии, неоднократно учитывали только часть симптомов или рассматривали фрагментарную картину болезни. Некоторые из них даже давали ей моральную оценку.

Такое положение дел вызвало необходимость унифицировать опознавательные критерии алкоголизма и четко выделить его из группы явлений, связанных с употреблением алкоголя вообще. В связи с этим в 70-х годах проблемой вредных последствий от употребления алкоголя занялись эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Было предложено отказаться от термина "алкоголизм", ввиду его неоднозначности, т.к. он может обозначать как алкогольное заболевание, так и употребление спиртного выходящее за рамки приличий ("культурного" потребления) Этот термин может обозначать также социальную патологию, связанную с употреблением алкоголя. Такой подход определил решение о введении в 1978 г. в 9-й редакции Международной классификации термина "синдром алкогольной зависимости" вместо ранее применяемых определений, таких, как, например, "хронический алкоголизм". Было также предложено вместо широко распространенного понятия "алкоголизм" употреблять выражение "алкогольная проблема" или "состояние ограниченной работоспособности, вызванное алкоголем".

Вместе с тем, эксперты ВОЗ предложили рассматривать алкогольную зависимость в тех же категориях, что и другие виды зависимости; отсюда определение алкогольной зависимости является почти идентичным определению других видов зависимостей.

Под *алкогольной зависимостью*¹ следует понимать психическое и физическое состояние, возникшее в результате взаимодействия живого организма и алкоголя. Это состояние характеризуется изменениями в поведении и другими последствиями, прежде всего неодолимым желанием постоянного или временного употребления алкоголя для получения психического эффекта от его воздействия или во избежание синдрома отмены (плохого самочувствия, дискомфорта). Изменение толерантности может, но не обязательно, сопровождать это явление. Человек может стать зависимым одновременно от алкоголя и других веществ (путем их поедания, вдыхания, в форме инъекций).

Психическая зависимость состоит в необходимости частого или постоянного употребления алкоголя с целью достижения предыдущего эффекта, вызванного его употреблением.

Физическая зависимость - состояние биологической адаптации к алкоголю, без которого организм не в состоянии нормально функционировать. Прерывание или ограничение употребления алкоголя вызывает нарушение функций организма, называемое термином "абстинентность" (синдром отмены).

Толерантность - состояние, при котором принятие такой же порции алкоголя приносит все меньший эффект; для достижения предыдущего эффекта необходимо увеличение дозы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Определение алкогольной зависимости следует основывать на анализе взаимосвязанных и повторяющихся симптомов. Эти симптомы характеризуются наличием связанных с потреблением алкоголя изменений в поведении, изменениями в субъективном восприятии окружения и в психобиологическом состоянии. Вместе с тем необходимо учитывать влияние внутренних и внешних факторов, степени усиления симптомов и частоты их проявления. Правильно поставленный диагноз должен являться результатом учета соматических, психических и социальных симптомов, проявляющихся в рамках определенного окружения.

Согласно 9-й редакции Международной классификации болезней, диагноз синдрома зависимости от алкоголя ставится в случае наличия связанных с питьем изменений²:

Изменения в поведении мы констатируем, когда:

- способ потребления алкоголя не соответствует принятому в данном культурном круге с точки зрения количества выпиваемого алкоголя и обстоятельств (выпивка вне зависимости от времени, в одиночку, без разбора качества напитка);
 - суточное потребление алкоголя бывает большим (но, давая ему оценку, следует учитывать вес пациента, способ питания, общее состояние здоровья, способ приема алкоголя и трудности пациента с запоминанием точного количества выпитого);
 - уменьшается вариантность поведения, связанного с выпивкой (например, полная абстиненция является альтернативой для тяжелого запоя);
 - ослабевает реакция на так называемое "отрицательное подкрепление" (выпивки продолжаются, несмотря на давление семьи, друзей, знакомых или же проблемы со здоровьем, финансовые и социальные и т.п., появление которых можно объяснить только алкоголем).
- Эти изменения столь разительны, что не заметить их невозможно, однако следует быть весьма осторожным в оценке пациента, имея в виду индивидуальные черты его характера.

Субъективные изменения:

- кардинальный симптом зависимости, каким является потеря контроля над количеством выпитого. Это нарушение состоит в невозможности логической реализации своих планов относительно того, пить или не пить, в трудности с прекращением питья и часто в трудности, связанной с невозможностью отказаться от предложенной выпивки. Зависимая от алкоголя личность не способна контролировать количество, частоту и обстоятельства выпивки;
- появление алкогольного "голода" (трудно отказаться от желания выпить или напиться);
- постоянная концентрация на алкоголе (ценой семейного благополучия, здоровья, службы и т.п.).

Психобиологические изменения:

- абстинентный синдром (синдром отмены, лишения);
- употребление алкоголя с сознанием того, что абстинентный синдром прекратится. Алкоголик способен точно определить вид и количество алкоголя, необходимого для исчезновения отрицательного воздействия абстинентного синдрома, а также промежуток времени, когда эти муки улягутся или в значительной мере ослабнут;
- изменение толерантности к алкоголю. Явление роста толерантности связано с нейрофизиологической адаптацией. Возрастание толерантности в основном происходит постепенно с ростом адаптации организма к интоксикации, вызванной образованием энзиматических адаптационных систем. По мере дальнейшего питья через несколько лет или десятилетий наступает резкое снижение толерантности до начального уровня (или ниже).

Из сказанного становится очевидным, что постановка диагноза алкогольной зависимости является, вопреки общепринятому мнению, весьма проблематичной: нет симптомов, характерных только для этого вида зависимости.

Последнее определение, данное 10-й редакцией Международной классификации болезней, травм и причин смерти (ICD-10)", введение которой планируется на 1997 г., выделяет группу расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (кроме алкоголя, сюда включены некоторые медицинские препараты, производные опийного мака, возбуждающие средства (кофеин), а также табак).

Зависимость определяется как конгломерат физиологических явлений, познавательных и поведенческих процессов, когда употребление определенного вещества в значительной мере влияет на поведение и поступки данной личности. Для своевременного определения зависимости предлагается анкета-опросник из 8-ми пунктов. Наличие по крайней мере трех из приведенного ниже перечня симптомов на протяжении некоторого времени за последний год или их сохранение в течение одного месяца свидетельствует о наличии зависимости:

1. Сильное влечение или чувство тяги к приему алкоголя (принятию наркотика).
2. Субъективная убежденность в меньшей возможности контроля над потреблением спиртного (наркотиков).
3. Питье (принятие наркотиков) с сознанием того, что симптомы абстиненции смягчатся.
4. Наличие соматических (вегетативных) проявлений симптома абстиненции.
5. Повышение толерантности.
6. Ограничение разнообразия форм поведения, связанных с питьем (употреблением наркотиков).
7. Углубляющееся пренебрежение другими удовольствиями или интересами в пользу питья (наркотиков);
8. Потребление алкоголя (наркотиков), несмотря на заметный вред (физическое и психическое нездоровье, ухудшение социального положения), вызванный алкоголем (наркотиком).

В последние годы широкой популярностью пользуется разработанный Клонингером метод, основанный на опубликованных в 1987 г. сравнительных исследованиях двух групп пациентов.

Критерием для включения в ту или иную группу служило наличие у пациентов среди родственников лиц, зависимых от алкоголя. Опираясь на результаты своих исследований, Клонингер предложил 2 типа алкогольной зависимости.

I тип связан со средой, может проявиться даже после 25 лет, его развитие происходит быстро, он характерен для женщин, невротиков и лиц, склонных к депрессии. Этот тип характеризуется периодами запоев, перемежающимися длительными периодами абстиненции. У людей подобного типа чаще встречается критическое отношение к зависимости. Вполне допустимо, что этот

тип зависимости не связан с гиподинамией норадренергической системы.

Серии, должно было пройти немало лет.

На рубеже XVIII и XIX веков в Америке нашли отклик взгляды уже упоминавшегося Б. Рэша. Затем в г. Бостоне появилось первое в мире Товарищество трезвенников (1813 г.). В американских медицинских журналах стали появляться статьи, рассматривающие алкоголь с точки зрения болезни. Однако, результата пришлось ждать много лет. Термин "алкогольная зависимость" появился в американской классификации болезней лишь в 1933 г., а в середине 40-х годов только 5% американцев считали алкоголизм болезнью. Интенсивный процесс просвещения общества тем не менее продолжался. О его размерах и действенности говорят результаты исследования, проведенного в 1987 году Институтом Гэллапа. По этим данным, 79% американцев считает алкоголизм болезнью.

В те же годы было подсчитано, что ущерб, вызванный злоупотреблением алкоголем, составлял почти 130 млрд. долларов ежегодно, хотя антиалкогольная пропаганда и лечебный процесс были на очень хорошем уровне. В 1989 г. в США было свыше 5 тыс. стационаров по лечению алкоголизма и других видов химической зависимости (для сравнения, в 1989 г. в Польше работало 462 наркологических кабинета и 67 наркологических отделений с 3338 койками).

Размер и значение проблемы были оценены не только путем создания наркоцентров. В 1989 г. было американское Сообщество медицины зависимости (ASAM), предтечей которого являлось основанное в 1954 г. Нью-Йоркское медицинское общество по вопросам алкоголизма. Это сообщество наделено правом присуждения врачебной специализации в области химической зависимости. В декабре 1990 г. впервые были проведены экзамены по специализации. Врачи, подающие заявку на экзамен, кроме широкого знания проблематики, должны иметь соответствующие рекомендации и положительную характеристику врачебных кругов, пройти стажировку по одной из врачебных специализаций и иметь как минимум 1 год практики в клинике по лечению алкоголизма или наркодиспансере (работа с пациентами, участие в исследованиях, доклады). Особо следует подчеркнуть, что в США есть специализация медсестер в области химической зависимости.

ЖЕНЩИНА И АЛКОГОЛЬ

Употребление одинакового количества алкоголя мужчиной и женщиной вызывает у последней в силу биохимических различий более высокий уровень алкоголя в крови, и, тем самым, более четкие признаки отравления. Это связано в основном с пропорционально большим количеством жиров и меньшим количеством воды, содержащихся в организме женщины. Разница в уровне алкоголя в крови мужчины и женщины, выпивших одинаковое количество алкоголя, обусловлена разным содержанием жидкости по отношению к массе тела (у женщин жидкость составляет 60% всей массы, у мужчин - около 70%).

Картина несколько меняется накануне месячных, когда организму женщины требуется больше жидкости. Тем самым метаболизм алкоголя бывает различным в определенные периоды месячных циклов женщины.

С биологической точки зрения женщина в большей мере, чем мужчина, подвержена негативным последствиям потребления алкоголя:

- симптомы цирроза печени у женщин появляются уже после 5-ти лет злоупотребления алкоголем, в то время как у мужчины этот период равен 10-20 годам;
- значительно меньше времени необходимо для того, чтобы у женщины появилась полная картина симптома зависимости от алкоголя;
- подтверждается связь между злоупотреблением алкоголем и раком груди у женщин.

На быстрое развитие алкогольной зависимости у женщин существенное влияние оказывают социо-культурные факторы. Человеческое общество рассматривает женщину, как:

- ответственную за дом и воспитание детей, то есть за качество семейной жизни;
- лицо, которому предъявляются высокие моральные и этические требования;
- способную быстрее "выпасть" из общества (бросается в глаза ее внешний вид, вызванный пьянством);
- имеющую риск быстрее опуститься на "дно" жизни;
- получающую быстрее и легче осуждение со стороны общественного мнения.

Проведенные в США исследования говорят, что из 10 случаев злоупотребления алкоголем замужней женщиной не разводится только одна супружеская пара.

Основную роль в развитии алкогольной зависимости у женщин, вероятнее всего, играют:

- меньшее содержание воды в организме женщины;
- низкий уровень окисления алкоголя в слизистой оболочке желудка, что вызывает более высокую, около 30%, концентрацию алкоголя в крови;
- воздействие гормонов, вырабатываемых годами во время месячных, на метаболизм алкоголя (сенсбилизация на физиологические последствия потребления алкоголя).

Кроме того:

- перепады настроения, связанные с месячными циклами (так называемый "комплекс месячных");
- частое проявление невротических симптомов;
- одиночество "домохозяйки";
- так называемый комплекс "пустого гнезда" (ненужность и одиночество, вызванное уменьшением домашних забот в связи с уходом из дома взрослых детей);
- неприятие обществом пьющей женщины (что заставляет ее скрывать свое пристрастие к алкоголю) приводит к позднему признанию наличия алкогольной проблемы, нерешительности при обращении за помощью.

Установлено, что женщины пьют чаще всего:

- после 40 лет;
- скрытно; -для компенсации какой-либо проблемы;
- крепкие напитки, малыми дозами, не напиваясь при этом

СЕМЕЙНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Здоровая семья

Семья является основной ячейкой общества и имеет решающее значение для его существования. Здоровая семья та, которая:

- обеспечивает существование и развитие ее членов;
- удовлетворяет эмоциональные запросы своих членов;
- обеспечивает баланс между самостоятельностью и зависимостью;
- учит нормам поведения в обществе;
- обеспечивает развитие и адаптацию каждого члена, включая родителей;
- является местом, где развивается чувство собственного "Я". В здоровой, так называемой функциональной семье

обязательны 5 свобод:

1. свобода восприятия того, что имеет место быть здесь и сейчас, а не того, что было или что должно быть;
2. свобода мыслить так, как умею, а не так, как требуется;
3. свобода чувствовать то, что чувствуешь, а не то, что следует чувствовать;
4. свобода желаний и выбора того, что хочу, а не того, что нужно хотеть;
5. свобода самовыражения, а не исполнение заданной роли или постоянная забота о безопасности.

Дисфункциональная семья

Без всякого сомнения, алкогольная зависимость оставляет пятно на всей семье и является в связи с этим болезнью всей семьи, а не только одного из ее членов. Большинству людей трудно понять такое умозаключение. Но достаточно ближе познакомиться с семьей, где существует проблема алкогольной зависимости, и вопрос станет ясен.

Выясняется, что мы имеем дело с дисфункциональной семьей, то есть семьей, которая функционирует ненормально.

В такой семье:

- невозможно постоянное и индивидуальное развитие ее членов;
- отношения между ее членами не построены на взаимном доверии и честности;
- роли и нормы нечетко определены, не всегда соблюдаются;
- внешние контакты весьма ограничены.

Джон Брэдшоу приводит свод неписаных правил, определяющих поведение дисфункциональной семьи:

- контроль всех межличностных контактов и взаимоотношений;
- быть всегда лучше всех (быть всегда "в порядке", стремление к нереальному идеалу, которое вызывает чувство безнадежности);

- обвинение (обвинение себя и других за неудачи, перенос своего стыда и ответственности на других);
- отрицание чувств, мыслей, фантазий (в основном негативных), таких, как страх, одиночество, грусть, обида, зависимость. "Не делай того, что ты чувствуешь, мечтаешь, представляешь. Ты должен думать, чувствовать, желать, воображать, видеть и слышать так, как этого требует идеал";
- руководство изречением "не говори (о своих чувствах, мыслях, обо всем том, что может обнаружить семейную драму);
- создание мифов (интерпретация событий таким образом, чтобы отвести внимание от того, что происходит в действительности, чтобы семейная система оставалась плотно закрытой);
- незавершенность отношений (с другими людьми, с членами семьи, которые всегда раздражены и напряжены);
- отсутствие доверия ("не доверяй и не разочаруешься"). Поскольку большинство из приведенных аномалий встречается в семьях с алкогольной зависимостью, то эти семьи считаются семьями дисфункциональными, патологическими, то есть больными. По этим же причинам следует рассматривать зависимость, как болезнь всей семьи, а не только пьющего ее члена.

Дисфункциональные нарушения у семьи с алкогольной проблемой появляются не сразу. Они характеризуются четко выраженной динамикой. Поэтому достаточно просто пронаблюдать за очередными стадиями этого процесса. Что происходит в семье с алкогольной проблемой.?

- В начальном периоде семья, как и сам алкоголик, отрицает наличие проблемы. Никто в это время не думает обращаться за помощью. Члены семьи терпят деструктивное поведение алкоголика и из солидарности защищают его от последствий пьянок.

- Следующий этап - попытки избавиться от проблемы. Семья занимает круговую оборону, стараясь избежать ярлыка "алкогольная". Она ограничивает свои контакты с окружением, сохраняя внутренний мир, несмотря на возрастающее количество ссор, конфликтов и столкновений.

~ -

- Очередной этап - фаза хаоса. Она связана с потерей надежды решить проблему и капитуляцией перед грозящими событиями. У детей все в большей мере наблюдаются эмоциональные расстройства. Нагромоздившиеся проблемы заставляют иногда обратиться за помощью.

- Предпринимаются попытки перестроить семейный уклад жизни (этап реорганизации). Непьющий супруг берет всю ответственность за сохранность семьи на себя, все в меньшей степени соглашаясь с пьянками и покрывая их. Подобная ситуация порой заставляет алкоголика пойти лечиться.

- Если алкоголик не соглашается на лечение, то семья пытается уйти от проблем (этап бегства от проблемы). Этот этап связан с попытками изолировать пьющего супруга и попытками решительного удаления его из семьи. Чаше

всего только такой поворот событий заставляет алкоголика бросить пить; в это же время может начаться фаза возвращения психического здоровья семьи.

- В случае продолжения пьянок семья предпринимает последний шаг, но уже без участия самого пьющего (этап реорганизации части семьи). Наступает перераспределение ролей и обязанностей в семье.

- Если алкоголик прошел курс лечения, наступает период социальной реабилитации семьи (этап выздоровления семьи).

Очевидно, что в семье с алкогольной проблемой царит хаос, безответственность и нестабильность, и ход событий в ней непредсказуем. Особое место занимает семейная тайна, то есть наличие в семье алкогольной проблемы. Эта тайна нередко становится основой всего, чему подчиняется семья: все направлено на сохранение существующего на сегодняшний день "статус-кво". Пытаясь сохранить в тайне алкогольную проблему, семья создает что-то наподобие "дымовой завесы". Благодаря таким мероприятиям, внешне семья выглядит вполне благополучно. Внешнее спокойствие объясняется тем, что все ее члены исходят из фальшивого деформированного принципа - полного отрицания алкоголизма в семье и вместе с тем пытаются обманывать окружение. Нередко они находят для этого другую проблему, которую все принимают как главную и настоящую (например, плохое поведение детей в школе, плохие условия труда, болезнь одного из членов семьи). Весьма "полезен" в сохранении "дымовой завесы" страх оказаться униженным и чувство стыда, заставляющее ограничить контакты или совершенно избегать людей.

Роли детей в семье с алкогольной проблемой

Вне всякого сомнения, наиболее пострадавшими в семьях с алкогольной проблемой являются дети. Сложившаяся в дисфункциональной семье ситуация заставляет их играть различные роли. Их роли - это реакция детей на происходящее, обусловленная защитной реакцией на возникающую опасность со стороны патологической семьи.

"Герой" - подпорка семьи. Эту роль обычно берет на себя старший из детей. Его целью является сохранение семейного достоинства. Исходя из этого, он не вызывает своим поведением никаких хлопот, хорошо учится, исполняет некоторые обязанности пьющего отца. Он не по годам взрослый, чересчур обязательный и ответственный. Он часто забывает о самом себе, своих потребностях. У таких детей возникают затруднения с умением отдыхать и расслабляться, в результате чего могут возникнуть психосоматические расстройства. Во взрослой жизни они часто выбирают профессии, связанные с помощью другим.

"Козел отпущения" - эту роль исполняет ребенок по возрасту младше "героя". Он не в состоянии конкурировать с "героем", поэтому чувствует себя обойденным и ищет поддержки вне дома. У него плохое поведение в школе, с ним много хлопот, очень часто такие дети становятся малолетними правонарушителями, нередко попадают в алкогольную или наркотическую

зависимость. Случается, что именно они первыми обращаются за помощью к врачу-психиатру, поскольку нуждаются в таковой.

"Ангелочек" или "потерянный ребенок" - одинокий и замкнутый ребенок. От хаоса и семейных дразг он спасается в своем мире мечтаний и грез. Он мало обращает на себя внимание и довольствуется минимальным. У него возникают затруднения в контакте с другими людьми. Во взрослой жизни он не находит удовлетворения в чувственной сфере. Он часто становится зависимым от психоактивных веществ или чрезмерно тучным.

Младшего ребенка в семье называют "**семейным талисманом**": он центр внимания всей семьи. Чтобы выдержать стрессовую нагрузку, он всегда стремится всех веселить и радовать. Он стремится постоянно быть в центре внимания. Эта черта сохраняется у него во взрослой жизни. Таких детей характеризует низкий порог стрессоустойчивости: встречая на жизненном пути трудности и проблемы, они нередко находят выход в алкоголе и наркотиках. Недостаток эмоциональной теплоты и поддержки серьезно затрудняет нормальное формирование у ребенка чувства собственного достоинства; весьма часто ребенок живет с убеждением, что пьянка и ругань в семье происходят из-за него. Он должен постоянно помнить о семейной тайне, жить и поступать согласно вышеупомянутому принципу: "Нельзя думать, чувствовать, желать, видеть и слышать таким образом, как ты поступаешь. Ты должен думать, чувствовать, желать, видеть и слышать так, как этого требует идеал".

Наблюдение за жизнью семей с алкогольной проблемой позволяет отметить 3 принципа, которые определяют детскую психику:

- принцип "НЕ ГОВОРИ" запрещает говорить о том, что происходит в семье;
- принцип "НЕ ДОВЕРЯЙ" запрещает верить как чужим людям, так и членам семьи, ибо можно пострадать, получить обиду (в результате чего произойдет потеря чувства безопасности);
- принцип "НЕ ЧУВСТВУЙ" советует не анализировать свои эмоции (нужно быть мужчиной, сильным).

Клаудиа Блэк, описывая детские роли в алкогольной семье, определяет

3 типа детей:

- **ответственный ребенок** (принимает руководство на себя, заботясь о родителях и младших детях);
 - **приспособленец** (внимательно следит за происходящим в семье, чтобы вовремя сориентироваться и приспособиться);
 - **ребенок-успокоитель** (пытается отвлечь внимание от того, что происходит в семье, успокоить других; сюда же относятся проблемные дети и дети -"шуты".
- Другие исследователи обращают внимание на то, что каждый ребенок исполняет одну из ролей, позволяющих ему функционировать в патологической системе семьи. Чаще всего исполняются роли:
- **спасителя**, помогающего алкоголику в трудных ситуациях и спасающего его от последствий пьянок;

- **provokatora**, ставящего алкоголика в конфронтацию с действительностью, но это лишь углубляет чувство вины и низкой самооценки;
- **жертвы**, которая берет на себя все больше и больше обязанностей.

Научные исследования позволяют принять точку зрения, согласно которой генетический фактор играет определенную роль в формировании алкогольной зависимости.

Исследования говорят, что:

- сыновья отцов-алкоголиков в 4-5 раз чаще могут стать алкоголиками, а дочери матерей-алкоголичек в 3 раза чаще становятся зависимыми от алкоголя по сравнению с другими, и они гораздо чаще выходят замуж за алкоголиков;
- 80% госпитализированных по причине алкогольной зависимости имеют среди своих ближайших родственников кого-то с серьезной алкогольной проблемой; вместе с тем имеются данные, говорящие о том, что у 60% лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, не обнаружено такой зависимости в среде их родственников;
- усыновленным детям алкоголиков грозит повышенный риск (в 2,5-3 раза) появления алкогольной зависимости по сравнению с усыновленными детьми из обычных семей;
- у детей алкоголиков отмечены изменения ЭЭГ, напоминающие изменения этих записей у их отцов-алкоголиков (P-3, большее количество волн "А" за счет "В").

Исследования по **наследованию поведенческих стереотипов** дали такие результаты у детей алкоголиков:

- они ожидают большего изменения своего психического состояния после употребления алкоголя;
- чувствуют сильную эйфорию и противоболевой эффект после употребления алкоголя;
- у них проявляется более сильное состояние эйфории и противоболевой эффект после принятия плацебо (вместо алкоголя) по сравнению с другими детьми;
- они перенимают ("наследуют") такие личностные качества, которые грозят им употреблением алкоголя в трудные жизненные моменты.

Взрослые дети алкоголиков

Дети из семей с алкогольной проблемой во взрослой жизни проявляют ряд черт, которые характеризуются:

- необходимостью контроля над происходящими событиями и беспокойством, когда ситуация выходит из-под контроля;
- критичной (чаще завышенной) самооценкой и очень серьезным отношением к самому себе;
- гиперответственностью и чрезмерной обязательностью;
- боязнью чужого гнева и страхом быть отвергнутым, стремлением к постоянному одобрению своих поступков, своей личности (например, оценка своего успеха качеством похвал других людей);
- неумением радоваться жизни;

- стремлением скрывать свои чувства (как хорошие, так и плохие), неумением их проявлять;
- трудностью в поддержании и сохранении интимных связей (неумение отличить любовь от жалости, награждение любовью вместо проявления заботы или оказания помощи);
- стремлением соединить свою жизнь с партнером, склонным к зависимости (химической, от работы или пищи, от азартных игр) и продолжение взаимозависимости;
- зависимостью от близких (страх быть покинутым приводит к поддержанию даже тех связей, которые причиняют боль, но перспектива остаться в одиночестве страшнее);
- трудностью полной реализации жизненных планов;
- чрезмерной боязливостью (даже когда ничто не грозит);
- рефлекторным поведением;
- чувством исключительности;
- трудностями в понимании того, что такое "нормальное" и что такое "ненормальное" состояние;
- чрезмерной впечатлительностью или чрезмерным равнодушием.

Наблюдения за жизнью взрослых детей алкоголиков показывают, что зачастую они исполняют вредные для себя социальные роли. Чаще всего это:

- **"Мечтатель"** - весьма честолюбив и нуждается в успехе, но ему трудно этого добиться в силу заниженной самооценки, неверия в собственные силы и возможности, а также страха от неудачи;
- **"Конформист" (соглашатель)** стремится к обусловленности собственного существования для максимального приспособления, даже за счет отказа от своих собственных планов и намерений;
- **"Угодник"** ищет поддержки и признания у других людей, существует только для других, теряя чувство собственного тождества.

Взрослые дети алкоголиков (согласно Чермаку) обладают следующими симптомами **посттравматического стресса**:

- склонностью заново испытывать стрессовое состояние (то же поведение, те же чувства, которые появились в период первого стресса);
- чувством психического оцепенения, изоляции;
- чрезмерной настороженностью (боязнью);
- чувством вины, как у лиц, уцелевших в катастрофе;
- ухудшением самочувствия в ситуациях, напоминающих первоначальную ситуацию.

Характерным для взрослых детей алкоголиков является отказ -от поисков помощи. Это происходит чаще всего по двум причинам: но-первых, от чувства неуверенности, заслуживают ли они этой помощи; во-вторых, от чувства страха, что лечение спровоцирует старые переживания и усилит чувство собственной вины.

Созависимость

Энергия дисфункциональной семьи с алкогольной проблемой направлена в основном на то, чтобы повлиять на поведение алкоголика, противостоять его деструктивным выходкам. Тем самым уходят на второй план жизненно важные сферы и, что самое важное, практически не обращается внимание на воспитание детей, они, оказываются предоставленными сами себе. Этот вид функционирования семьи бывает характерным для явления, называемого **созависимостью**, которое встречается в большинстве семей не только с алкогольной, но и с другими видами зависимостей. Созависимость является определенной формой приспособления к нарушенной системе межличностных взаимоотношений, которая позволяет сохранить существующие взаимоотношения и вместе с тем уменьшает шансы на их изменение.

Характерной для созависимых людей чертой является **уверенность в своей возможности повлиять на другого человека, несмотря на повторяющиеся неудачи и связанные с ними страдания.**

Созависимый человек является одновременно "спасителем" близкого ему человека и его преследователем. Он же - одна из жертв патологического союза, который мало что дает и очень дорого стоит. Такого типа взаимоотношения встречаются не только в семьях, где существует зависимость от психоактивных веществ.

Созависимость при алкоголизме нередко называют словом "ко-алкоголизм". О его наличии говорит следующее:

- подстраивание под ритм выпивок алкоголика,
- взятие всей ответственности за алкоголика на себя,
- навязчивый (болезненный) контроль за алкоголиком,
- чрезмерная опека и помощь (избавление его от последствий пьянок и пьяных выходок),
- чрезмерная терпимость по отношению к разного рода патологическим выходкам, вместе с тем чувство вины, низкая самооценка и наплевательское отношение к самому себе.

Созависимые лица чаще всего являются **невольными пособниками выпивок** и, пожалуй, в значительной мере помогают больному откладывать принятие собственного решения бросить пить и обратиться за помощью.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Как известно, человек может стать зависимым не только от алкоголя, но и от других психоактивных веществ. Психоактивные вещества - это такие химические вещества, которые путем воздействия на организм человека изменяют его эмоциональное состояние и восприятие действительности. Кроме алкоголя, к ним относятся производные опиума, различные возбуждающие средства (в том числе кофеин и амфетамин), лекарственные препараты, кокаин, летучие растворители, а также табак (никотин).

В соответствии с подписанной Польшей Конвенцией ООН, большинство из них подлежит строгому контролю, осуществляется надзор за их оборотом, запрет на их перевозку через границу государств (естественно, это не касается кофеина, табака и алкоголя).

Производные опиума

К числу наиболее распространенных в Польше (кроме алкоголя, табака и кофеина) психоактивных веществ относятся производные опиума. Они производятся из огородного мака, попавшего в Европу свыше 4-х тысяч лет тому назад. Мак содержит большое количество алкалоидов (опиум, морфин, кофеин, папаверин и т.д.). Название "опиум" происходит от греческого слова "орiон", что означает "сок растения". Этим соком является молочко созревающих головок мака. Когда под рукой нет молочка, в ход идет маковая соломка, маковые головки, из которых готовят отвар, так называемый "компот". Среди польских наркоманов наиболее популярны инъекции "компота", молочка, морфина и разного рода смесей. Зависимость может наступить уже после первой или второй инъекции. Лиц, занимающихся введением себе этих наркотиков, легко определить по следам уколов (инъекций) на руках, ногах, иногда на ступнях ног или на шее.

Употребление этих средств вызывает следующие симптомы: сужение зрачков, сухость полости рта, плохой аппетит, худобу, бледность кожи и предрасположенность к экземе.

Дополнительной проблемой, в значительной степени связанной с внутривенным введением психоактивных веществ, является опасность вируса ВИЧ, вызывающего смертельную болезнь СПИД. В 1996 г. из 3500 случаев ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в Польше, в 70% это были лица, принимающие внутривенно психоактивные средства (в основном, опиаты). Наряду с вышеназванными наркотиками, широко распространено употребление лекарственных форм, таких, как производные бензодеазепина, барбитуратов и амфетамина.

Бензодеазепины

К группе производных бензодеазепинов относятся лекарственные формы успокаивающего характера и антидепрессанты, такие, как диазепам (реланиум), элениум, эстазолам, альпразолам (ксанакс), оксизепам, сигнопам, нитрозепаи, клоназепам (ривотрил). Эти лекарства вызывают в основном психическую зависимость, но известны случаи коллапса после резкого прекращения их приема, что свидетельствует о наличии черт физической зависимости. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НИХ может появиться даже спустя месяц после их регулярного употребления.

Производные барбитуровой кислоты

Эти производные входят, как правило, в состав **антиэпилептических** (люминал, проминал, гемонил), обезболивающих (веронал, веромид), снотворных (люминал, фанодорм, циклобарбитал) и антисудорожных (веганталгин) лекарственных форм. Зависимость носит как психический, так и физический характер, и может появиться уже спустя несколько месяцев после их систематического употребления. Особо опасен реладорм, сочетание циклобарбитала и реланиума.

Попытка ограничить или прекратить употребление производных барбитуровой кислоты вызывает абстинентный синдром с приступами судорог.

Амфетамины

Амфетамин был синтезирован из фенилометилортиловой кислоты в 1897 г. в США и был принят в качестве лекарства под названием "бензидрин" при бронхиальной астме. В 1936 г. был описан синдром зависимости от амфетамина, два года спустя обратили внимание на его аноректические свойства и был описан амфетаминный психоз. В 1941 г. в Германии амфетамин был внесен в список наркотиков.

Он влияет на функционирование центральной нервной системы (повышает умственную активность, способствует улучшению восприятия и ассоциативного мышления, повышает возбудимость). У лиц, злоупотребляющих амфетамином и его производными, появляется сильная психическая зависимость. (По мнению большинства исследователей, она не сопровождается зависимостью физической). Амфетамин и его производные (дексамфетамин, метамфетамин) применяются как в виде таблеток, инъекций, так и путем вдыхания и курения. Эйфория после его употребления длится 4-5 часов. Может появиться синдром тревоги (у чрезмерно впечатлительных лиц он может проявляться после первого употребления). Очень быстро увеличивается толерантность (переносимость), которая требует все большего количества вещества во все укорачивающиеся промежутки времени. Амфетамин принимают обычно без перерыва в течение нескольких дней и даже недель. При попытках "завязать" появляется "волчий" аппетит и тяжелое депрессивное состояние.

Наиболее распространенные формы производных амфетамина - бензидрин, первитин, прелюдии, ритамин, а также вещества, отбивающие аппетит, - авипрон и мирапронт (для тех, кто бережет свою "фигуру").

В Польше амфетамин исключен из списка лекарственных препаратов, но тем не менее его производят нелегально в виде белого порошка в 50- и 100-граммовой расфасовке. Его употребляют путем вдыхания, курения и в виде инъекций и таблеток.

Кокаин

Кокаин относится к возбуждающим веществам и вызывает в основном психическую зависимость. Его получают из листьев кустарника коки. Кока широко распространена в Южной Америке, в Западной Индии и Индонезии. Ее употребляли индейцы Перу 2000 лет до н.э., пережевывая листья кустарника, они избавлялись от чувства усталости и впадали в эйфорию. В середине XIX века из листьев коки стали получать алкалоид, нашедший применение как сосудосуживающее средство.

В настоящее время кокаин производят в виде белого порошка, который вдыхают или курят. Часто можно встретить кокаинистов, делающих себе инъекцию кокаина. Одноразовый прием кокаина вызывает улучшение самочувствия, потерю аппетита и сонливое состояние, переходящее в чувство возбуждения, граничащее с чувством страха. Хроническое употребление кокаина вызывает расстройство сна и аппетита с постепенным истощением организма, расстройство чувствительности, неконтролируемое поведение, симптомы делирия и депрессии с попытками самоубийства.

Кофеин и теин

Кофе известен с XV века, тогда его называли "напитком Аллаха". В Европу кофе попал в XVII веке. Кофейные зерна и чайный лист являются основным компонентом при производстве кофеина. Чайный лист, помимо того, содержит теин, у которого те же свойства, что и у кофеина и теофиллина. Эти вещества обладают психостимулирующими свойствами, снимают чувство физической и психической усталости.

Умеренное и контролируемое потребление чая и кофе не вызывает вредных для организма отклонений. Оба напитка обладают в небольшой мере возбуждающими свойствами. Систематическое же употребление кофе в больших количествах вызывает бессонницу, нарушения пищеварения, может вредно сказаться на течении беременности. Ежедневное питье 4 чашек кофе (около 350 мг кофеина) ведет к толерантности и связанной с ней потребностью увеличения порций кофеина. Резкое же прекращение потребления кофе может вызвать абстинентный синдром (чувство усталости, головные боли, раздражительность), свидетельствующее о физической зависимости.

Потребление чрезмерного количества чая или кофе способствует тому, что организм не в состоянии удалить их избыток вместе с мочой. Оставшаяся часть превращается в мочевую кислоту, которая в виде песка остается в почках или в виде кристалликов накапливается в суставах верхних и нижних конечностей, вызывая отеки и боли в суставах (артрит).

Научные исследования говорят о связи между чрезмерным потреблением алкоголя и кофе и рецидивами болезни (срывами и запоями).

Злоупотребляющие чаем или кофе люди становятся чересчур возбудимыми, нервными, беспокойными и легко впадают в стрессовое состояние. Не отдавая себе отчета в том, что с ними происходит, они считают, что случилось что-то ужасное. Это лишь усиливает вышеуказанные симптомы. Чувство

возбудимости нарастает, происходит общее расстройство организма, и все труднее поддаются решению главные проблемы. Злость и фрустрация настолько овладевают человеком, что риск срыва в запой становится реальным.

Никотин

Около 60% поляков и свыше 30% полячек являются курильщиками, общее их количество составляет 10-12 млн. человек. По данным Центра опроса общественного мнения, средний польский курильщик выкуривает ежедневно 19 сигарет, а среднестатистическая польская курильщица - 15.

Курение табака, будем честными, не вызывает моментальных и опасных последствий, но оно способствует появлению серьезных заболеваний. По мнению некоторых ученых, одна сигарета сокращает человеческую жизнь на 5 минут. Согласно проведенным

в Польше исследованиям, каждое второе злокачественное образование у мужчин в возрасте 35-65 лет связано с курением. По другим данным курильщики в 20 раз чаще болеют раком легких, у них ослаблена иммунная система, они чаще страдают нарушениями сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта и мочеполовыми болезнями.

Ослабление иммунной системы вызвано нарушением синтеза антител, поскольку никотин оказывает вредное воздействие на липосомальные мембраны, которые в свою очередь регулируют работу энзимоматической системы и синтеза белка.

Часты случаи ухудшения аппетита, притупляется обоняние и чувство вкуса.

Среди работающих на табачных фабриках наряду с симптомами хронического табачного отравления отмечены потеря остроты зрения, сужение периферийного поля зрения, расстройство зрения (различение цвета), конъюнктивит, воспаление роговицы глаз, сетчатой и сосудистой оболочки глаза и невралгия глазного нерва. Данные последних исследований говорят о том, что курение вызывает кратковременную концентрацию свободных жирных кислот в крови, гиперхолестеринемию, гиперликемию и повышенный риск помутнения хрусталика глаза (катаракты).

Табачным дымом вынуждено дышать окружение курильщиков (так называемые "пассивные курильщики"). Установлено, что нахождение в течение 4-5 часов среди курильщиков равнозначно выкуриванию нескольких сигарет.

Основным алкалоидом табака является никотин, действующий возбуждающе на человеческий организм. Никотиновая доза в 5-15 г вызывает симптомы острого отравления (тошноту, рвоту, потливость, слюноотделение, тахикардию, учащенное дыхание, повышенное кровяное давление).

Острое отравление никотином может привести к смертельному исходу вследствие поражения дыхательного центра и нарушений сердечно-сосудистой

системы. Смертельная доза никотина равна 40-100 г (содержится в 2-4 сигаретах).

По мнению некоторых ученых, о наличии табачной зависимости говорят следующие симптомы:

- выкуривание ежедневно до 20 сигарет,
- выкуривание (нередко на пустой желудок) первой сигареты в течение 30 минут после сна;
- курение, будучи больным.

Зависимость от табака считается психической зависимостью, тем не менее резкая приостановка курения вызывает состояние, похожее на абстинентный синдром, то есть беспокойство и раздражительность, а также боли сердца. Обнаружена также взаимосвязь между абстинентным синдромом и употреблением кофе.

Данные исследований говорят, что табак, как психоактивное вещество, часто провоцирует другие виды зависимостей. Необходимо также помнить, что курильщики подвергают себя опасности не только от воздействия никотина, но и от образующейся во время курения "смолы", содержащей ракообразующие субстанции.

Особый вред наносит организму окись угля (чад), который, вступая в реакцию с гемоглобином крови, блокирует тканевое дыхание. Кроме того, табачный дым содержит ряд отравляющих веществ: мышьяк, фенол, кадмий, анилин, сероводород, синильную кислоту.

Производные конопли (марихуана, гашиш)

Индийская конопля, известная человеку более 5000 лет, родом из Средней Азии. Тысячелетиями она использовалась для производства ткани и канатов. Вместе с тем она является исходным сырьем при производстве одурманивающих средств, таких, как гашиш и марихуана (план).

Одурманивающее состояние наступает при курении и глубоком вдыхании дыма. В Индии конопля считается священным растением, и ей принадлежит важная роль в культуре божества Шивы. В Польше нашли широкое распространение сигареты с марихуаной (еще ее называют "травка", "марыська", "косушка").

Действие производных конопли состоит в создании хорошего самочувствия (эйфории, веры в свои необыкновенные возможности, успокоении боли и т.п.). Часто при этом возникает чувство утраты времени и пространства, искаженное восприятие цвета и звука, потеря чувства связи с окружающим миром.

Подобные расстройства могут иметь характер острого интоксикационного психоза (сопровождаться галлюцинациями и бредом, попытками самоубийства). Длительное употребление марихуаны, особенно в юном возрасте, вызывает так называемый амотивационный синдром ("сгорание"), который состоит в постепенной потере интереса к происходящему вокруг. По американским данным, подобное состояние испытывает 40% лиц, систематически курящих марихуану.

У этих лиц наблюдается также бессонница, головные боли, снижение веса и общее истощение, вызванное отсутствием аппетита, расстройством желудка и хроническим поносом. Отмечается негативное влияние на память и общее снижение интеллекта. Широко распространены поражение дыхательных путей: хроническое воспаление гортани, бронхит, эмфизема и даже рак легких. Это результат того, что одна "косушка" марихуаны содержит столько же токсичных веществ, сколько 10-20 обычных сигарет. Было отмечено ослабление иммунной системы организма, импотенция и снижение способности оплодотворения (у мужчин - количественное снижение сперматозоидов в сперме, у женщин - нарушение овуляции). Алкалоиды, содержащиеся в индийской конопле, очень трудно удаляются из организма (психоактивное вещество - тетрагидроканнабинол - сохраняется в организме до 30 суток, так как очень легко растворяется в жировой прослойке).

Зависимость от каннабинола является психической зависимостью, однако после прекращения потребления заметны слабо выраженные признаки абстинентного синдрома.

Ингалянты

Еще в XIX веке в Англии и США было распространено вдыхание закиси азота. В наше время, в 50-е годы, было поветрие вдыхания паров бензина для достижения одурманенного состояния. Оно пришло тоже из США.

В 60-х годах было модным среди несовершеннолетних США и Западной Европы вдыхать пары клея, растворителей, бензина и т.п. Постепенно рос "ассортимент" тех веществ, которые вдыхали для достижения нужного состояния.

Стали использовать для этих целей лаки, краски, аэрозоли, детергенты (моющие средства) и газ пропан-бутан. В 70-х годах впервые в Польше были зарегистрированы случаи отравления парами органического растворителя и стиральным порошком JXJ, который предварительно разогревался. В наши дни для этих целей молодежь чаще всего употребляет клей и растворители. Содержащиеся в них химические соединения (толуол, бензол, ксилол, трихлорэтан и т.п.) особенно легко впитываются жировыми тканями и поэтому очень трудно удаляются из организма.

При вдыхании этих веществ, помимо смертельного исхода, возникает риск поражения печени, почек, сердца, центральной и периферической нервной системы. Степень отравления зависит от "стажа", интенсивности и частоты вдыхания. В научной литературе описаны случаи мозжечковых симптомов (атаксия, дизартрия, тремор), полиневропатия и необратимых процессов в коре головного мозга.

Многие из органических растворителей (эфир, бензин) и те, которые содержатся в клее и других химических продуктах, создают пары, вдыхая которые можно достичь одурманенного состояния и получить сильное отравление. У лиц употребляющих эти вещества, так называемых "нюхальщиков" (токсикоманов), отмечены случаи необратимых процессов

центральной нервной системы, дыхательных путей и сердечно-сосудистой системы.

Галлюциногены

В Польше в качестве галлюциногенов находят применение несъедобные грибы в сушеном или сыром виде. Значительно реже в этих целях используют белену, дурман, корни хохлатки и ЛСД (в виде таблеток, капсул и пропитанных листиков бумаги).

К группе галлюциногенов относятся многие растения - кактусы, фрукты, грибы, корни и кора деревьев. Для достижения "кайфа" употребляют различные вещества и суррогаты. Употребление этих веществ вызывает в 1-й фазе физическое недомогание (тошноту, мышечную дрожь, высокую температуру и высокое кровяное давление), во 2-й фазе - психические нарушения (галлюцинации, бред, потерю чувства времени, потерю памяти, припадки паники и агрессии). Лицо, находящееся под воздействием галлюциногенов, имеет искаженное чувственное восприятие, у него наблюдаются цветовые галлюцинации, искаженное восприятие цвета и формы, обостренное контрастное видение и обостренный слух. Наблюдается дезориентация в пространстве и времени. Психические симптомы сохраняются в течение нескольких часов, но могут продолжаться до 12 часов. Галлюциногенные вещества не вызывают физической зависимости, но наблюдается толерантность.

Психиатры и психологи предпринимали попытки проникновения в мир иллюзий психически больных людей. Делалось это при помощи галлюциногенов. От подобных экспериментов вынуждены были отказаться из-за опасности непредвиденных последствий.

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

На каждом предприятии (независимо от вида его собственности и географическое местонахождение) в той или иной мере обнаруживаются проблемы, вызванные алкоголем и другими психоактивными веществами. Их употребление, как во время работы, так и после нее, неблагоприятно влияет на эффективность труда. Заметное снижение результатов труда проявляется в следующем: 30% случаев прогулов связано с этими проблемами; в 2-3 раза увеличивается производственный травматизм, производительность труда падает на 30-70%; снижается качество производимых изделий.

Идентификация работников, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, относительно проста, если принимать во внимание следующие факторы:

- временное ухудшение профессиональных навыков работника и результатов его труда;
- частые опоздания на работу; -досрочный уход с работы;
- избегание контактов с начальством;
- застаревший или свежий запах алкоголя во рту;

- частое использование освежающих средств (в полость рта) в виде таблеток, жидкостей, жевательной резинки для сокрытия запахов;
- повторяющиеся оправданные (по болезни) и необоснованные отсутствия на работе.

Помощь в этом могут оказать врачебные тесты, приведенные в 1 главе.

Признавая важность проблемы, уже в начале 40-х годов некоторые американские фирмы ("Кодак", "Дюпон" и др.) разработали программу, целью которой является уменьшение негативных последствий злоупотребления алкоголем. Постепенно на крупных предприятиях стали появляться так называемые Службы помощи работникам (Employee Assistance Services).

Обычно они размещаются в неприметной части предприятия, чтобы тем самым вызвать у сотрудников большее чувство доверия и безопасности. Программа этих служб включает, прежде всего, сведения по проблематике алкоголизма, знакомство с ранней алкогольной зависимостью и помощь в принятии решения о предупреждении возникновения болезни.

В начале своей деятельности кабинеты занимались только алкогольной проблематикой и лекарственными препаратами, но со временем занялись и другими проблемами (семейными, эмоциональными, правовыми, финансовыми и т.д.).

Проведенный анализ показал, что каждый вложенный в программу доллар дает три доллара прибыли; производительность труда при этом возрастает на 60-70%, и примерно на столько же снижается производственный травматизм. В середине 80-х годов в США было свыше 8000 программ для лиц с алкогольной зависимостью, и ими пользовались около 12% всех работающих в стране.

В Польшу стала проникать информация на эту тему, и отдельные предприятия стали проявлять интерес к программе социальной помощи на производстве.

* данные касаются только потребления алкоголя отечественного производства. С 1990 года отсутствуют сведения по причине утраты государством контроля над импортом и продажей алкогольных изделий.

1 WHO Expert Committee on Drug Dependence, Sixteenth Report, Geneva, 1969.

2 Edwards G. /red./: Alcohol-related disabilities, WHO, Geneva, 1977.

* World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva: The Organization, 1992.

ГЛАВА 3. ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Профилактика

Прежде, чем мы будем говорить о различных формах помощи зависимым лицам и их семьям, следует сказать несколько слов о профилактических мероприятиях. Эти мероприятия должны быть многосторонними и включать в себя:

- **первичные меры**, состоящие в предотвращении возникновения алкогольной проблемы путем воздействия на продажу и доступность алкоголя, повышении уровня знаний о нем, формировании трезвого образа жизни, абстиненции и т.п.;
- **вторичные меры**, включающие раннюю диагностику и интервенцию по отношению к лицам группы риска и тем, у кого предполагается наличие алкогольной проблемы;
- **третичные меры**, предполагающие возможные действия, которые призваны уменьшить последствия злоупотребления алкоголем (в основном, лечение и реабилитация).

Понимание профилактических мероприятий в последние годы претерпело значительные изменения. Среди теоретических моделей ранней профилактики зависимости и профилактических мероприятий для группы риска (первичные и вторичные меры) можно выделить следующие:

1. Просветительская (традиционная) модель здоровья, которая базируется на распространении информации о веществах, вызывающих зависимость, о последствиях их употребления. Информация распространяется 3-мя способами: ознакомление с эффектами воздействия; подача устрашающей информации (намеренное преувеличение отрицательных результатов употребления этих веществ) и приведение конкретных примеров (например, рассказов зависимых лиц). Наиболее распространенные формы - лекции, беседы, показ фильмов, плакаты и листовки.

2. Гуманистическая образовательная модель, целью которой является оказание помощи формированию личности, которая бы не нуждалась в "подпорках" в форме наркотиков и алкоголя. Здесь используются следующие формы образования и просвещения: работа в малых группах, направленная на интеграцию и развитие личности, психологические игры и дискуссии.

3. Групповая образовательная модель (влияние группы), которая исходит из предпосылки, что среда должна являться для индивида источником примеров и образцов для подражания,

наказаний и наград, не оказывая на него давление. В связи с этим данное направление концентрируется на обучении индивида способности определять грозящую ему опасность и умению противостоять негативным влияниям. Например, данная модель учит умению говорить "нет" в тех ситуациях, когда индивид подвергается негативному воздействию окружения.

4. Образовательная модель в области жизненных знаний. Она является попыткой объединить 3 вышеупомянутые модели, в которых главными

причинами обращения к психоактивным веществам были недостаток знаний, дефицит в области развития личности и неумение справиться с негативным влиянием окружения. Согласно этой модели, профилактика заключается как в передаче знаний, о наркотических веществах и воздействии социума, толкающего к их, употреблению, так и в формировании умения удовлетворять свои потребности, запросы без помощи этих средств.

5. Модель альтернативных форм, пропагандирующая новые интересные формы отдыха, использование свободного времени таким образом, чтобы оно стало альтернативой употреблению химических веществ (например, развитие творческих интересов, турпоходы, обучение новым ремеслам и т.п.).

6. Модель пропаганды здоровья, которая происходит от определения термина "здоровье", данного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Здоровье трактуется как единое целое в его психическом, физическом, духовном и культурном измерении.

В последние годы в мире существенным образом изменилось отношение к профилактике зависимостей. Пропагандируемые традиционной моделью мероприятия, направленные на борьбу с патологией, были практически вытеснены мерами по **пропаганде здорового образа жизни**. Ибо стало ясно, что указаний на негативные последствия употребления наркотических средств явно недостаточно, и совершенно необходимыми стали поиски и осознание причин, по которым люди обращаются к этим средствам. Оказалось, что в профилактических мероприятиях не столько важна "борьба с алкоголизмом", сколько **воспитание в духе трезвости, трезвого образа жизни**, где, наряду с обучением по тематике зависимости, существенную роль играет формирование здорового образа жизни, помощи человеку в достижении чувства собственного достоинства и т.п.

В профилактике алкоголизма важную роль играли и играют группы взаимопомощи АА и клубы трезвенников.

ОБЩЕСТВА ТРЕЗВОСТИ

Еще за много лет до появления в Польше организованного трезвеннического движения и антиалкогольных мероприятий немало людей отдавало себе отчет в негативных последствиях злоупотребления алкоголем; ими же предпринимались попытки противостоять влиянию алкоголя.

Первое письменное упоминание на эту тему можно найти в трудах краковского епископа Винцента Кадлубка (1160-1223 гг.), который в своей "Хронике" критиковал ксендза Попеля за его пристрастие к выпивке и распутству. В позднейшее время на проблему пьянства обращали внимание отцы Гжегож из Санока (1406-1477 гг.), Ян Острогруд (1436-1501 гг.) и автор политических

реформ, Анджей Фрич Моджевски (1503-1572 гг.). Все возрастающее пьянство заставило короля Зигмунда I принять ряд декретов (1524 г., 1533 г.), которые определяли основы противодействия поведению лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками.

Против пьянства выступал также Миколай Рей (1505-1569 гг.):

Никогда не жди добра от пьяницы.

В своих делах к свинье он тянется... Ему вторил Ян Кохановский (1530-1584 гг.):

Из уст ваших смрад, милые пьяницы,

Проказа у вас на лице;

К старости ноги не гнутся, шея торчком,

Прокляты богом - и поделом! Постановление Сейма в 1573 г. предписывало, чтобы во время коронации короля "никто не смел приходить на площадь и продавать там вино, пиво, алкогольные напитки. А кто осмелится это сделать, тот рискует..."

Одним из первых поборников антиалкогольного движения был священник Ян Станислав Папчинский (1631-1701 гг.), душеприказчик польского короля Яна Собеского и основатель монашеского ордена св. Марианна. Отдавая себе отчет в том, что одной из причин упадка Польши является всеобщее пьянство, он занялся этой проблемой в своих проповедях, сам являясь стойким трезвенником и того же требуя от членов основанного им ордена. С этой точки зрения орден св. Марианна можно считать предвестником и предтечей трезвеннического движения в Польше.

Во второй половине XVIII века, в эпоху польского Просвещения, этим вопросом занимались передовые умы страны, такие, как Игнатий Красницкий, Адам Нарушевич, Гуго Коллонтай, Юлиан Уреин Немцевич, Станислав Трембицкий. Учениками деятелей и философов эпохи польского Просвещения были отец антиалкогольного движения доктор Якуб Шимкевич (1775-1818 гг.), его ближайший соратник профессор Енджий Снедецкий (1768-1838 гг.). Они основали в Вильнюсе в 1817 г. "Общество изгоев", целью которого была борьба "с пороками и дурными привычками". Среди дурных привычек на первом месте было "злоупотребление крепкими напитками, потеря чувства реальности, здоровья, принуждение других делать то же самое, бражничество без разбора времени и места, до забвения своих первейших обязанностей и пропивания всего своего состояния". Общество издавало "Уличные ведомости", где публиковались сведения о негативном влиянии алкоголя и антиалкогольные статьи.

Польские Общества и Товарищества трезвенников получили развитие после 1830 г., то есть спустя немного времени после основания в городе Бостоне (США) в 1813 г. первого в мире Сообщества трезвенников. Это была защитная реакция польского общества на алкоголизацию нации иноземными захватчиками.

Из наиболее важных событий той поры следует назвать основание в 1839 г. Фр. Венжиком и ксендзом Б. Маркевичем "Товариществе воздержания" в Кракове,

печатным органом которого был журнал "Воздержание и труд". В 1840 г. появляется "Центральное общество по воздержанию от потребления водки" в Познаньском воеводстве, в городе Курник. В 1844 г. ксендз Фицек и монах С. Бжозовский основали в городе Пекары Шленские "Общество трезвенников". Благодаря активности членов общества около полумиллиона жителей Шленска (Верхней Силезии, насчитывающей в то время 930 тыс. жителей) отказались от алкоголя, и 248 заводов по выпуску алкогольных напитков должны были прекратить их разлив.

Аннексированные Пруссией польские территории сохранили антиалкогольные организации до периода "культурной революции" (1847-1886 гг.). Несмотря на антипольскую политику Пруссии в 1887 г., удалось организовать в городе Курнике "Общество распространения трезвости".

Особое значение имело создание "Братства трезвости" в Польском королевстве, в Литве, а также популяризация этой идеи в некоторых губерниях царской России. Предвестником трезвеннического движения в Польском королевстве были уже упомянутые священник Папчинский, основатель ордена св.

Марианна, где воздержание от алкоголя было поставлено во главу угла. Эту идею поддержали монахи-капуцины Фр. Бжозовски и отец Гонорат (В. Козминский), которые передали своим ученикам традиции трезвого образа жизни. После поражения польского восстания в 1863 г. активисты "Братства трезвости" преследовались за свою патриотическую и освободительную деятельность.

"Братства" в массе своей были запрещены.

В 1902 г. в Галиции было основано Винцентом Лютославским общественное образование "Элеутерия - Освобождение", включающая в себя идею возрождения нации и нашедшее отклик на всей территории Польши, аннексированной Австрией. В 1903 г. появляются объединение "Элеусис" и "Общество трезвости", а в 1906 г. - еще одно трезвенническое товарищество "Этос". Создатель движения польских скаутов, переименованных в 1916 году в харцеры, А. Малковский, опирался в своей деятельности на идеи товарищества "Элеутерия". В 1912 году он публикует в журнале "Скаут" устав этой молодежной организации, где говорится следующее: "Скауты чисты в своих помыслах, разговорах и поступках; они не курят и не пьют алкогольных напитков". По этой причине III Польский антиалкогольный конгресс, проходивший в 1912 г. во Львове, признал скаутов трезвеннической организацией. С 1902 г. на территории Малой Польши и Познаньского воеводства работает "Союз ксендзов-трезвенников", основанный выпускниками Познаньской духовной академии.

В Варшаве антиалкогольной программой занималось "Гигиеническое общество", где работало специальное отделение, организовавшее в 1909 г. первую в Польше антиалкогольную выставку. Кроме того, на территории Польского королевства работали такие антиалкогольные организации, как "Будущее", "Заря"; в 1909 г. начала свою деятельность в г. Минск-Мазовецкий молодежная трезвенническая организация.

В 1913 г. был организован "Союз польских трезвенников в Америке", а упомянутый ранее В. Лютославский был инициатором "Общества польских трезвенников в США".

На I съезде польских трезвенников (Львов, 1904 г.) была предпринята попытка объединения антиалкогольного движения на всех польских аннексированных территориях. И лишь в освобожденной Польше удалось создать (18.04.1919 г., Варшава) "Польское общество борьбы с алкоголизмом" под названием "Трезвость", которое объединяло всех активистов этого движения из бывших аннексированных областей страны.

К наиболее известным трезвенническим и абстинентным организациям Польши в период между двумя мировыми войнами относятся, кроме общества "Трезвость", Лига непьющих железнодорожников, вильнюсское "Общество борьбы с алкоголем и дурными привычками", "Кружок врачей-трезвенников", "Католическое общество трезвости", Польский союз трезвых ксендзов, Союз учителей-абстинентов, Союз академиков-абстинентов и Польская антиалкогольная лига. В 1938 г. в Варшаве был открыт первый в мире антиалкогольный музей.

Во время оккупации Польши нацистской Германией борьбу с одурманиванием нации возглавило из подполья правительство страны. В Информационном бюллетене АК (Армии Крайовой) № 20 от 18 мая 1944 г. говорилось: "Борьба с алкоголизмом является национальным долгом... Водка - это злейший враг нашей борьбы за свободу". Борьба эта заключалась также в ликвидации винокуренных заводов и производства самогона. Политику оккупационных властей наглядно иллюстрирует К. Мочарский в своей книге "Беседы с палачом". Юрген Штропп (генерал СС и полиции) признавался автору в том, что он планировал создание сети магазинов, где водку бы давали за сданные книги носителей мировой культуры и национальных традиций.

Многие организации антиалкогольной направленности сохранились в период II-ой мировой войны и возобновили свою деятельность сразу по ее окончании. В 1947 г. польский епископат в своем Послании предупреждал, что "пьющая нация становится ордой рабов". В это время возродилось почти 450 братств трезвости со 100000 членов (около 80% их участников были полностью непьющими людьми).

К сожалению, такое положение продлилось недолго. В 1948 г. по решению коммунистического руководства трезвеннические организации были упразднены.

Решение это мотивировалось тем, что алкоголизм, как и проституция, исчезнет по мере социалистического переустройства общества и ликвидации пережитков буржуазной системы. Коммунистический партийно-административный аппарат подчинил своему неусыпному контролю все трезвенническое и антиалкогольное движение. Эта деятельность была целиком монополизирована государством. Была создана полностью подконтрольная организация под названием Главный общественный антиалкогольный комитет (ГОАК), опиравшийся в своей работе на ЦС профсоюзов Польши. Вскоре название

поменяли на Общественный антиалкогольный комитет (ОАК). В 1959 г. он был наделен правом "исключительной привилегии в области представительства польского общественного антиалкогольного движения".

Среди функционеров ОАК, наряду с партийной номенклатурой, было немало людей, искренне служивших идее трезвого образа жизни, однако их голоса мало что значили. Такое положение обусловило умерщвление истинно трезвеннической идеи на много десятилетий.

Независимую антиалкогольную деятельность пробовали организовать отдельные личности, но они встречали сопротивление со стороны официальных властей. В качестве примера можно привести случай с ксендзом Фр.

Бляхницким, создавшим в городе Катовице католическую организацию "Крестовый поход за воздержание". В его "Кредо" говорилось: "Крестовый поход" является массовым движением за трезвость и умеренность, которое ратует за полное воздержание от алкоголя".

В "Походе" принимало участие свыше 1000 капелланов, занимавшихся антиалкогольным воспитанием молодежи, пропагандирующих безалкогольные свадьбы и праздники.

А29.08.1968 г. к ним явились представители МВД, финансовых органов, цензоры, прокурор воеводства и вооруженный наряд милиции. Был устроен обыск, конфискованы документы, подготовленный для печати антиалкогольный материал и оргтехника (пишущие машинки, фотоаппаратура и т.п.). Помещения организации и ее филиалы были опечатаны. Был также наложен арест на банковский счет организации. Ксендз Бляхницкий и его ближайшие сотрудники были подвергнуты допросу, им было предъявлено обвинение в преступной деятельности, заключающейся в издании печатных материалов без специального на то разрешения, и владении незарегистрированными печатными машинами.

Судебное разбирательство дела ксендза Бляхницкого проходило в городе Катовице в том самом суде, где он в 1942 г. был осужден на смертную казнь гитлеровскими палачами. После отбытия тюремного срока он был вынужден эмигрировать.

Более счастливо сложилась судьба отца Бенигнуса (в миру Яна Сосновского), который основал в 1968 г. монастырь капуцинов "Центр апостольской трезвости". Несмотря на противодействие властей, "Центр" не прекращает своей деятельности и по сей день, организуя лекторские курсы для духовенства и всех желающих, занимается издательством журнала "Будьте трезвыми".

Лишь 1980 г. в очередной раз в нашей истории освободил общественные силы, которые хотели остановить процесс одурманивания и самоуничтожения нации. В 80-е годы на волне общего подъема самосознания начали в массовом количестве возрождаться Апостольства и Братства трезвенников. В 1983 г. возникло инициированное костелом движение "Отрезвление", в ряды которого влились многие деятели профсоюза "Солидарность", находящегося в то время вне закона. В этом же году возникло "Движение трезвости имени св.

Максимилиана Кольбе" (ДТМК), которое объединяло в своих рядах 3 категории людей:

- взрослых, симпатизирующих движению;
- друзей "апостольской трезвости" (детей, молодежь и взрослых, которые дали слово полного воздержания от алкоголя, табакокурения и употребления наркотиков);
- сторонников "апостольской трезвости" (людей, посвящающих себя помощи страдающим от химической зависимости, пропагандистов трезвого образа жизни).

Это движение продолжало антиалкогольные акции католической церкви, такие, как "Католическая акция", "Любовь к ближнему", "Крестовый поход за воздержание" и возникший в 1979 г. "Крестовый поход за освобождение человека".

В антиалкогольных мероприятиях принимают активное участие церкви других конфессий, такие, как адвентисты 7-го дня, Церковь Св. Троицы, Костел Иисуса Христа, Евангелистский костел и др. Стоит при этом упомянуть тот факт, что церковь адвентистов в 1890 г. установила для своих верующих условие полного воздержания от алкоголя и табака.

ЛЕЧЕНИЕ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Общие сведения

В те времена, когда еще не видели разницы между пьянством и алкоголизмом, а сам алкоголизм не считался болезнью, с лицами, злоупотребляющими алкоголем, в разных странах поступали по-разному. В Китае, во времена правления династии Ву-Вонг (1200 г. до н.э.) их осуждали на смертную казнь. В древних Афинах их также лишали жизни.

В Риме любой патриций имел право убить жену, если заставал ее пьяной. В Арабских странах пьянство во времена Магомета каралось кастрацией, а в древней Спарте пьяных рабов показывали молодежи с тем, чтобы вызвать у нее отвращение к алкоголю. В средневековой Англии пьяниц отправляли на принудительные работы и вешали им на грудь таблички с надписью "пьяница". В XIX веке в Ливерпуле в газетах публиковали имена и адреса алкоголиков. К счастью, эти времена давно миновали, и сейчас все больше людей способно отличить пьяницу от алкоголика. Зависимые от алкоголя люди имеют все больше возможностей пользоваться помощью специалистов.

Цели и ожидания лечащихся от химической зависимости лиц, к сожалению, очень редко совпадают с целями, которые ставят перед собой терапевты. Лица, обращающиеся за помощью к специалистам, рассчитывают в основном на избавление от неприятных последствий выпивки (такие, как симптомы отравления, абстинентный синдром или соматические заболевания) и вместе с тем мечтают о получении рецепта для возвращения к нормальному контролируемому питию.

Терапевты, со своей стороны, занимаются улучшением физического и психического состояния пациента, пытаются изменить его общественную функцию, добиться ограничения выпивок. В зависимости от исповедуемой идеологии они стремятся достигнуть у пациента максимальной по продолжительности ремиссии (достигаемой самостоятельно или при помощи поддержки), уменьшения объема потребления алкоголя (реже и меньше выпивать) или изменения способа питания путем обучения так называемой "контролируемой выпивке".

В оценке эффективности лечения чаще всего применяют критерий продолжительности ремиссии, принимая во внимание физическое и психическое состояние пациента, семейные и производственные отношения, а также материальное положение. По данным исследований Миллера и Тестера, одна треть пациентов после курса лечения поддерживает постоянную ремиссию, еще одна треть часть улучшает свое состояние и функционирование без поддержки постоянной ремиссии. Вместе с тем считается, что примерно 10-20% проблемно-пьющих людей перестают пить без профессионального лечения (религиозная мораль, участие в группах самопомощи). Многие исследователи подчеркивают тесную связь между прекращением потребления алкоголя и участием в собраниях Анонимных Алкоголиков.

Сравнение способов лечения обнаруживает отсутствие существенного различия в достижении ими успеха. По мнению большинства исследователей, наиболее сильная связь возникает между позитивным эффектом лечения и индивидуальной терапией, принимающей во внимание запросы и черты характера пациента, плюс использование послелечебной поддержки. Не последнюю роль играет также количество (интенсивность) и качество терапевтических групп (занятий), в которых принимает участие пациент.

ФАРМАКОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Фармацевтические средства, применяемые при алкогольном абстинентном синдроме

Как известно при лечении больных от алкогольной зависимости чаще всего лекарства применяются во время дезинтоксикации. Они дают возможность выравнивания нарушений водно-электролитного и энергетического баланса, восполнения витаминного дефицита, а также устранения или облегчения разнообразных физических и психических осложнений, которые появились в результате интенсивного и продолжительного употребления алкоголя.

Следовательно, лекарства особенно пригодны в начальный период лечения, главной целью которого (наряду с дезинтоксикацией) является смягчение психических и физических симптомов абстиненции, а также сокращение их продолжительности. Итак, они играют основную роль в подготовке "почвы" для начала подлинного лечения, то есть лечения от зависимости. Это лечение заключается прежде всего в создании больному условий для участия в

индивидуально спланированных, определенных во времени, а также соответственно построенных психотерапевтических и социотерапевтических воздействиях.

Абстинентный синдром. Симптомы абстинентного синдрома (синдрома отмены) проявляются в течение 24-36 часов после употребления последней дозы алкоголя, то есть тогда, когда во время "запоя" или при попытке его прекращения уровень алкоголя в крови снижается.

На снижение уровня алкоголя в крови чаще всего реагируют:

- пищеварительная система (анорексия, тошнота, рвота, понос),
- сердечно-сосудистая система (тахикардия, аритмия, колебания артериального давления, т.е. повышение давления при одновременной склонности к ортостатическим коллапсам),
- вегетативная система (повышенное потоотделение, расширенные зрачки, сухость слизистой оболочки рта).

Наблюдаются также:

- гриппозные и напоминающие простуду симптомы (общее плохое самочувствие, астения, повышенная температура, мышечная и головная боль),
- сильное дрожание (тремор), особенно верхних и нижних конечностей (часто всего тела),
- появление так называемого "алкогольного голодания", т.е. непреодолимого желания выпить.

Среди других нарушений на первом месте находится раздражительность, сверхвозбудимость, беспокойство и фобия, подавленное или дисфорическое настроение, а также расстройство сна (бессонница, прерывистый сон, кошмарные сновидения и др.).

Как следует из сказанного выше, симптомы абстинентного синдрома не являются характерными исключительно для него, так как они имитируют много разнообразных заболеваний. Очень часто их путают с симптомами невроза.

В небольшом проценте случаев (меньше, чем 5% госпитализированных пациентов) абстинентные синдромы бывают осложнены острым алкогольным психозом, как например, "белая горячка" (delirium tremens) или острый алкогольный галлюциноз. У 5-15% алкоголиков, в период между 6-ю и 48-ю часами после отмены алкоголя могут появиться судороги типа "grand mal" (судорожные абстинентные припадки), так называемая алкогольная эпилепсия. Одновременно не следует никогда забывать о соответствующей диагностике, которая дает возможность исключить неоднократно сопутствующие абстинентному синдрому соматические заболевания, как например, внутричерепная гематома, другие интоксикации, инфекции, гипо- или гипергликемические состояния и др., ибо они могут также давать симптомы психического расстройства. Как серьезные соматические расстройства, так и психические осложнения (например, острые психозы или депрессивные состояния с навязчивым стремлением к самоубийству), должны лечиться в специализированных центрах, а интенсивные социо- и психотерапевтические

воздействия, направленные на решение проблемы зависимости, следует начинать только после относительной компенсации психического и физического состояния.

С момента, когда выяснилось, что применение некоторых лекарств может быть связано с риском появления перекрестной толерантности или токсических эффектов, было рекомендовано при мягких формах абстинентного синдрома не применять фармакотерапии, ограничивая свои действия лишь вышеупомянутой компенсацией дефицита витаминов, а также выравниванием нарушения водно-электролитного баланса. В поддержку этих действий могут применяться перорально небольшие дозы гидроксизина, который имеет сильное антифобическое, седативное действие, а также действует как легкое снотворное, противорвотное, болеутоляющее и вместе с тем не вызывает симптомов зависимости.

Наиболее частым при острых абстинентных синдромах является применение производных бензодеазепина, клометиазола (геминеврина), карбамазепина и тиаприда.

Анксиолитики из группы бензодеазепинов применяются в дозах 20-40 мг диазепама в сутки или 200-400 мг хлордиазепоксида. Одним из методов лечения алкогольного абстинентного синдрома является применение так называемых ударных доз. В этом случае применяются бензодеазепины с длительным периодом действия (например, диазепам или хлордиазепоксид) каждые 1-2 часа до момента появления симптомов алкогольного абстинентного синдрома. В связи с долгим периодом полураспада следующие дозы не являются необходимыми (Alcohol and Health, 1993 г.). Больным, у которых наблюдались в прошлом судорожные абстинентные припадки (алкогольная эпилепсия), рекомендуется введение карбамазепина или клрназепам Польша. Преимуществом соединений из группы бензодеазепинов является их бесспорно успокаивающее, противофобическое и противосудорожное действие без неблагоприятного влияния на печень и кровообращение, а также незначительная опасность взаимодействия с непсихотропными фармацевтическими средствами, одновременное введение которых часто является необходимым из-за сопутствующих соматических заболеваний. При этом нельзя забывать, что после введения фармацевтических средств из этой группы отмечается появление парадоксальных реакций в виде агрессивного и импульсивного поведения.

Для больных, находящихся в состоянии алкогольной зависимости, вышеуказанные средства следует **применять очень осторожно**, т.е. в течение короткого промежутка времени, при минимальной дозировке, которая позволяет достичь намеченного эффекта. Дозу следует уменьшать постепенно, а больного предупредить, что ему запрещается самому увеличивать дозу. Не надо также забывать, что в соединении с алкоголем имеет место усиление действия как бензодеазепинов, так и алкоголя; в свою очередь дисульфирам усиливает действие бензодеазепинов, а карбамазепин уменьшает силу их

действия путем ускорения метаболизма. Кроме того, бензодиазепины усиливают действие препаратов, понижающих кровяное давление. Их полезность в психиатрическом лечении не требует доказательств. В этой группе находятся средства, которые тормозят психомоторные и эмоциональные реакции, а также реакции автономной нервной системы, появляющиеся в состоянии страха. Кроме того, они действуют антифобически, уменьшают агрессивность, действуют противосудорожно, снижают тонус скелетной мускулатуры, а применяемые в больших дозах могут вызывать антироградную амнезию.

Сильное антифобическое действие имеют оксазепам, медазепам, клобазам, празепам. Уравновешенный клинический профиль имеют бромазепам, темазепам. Сильное антифобическое и снотворное действие имеет лоразепам, а также хлоразпат.

Значительное снотворное и менее антифобическое действие имеют нитразепам, флуразепам, эстазолам, флунитразепам, триазолам. Сильное противосудорожное действие имеют: диазепам, клоназепам, чуть слабее - хлордиазепоксид, нитразепам, клобазам. Самое сильное миорелаксационное действие имеет диазепам, немного слабее - клоназепам, хлордиазепоксид, медазепам, клоразепат.

Существенное значение имеет также разделение производных бензодиазепина с точки зрения продолжительности их действия. Имея в виду вышесказанное, их можно разделить на две группы:

1. Производные, которые вступают в связь с глюкуроновой кислотой, не имеют активных метаболитов, имеют короткое время биологического полураспада, а риск появления симптомов абстиненции является большим (это оксазепам, эстазолам, лоразепам, темазепам, лорметазепам).

2. Производные, которые поддаются гидроксилированию и деметилированию, превращаясь в активные метаболиты, имеют более длительное время биологического полураспада, характеризуются кумуляцией эффекта, которая медленно исчезает после прекращения применения препарата. В связи с этим симптомы отмены не являются слишком выраженными (это хлордиазепоксид, диазепам, нордазепам, медазепам, оксазолам).

Применяя производные бензодиазепина, следует помнить о возможности появления взаимодействия с другими фармацевтическими средствами.

Взаимодействие бензодиазепинов с дигоксином вызывает увеличение его уровня в крови, с нейролептиками - усиление их действия, с антидепрессивными препаратами, - увеличение их концентрации в крови, усиление холинолитического действия, а также ослабление психомоторной активности. Как уже говорилось, в соединении с алкоголем усиливается действие как бензодиазепинов, так и алкоголя. Кроме того, бензодиазепины усиливают действие препаратов, понижающих кровяное давление. В связи с этим следует соблюдать основные принципы их применения, а именно:

- избегать применения, когда в анамнезе имеются данные о химической зависимости;

- назначать минимальные дозы и рекомендовать их применение с перерывом;
- не позднее, чем по истечении 4 недель, принять решение, необходимо ли продолжить применение;

- предупредить больного о взаимодействиях. Несоответствующее этим принципам применение бензодиазепинов может вызвать появление нежелательных симптомов, особенно в системе кровообращения, органов дыхания и центральной нервной системы. При их применении следует обращать внимание на чрезмерную сонливость, расстройства координации движения, расстройства памяти. При внутривенном применении может наступить брадикардия, понижение артериального давления, а также паралич дыхательного центра. Внезапное прекращение применения бензодиазепинов может вызвать появление мелких симптомов абстиненции. Может, например, выступить усиление фобии, бессонница, дисфория, тошнота, потоотделение, головная боль, т.е. симптомы, которые трудно отличить от тех, из-за которых назначаются вышеуказанные препараты. Могут также появиться острые симптомы отмены в виде эпилептических припадков, состояний возбуждения с расстройствами сознания, а также психотических симптомов.

Несмотря на нежелательные симптомы, которые могут появиться во время неправильно проводимой терапии бензодиазепинами, они часто применяются в качестве лекарственных средств, корректирующих побочные симптомы при антидепрессивной и нейролептической терапиях, а также при синдромах фобии и у лиц с органическим поражением центральной нервной системы.

Несомненным преимуществом препаратов группы бензодиазепина является их явно успокоительное, антифобическое и противосудорожное действие без неблагоприятного влияния на печень и кровообращение, а также из-за незначительной опасности взаимодействий с не психотропными лекарственными препаратами.

Клометиазол вводится, как правило, в течение нескольких дней, в зависимости от интенсивности симптомов; в малых дозах, но часто (даже каждые 2-3 часа), максимум 4 г в сутки внутривенно или 6 г в сутки перорально.

Противопоказанием для его применения являются заболевания дыхательных путей, ослабляющие дыхание.

Карбамазепин применяется в дозах 400-1600 мг в сутки, а постепенное и медленное увеличение дозы снижает возможность появления побочных симптомов. Особенно осторожно следует обращаться с больными, у которых наблюдается повреждение печени. Эффективность карбамазепина в лечении алкогольных абстинентных синдромов сравнительна с эффективностью бензодиазепинов

Тиоприд применяется перорально в дозах 200-400 мг в сутки. В случае осложнений или при состояниях, угрожающих появлением осложнений, лечение начинается внутримышечными инъекциями (средняя суточная доза в 600 мг разделена на три равные порции).

В острых абстинентных синдромах, осложненных бредом или галлюцинозом, производные бензодиазепина применяются в повышенных дозах (эквивалент -

30-60 мг диазепам в сутки или клометиазол перорально до 8 г в сутки, а при внутривенных переливаниях до 6 г в сутки).

При лечении алкогольного абстинентного синдрома применяются также такие адренолитические средства, как например, пропранолол, эффективно уменьшающий дрожания (тремор) и вегетативные расстройства, а также действующий антифобически. Однако, его следует вводить осторожно пациентам с бронхиальной астмой, симптомами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при одновременном наличии кардиологических заболеваний. Предпринимаются также попытки применения клонидина, уже проверенного в лечении опиумного абстинентного синдрома. Популярное в прошлом мнение о полезном действии Magnesium Sulfate в лечении абстинентных синдромов, осложненных бредом, не нашло подтверждения в дальнейших исследованиях.

В результате открытия того факта, что в патогенезе абстинентного синдрома участвуют кальциевые каналы и возбуждающие нейротрансмиттерные системы, такие как NMDA (N-methyl-D-aspartan), многообещающе выглядят блокаторы кальциевого канала и антагонисты рецепторов NMDA.

В случаях более явных расстройств водно-электролитного обмена рекомендуется вводить до 2 л жидкостей в сутки (раствор 0,9% NaCl, 5%-ный раствор глюкозы, электролитные растворы с возможной добавкой калия).

Дополнительно применяется комплекс витаминов группы В, а также кокарбоксилаза.

По мнению многих исследователей, преобладающее большинство алкогольных абстинентных синдромов можно эффективно лечить в амбулаторных условиях. Известно, что лечение алкогольных абстинентных синдромов вне больницы, особенно вне психиатрических отделений, существенно образом снижает затраты на лечение.

Фармацевтические средства, тормозящие влечение к алкоголю

В последние годы много внимания уделяется фармакологическим средствам, которые сдерживающим образом влияют на влечение к алкоголю путем снижения чувства так называемого "алкогольного голода". Первые результаты наблюдений по этому вопросу публиковались в 1986 г. Они касались влияния серотонинэргических средств на уменьшение потребления алкоголя животными. Кроме средств активизирующих серотоническую нейротрансдукцию в эту группу вошли антагонисты кальциевого канала, препараты, действующие на дофаминовые рецепторы, а также бромкриптин. Проведенные в последнее время в США исследования показали пригодность налтрексона (опиатный антагонист) в профилактике рецидивов. Поэтому он был в 1995 г. одобрен Комиссией по продовольствию и лекарствам США (The United States Food and Drug Administration) как средство, которое может применяться лицами с алкогольной зависимостью.

Применение средств, сдерживающих тягу, должно, однако, всегда иметь вспомогательный характер при упомянутой уже выше основной терапии.

Фармакологические средства, вызывающие отвращение к алкоголю

Наиболее известным средством, вызывающим отвращение и "сенсibiliзирующим" к алкоголю, является дисульфирам (Ethyldithiouramid). В 20-х годах нашего столетия оно применялось в промышленности в качестве средства, ускоряющего вулканизацию каучука, а в конце 30-х годов нашло применение в медицине в качестве противоглистного и противочесоточного средства. В лечении алкоголизма в качестве средства, поддерживающего психотерапию, впервые его применили датчане в 1948 г. "Аллергия" на алкоголь должна была изменить отношение пациента к потреблению алкоголя, удерживать его от алкоголя и одновременно создать возможность психологического контакта с больным. В виде имплантата его начали применять в 50-х годах.

Реакция дисульфирам - алкоголь (disulfiram ethanol reaction -DER) у больного, принимающего это средство, начинается, как правило, по истечении 5-15 минут после употребления алкоголя, и вызвана она чрезмерным накоплением уксусного альдегида. Кумулирующийся уксусный альдегид является токсином, который почти в 30 раз сильнее, чем этиловый спирт.

Кастелло (1975 г.) после проведения анализа свыше 80-ти случаев, основанных на катамнезах, установил, что "значительное применение дисульфирама" входит в состав семи пунктов, определяющих эффективность терапевтических программ. Многие исследователи считают, однако, что к применению дисульфирама следует подходить только лишь как к средству психологического отпугивания от потребления алкоголя.

Однако эффективность применения средств, имеющих "сенсibiliзирующее" действие (Teturam, Disulfiram, Antabus, Anticol, Esperal) в последние годы становится все более сомнительной, т.к. эти средства не лечат от зависимости, а только принуждают к абстиненции путем создания угрозы появления симптомов острого отравления уксусным альдегидом. Многие исследователи обращают внимание на опасность, вытекающую из характера действия "сенсibiliзирующих" средств, а также вызываемых ими реакций (одышка, ускорение сердечного ритма и аритмия, повышение кровяного давления и даже коллапс). По мнению Гольдена (1987 г.), нежелательные симптомы появляются примерно у 60% пациентов, которые применяют дисульфирам. Обращается также внимание на то, что уксусный альдегид может вызвать сердечно-сосудистые изменения, а также токсическое повреждение печени. Описывались также неврологические и психиатрические осложнения серьезного характера, как, например, расстройство сознания, приступы страха, депрессивные синдромы, психозы, острые и хронические мозговые синдромы с органическими изменениями, а также полиневропатии.

Прочее

По мнению некоторых исследователей, полезным является применение карбоната лития, но, по всей вероятности, это касается, главным образом, тех случаев алкогольной зависимости, которые появились на основе аффективного

заболевания. Ибо литий влияет стабилизирующим образом на настроение и эмоциональное состояние. Другие считают, что применение лития является полезным, поскольку он противодействует эйфорийному действию алкоголя. Итак, полезное воздействие лития на лиц с алкогольной зависимостью не доказано.

Аверсионная терапия

В настоящее время этот метод применяется от случая к случаю. В нем используются классические условные рефлексы. Условными стимулами могут быть изображения, запахи или вкус алкогольных напитков. В качестве безусловного стимула применяются фармакологические рвотные средства, такие как апоморфин, этин, тосульфат натрия, иекакуана или электрошоки. Предпринимались также попытки скрытого воздействия (десенситизации), которые заключались в сочетании мыслей, касающихся алкоголя и его потребления, с представлениями о неприятных ощущениях (например, тошнота или рвота) или сопровождающих выпивку других неприятных картинах пьянства.

Результаты исследований эффективности этих методов неутешительны. После исследования библиографии, касающейся зависимости между электротерапией, вызывающей отвращение, и абстиненцией, прямо констатировалось, что "электротерапия, вызывающая отвращение оказалась относительно неэффективной по сравнению с другими методами". Одновременно они отмечают, что трудно дать однозначную оценку эффективности применения метода десенситизации. Существенным в таких оценках может быть тот факт, что эти методы никогда не анализировались и не оценивались отдельно, в качестве исключительного метода изменения привычки или прекращения потребления алкоголя. Исследование в отрыве от других методов показало, что они "... не вели к существенным изменениям в поведении пьющего..."

РОЛЬ РЕГУЛЯРНОГО ПИТАНИЯ

Важную роль в процессе выздоровления от алкоголизма играет правильное питание, а именно применение низкоуглеводной, а с другой стороны, высокопротеиновой диеты с соответствующим количеством витаминов (особенно группы В), минеральных солей (магний, кадмий, медь), ибо правильно выбранная диета позволяет организму восстанавливать разрушенные за годы питья клетки. Процесс их восстановления порой длится годами. Некоторые изменения, произошедшие в организме, как известно, необратимы, однако применение правильной диеты предотвращает их дальнейшее углубление.

ПСИХОТЕРАПИЯ И СОЦИОТЕРАПИЯ

Этот подход к терапии зависимостей уже почти полностью вытеснил методы работы с алкоголиками, которые главным образом основывались на одной фармакологии, а также на так называемой "трудотерапии" (т.е. принуждении пациентов к неоплачиваемой работе, мотивированном терапевтико-воспитательными обстоятельствами).

Общие предпосылки

Психотерапевтические и социотерапевтические воздействия учитывают индивидуальные проблемы и потребности пациентов. Однако они осуществляются, опираясь на группу, в которой качество работ в существенной степени зависит от степени включения в процесс терапии ее отдельных членов. Участники группы, начинающие лечение, независимо от мотивировки должны быть обеспечены основными сведениями по вопросам симптомов заболевания, а также по проблемам, прямо и косвенно связанным с потреблением алкоголя. Одновременно необходимо показать закономерности, управляющие поведением человека и его эмоциональными реакциями, а также показать и научить другим, неалкогольным способам, предоставляющим возможность разрядки эмоций и выхода из разнообразных жизненных трудностей. Такие действия облегчают признание болезни, а также содействуют возникновению и укреплению понятия необходимости изменения самого себя и своего образа жизни. Наиболее важным фактором, препятствующим правильному ходу процесса, направленного на достижение этих целей, является демонстрируемая пациентами система отрицаний, тесно связанная с их защитными механизмами. Поэтому очень важным является наблюдение за этим процессом во время терапии.

Первичным среди множества факторов, концепций, причин зависимости должно быть сознание того, что для лечения, т.е. "упорядочения" отдельных причин развития заболевания, необходим коллектив разных специалистов. В состав этого коллектива, кроме врача (выполняющего, главным образом, функции консультанта и преподавателя), должны войти психологи (или соответствующим образом обученные специалисты в области педагогики, перевоспитания, социологии и т.д.), социальные работники, духовные лица, специалисты по семейным проблемам, по вопросам отдыха и правильного питания. Особую роль должны играть терапевты, чаще всего из числа непьющих много лет алкоголиков. Благодаря личному опыту, а также после проведения собственной терапии и соответствующего обучения, они оказывают самую большую помощь, особенно на первом этапе лечения, в ходе преодоления упомянутой выше системы отрицаний. Благодаря им, процесс достижения реалистичного взгляда на заболевание становится ускоренным и более полным, а сами они, будучи живым примером результатов лечения, тем самым обнадеживают пациентов и коллег из коллектива.

Программы выздоровления планируются на период многих месяцев и даже лет. Чаще всего они начинаются с продолжающегося несколько недель

интенсивного и имеющего свои структуры воздействия лечения, осуществляемого в стационарных условиях.

Стационарное лечение лиц с алкогольной зависимостью, в отличие от больничного лечения других заболеваний, не касается особенно тяжелых или так называемых "безнадежных" случаев. Стационарные условия дают возможность увеличить интенсивность работ и, благодаря этому, передать в значительно короткое время то, что охватывают рассчитанные на много месяцев амбулаторные программы. Второй этап - это поддерживающая терапия, проводимая в амбулаторных условиях. В медучреждениях, располагающих только амбулаторными терапевтическими программами, процесс выздоровления, как правило, проходит медленнее из-за меньшей интенсивности встреч.

Неоценимым дополнением всех форм терапии является участие в собраниях Сообщества Анонимных Алкоголиков (АА). Для части пациентов полезным является посещение "Клуба абстинента".

Терапевтические программы должны также осуществлять помощь в разрешении супружеских и семейных проблем, так как алкоголизм является заболеванием всей семьи.

В психотерапии зависимых от алкоголя лиц широко используется **бихевиористская (поведенческая) методика**. Она направлена на выработку у пациента нового поведения и новой реакции в ситуациях, грозящих выпивкой и на обнаружение им самим признаков рецидива болезни (нарушения абстиненции). Некоторые иностранные центры предлагают тренинг контролируемой выпивки, однако не могут похвалиться достоверными успехами.

Программы, направленные на изменение окружения пациента, сосредоточены на просвещении окружения и исправлении отношений в семье. Их результатом может быть более рациональная реакция в случае алкогольных срывов.

Можно встретить и такие терапевтические программы, которые не принимают во внимание специфики химической зависимости и в них решающую роль играет психотерапевтическая ориентация лица, ведущего занятия. Эти программы отличаются низкой эффективностью.

Существуют также программы, рассчитанные на злоупотребляющих алкоголем лиц, но не ставших химически зависимыми. Таким людям предлагается курс терапии умеренного питания, в котором их учат контролировать количество алкоголя и отказываться от выпивки.

Миннесотская модель

Все большую известность в мире приобретает подход к алкоголизму и его лечению по так называемой Миннесотской модели. Это чаще всего применяемая в США модель лечения. Основные положения ее являются следующими:

1. Трактовка всех химических зависимостей как болезней:

- первичных (не симптом другой болезни, например, невроза или депрессии);
- где нет вины больного;
- прогрессирующих;
- хронических (длительных);
- неизлечимых;

- смертельных, которые возникли под влиянием совокупности различных факторов - биологических, психологических, душевных и социальных;

2. Утверждение, что одним из главных симптомов болезни является отрицание (отрицает и больной, и его близкие).

3. Утверждение, что начальная мотивировка не решает вопроса, как будет проходить терапия.

4. Утверждение, что, по правде говоря, болезнь неизлечима, но можно задержать ее развитие и улучшить свое состояние, когда пациент готов принять ответственность за свое выздоровление и изменение самого себя.

5. Пациенту дается возможность идентификации симптомов своей болезни, что может вызвать потребность изменения образа жизни.

6. Утверждение, что если человек зависим от одного психоактивного средства, то очень легко может стать зависимым от других, и поэтому надо избегать применения фармакологических средств.

7. В связи с последним долгосрочной целью терапии должно быть воздержание от всех психоактивных средств до конца жизни.

8. Коллектив терапевтов, в котором очень важную роль играют непьющие алкоголики (после профессионального обучения -консультанты), которые становятся примером подражания для больных.

9. Включение в процесс терапии людей, близко связанных с больным, т.е. семьи, друзей, сотрудников и т.п.

10. Использование философии Сообщества Анонимных Алкоголиков и Программы "12 Шагов"¹, и соединение таким образом душевных аспектов с достижениями психологии, психиатрии, социологии и т.п.

Элементы Миннесотской модели стали использовать впервые в Польше с 1986 г. в Центре терапии зависимостей Варшавского института психиатрии и неврологии.

Терапевтические аспекты Программы "12 Шагов"

Сформулированные в "12 Шагах" цели реализуются отдельными членами групп по-разному, а "Шаги" лишь предлагают очередность анализа собственных переживаний и достижения перемен.

То, что происходит с человеком, добросовестно выполняющим

Программу "12 Шагов", весьма похоже на то, что с ним происходит во время психотерапевтического процесса.

Надо сказать, что обязательные нормы, формы работы и речевые обороты могут заметно различаться между собой, но тем не менее процесс самоузнавания и знакомства пациента со своими проблемами, появление готовности для личностного изменения и непосредственно самого изменения поведения очень похожи.

Использование в профессиональных программах терапии философии Сообщества Анонимных Алкоголиков и Программы "12 Шагов" требует дополнительных пояснений. Следует учесть, что группы АА являются разнообразными, а сформулированные в "12 Шагах" цели осуществляются членами групп индивидуальным образом и очень часто по-разному. "Шаги" предлагают только очередность проведения анализа собственного опыта и проведения изменений.

Беглое ознакомление с содержанием "12 Шагов" вызывает у некоторых лиц подозрение, что они служат каверзному вовлечению в какую-то организацию или религиозную секту. Однако, такие выводы могут делать только такие лица, которые не познакомились с Программой поближе и по этой причине не отметили, например, что от членов Сообщества не требуется одобрения какой-то единой концепции Бога ("Силы, более могущественной, чем наша собственная"). Только более подробное ознакомление с содержанием Шагов, а также участие во встречах АА позволяют отметить, что каждый из участников Сообщества может выбрать свою Высшую Силу, т.е. Бога, "как он Его понимает", и никто из остальных участников не имеет права ничего по этому вопросу навязывать. Всякие сомнения рассеивает высказывание одного из основоположников АА, Билла В. В книге под заглавием "АА достигает зрелости" ("АА Comes of Age") он пояснил этот вопрос, отмечая в частности: "... атеистам и агностикам скажем ясно, что они не обязаны принимать нашего представления Бога. **Пусть вместо Бога они примут какую-то разумную, собственную правду.** Самое важное - это то, чтобы они поверили, что существует какая-то сила, более могучая, чем они сами...".

Изменения, происходящие в человеке, который добросовестно работает в духе указаний Программы "12 Шагов", являются очень сходными с тем, что происходит в процессе психотерапии. По правде говоря, метод работы и применяемый язык отличаются друг от друга, но однако процессы познания самого себя и своих проблем, возникновения готовности к совершению личной перемены, а также процесс самой перемены проходят очень сходно. Давайте рассмотрим с этой точки зрения отдельные Шаги.

1-й шаг ("Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что потеряли контроль над собой") является началом всех действий, способствующих прекращению алкоголизации. В нем говорится о необходимости своей капитуляции, без чего не может начаться процесс выздоровления. Это очень важный шаг, ибо только осознание собственного бессилия и потери контроля над собственной жизнью, а также убеждение в окончательном поражении могут вызвать у алкоголика потребность обратиться за помощью.

2-й шаг ("Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие") говорит об объективной оценке собственного "Я", ибо вера в "Силу, более мощественную" несовместима с чувством собственной исключительности, своего всемогущества. Опора на "Силу, более могущественную", осуществляется посредством как признания существования Бога ("как мы Его понимаем"), так и обращения за помощью к

другому человеку (к терапевту, супругу, спонсору АА) или коллективу людей. Второй Шаг позволяет алкоголику избавиться от чувства, что он - "центр мироздания", и, соответственно, от связанных с этим гнетущих обязанностей. 3-й шаг ("Приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, **как мы Его понимали**") - это "шаг для начала действий", поскольку он опирается на действия, ограничивающие собственную волю и чувство силы. В трудные моменты жизни поддержкой для лиц, прорабатывающих этот шаг, может служить "молитва о душевном покое", взятая на вооружение членами АА у 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-й шаг ("Глубоко и бесстрашно оценили себя с нравственной точки зрения") учит смотреть на себя честно, без обмана, отмечая как свои недостатки, так и достоинства. Он позволяет осознать причины происшедшего. Добросовестный и честный анализ ("с нравственной точки зрения") дает верный диагноз ситуации, что, в свою очередь, позволяет предпринять меры, направленные на достижение желаемых изменений.

5-й шаг ("Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений") можно сравнить с исповедью, освобождающей человека от чувства одиночества, позволяющей надеяться на прощение со стороны другого человека и тем самым позволяющей простить самого себя.

Избавление от чувства изоляции и вины и вместе с тем получение более реалистичного образа самого себя - вот очередные действия на пути к достижению состояния внутреннего покоя, дающему возможность выздоровления (трезвости).

6-й шаг ("Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков") предлагает подготовиться к дальнейшим изменениям.

Готовность к избавлению от всех своих слабостей является путем к совершенству. Совершенство является, однако, целью, достижение которой для большинства людей является невозможным. Тем не менее, возможно стремление в заданном направлении через постоянное самоусовершенствование.

7-й шаг ("Смирренно просили Его исправить наши изъязны") создает фундамент полной капитуляции, подготовка к которой проводилась в предыдущих шагах. Особо подчеркивается необходимость смирения (не унижения!) и применения его в жизни. Многолетний опыт подсказывает, что ни один алкоголик не способен сохранить трезвость, забывая про чувство смирения.

8-й шаг ("Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними") и 9-й шаг ("Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому") - это шаги конкретных действий, которые позволяют упорядочить свои отношения с

другими людьми. Они предлагают произвести огромную работу в эмоциональной сфере, без чего невозможно собственное возрождение и изменение отношений с другими людьми.

Составление списка людей, кому мы причинили зло, и возмещение причиненного им ущерба позволяет в конечном счете избавиться от чувства вины и согласиться с последствиями совершенной ранее несправедливости.

10-й шаг ("Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это") учит подводить итог прожитых событий, ежедневно отмечать свои как хорошие, так и слабые стороны характера, признаваться в них и исправлять их "на ходу". Он предохраняет от возврата к старым представлениям и образу поведения, которые могли бы затормозить процесс выздоровления и спровоцировать возвращение к употреблению алкоголя.

11-й шаг ("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") в очередной раз укрепляет смирение и совершенную капитуляцию, а также подчеркивает "духовный" аспект Программы.

12-й шаг ("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") является поддержкой для тех, кто, будучи трезвым, живет "новой жизнью". Они понимают, что для сохранения временного успеха необходимо делиться своим опытом с другими. "Нести идеи" через оказание помощи другим - значит, получить удовлетворение и возможность воспитывать чувство уважения к самому себе, без чего алкоголик не в состоянии достичь полной трезвости.

Подводя итог сказанному, нетрудно заметить, что Первый Шаг дает представление о направлении изменения личности человека, потерявшего контроль над употреблением алкоголя. Поскольку опыт многолетних попыток самостоятельного решения алкогольной проблемы учит, что возврат к здоровому образу жизни без внешней помощи невозможен, необходимым является поиск Высшей Силы, которая могла бы в этом помочь (Второй Шаг). Очередным действием должно быть согласие воспользоваться этой помощью (Третий Шаг).

Следующие действия - это анализ ситуаций, вызывающих страх и чувство вины, а также написание списка лиц, по отношению к которым чувствовал или по сей день человек испытывает чувство обиды (Четвертый Шаг). Затем следует поделиться своими проблемами с Высшей Силой и с другим людьми, то есть избавиться от чувства одиночества и получить надежду на прощение (Пятый Шаг). После соответствующей подготовки (Шестой Шаг) следует обращение к Высшей Силе с просьбой о помощи в совершении перемен (Седьмой Шаг). Подготовка списка обиженных лиц (Восьмой Шаг) позволяет исправить и забыть содеянное зло (Девятый Шаг). Десятый Шаг - это совет систематического повторения Четвертого и Пятого Шагов для сохранения эмоционального равновесия, что обеспечивает продолжение процесса

выздоровления. Во время прорабатывания Одиннадцатого Шага укрепляется фундамент, заложенный в Третьем Шаге, то есть согласие пользоваться помощью Высшей Силы. Двенадцатый Шаг -это венец всех совершенных шагов, он воспевает жизнь и помощь другим, не ожидая чего-либо взамен. Программа "12 Шагов" Анонимных Алкоголиков определяет направление и этапы процесса перемен. Этот процесс весьма близок динамике процесса психотерапии и подобно ей позволяет устранить признаки болезни при помощи психологических средств, а также получить положительные изменения в состоянии здоровья и поведении.

В стационарных и амбулаторных центрах терапии зависимостей в Польше философия Сообщества Анонимных Алкоголиков и Программы "12 Шагов" стала единым и существенным элементом многих терапевтических программ. Это основывается на детальной проработке с пациентами 1-3 Шагов или 1-5 Шагов, а также на знакомстве с остальными (6-12) Шагами. Наиболее компетентными людьми в этой работе являются специально подготовленные терапевты - консультанты из числа бывших алкоголиков, не употребляющих в течение нескольких лет алкоголь и являющихся членами Сообщества АА.

В заключение хочу еще раз обратить внимание на тот факт, что Программа "12 Шагов" после небольшой адаптации нашла применение в сотнях других групп самопомощи. В мире существуют, например, группы Анонимных Наркоманов (с 1953 г.), Анонимных азартных игроков (с 1957 г.); Анонимных обжор (с 1960 г.); Анонимных эмоционалов (с 1971 г.); Анонимных должников (с 1976 г.); Анонимных кокаинистов (с 1982 г.); Анонимных курильщиков (с 1985 г.), а также группы взрослых детей алкоголиков (с 1984 г.). Кроме того, существуют группы анонимных астматиков, страдающих мигренью, группы суицидантов, рецидивистов, людей, имеющих семейные неурядицы и т.п.

Эти факты однозначно говорят об универсальности и популярности Программы "12 Шагов".

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА В ПОЛЬШЕ

Первая в мире лечебница для алкоголиков была открыта в 1857 г. в г. Бостоне (США). Спустя 30 лет таких заведений в США насчитывалось уже 50.

Примерно в то же время подобные учреждения были созданы в Германии, Швейцарии и Англии.

На необходимость оказания помощи алкоголикам впервые в Польше обратил внимание в 1818 г. Якуб Шимкевич, призывая создавать для них "специальные заведения и исправительные дома". В своей книге "Труды о пьянстве" он предлагал ряд методов лечения алкоголизма, таких, как, например, добавление в водку рвотных средств, "нравоучения духовных лиц и начальников", а также телесные наказания. Несколько позже, в 1882г. известный польский психиатр А. Роте предложил создать "приют для пьяниц". Лишь в 1905 г. в городе Гостевицы (территория Польши, аннексированная Пруссией) была открыта

первая больница. В городе Познани был организован консультационный пункт. В 1934 г.

функционировало уже 13 "антиалкогольных" пунктов. В 1947 г. их было только 2, в 1948 г. - 15, а в 1955 г. - 79. В 1967 г. было 385 наркологических кабинетов, а для лечения алкоголиков было выделено 1226 койко-мест.

В 1994 г. лечебную базу составляли 411 наркокабинета и 74 отделения с 3184 койко-местами. Лечение алкогольной зависимости охвачено около 100-120 тысяч лиц.

Основы алкогольного лечения ныне определяет "Положение о трезвенническом воспитании и антиалкогольной пропаганде", принятое в 1982 г. Согласно "Положению", лечение алкогольной зависимости является добровольным, а все виды медицинской помощи страдающему химической зависимостью в период лечения оказываются бесплатно. Если лицо, страдающее алкогольной зависимостью (заключение о таковой выносит медэксперт) в связи со злоупотреблением алкогольными напитками "провоцирует семейный разлад, деморализует малолетних, уклоняется от работы или систематически нарушает общественный порядок", то районным (по месту жительства) судом оно может быть направлено на стационарное или амбулаторное лечение.

Курс лечения определяется индивидуальной необходимостью, но не более двух лет со времени принятия судебного постановления. "Положение" определяет в качестве антиалкогольных заведений областные наркокабинеты, воеводские наркокабинеты, кабинеты по детоксикации, круглосуточные, дневные, ночные наркодиспансеры и центры терапии химической зависимости.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА И ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦЕНТРА ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ (Института Психиатрии и Неврологии в Варшаве)

Центр лечения зависимостей располагает 15 койками, а также 12 местами для лиц, проходящих лечение в дневном режиме, и предлагает лицам, зависящим от алкоголя и/или лекарств:

-6-недельную основную программу,

-программу послебольничной опеки (дополнительное лечение сроком до 12 месяцев).

Идеология и главные цели терапии

Терапевтический коллектив рассматривает зависимость от спиртных напитков как хроническую, возникшую не по вине больного, прогрессирующую и смертельную болезнь, которая вызвана рядом физических, психических, духовных и социальных факторов. В связи с тем, что современная наука еще не знает способов, гарантирующих безопасное возвращение к контролируемому потреблению алкоголя, клиентам предлагается помощь, ведущая к изменению поведения, которая в результате сделала бы их способными как можно дольше воздерживаться от приема спиртного.

Основные цели терапии сводятся к тому, чтобы клиент поверил, что он в состоянии воздержаться от приема спиртного и других психоактивных веществ, и что у него достаточно силы, чтобы изменить свой прежний образ жизни и осуществить благоприятные для него самого перемены.

Таким образом, у каждого из пациентов Центра есть возможность:

- сопоставить собственный опыт с проявлениями синдрома зависимости от алкоголя;
- понять, какую роль играет алкоголь (и другие психоактивные вещества) в его жизни;
- лучше узнать самого себя и свою болезнь, а также поверить в то, что можно жить без алкоголя и прочих психоактивных веществ;
- признать свое бессилие по отношению к алкоголю (и другим психоактивным веществам) и примириться с ним;
- научиться, как достойно жить со своей болезнью;
- попытаться внести изменения в свою жизнь;
- перестать бояться своего недуга и смело говорить о себе правду;
- совершать и исправлять свои ошибки, а также отвечать за последствия своих решений;
- научиться говорить: "не знаю, не понимаю, не умею";
- научиться пользоваться иными, чем питье алкогольных напитков, способами разрядки эмоциональной напряженности;
- отдавать себе отчет в препятствиях, стоящих на пути к трезвости, и познать предпосылки, дающие надежду на выздоровление;
- начать трудиться над построением новой, трезвой жизни;
- радоваться совершающимся в себе переменам;
- понять, сколь важную роль в процессе выздоровления играют группы взаимопомощи, а также профессиональная помощь.

Одновременно требуется, чтобы лица, участвующие в программе:

- воздерживались от употребления алкогольных напитков и прочих психоактивных веществ;
- добросовестно и своевременно выполняли задачи, вытекающие из индивидуальных программ выздоровления;
- уважали особенности личности другого человека;
- старались склонить к участию в лечении своих близких;
- сохраняли в тайне сведения, полученные о других лицах.

Условия приема

В Центр принимаются женщины и мужчины по направлению амбулаторных и стационарных медицинских учреждений по борьбе с алкоголизмом (а иногда и психиатрических лечебных учреждений). Этим лицам, страдающим химической зависимостью от алкоголя, предлагается опека:

1. круглосуточная, позволяющая:

- а. применять психосоциальное, а в обоснованных случаях также биологическое и терапевтическое воздействие в условиях стационара;

б. пройти обязательное лечение в стационарном учреждении в силу судебного решения в таких же условиях и на таких же началах, что и остальные пациенты Центра;

2. дневная, позволяющая принимать участие в интенсивном психотерапевтическом воздействии в рамках основной программы, начатой в условиях круглосуточной опеки;

3. амбулаторная, которая в период, предшествующий приему в Центр, имеет целью подготовку к работе в психотерапевтической группе, а после выписки - психологическую помощь в решении возникающих проблем (в рамках программы послебольничной опеки).

Отбор пациентов в Центр

Каждому приему в Центр предшествует консультация, целью которой является исключение таких противопоказаний, как умственная отсталость, абстинентные синдромы и соматические состояния, требующие в данный момент интенсивного лечения в других специализированных учреждениях *(перед консультацией каждому поступающему предлагается заполнить анкету-интервью, "Карточку поступающего в Центр", которую он берет с собой на собеседование)*.

Лицам, состояние которых указывает на алкогольное опьянение или проявляющим симптомы острого абстинентного синдрома, рекомендуется проведение дезинтоксикации до поступления в Центр.

Предварительная группа (подготовительная)

Лица, отобранные для лечения, направляются на встречи так называемой предварительной группы, которые проводятся раз в неделю. Основной целью этих встреч является охват будущих пациентов Центра опекой еще до их принятия, на период ожидания места в Центре. В ходе встреч можно получить поддержку в решении текущих проблем, а также подробную информацию о терапевтической программе, ознакомиться с действующими в Центре нормами и обычаями, а также рассеять все возникающие сомнения.

Каждому рекомендуется (в период ожидания места) принять участие в определенном количестве собраний групп Анонимных Алкоголиков, а также устроить свои дела, которые не терпят отлагательства (личные, профессиональные, связанные со здоровьем и т.п.), чтобы потом ничто не отнимало времени и не отвлекало внимания в процессе лечения в Центре.

Порядок приема

Сроки приема устанавливаются во время встреч в предварительной группе (по мере освобождения мест). Каждое лицо имеет возможность пользоваться ночлегом в течение первых 3-х недель.

С момента приема каждый участник обязан посещать все терапевтические занятия, проводимые ежедневно (включая воскресенье). Двери Центра всегда открыты, однако на протяжении первых 3-х недель не выдаются индивидуальные пропуска. Это время предусмотрено для установления более тесных отношений с остальными участниками терапевтической группы, приспособления к действующим нормам и правилам, втягивания в ритм занятий, ознакомления с работающим посменно персоналом и т.п. Каждый клиент имеет возможность продолжать лечение в дневной системе в течение последующих 3-х недель.

Терапевтический социум.

В Центре действуют принципы терапевтического социума. В ходе ежедневных утренних встреч клиентов и персонала обсуждаются и в текущем порядке решаются возникающие проблемы. Один раз в неделю избираются староста и дежурный, круг обязанностей которых предусмотрен распорядком работы Центра, а также лица, ответственные за ход занятий по физкультуре и заботящиеся о зеленых насаждениях вокруг Центра. Каждый пациент обязан во время пребывания в Центре выполнять роль старосты или дежурного.

Занятия с психологами

Проводимые психологами групповые занятия направлены преимущественно на интеграцию группы, повышение среди ее участников чувства ответственности и взаимного одобрения, приобщение к функционированию по принципу "здесь и сейчас", а также на обучение пациентов видеть и называть переживаемые эмоциональные состояния и справляться с ними без помощи алкоголя. Одновременно психологи помогают выполнять задания, полученные в рамках индивидуальной программы лечения.

Связи с Сообществом АА

Особую роль в идеологии Центра и подходе к терапии играют связи с Сообществом Анонимных Алкоголиков. Они состоят, с одной стороны, в принятии на работу в качестве терапевтов лиц, которые одновременно являются многолетними членами Сообщества, а с другой стороны, на использовании в терапевтической работе элементов Программы "12 Шагов" АА.

В ходе работы над Первым Шагом ведется анализ собственного опыта, связанного с попытками освободиться от назойливого мышления об алкоголе и выпивке, а также с многократными неудачными попытками контроля за потреблением спиртного. Анализируются также такие вопросы, как влияние алкоголя на семейную жизнь и товарищеские связи, на учебу и работу,

духовную и религиозную жизнь, на состояние физического здоровья, сексуальную жизнь, идеалы и сознание собственной ценности, а также на способы переживания гнева и злости, страха, тревог, стыда и т.п.

Мы стараемся, чтобы анализ этих тем не воспринимался как очередное признание собственного несовершенства, а как добросовестная самооценка. Мы хотим, чтобы каждый участник осознал, что многие его поступки никогда бы не имели места, если бы он не находился под воздействием алкоголя. Мы стремимся к тому, чтобы результатом работы над Первым Шагом было осмысление того, что пьющий алкоголик рано или поздно пренебрежет своими обязанностями по отношению к самому себе, своим близким и своей работе, и что никто не в состоянии предотвратить нежелательные чувства, которые его обуревают, однако, он не должен им поддаваться.

Работа над Вторым и Третьим Шагами - это попытка осознать, что одинокий путь к трезвости чрезвычайно труден и что в этом деле можно опереться на "Высшую Силу", которую каждый должен определить для себя самостоятельно. Одновременно пациенты знакомятся с очередными Шагами АА (4-12).

Как во время пребывания в стационаре, так и в учреждении дневного режима, обязательно участие во встречах групп Анонимных Алкоголиков. Они проводятся раз в неделю на территории Центра (группа "Возрождение"), два раза в условиях городских групп, а один раз в неделю участники терапии организуют свою собственную встречу АА.

Просвещение

Просветительско-информационный блок содержит лекции, прослушивание магнитофонных записей, а также просмотр видеофильмов. Его целью является передача знаний по разнообразным проблемам, связанным как с алкоголем, так и со зрелой, трезвой жизнью.

Другие формы

Занятия, посвященные духовным аспектам жизни, ведутся духовными лицами (священниками, пасторами). Целью этих встреч не является обучение Закону Божьему, но совместные размышления о духовных сторонах жизни человека и о роли духовных факторов в процессе трезвения.

Занятия, посвященные предотвращению рецидивов, раскрывают механизмы рецидива болезни, учат, как различать сигналы рецидива и как в связи с этим поступать, а в индивидуальных случаях помогают также проанализировать рецидив.

Тренинг асертивного абстинентного поведения (Assertion training) учит справляться с социальными ситуациями, угрожающими рецидивом болезни (срывом).

Дополнением к предлагаемым терапевтическим занятиям являются рассматриваемые как факультативные медитации (ежедневно утром), а также занятия йогой (два раза в неделю в послеобеденное время).

Каждый участник терапевтической программы обязан иметь тетради, которые после окончания лечения берет с собой домой. В одной из них он ведет дневник чувств и выполняет порученные задания (в рамках индивидуальной программы), во второй - ведет записи по тематике занятий по просвещению. Благодаря этому он может вернуться к избранным темам и еще раз их проанализировать, а что еще важнее, благодаря ежедневным записям в дневнике чувств, он может легко заметить происходящие в нем самом перемены.

Программа для семей

Один раз в неделю проводятся групповые терапевтические встречи, предназначенные для близких родственников пациентов

Центра. В некоторых случаях мы предлагаем провести супружескую терапию. Рекомендуем семьям участие в группах Ал-Анон и Алатин.

Фармакотерапия

Мы избегаем применения фармакотерапии и, в частности, введения каких бы то ни было успокаивающих, снотворных и болеутоляющих средств, так как они могут привести к очередной наркоманической зависимости.

Программа послебольничной опеки

Предназначена для лиц, которые окончили 6-недельную основную программу. Занятия проводятся ежедневно в послеобеденные часы и охватывают встречи, которые служат цели получения психологической помощи и поддержки (как со стороны психолога, так и алкоголиков с длительным стажем трезвости), упражнения в ассертивном поведении (в частности, умении отказаться от выпивки), продолжение изучения способов предотвращения рецидивов, углубление знания Программы "12 Шагов", занятия йогой и встречи клуба "Absolwent" ("Выпускник"). Программа состоит из 3-х этапов.

Этап I. Непосредственно после окончания основной программы в течение 12 недель предлагается одновременное участие в группе психологической помощи и группе предотвращения рецидивов.

Этап II. После окончания первого этапа можно принимать участие в течение 18 недель в группе тренинга ассертивного поведения.

Этап III. После окончания двух первых этапов можно участвовать:

- в группе углубления знаний по Программе "12 Шагов";
- в группе постоянной поддержки для выпускников;

- в определенных, индивидуально для каждого участника, занятиях I или II этапов.

1. *Группа психологической помощи* предназначена для лиц, желающих продолжать лечение непосредственно после окончания основной программы. Продолжительность участия - 12 недель (с возможностью возвращения в кризисных ситуациях).

2. *Группа предотвращения рецидивов* предназначена для лиц, желающих продолжать лечение непосредственно после окончания основной программы. Продолжительность участия - 12 недель (с возможностью возвращения в кризисных ситуациях).

3. *Группа по тренировке навыков ассертивного поведения (Assertion training)* предназначена для лиц, окончивших группу психологической поддержки и группу предотвращения рецидивов.

4. *Группа углубления знания Программы "12 Шагов"* предназначена для лиц, которые интересуются Программой и воздерживаются от приема алкоголя в течение не менее 6 месяцев, а также прошли занятия по пп.1-3 и участвовали, по крайней мере, в 60 встречах АА. Продолжительность участия устанавливается в индивидуальном порядке.

5. *Группа постоянной поддержки выпускников Центра* предназначена для лиц, окончивших программу послебольничной опеки, а в индивидуальных и обоснованных случаях также для лиц, которые прервали участие в этой программе, однако, хотят сохранить связь с Центром. Продолжительность участия неограниченная, встречи проводятся один раз в неделю.

6. *Занятия йогой* предназначены для участников как основной программы, так и программы послебольничной опеки. Занятия проводятся 2 раза в неделю в вечерние часы.

Существует также возможность проведения индивидуальных встреч с терапевтами, ведущими вышеперечисленные группы.

Все "выпускники" основной программы и их близкие могут принимать участие в двухнедельных терапевтических курсах, организованных Центром лечения наркотической зависимости в Учебно-реабилитационном центре Института в Стжижине.

Слушатели этих курсов имеют возможность упрочить свои знания на тему Шагов 1-3 и продолжать процесс оздоровления, работая над очередными Шагами АА (4-7).

ВЗАИМОПОМОЩЬ АЛКОГОЛИКОВ И ИХ СЕМЕЙ

Взаимопомощь тесно связана с системой социальной защиты. Наиболее естественной и распространенной системой такой защиты является супружество и семья. В каждом обществе четко определены обязанности членов семьи, и каждый вправе рассчитывать на помощь родственников и вместе с тем иметь обязанности по отношению к ним.

Иным примером такой защиты могут служить религиозные объединения, группы помощи одиноким, инвалидам и группы самопомощи. Остановимся на последних и попробуем дать им оценку, опираясь на американских авторов Катца и Бендера. По их мнению, "группы самопомощи строят работу на добровольной основе; это немногочисленные структуры, целью которых является оказание помощи и достижение конкретной цели. Обычно объединяются в чем-то одинаковые люди для совместных действий, для решения какой-либо общей проблемы, преодоления общей беды или жизненных катаклизмов и для достижения желаемых целей в обществе или в самом себе. Инициаторы и члены таких групп уверены, что их специфические требования не способны удовлетворить государственные органы. Эти группы подчеркивают значение взаимовоздействия по принципу "глаза в глаза" и личной ответственности членов группы.

Члены группы оказывают друг другу эмоциональную поддержку и порой материальную помощь; они имеют свою идеологию, опираясь на которую достигают повышенного чувства самосознания.

Характерные черты групп самопомощи:

1. Похожий жизненный опыт членов группы. Наставник переживает те же чувства, которые мучают его подопечного.
2. Взаимопомощь и поддержка. Каждый может быть членом одной из групп, на регулярных собраниях которой осуществляется взаимопомощь.
3. Принцип наставничества. Когда наставник помогает другому члену группы решить проблему, то он тем самым получает поддержку и сам по принципу "помогаешь другим - помогаешь себе".
4. Дифференцированный союз. Путем утверждения того, что ты являешься нормальным человеком, имея подобные проблемы, ускоряется процесс отказа человека от прежних установок, связанных с неправильной самоидентификацией.
5. Групповое сознание и сила воли. Каждый ищет у других членов группы оценки своих чувств и представлений.
6. Информационный обмен. Он представляет возможность понять проблему, опираясь на объективные факты, а не на собственную, часто необъективную, интерпретацию событий.
7. Конструктивное стремление к общим целям. Философия группы заключается в концентрации на работе: члены группы через занятия и работу изменяются в своих поступках, поведении.

Из вышесказанного становится ясно, что группы самопомощи представляют своим членам:

- эмоциональную и социальную поддержку и понимание их проблем;
- распространение знаний об общей проблеме и получение помощи для лучшего ее понимания;
- признание проблемы;

- осознание своих терапевтических возможностей путем знакомства с практическими способами решения своей проблемы;
 - чувство самоценности как результат взаимной поддержки и решения своей проблемы;
 - владение собой при наличии психологической травмы как результата имеющейся проблемы;
 - достижение путем контактов и сотрудничества с лицами, имеющими ту же психологическую проблему, замены того, что было потеряно;
 - создание новой системы отношений и нового стиля жизни.. В группе самопомощи господствует принцип равноправия, и поэтому все члены группы имеют одинаковый статус. Участие в работе группы является делом сугубо добровольным, каждый решает за себя, и в то же время группа отвечает только за свои решения. Каждый новичок приходит в группу со своими проблемами и вместе с тем чувствует себя в безопасности, поскольку "работа" с его проблемой не выходит за пределы группы.
- Наиболее известными группами самопомощи являются Анонимные Алкоголики, Семейные группы Ал-Анон, Алатин и клубы абстинентов (трезвенников).

СООБЩЕСТВО АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ (АА)

Историческая справка

Приступая к рассказу о возникновении Сообщества АА, необходимо вернуться в XIX век, когда в г. Балтиморе в 1840 г. появилось Вашингтонское Общество (Washingtonian Society). Первыми его членами были только алкоголики, пробовавшие осуществить идеи взаимопомощи. В какой-то момент количество его членов превысило 100 тысяч человек. Со временем члены Общества стали заниматься вопросами политическими и социальными (вступили в активную борьбу за уничтожение рабства). Так в их рядах появились политические деятели, как алкоголи, так и неалкоголики. Общество осуществило ряд мероприятий, имевших целью изменить американские обычаи в области потребления алкоголя. Вскоре после этого оно утратило способность помогать

алкоголикам (их опыт впоследствии был использован Сообществом АА, см. 10-ю Традицию).

В 90-х годах XIX века по инициативе лютеранского пастора Франка Бахмана в Англии было организовано "Сообщество ранних христиан" из которого впоследствии отпочковалась так называемая Оксфордская группа (1921 год). Целью "Группы" было возрождение христианских традиций и заповедей. Эта "Группа" руководствовалась в своей деятельности 4-мя абсолютами христианства:

- абсолютной честностью (по отношению к себе и другим, честности в словах, поступках и мыслях);
- абсолютной готовностью помогать другим;
- абсолютной чистотой (тела, духа и намерений);
- абсолютной любовью (к Богу и ближнему).

Частично опыт Оксфордской группы был использован при написании Программы "12 Шагов" Анонимных Алкоголиков.

1932 год

Некий Роланд Х., пройдя годичный курс терапии у знаменитого психиатра и психоаналитика Карла Юнга в Цюрихе, заявил, что он достаточно хорошо изучил себя самого и методы защиты от алкоголя. Тем не менее, через небольшой промежуток времени он сорвался, после чего снова вернулся к доктору Юнгу, которому на этот раз удалось убедить своего пациента, что ему никогда не выиграть схватку с алкоголем, и чтобы выздороветь, необходимо глубокое духовное обновление личности.

Осознание своего бессилия способствовало принятию решения о вступлении в "Оксфордскую Группу", имевшую свой филиал в Нью-Йорке. Роланд Х. стал помогать, в соответствии с Традициями "Группы", другим алкоголикам. Так он встретился еще с одним алкоголиком - Эдвином Т., с которым поделился мыслями о природе алкоголизма.

1934 год, ноябрь

Эдвин Т. был знаком с алкогольной проблемой своего школьного друга Билла В., он не раз навещал его дома. Билл В. в это время находился в "запое", тем не менее он весьма удивился состоянию своего друга, которого считал безнадежным пьяницей. После беседы с Эдвином Билл еще раз решил попробовать лечиться.

1934 год, декабрь

Эдвин неоднократно посещает находящегося на стационарном лечении Билла. Последний уже в 4-й раз с 1932 года проходил курс антиалкогольной терапии у доктора Силкворта, которого называли "маленьким доктором, любящим пьяных".

Рассказывая Биллу историю своего пьянства, Эдвин убедил его, что для выздоровления необходимо признать свое бессилие в отношении алкоголя и что необходимо найти СВОЕГО Бога, которого он назвал "Высшей Силой". После этих бесед, выйдя из клиники, Билл В. вместе с женой Луис вступил в "Оксфордскую Группу".

1935 год, 11-12 мая

В эти дни Билл В. находился в служебной командировке в г. Акрон (штат Огайо). Почувствовав себя плохо, испытывая желание выпить, он стал искать встречи с другим алкоголиком. При помощи местной "Оксфордской Группы" он встретился с Генриетой Зейберлинг, знакомой доктора Боба. Доктор Боб был 11-го мая пьян, тем не менее согласился уделить 15 минут встрече с человеком, назвавшимся "членом "Оксфордской группы", алкоголиком из Нью-Йорка, нуждающимся в другом алкоголике". Встреча состоялась и продлилась гораздо больше запланированного времени, а именно с 17-ти до 24 часов. Это было свидание двух "безнадежных" алкоголиков - биржевого маклера Билла В. (Вильям Гриффит Вилсон, 1895-1971 гг.) и врача-хирурга Боба (Роберт Хальбрук Смит, 1879-1950 гг.). Билл до этого прошел через несколько наркологических лечебниц, а другой Боб был уже не в состоянии проводить хирургические операции. 1935 год, 10 июня

Это день возникновения Сообщества АА. (В этот день Боб последний раз в жизни выпил алкоголь).

Существенную роль в создании Сообщества сыграл упомянутый выше друг Анонимных Алкоголиков д-р Уильям Д. Силкворт. Существенное влияние на формирование Программы Сообщества АА оказали, помимо "Оксфордской Группы", взгляды Карла Густава Юнга и философа Уильяма Джеймса.

1937 год

В Сообщество, насчитывающее 40 членов, была принята женщина. В этом же году Билл В. вместе с группой единомышленников из Нью-Йорка выходит из состава "Оксфордской группы" и организует "Группу анонимных алкоголиков".

1938 год, май

Билл В. начинает работу над текстом так называемой "Большой Книги" Анонимных Алкоголиков (летом были написаны 2 первых раздела).

1938 год, август Создан "Алкогольный Фонд" (членами Правления были избраны Билл В., д-р Боб, а также 3 алкоголика: УРихардсон, Ф.Амос и Д.Вуд; принято решение, что большинство членов Правления должны быть неалкоголиками). 1938 год, октябрь Сообщество, насчитывавшее 60 человек, приняло название "Анонимные Алкоголики". 1938 год, декабрь Разработан текст "12 Шагов", явившийся предложением для продвижения по пути трезвости.

1939 год

В психиатрической лечебнице Нью-Йорка возникла Первая группа АА в лечебном учреждении.

Сообщество насчитывало 100 членов. 1939 год, май

Публикация так называемой "Большой Книги". (Длительное время продолжались споры по поводу названия книги). Были предложения назвать книгу "100 мужчин", "Пустая рюмка", "Сухой путь", "Сухая жизнь".

Алкоголики из г.Акрон предлагали название "Дорога спасения", а алкоголики из Нью-Йорка - "Анонимные Алкоголики". И поскольку в библиотеке Конгресса США было уже 25 книг с названием "Дорога спасения" и 12 книг

"Дорога", а книги "Анонимные Алкоголики" не значилось, то осталось последнее название.

1939 год, август

Д-р Боб вместе с монахиней сестрой Игнацией стал осуществлять терапевтическую помощь алкоголикам в госпитале св. Фомы в г.Акроне (первый "детокс").

Группы АА Среднего Запада США выходят из состава "Оксфордской Группы".

1940 год, февраль

Организация в Нью-Йорке первого Бюро всемирной помощи АА.

1940 год, март

Терапевтическая программа помощи алкоголикам в госпитале св. Фомы была официально признана. От каждого поступающего на детоксикацию пациента требовалось наличие наставника из АА, обязанностью которого было помогать подопечному в его семейных взаимоотношениях, на работе и с окружением; пациент в присутствии наставника должен был положительно ответить на вопрос, действительно ли он хочет бросить пить, а в случае отрицательного ответа ему предлагалось прийти в следующий раз. Повторных приходов не было зарегистрировано. Предлагаемая программа терапии была очень интенсивной и длилась 5 дней, в течение которых пациент выполнял определенные задания.

1941 год

В газете "The Saturday Evening Post" появилась статья об Анонимных Алкоголиках. Ее автор, Джек Алексаидер, известил американцев о существовании Сообщества Анонимных Алкоголиков. В течение года количество членов АА увеличилось с 2-х до 8-ми тысяч человек.

1942 год

В Калифорнии прошло первое собрание АА в тюрьме.

1943 год

Появилась первая неамериканская группа АА в Канаде (результат деятельности пастора Дж. Литтла).

Доклад д-ра М.Тибота на Конференции Американского психиатрического общества (Детройт) о терапевтическом механизме Программы АА (в январе 1944 года доклад был опубликован в журнале по психиатрии "The American Journal of Psychiatry"). 1944 год

Вышел первый номер периодики АА - журнал "Grapevine". Появилась первая группа АА в Австралии. Сообщество насчитывало 360 групп и свыше 10 тысяч членов. 1946 год

Публикация в журнале "Grapevine" первой так называемой развернутой формы "12 Традиций".

Появление первой группы АА в Европе (Дублин, Ирландия), а также первых групп в Мексике и Южной Африке. 1948 год

Первая группа АА в Японии. Главный врач компании "Кодак" д-р Джон Л. Норрис советует своим пациентам посещать собрания АА.

1950 год

I международный съезд Сообщества АА (Кливленд) единодушно принимает "12 Традиций", как основу работы групп АА. Сообщество насчитывает 3527 групп и 96475 участников. В ноябре умирает Боб.

1952 год

Билл В. продолжает работу над составлением программных документов АА "12 Шагов и 12 Традиций".

1953 год

Публикация книги "12 Шагов и 12 Традиций". Сообщество АА насчитывает до 5 тысяч групп и около 111 тысяч членов.

1954 год

"Алкогольный Фонд" преобразован в Службу АА.

1955 год

Появляется второе издание книги "Анонимные Алкоголики", куда вошли новые истории жизни ее членов.

Принятие II Международным съездом АА символики Сообщества (г.Сан-Луи; 5000 участников). Символ Сообщества - круг с вписанным в него треугольником. Круг обозначает Всемирное движение АА, стороны треугольника - выздоровление, единство и служение.

Публикация книги "АА достигает зрелости". Появляется первая "заморская" (вне американского континента) Служба АА в Англии и Ирландии.

1960 год

В Лонг Бич проходил III Международный съезд АА. К этому времени в Сообществе было 7800 групп и 137 тысяч участников. 1962 год На 12-й Конференции Службы АА принят документ "12 принципов Всемирной Службы АА". 1965 год В Торонто (Канада) состоялся IV Международный съезд АА, в котором приняло участие около 10 тысяч человек. 1969 год Первая Международная встреча сотрудников Службы АА (Нью-Йорк).

1970 год

В Майами проходит V Международный съезд АА; Сообщество насчитывает 14800 групп и 260 тысяч членов.

1971 год

В январе умирает Билл Влсон.

1973 год

В Сообществе АА -18900 групп и 363 тысячи членов.

1974 год

Впервые в истории АА Всемирная встреча Служб АА состоялась вне США (в Лондоне).

1975 год

VI Международный съезд АА в г.Денвере (США), в котором приняло участие около 20 тысяч делегатов; в г.Познани (Польша) появилась первая группа АА в Восточной Европе.

1978 год

Сообщество АА насчитывает 30800 групп (из них 28,3% вне территории США и Канады), около 559 тысяч членов групп.

1980 год

В г.Нью-Орлеане проходил VIII Международный съезд АА, который собрал около 22500 участников, представителей 23 стран. Сообщество насчитывало уже 39800 групп (35,2% вне США и Канада) и 839 тысяч членов АА.

1981 год

Состоялась I встреча Служб АА в Европе.

1983 год

В Сообществе АА функционирует 56200 групп (39,4% вне США и Канады), количество членов 1.123.000.

1985 год

В Монреале проходит VIII Международный съезд АА, в котором участвует 45 тысяч делегатов, среди которых впервые был представитель Польши.

1986/87 год

Первые группы АА в России (г.Санкт-Петербург, "Алмаз"; Москва "Московские начинающие").

Сообщество АА насчитывает 73192 группы с числом участников 1.556.316.

1990 год

В г.Сиэтле (США) проходит IX Международный съезд АА, который собрал 48 тысяч участников, представителей 78 стран. Сообщество насчитывает 92300 групп с 1.994.000 участников.

В Мюнхене проходит XI-я встреча Служб АА.

1991 год

Отказ от символики АА (круг с вписанным в него треугольником), поскольку по нормам международного права нельзя было монопольно использовать этот знак, что, в свою очередь, грозило использованием символики Сообщества АА в других целях.

1992 год

Бюро Всемирного Обслуживания АА (GSO) проводит очередное анкетирование членов Сообщества, в котором приняло участие свыше 6500 членов АА США и Канады. Полученные данные таковы: 35% участников АА - женщины, 65% - мужчины. 35% анкетированных имеют ремиссию свыше 5 лет, 34% - от 1 года до 5 лет, 31% - менее года. 34% членов Сообщества попали в его ряды через знакомого участника АА, 27% были направлены туда врачами. Лишь 2% стали членами Сообщества благодаря средствам массовой информации (газеты, радио, телевидение). Самую большую группу составляют лица в возрасте от 31 до 40 лет (32%) и в возрасте от 41 до 50 (25%). Лица моложе 21 года и старше 70 лет составили по 2% анкетированных. Средний возраст члена АА составил 42 года. 78% имели наставников. До момента своего членства в АА 63% анкетированных прошли курс терапии в наркологических больницах. 1995 год Сообщество АА насчитывает свыше 2 млн. членов, работает в 141 стране. В Сан-Диего (США) проходит юбилейный X Международный съезд АА, в котором принимает участие 70 тысяч человек.

Краткий исторический очерк Сообщества АА в Польше

Сведения о Сообществе АА попали в Польшу еще в 40-е годы, но лишь в декабре 1957 года в журнале "Здоровье и трезвость" появилась статья под названием "АА - неизвестная в Польше форма борьбы с алкоголизмом". Ее автор, социолог З.Вербицкий, делился

своими впечатлениями от поездки в Англию и США и цитировал привезенные оттуда материалы. В частности, он писал: "За 20 лет существования этот метод дал великолепные результаты. Тысячи алкоголиков обрели трезвость, им не грозит рецидив болезни. Именно поэтому данный метод нашел широкую поддержку как среди врачей, так и среди духовенства, общественности и даже официальных государственных органов".

Вскоре после этого пациенты наркологического диспансера (г.Познань) с помощью психолога ознакомились с содержанием книги "12 Шагов и 12 Традиций" на собраниях "Клуба Абстинентов". В 1964 году эта психотерапевтическая группа была зарегистрирована при помощи того же психолога в Бюро Всемирного Обслуживания АА (GSO) в Нью-Йорке под названием "Eleusis". В 1975 году группа "Eleusis" обрела самостоятельность (собрания алкоголиков стали проходить без участия психолога), С ЭТОГО ВРЕМЕНИ МОЖНО ГОВОРИТЬ О ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРВОЙ ПОЛЬСКОЙ ГРУППЫ АА.

В 1976 году в Познани появляется еще одна группа "Ster" ("Путь"). Затем в г. Бенджине появляется 3-я польская группа АА "Znicz" ("Факел"), и группа "Odrodzenie" ("Возрождение") при Варшавском институте неврологии и психиатрии. В 1982 году под патронажем этого института была проведена общепольская конференция клубов абстинентов (трезвенников). На конференцию были приглашены представители всех 11 -ти польских групп АА. Был избран Совет Службы АА, который занялся подготовкой 1-го съезда Анонимных Алкоголиков в Польше.

В 1984 году в Познани состоялся 1-й съезд польского Сообщества АА, в котором приняло участие 200 человек, представлявших 34 группы АА. В 1985 году вышел первый номер журнала "Дорога Анонимных Алкоголиков", который стал с 1986 года называться "Zdroj" ("Источник") - польская аналогия журнала "Grapevine". В 1986 году вышел в свет в польском переводе текст книги "12 x 12". В этом же году было получено в качестве дара 500 экземпляров книги "Жить трезвыми" ("Living sober") из США и 1000 экземпляров буклета "44 вопроса" из Финляндии. Это были единственные бесплатные подарки в адрес польского Сообщества АА. В 1987 году появилась первая группа АА в тюрьме. В 1988 году вышел неавторизованный перевод "Большой Книги" ("Big Book"). В конце 1990 года в Польше было 390 групп АА, в 1995 - 1.000 групп. В 1995 году был образован Фонд "Службы польского Сообщества АА", Правление Фонда состоит из членов Совета уполномоченных. В августе 1996 года в Варшаве проходит VI Конгресс АА, объединенный со Съездом Радости.

Число участников Конгресса - около 3000 человек. Сообщество АА насчитывало в это время 1100 групп (из них 110 групп работало в тюрьмах), 315 групп Ал-Анон и 44 групп Алатин, а также 6 групп ВДА (взрослых детей алкоголиков).

СЕМЕЙНЫЕ ГРУППЫ АЛ-АНОН (Al-Anon)

В середине 40-х годов по примеру динамично развивающегося Сообщества Анонимных Алкоголиков в США стали появляться "Семейные клубы" для лиц, у которых в семье кто-либо злоупотребляет алкоголем. В конце 40-х годов возникли группы для жен алкоголиков, жен неалкоголичек и т.д. В 1951 году 87 семей обратилось в бюро Фонда Анонимных Алкоголиков с просьбой принять их в Сообщество. Поскольку Фонд не дал своего согласия, родственники алкоголиков создали комитет по семейным проблемам, который вскоре был переименован в "Семейные группы Ал-Анон".

Программа "Ал-Анон" является переработкой Программы Анонимных Алкоголиков, а в качестве ориентиров в своей деятельности была принята Программа "12 Шагов" и "12 Традиций".

В Польше подобные группы самопомощи функционируют с 1980 года, когда в городе Познани возникла группа "Ариадна".

ГРУППЫ АЛАТИН (Alateen)

Они предназначены для детей и молодежи до 18-ти лет, "на жизнь которых повлиял алкоголизм одного из родителей или близкого лица". Сообщество Алатин возникло в 1957 году в городе Пасадена (США). В 1973 году вышла первая публикация под названием "Алатин - надежда для детей алкоголиков". В настоящее время насчитывается свыше 3000 групп "Алатин".

КЛУБЫ АБСТИНЕНТОВ (ТРЕЗВЕННИКОВ)

Традиции трезвеннического движения в Польше относятся к началу XIX века, когда в Вильнюсе в 1817 году было организовано "Общество изгоев". В течении всего XIX века в стране возникали "Товарищества воздержанности" или "Братства трезвости". Это было "классическое" трезвенническое движение, которое в принципе не занималось страдающими от химической зависимости лицами, вопросами их лечения и реабилитации.

Начало движения самопомощи зависимым от алкоголя лицам связано с концом 40-х годов, когда в Польшу проникла информация о Сообществе Анонимных Алкоголиков.

К сожалению, в течении десятилетий это движение не могло развиваться. По политических мотивам тогдашние власти относились негативно ко всему, что приходило с Запада, что не хотело поддаваться регистрации и контролю, а употребление таких слов, как "Высшая Сила", "Бог" было запрещено. В

подобной ситуации некоторые диспансеры пробовали "подогнать" принципы Сообщества АА под политические требования тех времен. В результате таких усилий в конце 40-х годов появились первые кружки и группы, объединяющие людей с алкогольной зависимостью. Прототипом "Клуба трезвенников" в Польше был "Кружок самопомощи больным" при наркодиспансере в Варшаве. Статус "Кружка" включал в свои обязанности:

1. Помощь в возвращении здоровья членам кружка;
2. Моральную, финансовую, социальную помощь членам кружка и их семьям;
3. Пропаганду трезвости.

Первые клубы, возникшие на базе лечебных заведений, назывались "Клубами АА" (Анонимных Алкоголиков, Анонимных Абстинентов, Активных Абстинентов). В их задачу входило "помогать вылечившимся алкоголикам поддерживать абстиненцию... Клуб занимается организацией групповой психотерапии, пользуясь при этом иными средствами, нежели это практикуется в наркокабинетах или закрытых заведениях... Участников объединяет сильное желание избавиться от химической зависимости, сознание возможности получения помощи и вера в Высшую Силу, духовная поддержка которой является обязательной для избавления от зависимости. Этот духовный фактор не нашел отражения в идейно-организационных основах польских клубов АА. Тем не менее цель тех и других одна - сохранение трезвого образа жизни". (Журнал "Проблемы алкоголизма, №4, 1969 г.).

Некоторые клубы стали называться "Клубами абстинента", другие - "Клубами взаимопомощи", часть оставила старое название: "Клуб АА".

В 80-е годы произошел количественный взрыв: если в 1980 году было 37 клубов, то в 1986 г. их количество перевалило за 200. Из этого числа 20 клубов работало на предприятиях, 8 - в местах заключения, стали появляться "Клубы" на селе. В настоящее время их количество достигает 300. В связи с изменением принципа финансирования и ослаблением поддержки со стороны правительства появились первые сигналы о самороспуске клубов.

Существующие в Польше на принципах самопомощи "Клубы трезвенников" можно разделить на 4 вида:

1. Клубы пациента - работают при наркологических кабинетах (амбулаториях);
2. Клубы бывшего пациента - работают при наркологических диспансерах (дневных и круглосуточных);
3. Клубы по месту жительства - работают на территории микрорайонов, на производстве, в учреждениях;
4. Свободные (автономные) клубы - имеющие юридический статус, устав, правление, клубные секции и т.п.

Клубы имеют различные формы работы: лекции, групповая терапия, семейная терапия, спорт, туризм, игры, музыкотерапия и т.д. Бывают случаи вмешательства самой группы, когда случается рецидив в болезни (срыв, запой). В мае 1988 года была зарегистрирована Федерация клубов абстинентов (ФКА) Польши, основателями которой стали 54 клуба.

В документах организации подчеркивается, что Федерация является "добровольным объединением "Клубов абстинентов", является их представителем и защищает их интересы". Целями Федерации являются:

1. Создание лицам с химической зависимостью условий для поддержания полной ремиссии.

2. Пропаганда трезвеннического образа жизни.

В конце 1995 года Федерация объединяла около 300 клубов, из которых свыше половины располагало собственными помещениями, каждый третий клуб работал 7 дней в неделю. Федерация издает свой информационный бюллетень "Трап".

1 См. дальше

* Материалы о том, как проходить Шаги 1-4, в приложении

ГЛАВА 4. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ЧЕМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ АЛКОГОЛЬ

Многие люди, пытающиеся оправдать свое пристрастие к алкоголю, дают "идеологическое" обоснование пьянству. Так в чем же заключена правда? Алкоголь - это не средство для улучшения своего физического или психического состояния

Проводимые на ультрасовременной аппаратуре психометрические обследования показали, что даже небольшие порции алкоголя (один грамм на килограмм веса человека) замедляет реакцию водителя на 0,3-0,5 секунды. Нормальная же реакция трезвого человека не превышает по времени 0,5 секунды.

Алкоголь не помогает сердечной деятельности

Исследования последних лет показали, что лица, жалующиеся на боли в сердце, чувствуют себя лучше после рюмки коньяка, что говорит об обезболивающем и успокаивающем действии алкоголя. Коронарные сосуды (снабжающие сердце кислородом) не расширяются под воздействием алкоголя и, тем самым, поступление крови в сердечную мышцу не увеличивается. Недостаток кислорода в крови продолжает существовать. Одновременно алкоголь вызывает опасные "скачки" кровяного давления, а при длительном употреблении вызывает перерождение сердечной мышцы (результат непосредственного воздействия алкоголя и продуктов его сгорания на мышцу).

Алкоголь - не снотворное

Сон после алкогольного возлияния наступает в результате токсического воздействия алкоголя на мозг человека (алкогольное отравление). Сон в этот период не является естественным (физиологическим), и человек во время такого сна не отдыхает настоящим образом.

Алкоголь - не успокоительное средство

Минутное снятие напряжения, которое испытывают некоторые люди после принятия "на грудь", заставляет на короткий промежуток забыть житейские заботы. Проблемы остаются, накапливаются и зачастую еще больше

запутываются. Протрезвев, снова приходится возвращаться к ним с чувством еще большего напряжения и беспокойства. Очередная порция алкоголя с целью унять чувство беспокойства грозит появлением "замкнутого круга", приводящего в конце концов к химической зависимости.

Алкоголь не укрепляет сопротивляемость организма

У лиц с повышенной температурой тела и с воспалительными процессами алкоголь снижает защитный иммунитет организма из-за снижения активности белых кровяных телец, в задачу которых входит борьба с инфекцией.

Ослабление иммунной системы под воздействием алкоголя увеличивает риск не только инфекционного заболевания, но также и злокачественных новообразований.

Алкоголь не является средством для "согревания"

Эффект согревания от алкоголя только кажущийся. Рюмка алкоголя вызывает на короткое время "теплое" чувство, вызванное приливом в расширенные подкожные сосуды теплой крови из центра организма. Расширенные кровеносные сосуды способствуют теплообмену и тем самым потере тепла. Охлажденная кровь возвращается в "центр", во внутренние артерии, затрудняя их функционирование. Поэтому столь часты простудные заболевания (зачастую воспаления бронхов и легких) у лиц, которые после выпивки пытались резко "охладиться" на свежем воздухе.

Алкоголь не является продуктом питания Хотя он и снабжает организм известным количеством калорий (1 г содержит около 7 ккал), тем не менее, это так называемые пустые калории. Алкоголь не может заменить необходимых для нормального функционирования организма питательных ингредиентов, таких, как белки, углеводы и жиры. Он не может стать энергетическим источником не только из-за его токсичности, но также с точки зрения обмена веществ, не позволяя организму накапливать энергетические запасы.

Алкоголь не способствует пищеварению

Дело в том, что алкоголь раздражает слизистую оболочку, нарушает работу кишечника и процесс всасывания пищи, а также нарушает функционирование столь важных для пищеварения органов, как печень и поджелудочная железа.

Алкоголь - не лекарство для почек

Пить пиво иногда советуют людям, страдающим мочекаменной болезнью ("камни в почках"), имея в виду его мочегонное свойство. Следуя такому совету, следует всегда помнить о негативном воздействии алкоголя (ведь пиво тоже алкогольный напиток) на

другие органы человека (см. раздел 2).

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ Отравления

Симптомы, обнаруженные у лиц со свежим запахом алкоголя или запахом перегара, могут быть следствием иного воздействия, нежели этиловый спирт. Необходимо всегда помнить о возможности отравления другими видами

алкоголя (например, гликонолом, метанолом) или другими токсичными веществами (наркотиками, окисью углерода).

Поведение такого лица может быть результатом повышенного или пониженного уровня сахара в крови (у лиц, страдающих сахарным диабетом) или может происходить из-за обратимых или необратимых процессов, протекающих в мозге.

Особенно часто с лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, происходят дорожно-транспортные происшествия (ДТП), кончающиеся травмами. В этих случаях нельзя относиться пренебрежительно даже к небольшим травмам или следам ушибов, поскольку всегда существует опасность внутричерепной травмы или внутреннего кровоизлияния.

При тяжелом алкогольном отравлении, в состоянии глубокого сна, что бывает обычно при уровне алкоголя в крови, превышающем 3 промилле, следует поступать так же, как при других видах отравления. До прибытия специалистов лицо, находящееся в бессознательном состоянии (невзирая на причину такого состояния), следует положить на бок, во избежание опасности захлебнуться собственными рвотными массами или проглотить собственный язык. После доставки пострадавшего в медицинское учреждение следует помнить о поддержании дыхания и кровообращения, недопущении аспирации рвотными массами. Необходимо способствовать удалению этанола из организма (форсированный диурез, гемодиализ, перитональный диализ, прием нейтрализующих средств (налоксон, физостигмин, солкосерил)). Смертельная доза этанола (для лиц, не обладающих повышенной толерантностью) может составлять 300-400 мл, то есть 750-1000 мл водки, выпитой менее чем за 1 час. Для нетрезвых лиц, проявляющих беспокойство или агрессию, противопоказан прием каких бы то ни было фармакологических, особенно успокаивающих средств.

Технический спирт, суррогаты

К техническому спирту относятся различного рода заменители питьевого спирта. Его употребляют зависимые от алкоголя люди в состоянии сильного алкогольного "голода", когда нет возможности раздобыть "благородные" напитки по финансовым соображениям. Американские исследования говорят, что употребляющие подобные "сорта" алкоголя (так называемые "красная шапочка" и другие суррогаты) люди составляют 10-15% госпитализированных в отделениях детоксикации. Американское

Психиатрическое Общество расценивает потребление технического спирта как один из критериев алкогольной зависимости.

Эти суррогаты обладают общей чертой: они содержат в себе алкоголь (не обязательно этиловый спирт) и, кроме часто неприятного запаха и вкуса, весьма напоминают по своему воздействию этанол, приводя пьющего в состояние опьянения (одурения, помрачения сознания).

Очень часто в их состав входят такие опасные ингредиенты, как метанол, гликол, а также средства, денатурирующие этанол, такие как хлороформ, трихлорэтилен, бензол, ксилен и т.п.

В качестве заменителей алкоголя употребляют:

- косметические средства (одеколон, дезодорант, лак для волос и т.п.);
- средства бытовой химии (денатурат, моющие средства);
- лекарства как для внутреннего применения, так и наружные, в которых содержится этанол;
- технические средства (антифриз, тормозная жидкость и т.п.) органические соединения, применяющиеся в промышленности (политура, растворители и т.п.)

Смесь алкоголя и лекарств

Прием лекарств лицами, находящимися в нетрезвом состоянии, или злоупотребление алкоголем лицами, принимающими те или иные лекарства, связаны с риском проявления непредсказуемых реакций. Взаимодействие алкоголя и лекарства (интеракция) может дать суммарный эффект, порой даже превысить сумму эффектов обоих средств. Это касается прежде всего соединения алкоголя с успокаивающими средствами. Алкоголь может ослабить и даже нейтрализовать действие лекарства. Некоторые лекарства, такие как хлорамфеникол (детромecin), фурадонин, фуразолидон, метронидазол, нитроглицерин, сорбит и гризеофламин повышают реакцию организма на алкоголь, аналогично действует дисульфирамид (антикол, эспераль), который, взаимодействуя с алкоголем, вызывает опасные нарушения в работе органов дыхания и кровообращения.

Повышенная толерантность (генерализация толерантности)

Бывают случаи, когда принимающие успокаивающие или болеутоляющие средства пациенты не получают ожидаемого эффекта, хотя выполняют все указания врача. Это касается чаще всего тех больных, которые не исключили из своей диеты алкоголь. Такое положение вещей является результатом повышенной толерантности на алкоголь, которую сопровождает повышенная толерантность на отдельные виды лекарств (в частности, на снотворное, успокаивающее и болеутоляющее).

С подобным явлением чаще всего встречаются анестезиологи, чьи пациенты не реагируют на наркоз, несмотря на соответствующее весу и состоянию здоровья пациента количество лекарства, а также стоматологи и процедурные сестры, которым приходится давать большее количество лекарства для достижения нужного результата (потери чувствительности). По этим соображениям пациенту необходимо всегда информировать лечащего врача о возможном проявлении такой реакции, если когда-либо имели место периоды злоупотребления алкоголем.

Острый и хронический абстинентный синдром (похмелье)

Он проявляется у зависимых от алкоголя лиц, когда в период запоя или попытки остановиться ("завязать") происходит снижение уровня алкоголя в крови. Выглядит это таким образом, будто организм больного требует очередной порции алкоголя.

Симптомы острого абстинентного синдрома не являются характерными только для него одного, они могут имитировать различные заболевания. На снижение уровня алкоголя в крови организм реагирует чаще всего симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта (плохой аппетит, тошнота, рвота, понос), системы кровообращения (тахикардия, аритмия, повышенное кровяное давление), вегетативной системы (потливость, расширение зрачков, сухая слизистая оболочка полости рта). Могут проявляться "симптомы" гриппа: плохое самочувствие, общая слабость, повышенная температура, мышечные и головные боли, сильная дрожь (тремор) рук и нередко дрожь всего тела. Жалобы на повышенную возбудимость, беспокойство, страх, плохое самочувствие и бессонницу наводят на подозрение о наличии этих расстройств и вместо направления к специалисту выписываются различные (часто вызывающие очередную химическую зависимость) лекарства, такие, как реланиум, оксазепан, сигнопам, нитразепам, рудотел, геминеврин или реладорм.

Неправильный диагноз и последующее неправильное лечение вызывают дальнейшее углубление химической зависимости.

Абстинентный синдром настолько мучителен, что пациент, не получивший своевременной эффективной помощи, начинает "лечиться" сам, то есть пьет дальше. Очередная рюмка алкоголя является для него средством, успокаивающим мучения и болезненные симптомы похмелья.

Выписывание в подобных обстоятельствах бюллетеня по нетрудоспособности без направления в наркологический кабинет или на собрание АА следует рассматривать как помощь в продолжении запоя.

По окончании острого абстинентного синдрома на протяжении нескольких месяцев могут сохраняться симптомы хронического абстинентного синдрома. Они проявляются в виде расстройства внимания и невозможности сконцентрироваться, расстройства абстрактного мышления, "свежей" забывчивости и "выпадения" памяти, предрасположенности к стрессу, апатии или сверхвозбудимости, бессонницы.

Мнимый абстинентный синдром ("сухое" похмелье)

После многих недель, месяцев и даже лет воздержания от алкоголя могут проявляться симптомы, идентичные тем, которые наступали непосредственно после прерывания запоя. Эти симптомы могут сохраняться в течение нескольких дней и вызвать рецидив болезни (срыв). Они настолько мучительны, что нередко больной не выдерживает и срывается, снова начиная пить.

Алкогольный коллапс или абстинентные судорожные припадки

Вместе с абстинентным синдромом могут появляться выглядящие очень впечатляюще судорожные припадки. В случае их появления следует немедленно обратиться к специалисту, который сможет их идентифицировать, не спутав с судорогами другого происхождения (от травмы, новообразований,

болезни сосудов). Установить точный диагноз помогает то, что судорожные абстинентные припадки (коллапс) появляются в определенное время после прерывания запоя. Они не отмечены у лиц, длительное время сохраняющих ремиссию.

Психические расстройства

Осложнением в результате химической зависимости может явиться острое или хроническое психическое расстройство (см. 2 главу)

Поведение больного становится в это время непонятным для окружающих, поскольку оно обусловлено серьезными психическими нарушениями (галлюцинации, видения, бред).

В случае появления сразу после прерывания запоя непонятного или "странного" поведения больного необходима срочная консультация с врачом - психиатром.

Это состояние следует всегда очень четко отделять от "странного" или непонятного поведения человека, находящегося в нетрезвом состоянии.

Случается порой, что психически больные люди обращаются к алкоголю с целью исправить свое самочувствие. Нередко эти попытки заканчиваются формированием типичной алкогольной зависимости. В таких случаях мы имеем дело с симптоматическим алкоголизмом, в котором, наряду с симптомами алкогольной зависимости, налицо симптомы психической болезни (шизофрении или депрессии).

Качественное лечение психического больного уменьшает риск возникновения запоев.

ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ АЛКОГОЛИК ОТ ПЬЯНИЦЫ?

Наиболее точно определяет эту разницу старая французская поговорка:

"Пьяница может перестать пить, если захочет; алкоголик хотел бы перестать пить, но не может".

Пьянство - это дурная привычка, отрицательная черта, алкоголизм - это болезнь (алкогольная зависимость), зачастую смертельная.

Среди алкоголиков можно встретить таких, кто не выносит вкуса алкоголя, глубоко переживает свои алкогольные "подвиги", стыдится и ненавидит себя за неумение сдержат слово и "завязать" с выпивкой. Все эти душевные муки не сдерживают их от выпивки, поскольку они бессильны перед своей болезнью и в то же время слишком "горды", чтобы обратиться за помощью.

С пьянством дело выглядит совсем иначе, хотя нередко в пьяных компаниях участвуют алкоголики. Пьяница в состоянии контролировать количество выпитого алкоголя, остановиться в любой момент или запросто отказаться от предложенной выпивки. Однако он часто не делает этого, напивается, устраивает скандалы.

Если наказание за пьяные выходки имеет какой-то смысл, то наказание алкоголика без того, чтобы научить его правильно относиться к алкоголю и справляться со своими проблемами без алкоголя, не принесет никакого эффекта. Вместе с тем следует помнить, что алкоголик лишь тогда обращается с

просьбой помочь, когда последствия его пьянки становятся невыносимыми. Поэтому не следует защищать его от каких бы то ни было последствий его выпивок, ибо тем самым отодвигается момент принятия решения о прекращении пьянства.

КАК ВОЗНИКАЕТ АЛКОГОЛИЗМ?

Чтобы лучше понять, каким образом возникает зависимость от алкоголя и как выглядит взаимосвязь биологических, психологических и социальных факторов, предлагаю представить себе довольно простую ситуацию. Так же, как люди имеют большую или меньшую биологическую предрасположенность к алкоголизму, так и земля может быть менее или более урожайной. На плодородной земле даже из небольшого количества не очень качественного зерна может вырасти вполне приличный урожай; в то же время на бедной почве трудно ожидать хороших результатов. Доподлинно известно, что для растений необходимы соответствующие климатические условия (температура, влажность, солнечное освещение).

Теперь представим себе человека с большой биологической предрасположенностью к химической зависимости ("богатая" или "очень богатая почва"), который часто потребляет крепкие алкогольные напитки (бросает много "качественного зерна" в "почву") и заодно нередко пребывает в пьющей компании (имеется соответствующая влажность, температура и "солнечная" обстановка). У такого человека за сравнительно короткое время возникает алкоголизм (вырастает "хорошо развитое растение"). В данном случае качество зерна можно сравнить с крепостью алкогольных напитков.

Высококачественным зерном в нашем случае будут крепкие напитки, которые за короткое время вызывают химическую зависимость и в значительной мере разрушают организм.

Если налицо биологическая предрасположенность (плодородная почва), но человек не злоупотребляет алкоголем (не сеял зерна), и окружающие условия не способствуют выпивке (сухо, холодно, темно), в таком случае риск возникновения алкоголизма значительно ослаблен (или вообще ничего не вырастает, или же появится хилое маленькое растение).

Подобным образом не все лица, имеющие большие биологические предпосылки к алкоголизму, становятся алкоголиками.

Пользуясь подобными сравнениями, можно проследить также процесс выздоровления. Вообразим теперь упомянутое ранее хорошо развитое растение (алкоголизм), которое не получает влаги (не добавляем алкоголя). Скорее всего оно начнет постепенно засыхать, и процесс засыхания будет длиться годами.

Точно также дело обстоит с алкоголиками, которые с огромным напряжением воздерживаются от выпивки (не пьют в так называемой Завязке"). Процесс преодоления ими болезни длится невероятно долго. Растение (алкоголизм) частично засыхает, а затем (в период рецидива болезни, запоя) богато орошается. Благодаря таким

временным "орошениям" оно не засыхает, а продолжает свой рост. Здесь возникает вопрос: что делать, чтобы избавиться от ненужного растения? Ответ однозначный: надо дать ему возможность полностью засохнуть, а затем вырвать с корнем. На его место посадить другое зерно, а когда вырастет новое растение, заботиться о нем, чтобы оно прочно заняло старое место. Подобным образом после прекращения потребления алкоголя образовавшийся "вакуум" необходимо чем-то заполнить путем коренных перемен в духовной жизни, духовной сфере.

ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ И РАЗВИТИЕ алкогольной ЗАВИСИМОСТИ

Выпивки становятся небезопасными тогда, когда пьющий начинает замечать, что алкоголь помогает "решать проблему", например, уснуть, сделаться смелее, расслабиться, успокоиться и т.д. Следующий признак опасности - симптом так называемой "крепкой головы", позволяющий человеку пить больше, чем раньше, без видимых последствий пьянки. Он свидетельствует о повышенной алкогольной толерантности, то есть о приспособлении организма к большим дозам алкоголя.

В начальном периоде (фаза предостережения) после потребления большого количества алкоголя может проявляться так называемый алкогольный палимпсест ("провалы" в памяти, "дыры" в биографии), возникающий в результате влияния алкоголя на функцию мозга. "Начинающий алкоголик" пьет с охотой и зачастую скрытно, одновременно у него возрастает чувство вины за свою пьянку.

О грядущей алкогольной зависимости говорят следующие факты:

- потребность в выпивке для снятия напряжения, избавления от усталости, чувства депрессии;
- потребление все большего количества алкоголя без видимых признаков опьянения (возросшая толерантность к алкоголю);
- "выпадение" из памяти отдельных событий, имевших место в период пьянки ("провалы" памяти);
- чувство вины и угрызения совести в связи со своим поведением в пьяном виде;
- замечания друзей и близких, что выпивка вызывает у них чувство беспокойности;
- раздражение или агрессивное поведение на замечания о своем пьянстве или при невозможности выпить еще.

Известный исследователь алкогольной болезни Е.М.Джелинек так квалифицировал процесс алкогольной зависимости, разделив его на 4 фазы: начальная, предостерегающая, критическая и хроническая. Граница между начальной и предостерегающей фазами проходит в момент появления "провалов" памяти.

КРИТИЧЕСКАЯ ФАЗА начинается сразу с проявлением симптома алкогольной зависимости, каким является потеря контроля над количеством выпитого. Все больше времени занимает поиск и выдумывание оправданий пьянки, агрессивное поведение чередуется с угрызениями совести. Предпринимаются попытки контролировать потребление алкоголя путем временного полного воздержания от алкоголя или путем перемены вида алкогольного напитка. Все чаще пьющий начинает жалеть самого себя, нередко попытки самоубийства. Нарушается контакт с окружением (ограничиваются контакты с друзьями, возникают проблемы на работе, вплоть до ее потери). Появляются проблемы со здоровьем, вследствие хронического отравления организма. Питание натошак алкогольных напитков ("поправка здоровья", "клин клином вышибают") становится нормой.

Одновременно с появлением многодневных запоев начинается ХРОНИЧЕСКАЯ ФАЗА, и, если вовремя не приступить к ее лечению, то она закончится семейным разводом, серьезным нарушением здоровья (физического и психического) и нередко смертью.

Следует, тем не менее, помнить, что приостановить процесс болезни можно на любом этапе и в любой ее фазе.

ЧТО ТАКОЕ "АЛКОГОЛЬНЫЙ ГОЛОД"?

Под формулировкой "алкогольный голод" подразумевается состояние, характеризующееся повышенным и труднопреодолимым желанием выпить или же напиться. Это явление наблюдается только у зависимых от алкоголя лиц и связано с нарастающим чувством раздражения, напряжения и беспокойства. "Голод" может проявляться при любых обстоятельствах, например, в тех местах и ситуациях, где раньше приходилось часто выпивать; сразу после употребления небольшой порции алкоголя; вместе с другими симптомами абстинентного синдрома; может сопровождать стремление к эйфории или сопутствовать плохому настроению, бессоннице или общему плохому состоянию.

Некоторые врачи считают "голод" понятием гипотетическим; его нет в природе, поскольку он не обнаруживается путем объективных критериев, таких, как физиологические и биохимические измерения. Как же в таком случае назвать то наше состояние, когда мы долгое время ничего не ели? Чем является наше желание выпить в жаркий день стакан воды? Почему курильщик время от времени лезет в карман за сигаретой? Почему сохраняющая фигуру женщина после двух дней строгой диеты с большим желанием набрасывается на торт или мороженое? Чем вызвано такое поведение? Только желанием? Может быть, определенную роль здесь играет механизм, подобный тому, что действует при алкогольной зависимости? Если кого-либо затронуло данное обстоятельство, если кто-либо пережил подобную ситуацию, то пусть он попробует понять алкоголика: тот тоже какое-то время отказывался от алкоголя (как другие отказывались от сигареты или

торта), но не выдержал испытания. Не смог совладать с чувством нарастающего "голода", не смог преодолеть желания выпить, подобно тому, как кто-то не может отказаться от свиной отбивной, от кока-колы, сигареты или пирожного. Ссылка на аргумент, что "это ведь не алкоголь", только отчасти верна, ибо разным людям различные вещи и различное поведение доставляет удовольствие.

Следует помнить, что "алкогольный голод" считается одним из основных механизмов, провоцирующих рецидив болезни.

РЕЦИДИВ БОЛЕЗНИ ("СРЫВ")

В качестве рецидива болезни следует рассматривать прием любого количества алкоголя или другого психоактивного вещества (см. 2 главу), а не только само нарушение (прерывание) алкогольной абстиненции.

Рецидив никогда не наступает неожиданно или случайно; это постепенно приближающийся процесс, который начинается задолго до самого факта употребления алкоголя. Именно поэтому возможна его приостановка, предупреждающая во многих случаях трагические последствия. Предпринять же предупредительные меры можно лишь в том случае, если известны симптомы грозящего срыва.

Симптомов срыва можно привести множество. Наиболее характерны и чаще всего встречаются следующие:

- возникают сомнения в сохранении своей трезвости или слишком большая уверенность в ее сохранении;
- состояние усталости, депрессии или чувство жалости к себе;
- постоянные мысли о прошедшем и будущем, забота о других вместо заботы о собственном здоровье;
- раздражительность, проявление чувства гнева, обвинение окружающих в своих проблемах и неудачах;
- бессонница, нерегулярное питание и недостаточный отдых;
- тенденция изолироваться от окружающих;
- отказ от помощи;
- ограничение (часто разрыв) контактов с группой взаимопомощи и своим психотерапевтом;
- возобновление старых "рюмочных" знакомств и посещение мест, где присутствует алкоголь (кафе, бары и т.п.);
- мысли о компанейской, случайной, контролируемой выпивке;
- сомнение в своем алкоголизме, внушение самому себе, что уже вылечился;
- пробы контролируемого питья, которое рано или поздно закончится срывом, рецидивом болезни.

Члены Сообщества Анонимных Алкоголиков в целях предотвращения срыва придерживаются программы "HALT". Это первые буквы английских слов: hungry - голодный, angry - злой, lonely - одинокий, tired - уставший. Они доподлинно знают, что именно эти состояния (плохое питание,

раздражительность, одиночество и усталость) провоцируют практически любой срыв, рецидив.

Чтобы предотвратить срыв, необходимо:

- составить список индивидуальных (личных) признаков срыва, где отмечены свои, специфические "предвестники" срыва;
- по возможности чаще сверять свое состояние и поведение со списком признаков срыва;
- попросить близких и доверенных лиц помочь в обнаружении признаков срыва, так как самому порой трудно это сделать, а со стороны виднее;
- иметь наготове перечень конкретных мер в случае появления какого-либо признака срыва;
- постоянно заниматься своим духовным ростом, работать и совершенствовать свой стиль трезвой жизни, поскольку лишь сама задержка признаков срыва не гарантирует нормального процесса выздоровления.

МОЖНО ЛИ ВЫЛЕЧИТЬСЯ ОТ АЛКОГОЛИЗМА?

"Нет" - такой ответ будет звучать в случае, если речь пойдет о возможности возврата к контролируемому употреблению алкоголя. В свете сегодняшних научных знаний по этой тематике каждый, кто хоть раз потерял способность контролировать количество выпиваемого алкоголя, уже никогда не вернется к прежней способности.

"Да" - поскольку, воздерживаясь от рюмки, можно вернуть практически все ранее потерянное, даже достичь более высокого уровня эмоционального или духовного развития. О подобной возможности могут свидетельствовать бывшие алкоголики с большим стажем трезвости.

Процесс превращения в алкоголика, равно как и выздоровление от алкоголизма, имеет свою динамику и свои этапы. Согласно методике В. Джонсона, существуют 4 этапа возвращения к здоровому образу жизни:

- 1 - осознание своего положения;
- 2 - смирение (признание реальности своей болезни);
- 3 - согласие с болезнью и принятие ответственности за свое здоровье;
- 4 - капитуляция (перед алкоголем, болезнью, врачами). Модель возвращения здоровья, согласно теории С. Брауна, также включает в себя 4 фазы:

- 1 - пьянство (закончившееся "достижением своего дна" или капитуляцией);
- 2 - переходный период (метание между "я неалкоголик", "я алкоголик");
- 3 - ранний период выздоровления (признание "я алкоголик");
- 4 - постоянная ремиссия (трезвый образ жизни, эмоциональный рост, духовное развитие, развитие отношений с другими людьми).

Наблюдая за качественными изменениями в жизни выздоравливающего алкоголика, нетрудно заметить, как он преодолевает очередные этапы на пути к трезвости:

1.Я ХОЧУ ПИТЬ

2. Я НЕ МОГУ ПИТЬ

3. Я НЕ ХОЧУ ПИТЬ

4. Я ХОЧУ НЕ ПИТЬ

В одиночку преодолеть эти этапы чрезвычайно трудно, именно поэтому столь необходима помощь со стороны других алкоголиков, близких лиц и профессиональных терапевтов.

ПОЧЕМУ АЛКОГОЛИКУ НЕ ХВАТАЕТ ОДНОГО ДНЯ ДЛЯ ПЬЯНКИ?

Среди симптомов алкогольной зависимости особую роль в механизме продолжения пьянства играют два из них.

Первый симптом - это потеря контроля над количеством выпитого. Он заключается в невозможности принять определенное решение относительно того, пить или не пить, в невозможности удержаться от выпивки и остановиться в процессе пьянки.

Второй симптом - это очень болезненные муки абстинентного синдрома и вкупе с ним чувство "алкогольного голода" плюс осознание того, что облегчение придет после принятия очередной порции алкоголя.

Из самого названия становится понятно, что потеря контроля над алкоголем, по сути своей являющаяся основным симптомом химической зависимости, которая сохраняется всю жизнь, не позволяет алкоголику осуществлять контроль как над количеством выпитого, так и над частотой выпивок. Стало быть, если алкоголик начинает пить (будь то кружка пива или рюмка водки), то остановиться ему будет чрезвычайно трудно и, скорее всего, его запой продлится несколько дней. Стартером, запускающим этот механизм, является абстинентный (похмельный) синдром, появляющийся в момент снижения уровня алкоголя в крови. Эти симптомы (беспокойство, страх, общая дрожь, рвота, потливость, бессонница, нередко какие-то "видения" и "голоса") вкупе с "алкогольным голодом" и неумением избавиться от них, заставляет продолжить выпивку, ибо очередная рюмка приносит облегчение и избавляет от мук похмелья.

Как известно, алкоголь подвергается в организме человека процессу расщепления и выводится из него, то есть уровень алкоголя в организме снижается. Это вызывает нарастание абстинентного синдрома и усиление чувства "алкогольного голода". Для улучшения самочувствия необходима очередная порция алкоголя и т.д. Образуется замкнутый круг, запой продолжается дни, недели, месяцы, иногда годы.

Тому, кто лично не пережил подобного, трудно понять этот механизм. Для иллюстрации я предлагаю на минуту вообразить себе зубную боль (редко у кого не болели зубы). Боль все усиливается, к врачу идти страшно и приходится искать что-либо, чтобы избавиться от страданий. Чаще всего обращаются в таких случаях к болеутоляющим таблеткам. Они на какое-то время помогают, настроение улучшается, но спустя час-другой зуб снова дает знать о себе, боль с новой силой возвращается. Что делать? Как выход - очередная таблетка

анальгина и т.д. Такая таблетка (подобно тому, как у алкоголика рюмка) облегчает страдания, но (как и алкоголь) подвергается в организме процессу расщепления, после чего выводится из него. Боль возвращается, образуется "замкнутый круг", и таблетка анальгина, подобно алкоголю, становится средством, уменьшающим страдания. И еще одно: абстинентный синдром сравним с болью не одного, а нескольких зубов.

ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Весьма часто можно слышать о том, что алкоголизм вызывает необратимые процессы в личности (характере) и приводит к так называемой психодеградациии. "Психодеградированными"

считаются часто лица, которые в процессе запоя или в короткие перерывы между запоями, совершают антиобщественные поступки (уголовно-наказуемые деяния, издеваются над близкими, конфликтуют с окружающими и т.п.). Современный уровень терапии и все увеличивающаяся армия непьющих алкоголиков, объединенных в Сообществе АА или клубах абстинентов, заставляют более осторожно относиться к данной проблеме.

Не подлежит сомнению факт, что пьющий алкоголик зачастую ведет себя обременительным для общества образом и ограничивает до минимума свои потребности. Когда подобное длится годами, а перерывы между запоями бывают непродолжительными, то в этих случаях можно говорить о выработке комплекса "приобретенных личностных расстройств вследствие хронической алкогольной интоксикации", называемого психодеградацией.

В течение долгих лет своей практики я встречал много пациентов, у которых в истории болезни был диагноз "алкогольная психодегградация". Часть из них, вопреки предсказаниям лиц, поставивших такой диагноз, перестала пить, вернулась в лоно семьи, трудоустроилась и стала хорошо функционировать. Нередко даже лучше тех, кто поставил им вышеприведенный диагноз. Такие ситуации вынуждают задать вопрос: всегда ли диагноз "алкогольная деградация" обоснован достаточным количеством фактов?

И не явился ли случайно данный диагноз результатом отсутствия знаний об алкоголизме и умения специалистов оказать алкоголику помощь?

Тысячи примеров заставляют задуматься над тем, чтобы рассматривать алкоголика, отдавая себе отчет в том, что в период запоя не он, а алкоголь определял его поведение; лишь спустя некоторое время можно определить, что в действительности представляет из себя этот человек.

Пользуясь случаем, хотел бы заметить, что из восьми американских писателей, лауреатов Нобелевской премии, пятеро были алкоголиками. Алкогольной проблемой страдали Уильям Фолкнер, Джон Стейнбек и Эрнест Хемингуэй. Известно, что пациентками Центра терапии алкогольной зависимости были такие известные актрисы, как Элизабет Тейлор и Лайза Минелли.

Подобные примеры можно продолжить. Почти все из названных выше пациентов в период запоя или употребления одурманивающих средств вели

себя как психически деградировавшие личности, а, сохраняя трезвость, проявляли свое настоящее лицо, свое умение и талант, зачастую превышающий средний уровень развития человека.

На практике встречаются случаи алкоголизма, осложненные тяжелыми органическими мозговыми травмами и связанными с ними патологическими отклонениями в поведении. Такая патология сохраняется даже после приостановки потребления алкоголя. Однако подобные случаи достаточно редки и встречаются у небольшого количества алкоголиков.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ОН НЕ ПИЛ?

Этот вопрос звучит чаще других в любой обстановке: на приеме у врача, на лекциях, в беседе и в частном разговоре. Должен признаться, что ответ на него очень труден. Отвечая на него, я никогда не забываю, что возможности человека непосредственно влиять на другую личность весьма ограничены. Можно воздействовать на других людей опосредованным способом, то есть путем изменения собственного поведения. Такое поведенческое изменение часто вызывает изменение в поведении другого человека, особенно в случае, когда существуют сильные семейные, эмоциональные, финансовые узы. Здесь все происходит как в часах, где механизм (в нашем случае, семья) состоит из отдельных шестеренок (муж, жена, дети, старики), связанных между собой и работающих синхронно. И если алкоголик (одна из "деталей") способен нарушить ход других, то члены семьи (остальные "шестеренки") в состоянии заставить его подчиниться их ритму. Шансы на успех тем больше, чем большее количество членов семьи (больше "деталей") примет участие в этом мероприятии.

О том, как это делать (лучше сказать, чего не делать, чтобы неосознанно не помогать алкоголику), говорят приводимые ниже советы:

1. Не забывай, что алкоголизм - это хроническая болезнь. Если хочешь помочь больному, то следует признать факт болезни и перестать стесняться ее.
2. Не смотри на болезнь, как на семейный позор. Вернуть здоровье при алкоголизме также возможно, как при большинстве других заболеваний.
3. Не относись к алкоголику, как к непослушному ребенку, ведь ты бы не делал(а) этого, если бы он мучился от какой-то другой болезни.
4. Не попрекай и не затевай ругани, особенно в то время, когда он находится в состоянии алкогольного опьянения.
5. Не бурчи, не морализируй, не читай нравоучений. Скорее всего, алкоголик сам хорошо знает, что ты пытаешься ему втемашить. Он в состоянии воспринимать это до определенной степени, затем вовсе перестанет слушать. Ты можешь спровоцировать его на дальнейший обман и принудить его дать обещания, которые он не в состоянии выполнить.

6. Не принимай обещания, которым не веришь. Не позволяй обманывать себя и не делай вид, что веришь ему. В противном случае он уверится, что сможет тебя перехитрить; это вызовет потерю доверия к тебе.

7. Не шантажируй, используя выражение: "Если бы ты меня действительно любил...". Алкоголик не способен контролировать количество выпиваемого своей так называемой "силой воли". Подобные призывы к совести алкоголика лишь усугубляют в нем чувство вины, по сути ничего не изменив. Это можно приравнять к выражению: "Если бы ты меня любил, то не простыл бы".

8. Не пытайся угрожать, разве что основательно взвесив свои угрозы, и если ты в состоянии их осуществить. Разумеется, бывают обстоятельства, когда необходимы крутые меры для защиты детей или самих себя; с другой стороны, пустые угрозы дают возможность алкоголику судить, что ты не относишься серьезно к своим словам.

9. Не проверяй алкоголика, сколько он выпил, ибо и так у тебя нет шансов узнать обо всем.

10. Не ищи алкогольных "зачек", так как заставишь алкоголика искать более укромные места для них.

11. Не держи дома алкоголь; не выливай его в унитаз. Это заставит алкоголика идти на крайние меры для его добычи. В конце концов, он всегда найдет возможность и способ напиться.

12. Никогда не пей вместе с алкоголиком в надежде, что ему меньше достанется. Это не поможет. Соглашаясь на совместную выпивку, ты оттягиваешь момент, когда он решится попросить помощи.

13. Не ревнуй к методу лечения, который избрал себе алкоголик. Нам часто кажется, что любви к дому и семье ему должно вполне хватать для того, чтобы бросить пить. Не обижайся, если алкоголик обратится за помощью к другим людям. Ведь ты не стал(а) бы ревновать к врачу, если бы кто-либо из домашних нуждался в медицинской помощи.

14. Не оберегай алкоголика от ситуаций, где могут предлагать алкоголь. Ведь он должен когда-то сам научиться говорить "сегодня я не пью". Предупреждая других, чтобы они не предлагали ему алкоголь, ты демонстрируешь свое недоверие к нему.

15. Не делай ничего за алкоголика, что он сам в состоянии выполнить. Не решай за него его проблемы, предоставь ему самому шанс справиться с ними. Веди себя таким образом, чтобы он сам отвечал за свои собственные поступки (невозвращение долга и другие последствия пьянки). Только в таком случае ты дашь ему возможность понять, к чему привела его пьянка, и не исключено, что он задумается над своим нынешним состоянием.

16. Не требуй моментального излечения. Как для каждого хронического заболевания, так и при алкоголизме, процесс лечения и восстановления здоровья долгов. Не исключены рецидивы болезни.

17. Не отказывай ему в любви, поддержке и понимании, когда он пытается бросить пить и вести трезвый образ жизни.

Если хочешь добиться цели, то неустанно придерживайся принципа "справедливой любви". Не рассчитывай на моментальный успех. Ведь нынешняя ситуация в твоём доме явилась результатом тех событий, которые накапливались годами. И сейчас, чтобы произошли изменения, необходимы месяцы, а может быть, и годы. И только терпение и неустанное претворение в жизнь указанных советов имеют шанс на успех, который должен прийти. Не забывай о том, что ты можешь рассчитывать на помощь в своих усилиях в группах Ал-Анон или у врача-психиатра.

СОВЕТЫ ПО ДИЕТИЧЕСКОМУ ПИТАНИЮ

Как уже говорилось выше (см. главу "Лечение"), соответствующая диета играет важную роль в процессе выздоровления от алкоголизма.

Организм должен в максимальной степени восстанавливать все то, что было уничтожено за многие годы попойки. Для достижения этой цели ему необходимы в достаточном количестве белки, минеральные соли, витамины (в основном, группы В, а также А, С, Е), при одновременном ограничении количества углеводов (исключая совсем так называемые промышленно-очищенные углеводы), низкокалорийная диета.

Особо опасны снижение и повышение уровня сахара в крови, поскольку они сопровождаются состоянием беспокойства, раздражительности, депрессии, усталости и бессонницы. Вместе с тем низкий уровень сахара в крови провоцирует желание выпить или съесть сладкое, что, как известно, повышает уровень сахара и снижает неприятное самочувствие.

Питание выздоравливающего алкоголика должно быть трехразовым и, кроме того, включать дополнительно чай, второй завтрак, полдник.

Пищу лучше готовить без сахара и без использования очищенных углеводов. Следует исключить из меню сахар, сиропы, и, по мере возможности, консервы.

Запрещенные продукты:

1. Алкогольные напитки в любом виде.
2. Сахар, мороженое, консервированные овощи и фрукты, кетчуп и сахаросодержащие консервы.
3. Соки и напитки, содержащие кофеин и сахар.
4. Кофе, крепкий чай, вызывающие резкое повышение уровня сахара в крови.
5. Лекарства, содержащие кофеин; отхаркивающее, содержащее спирт.

Временно допустимые продукты:

1. Сушеные фрукты: изюм, сливы, финики и т.п.
2. Мясные изделия: колбаса, ветчина (все нежирное).
3. Мучные изделия: только не из пшеничной муки.

Рекомендуемые продукты:

1. Отварные мясо, рыба, птица.
2. Молочные продукты: молоко, йогурт, сыр.
3. Орехи и семена (без соли).
4. Ржаной хлеб и выпечка из ржаной муки.

5. Свежие овощи и фрукты, натуральные соки (ежедневно).
6. Напитки и продукты с низким содержанием сахара.
7. Кофе без содержания кофеина и фруктовый чай.
8. Витамины в натуральном виде и минеральные соли.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ

Часто можно слышать выражение, что алкоголизм - это болезнь эмоций, результат эмоциональной незрелости, неразвитости. В таком случае напрашивается вопрос: в чем состоит эмоциональная зрелость и чем характеризуется поведение эмоционально зрелых людей? По мнению многих психологов, эмоционально зрелая личность:

1. способна нести полную ответственность за собственные поступки и решения, не обвиняя других в случае неудачи;
2. не реагирует злобно на критику, поскольку отдает себе отчет в том, что критика может содержать полезные советы;
3. умеет терпеливо выслушать мнение других людей и, когда оно не совпадает с собственными взглядами, не использует недостойных аргументов и нападок;
4. не выходит из себя и не раздражается из-за незначительных событий;
5. отдает себе отчет в том, что расстраиваться, жалеть себя - это бессмысленно, так как тем самым пытаешься переложить свои недостатки на других людей;
6. старается сохранить спокойствие в неожиданных обстоятельствах и в то же время способна действовать рассудительно при возникших проблемах;
7. признает необходимость сохранения терпеливости, когда для решения определенных проблем нужно некоторое время. Отдает себе отчет в том, что необходимо приспособляться к возможностям других людей;
8. умеет проигрывать; потеряв, умеет без жалоб принять происшедшее, как должный факт;
9. не ломает зря голову над тем, что не в состоянии изменить или не в состоянии сделать;
10. не хвалится своими способностями и не предлагает брать себя в пример. Если слышит слова похвалы в свой адрес, то принимает их с благодарностью, без ложного стыда;
11. пройдя этап детской зависти, умеет радоваться успехам других людей и от чистого сердца желает им счастья;
12. старается не быть мелочной и не критиковать тех, кто поступает вопреки ее убеждениям;
13. старается выработать для себя план работы над своей трезвостью и реализовывать его ежедневно; не поддаваться своим эмоциям, не взвесив все "за" и "против";
14. уверена, что является частью всего человечества и способна многое от него получить, но в то же время имеет святую обязанность делиться тем, что у нее есть;

15. пользуется "жестким принципом": "поступай с другими людьми таким образом, каким бы ты хотел, чтобы они поступали с тобой".

ПРИЛОЖЕНИЕ

Послесловие

Что делать, чтобы они или она не злоупотребляли алкоголем? Вот вопрос, который задают себе почти ежедневно миллионы поляков: матерей, жен, детей, священников, медсестер и учителей, и даже некоторых наиболее ответственных руководителей производств. Реже его задают, по-моему, наши парламентарии (судя по интервью некоторых из них), что свидетельствует о незнании ими этой важной для будущего нашего народа проблемы. Ведь для большинства из них пиво не является алкогольным напитком! Они забыли трагедию раздела Польши и последствия гитлеровской и сталинской политики и приняли в 1993 г. закон о либерализации доступа к алкоголю, что на практике означает увеличение его потребления.

Естественно, увеличились доходы в бюджет местных органов управления. Польза мнимая, поскольку получена она за счет здоровья польских семей. Немногим известно, что количество первичных приемов в психиатрические лечебницы по причине алкогольных психозов, а также показатель усредненного потребления алкоголя в стране были намного выше, чем официальные данные. После отказа от коммунистического пути развития, который без сомнения способствовал алкоголизации общества, не наступило изменений в этой жизненно важной для народа области. Может быть хаос и желание быстро разбогатеть, слабость правительственных органов не позволяют пока нормализовать положение в стране?

Книга "Алкогольный вадемекум" доктора Богдана Вороновича не дает полного ответа на этот вопрос, т.к. автор ставил перед собой цель прежде всего дать нам актуальные знания по проблеме алкогольной зависимости для более действенной защиты от "алкогольного потопа". Автор не колеблется, давая конкретные советы, как нам поступать, чтобы уберечь себя и своих близких от алкогольной зависимости, как от нее избавиться.

"Пьяница может бросить пить, но не хочет; алкоголик же хочет бросить пить, но не может". В этом весь трагизм положения: привычки компанейского застолья по любому случаю; терпимость общества по отношению к пьющим; зависимость, от которой нелегко (хотя возможно) избавиться, соблюдая определенные, убедительно показанные автором книги условия.

Как определить алкогольную зависимость? Когда она появляется? В чем заключается алкогольная тяга (тот "алкогольный голод", когда пьешь, не ощущая вкусовых качеств)? Что такое созависимость? Где и как успешно боролись с пьянством и алкоголизмом? Как вести себя с алкоголиком, чтобы помочь ему, а не усугубить его положение, как часто делают близкие?

Каждая эпоха имела свои собственные методы борьбы с социальной патологией. То, что было полезно когда-то, может оказаться бесполезным в нынешнее время.

И чтобы не заниматься пустым славословием прошлого, необходимы знания современной науки. На сегодняшний день передовыми являются следующие тенденции: профилактика через просвещение общества, лечение заболевания комплексным методом, где существенная роль отводится

терапии "Анонимных Алкоголиков", опирающейся на духовные начала и являющейся своеобразной философией или образом жизни (алкоголизм рассматривается как болезнь тела, разума, души).

Существенной является разница между понятиями "субкультура пьянства и алкоголизма" и "субкультура трезвости". Каждая из них создает свои собственные, взаимоисключающие нормы и ценности. Социологическая проблема состоит в том, чтобы сузить поле деятельности первой субкультуры в пользу второй. Это можно делать как "спаружу", так и "изнутри" в малых группах людей и через эти группы, в которых прежде всего формируются образы, ценности и чувства группового сознания. К сожалению, субкультура пьянства исключительно невосприимчива к трезвенническим аргументам и предлагаемым примерам макрообщества, пропагандируемым средствами массовой информации и официальными учреждениями.

Наиболее эффективно могут воздействовать на субкультуру пьянства и алкоголизма представители групп, с одной стороны, находящиеся в самой субкультуре, а с другой, склонные к эволюции, к изменению образа жизни, а именно, "Анонимные Алкоголики" и подобные им группы (Ал-Анон, Алатин). Подобную роль в пьющей среде еще не попавших в алкогольную зависимость людей могут выполнять члены трезвеннических и абстинентных сообществ (клубы трезвенников, харцеров, антиалкогольные братства). Вовсе не обязательно, чтобы все были трезвенниками; просто нужно, чтобы во всех слоях общества они были заметны. Их воздействие будет тем существеннее, чем больше они будут отдавать себе отчет в значимости своей роли. Такого осознания они достигнут путем получения знаний о проблеме, что, в свою очередь, поможет сформировать достаточно глубокие ценности и восприятие болезни. Абстиненты становятся примером приобретения новых привычек и опорой для психически слабых людей.

Книга, с которой знакомятся читатели, предлагает новейшие достижения науки в данной области. Желаю каждому стать под ее влиянием активным участником трезвеннической культуры.

*Профессор, доктор медицинских наук,
Збигнев Т. Вежбицкий*

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ, ПОДГОТОВЛЕННАЯ
ЭКСПЕРТАМИ ВОЗ**

1. Психические и поведенческие нарушения, обусловленные употреблением психоактивных веществ:
 1. Нарушения в результате употребления алкоголя.
 2. Нарушения в результате употребления опиатов.
 3. Нарушения в результате употребления каннабиноидов.
 4. Нарушения в результате употребления седативных и снотворных препаратов.
 5. Нарушения в результате употребления кокаина.
 6. Нарушения в результате употребления других стимуляторов (включая кофеин).
 7. Нарушения в результате употребления галлюциногенов.
 8. Нарушения в результате употребления никотина.
 9. Нарушения в результате употребления органических растворителей.
 10. Нарушения в результате употребления различных наркотических и других психоактивных веществ.

2. Различные состояния, возникающие при употреблении психоактивных веществ:

1. Острая интоксикация.
2. Употребление, сопровождающееся неблагоприятными последствиями.
3. Синдром зависимости.
4. Синдром отмены (абстинентный синдром).
5. Синдром отмены с делирием.
6. Другие психотические состояния.
7. Амнестический синдром.
8. Резидуальные психотические нарушения.
9. Другие психические и поведенческие нарушения, вызванные приемом алкоголя или наркотиков.

Классификация алкогольных психозов

1. Эпизодически протекающие (однократные);
 - а) ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций;
 - б) сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций. .'
2. Рецидивирующие:
 - 2.1. Легко обратимые:
 - а) ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций;
 - б) сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций.

2.2. С тенденцией к затяжному течению:

- а) шизоформные:

б) с развитием резко выраженных органических состояний.

3. Затяжные:

а) шизоформные;

б) с развитием резко выраженных органических состояний.

КАК ПРОХОДИТЬ ШАГ ПЕРВЫЙ

Шаг Первый: *"Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой"*.

От прохождения Первого Шага зависит возвращение к здоровью. Без этого Шага невозможно достигнуть настоящей трезвости. Пренебрежение или уменьшение значения этого Шага показывает, что ты не относишься слишком серьезно к своей нынешней ситуации. Это значит, что в глубине души ты отрицаешь, что алкоголь явился причиной твоих проблем. Не сделав этого Первого Шага, ты отступаешь назад и тем самым вступаешь на путь, ведущий к пьянству.

УКАЗАНИЯ, КАК ПРОХОДИТЬ ШАГ ПЕРВЫЙ

Целью этого упражнения является составление списка всех деструктивных и вредных последствий твоего пьянства. Это поможет тебе принять факт, что ты действительно бессилён перед алкоголем и впоследствии потерял контроль над собой.

1. Прочитай Шаг Первый в книге "12 Шагов и 12 Традиций".

2. Прочитай III главу в Большой Книге Анонимных Алкоголиков.

3. Составь два списка со следующими заголовками:

а) бессилие перед алкоголем;

б) отсутствие контроля над своей жизнью. **ВНИМАНИЕ!** Надо указать конкретные примеры.

ПРИМЕРЫ БЕССИЛИЯ

а) Упорные мысли о выпивке. Представь конкретные примеры, когда ты думал о выпивке, вместо того, чтобы думать о более важных делах.

Примеры: ты избегал бывать там, где не принято пить много; ожидал конца работы, чтобы напиться.

б) Попытки контролировать количество спиртного. Представь конкретные примеры, когда ты пробовал овладеть своим алкоголизмом иными способами, нежели полное воздержание от алкоголя.

Примеры: ты решал не пить неделю, но начинал раньше; пробовал менять вид спиртного; пробовал пить только по субботам и воскресеньям; пробовал не пить на работе или дома.

в) Потеря сознания под влиянием алкоголя.

Примеры: потеря памяти; грубое поведение, несмотря на желание вести себя нормально и осознанно.

ПРИМЕРЫ НЕСПОСОБНОСТИ УПРАВЛЯТЬ СВОЕЙ ЖИЗНЬЮ

Представь конкретные примеры, каким образом алкоголь повлиял на твою жизнь:

а) Влияние алкоголя на семейную и общественную жизнь. Примеры: денежные проблемы, отчуждение от друзей, нежелание детей разговаривать с тобой; уклонение от повседневных дел, от ухода за животными, от участия в семейных встречах.

б) Последствия на работе.

Примеры: невыполнение обязанностей, взыскания, прогулы, снижение качества работы, похмельное состояние на работе, увольнения, частая смена работы.

в) Влияние алкоголя на духовную жизнь.

Примеры: снижение религиозной активности, ослабление связей с другими людьми, ослабление веры во что бы то ни было.

г) Влияние алкоголя на здоровье и самочувствие.

Примеры: неспособность к логическому мышлению, ухудшение памяти, бессонница, депрессия, изменение веса, рвота, заболевания печени, сердца.

д) Влияние алкоголя на сексуальную жизнь.

Примеры: желание, но невозможность интимной близости, ограничение потребности, отсутствие удовлетворения, страх перед сексуальными контактами в трезвом состоянии.

е) Несчастные случаи или опасные ситуации.

Примеры: падения, травмы, вождение автомашины в нетрезвом состоянии, аварии, пожары, несчастные случаи во время купания.

ж) Действия, направленные против себя и других.

Примеры: попытки самоубийства, драки, связи с опасными людьми, распродажа имущества, преступления, питье в опасных местах.

з) Безответственные или странные поступки. Примеры: потеря памяти, Противозаконные действия, импульсивные поступки, перерасход денег, прогулы, угрозы совершить самоубийство, если не дадут выпить.

и) Влияние алкоголя на характер.

Примеры: лживость, самореклама, лживость, припрятывание спиртного, симуляция болезни, угроза запоем, чувство вины, потеря чувства собственного достоинства и уважения к самому себе, утрата прежних ценностей.

ШАГ ПЕРВЫЙ Материалы к письменной работе (часть I) *"Мы признали свое бессилие перед алкоголем"*

Письменно прорабатывая свой Первый Шаг, не подходи к этому, как к очередному признанию своих пороков и подтверждению своего несовершенства. Попробуй честно посмотреть на то, что алкоголь сделал с твоей жизнью. Пока ты не осознаешь той роли, которую алкоголь играет в твоей жизни, у тебя нет никаких шансов выздороветь и таким образом

вернуться к нормальной жизни. Если не заняться этой проблемой серьезно, то не ощутишь потребности в ее решении. Если работу сделать добросовестно, то есть откровенно и честно, то получится фундамент, на котором можно будет строить твоё возвращение к здоровью.

БЕССИЛИЕ

1. Приводили ли твои запои к тому, что твоя жизнь и жизнь твоих близких подвергались опасности? Как это происходило?

- 1.
- 2.
- 3.

2. В каких случаях ты терял уважение к самому себе из-за пьянства?

- 1.
- 2.
- 3.

3. Какие твои поступки вызывали критику твоих близких, друзей?

- 1.
- 2.
- 3.

4. Твои попытки контролировать употребление алкоголя:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

5. Приведи пять примеров собственного бессилия (потери контроля):

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

6. Какой ущерб нанес алкоголь твоему здоровью, здоровью других?

- 1.
- 2.
- 3.

7. Каково теперь состояние твоего здоровья?

8. В чем, по-твоему, различие между осознанием, что ты алкоголик, и смирением перед этим фактом?

На сегодняшний день ты осознал, что ты алкоголик, или смирился с этим?

На чем основано это утверждение?

9. Почему ты уверен, что для тебя небезопасно употреблять алкоголь?

10. Являешься ли ты алкоголиком? Обоснуй свое утверждение.

Имя и фамилия

Дата заполнения

ШАГ ПЕРВЫЙ

Материалы к письменной работе (часть II) *"Признали, что мы потеряли контроль над собой"*.

1. Что ты подразумеваешь под "невозможностью управлять своей жизнью"?
2. В чем у тебя проявляется невозможность гармоничного общения с другими людьми?

1.

2.

3.

3. Приведи шесть примеров ситуаций, с которыми ты не можешь справиться даже в трезвом состоянии:

1

2

3

4

5

6

4. Каких целей ты хочешь достичь в своей жизни? 1

2

3

4

5. Каким образом ты пытался достичь этих целей до того, как ты начал вести трезвый образ жизни?

6. Приведи три примера, каких переживаний ты старался избежать с помощью алкоголя?

1.

2.

3.

7. Какие меры ты принимал, чтобы изменить свой облик до того, как начал трезветь?

8. До какого состояния ты мог бы дойти в ближайшем будущем (кроме того, которое тебя привело к нам)?

9. Чем ты отличаешься от других людей?

1.

2.

3.

4.

10. Назови десять аргументов, которые побуждают тебя продолжать программу дальнейшего выздоровления и отрезвления:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Имя и фамилия

Дата, подпись

НАДЕЖДА ВОЗВРАЩЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ - ВТОРОЙ ШАГ

Ты осознал, что находишься в зависимости от химических веществ. Для большинства из нас это состояние признания и вместе с тем угнетенности. Мы чувствуем себя отвратительно, потому что вдруг начали замечать терзающую нас боль и хаос, который охватил нашу жизнь.

Нам плохо, мы страдаем и жалеем себя за то, что с нами случилось. Чувствуем себя виноватыми за зло, которое причинили другим. Знаем, что пришла пора начать думать о болезни и лечении.

Одновременно мы чувствуем большое облегчение, потому что мы поняли, почему наша жизнь сложилась именно так, а не иначе. Случилось так потому, что мы подвержены болезни, которая сильнее нас. Мы не виноваты. Сейчас это уже не является уже попыткой оправдания. Ведь мы уже признали свою зависимость и пробуем смириться с тем, что произошло.

Но если алкоголь сильнее нас, то возможно ли сохранить трезвость? Мы пришли к убеждению, что не контролируем количество выпиваемого алкоголя и его влияние на нашу жизнь. Как же тогда мы сможем вернуться к здоровью? Ответ, который предлагает АА, - прост: найди кого-то или что-то, что тебе поможет. Все те, кто страдает серьезной болезнью, нуждаются в помощи - даже врачи ходят к врачу. Для нашей болезни тоже существует способ, который поможет нам выздороветь, но отвечаем за него мы сами.

Шаг Второй: "Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие".

1. ПОЧЕМУ НАМ НУЖЕН ШАГ ВТОРОЙ?

Потому, что во время работы над Первым Шагом мы осознали, что страдаем болезнью, которая не позволяет нам контролировать свою жизнь. Мы уже знаем, что у нас есть пристрастие к алкоголю, и мы нуждаемся в помощи. Всем больным нужна помощь. Нам тоже. Но вылечить нас не может обыкновенный врач, потому что наша болезнь является болезнью разума, тела и души одновременно. Нам нужна особая помощь.

Второй Шаг заставляет нас задуматься о том, где мы можем найти нужную нам помощь. Каждый из нас сделает собственный выбор в зависимости от того,

кем он является и во что верит: но АА подсказывает, чтобы мы нашли кого-то или что-то, к кому (чему) можем обратиться за помощью.

Первая реакция

Большинство из нас, прочитав Второй Шаг, сказали: "Я сразу знал, что эта программа не для меня. Это для каких-то сумасшедших. Мне ведь не надо восстанавливать психическое и духовное здоровье. Я не сумасшедший". Потом, вспомнив о Первом Шаге, подумали: "Ну, может быть, я психически неустойчив, но только тогда, когда не сумею сдержаться". Некоторые из нас начали искать в словарях, что означает "духовное здоровье" (которое мы понимаем, как психическое здоровье), и узнали, что это значит "здоровый ум", или "умение трезво рассуждать", или "состояние здорового психического равновесия". Снова мы начали просматривать примеры, какие сами назвали, прорабатывая Первый Шаг, примеры, которые ясно показывают, что все-таки в нашей жизни нужно больше психического равновесия.

Провалы памяти не являются нормальными. Это нарушения памяти, касающиеся того, что мы делали и где мы были. Этих перерывов мы не помним. Обычно только догадываемся, что "оборвался фильм", если помним, где мы были, и вдруг обнаруживаем, что находимся в другом месте, но не знаем, как туда попали. Ум не работает нормально и тогда, когда у нас галлюцинации. Галлюцинации появляются, когда видим или слышим то, чего на самом деле нет. Галлюцинации бывают во время процесса трезвления или во время опьянения.

И наконец, последний тест о состоянии ума касается запоминания и обучения новым вещам. Большинство из нас уже заметило, что все чаще мы забываем и все труднее учимся или выполняем свою работу, особенно тогда, когда надо сосредоточиться.

Подумай, к каким последствиям привели нарушения психического равновесия, вызванные алкоголизмом (после "белой горячки", провалов памяти, галлюцинаций)?

- 1.
- 2.
- 3.

Назови такие силы, которые могли бы, по твоему мнению, помочь тебе. Каким образом они могли бы помочь тебе?

- 1.
- 2.
- 3.

Большинство из нас нуждается в "Высшей Силе", которая не требует от нас совершенства. Хорошо было бы, если бы наша Высшая Сила заботилась о нас, была снисходительна, имела дар прощения.

Умеешь ли ты выбрать Высшую Силу, в чью помощь веришь, когда желаешь вернуть себе духовное здоровье? Напиши коротко о

Высшей Силе, которую ты выбрал.

Резюме

Вернуть духовное и психическое здоровье - значит вернуть то психическое и духовное здоровье, которое было у нас раньше. Прежде чем мы попали в зависимость от алкоголя, большинство из нас имело какое-то психическое равновесие. Разумеется, мы были тогда намного моложе, чем сейчас. Известно, что человек не достигает зрелости, если гоняется за искусственно вызванной эйфорией и живет все время в состоянии опьянения.

Когда ты подойдешь к Четвертому Шагу, тебе нужно будет посмотреть на себя более внимательно, потому что тогда ты будешь нуждаться в конкретных действиях на пути к выздоровлению. А пока запомни, что только ты должен постепенно наверстывать эту зрелость, которая миновала тебя, поскольку твоей жизнью владела болезнь. Это нормально. Не спеши и проси помощи во всем. Помни, возвращение к прежнему психическому состоянию - это хорошее начало. Со временем, постепенно, когда будешь работать над Программой "12 Шагов", ты научишься совершенствовать свою умственную, духовную и эмоциональную жизнь.

Сейчас подумаем об умении трезвого суждения. Здоровье ума означает способность трезвой оценки. Нам не хватало этой способности, когда мы пили. Мы уже знаем, что алкоголь выбирал за нас, и выбирал чаще всего плохо. Мы делали вещи, о которых сегодня знаем, что они были опасными, ранившими нас или просто глупыми. Из-за отсутствия здорового мышления мы потеряли хороших друзей, бросили любимые занятия, хуже учились, перестали интересоваться чем-либо и даже подвергали собственную или чужую жизнь опасности.

Напиши примеры таких поступков, которые свидетельствуют о потере здорового мышления после пьянки:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Если задуматься, ясно видно, что алкоголь разрушает наше психическое и духовное здоровье. Если ты проработал честно все эти пункты, то уже, пожалуй, у тебя больше нет никаких сомнений относительно твоей болезни. Самым удивительным является факт, что самую бессмысленную вещь мы повторяли постоянно и делали это, когда были трезвыми. А именно: поднимали первую рюмку, зная, что из-за этого будут неприятности. Хотя мы очень сильно старались, но так и не могли контролировать нашего питья. Некоторые из нас признали себя побежденными. Они сумели вернуть себе потерянное психическое и духовное здоровье. У каждого из нас случилось все-таки что-то, что задержало нас на пути к неминуемому безумию и помогло найти дорогу к

выздоровлению. Мы пришли к убеждению, что только сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.

2. МЫ ПОВЕРИЛИ

Когда мы начинали готовиться к работе по Второму Шагу, мы осознали, что это будет длительный процесс. Он начинается словами "мы пришли к убеждению", а не словами "мы узнали", или "ксендз был прав" и т.д.

Уверование во что-либо требует столько времени, сколько необходимо, и нельзя к этому принудить себя. И все-таки мы можем помочь себе, чтобы это случилось. Надо вспомнить моменты, когда мы во что-то верили, вспомнить, откуда приходила помощь. Некоторые из нас отбрасывают Второй Шаг потому, что он кажется слишком религиозным. Нас поражает то, что АА велит нам верить в Бога. А мы в Бога не верим. Или даже верим, но этот бог не имеет ничего общего с нашей жизнью. Или верим, но не доверяем ему. Может быть, мы верим в другую веру, или не верим абсолютно ни во что и не хотим, чтобы кто-то вмешивался в наши убеждения.

Спокойно. Ты не обязан верить в Бога. Второй Шаг говорит просто, что мы нашли что-то такое, во что могли бы поверить и что поможет вернуть нам здоровье.

Духовность

Программа возвращения к здоровью, которую предлагает АА, называется духовной программой. Духовность не является религией. Духовными называются вещи, которые касаются духовной сферы человека.

Каждый человек имеет собственную духовную сферу. Дух у человека - это невидимая часть, которая дает ему жизнь и энергию. В моменты настоящего счастья "радуется наша душа". Когда кто-то чувствует себя подавленным, мы говорим, что его дух ослаблен. Не является ли это одной из причин, из-за которой мы начинали пить, ожидая, что улучшится наше состояние. Это духовный элемент отличает нас от других и делает каждого особым. Наши чувства, убеждения, настроения - все, что формирует личность человека, - это духовная сфера человека.

1. Твой любимый цвет (сейчас)?
2. Какие духовные черты ты можешь назвать своими?
3. Любимая песня?
4. Кто для тебя является примером?
5. Любимое время года?
6. В каком месте ты лучше чувствуешь себя?
7. Есть ли у тебя чувство юмора?
8. Считаешь ли ты себя серьезным?
9. Болтлив ты или молчалив?
10. Каким ты считаешь себя в глубине души?

11. Кто твои лучшие друзья?
12. Что вызывает у тебя грусть?
13. Что тебя радует?

Духовность - это способ, которым мы поднимаем свое настроение и добавляем себе желания жить и способности радоваться. Все люди имеют собственные методы для улучшения состояния духа. Некоторые из них действуют, некоторые нет. Мы, например, употребляем алкоголь, чтобы поддержать себя. Однако, вместо этого наш дух стал беднее и, в конце концов, нам было уже на все наплевать.

1. Что, кроме алкоголя, улучшает твоё настроение? Что помогает (помогло) тебе не пить (духовные методы)?

2. Был ли ты в таком месте, где ощутил большую душевную радость, покой или воодушевление? Где это было?

1.

2.

3.

3. Какие люди улучшают твоё настроение, самочувствие или даже мысли о них?

1.

2.

3.

4. Чем ты занимаешься в одиночестве? От чего ты испытываешь радость?

1.

2.

3.

Когда мы говорим, что Программа "12 Шагов" является духовной программой, то имеем в виду, что она помогает нам научиться новым способам улучшать состояние своего духа. Второй Шаг требует от нас, чтобы мы начали работу с веры в Высшую Силу, которая может улучшить наше духовное состояние.

3. ПОИСК СОБСТВЕННОЙ ВЫСШЕЙ СИЛЫ

Как мы должны выбрать силу могущественнее нас, которая вернет нам здоровье? Так же, как мы выбирали кого-то, когда нуждались в помощи. Мы нуждаемся в помощи того, кто знает, что и как сделать, кто является достаточно сильным и заинтересованным, чтобы оказать нам помощь. Кто это может быть? Вероятно, мы ищем такую Высшую Силу, которая знает все о зависимости от алкоголя, о том, как о нее избавиться, которая знает нас лучше всех. Об этом мы думаем, когда говорим о Силе выше, могущественнее нас, потому что это необходимо для нашей жизни.

1. Назови людей или общества, которые лучше всего знают о твоей зависимости от алкоголя, об избавлении от этой зависимости, знает тебя лучше всех:

1.

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

2. Спроси у других людей, которые тоже идут по пути выздоровления, что для них является Высшей Силой. Как она им помогает?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ПОСОБИЕ ТРЕТЬЕГО ШАГА

Это будет повесть о молодом мужчине, которого звали Джим. Как-то раз Джим пошел на прогулку в горы, где росло много цветов. Было ему очень хорошо, его ласкали лучи солнца, и он был очень доволен жизнью. Вдруг он поскользнулся и начал падать вниз. В падении он успел схватиться за торчащие ветки.

Держась очень крепко, он посмотрел вниз и увидел острые камни, о которые наверняка бы разбился. Джим начал громко кричать: "На помощь! Пусть мне кто-нибудь поможет!" И в это мгновение услышал голос: "Сын мой, я твоя Высшая Сила. Я помогу тебе. Доверься мне, мой сын, отпусти ветку, я тебя спасу. Не бойся, ничего тебе не будет". Джим посмотрел вокруг и никого не увидел. Он не верил в то, что услышал. Посмотрел вверх и сказал: "Нет, я подожду, когда придет какой-нибудь человек, который мне поможет". Бедный Джим, он висит, наверно, и сегодня на той ветке. Он решил остаться при своих убеждениях, вместо того, чтобы послушать. Это его собственный выбор. Он не верит Высшей Силе, что она его спасет, если он отпустит ветку. Собственная воля приказывает ему висеть. Он тратит много сил, чтобы не отпустить руки и не упасть вниз.

Джим боится. Боится неизвестного. Также, как и многие из нас. Боится отбросить старые убеждения. Мы сами выбираем, как распорядиться собой и кого слушать или не слушать. Любой ценой хотим мы контролировать свою жизнь. Не один из нас говорил: "Я уже достаточно взрослый, чтобы распорядиться собой. Не переношу, когда кто-нибудь другой говорит мне, что я должен делать. Я все время слушался родителей и учителей, хотя они не всегда были правы. Кто мне докажет, что с Высшей Силой будет по-другому? Теперь Третий Шаг предлагает, чтобы я перестал контролировать, перестал упираться и доверился Высшей Силе. Вообще не знаю, готов ли я".

Так своеволие и страх не позволяют нам сделать Третий Шаг -

"Приняли решения препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимали".

Третий Шаг - это шаг действия

В Первом Шаге мы признаемся, что бессильны по отношению к алкоголю и перестали управлять собственной жизнью. Второй Шаг говорит нам о том, что через веру в силу могущественнее нас к нам возвращается здоровье и рассудок. Третий Шаг-это шаг действия, так как мы решили совершить действие: препоручить нашу волю этой Силе.

В АА существует три шага:

Первый Шаг - я не могу.

Второй Шаг - он может.

Третий Шаг - я ему разрешаю.

Можно сказать: "Я бросил алкоголь, что, разве этого недостаточно?"

Нет, потому что мы зависимы, алкоголь подчинил нас не только физически и эмоционально, но и духовно. Наша душа тоже больна.

Как же добраться до этой силы, чтобы не сломаться?

Что это значит - препоручить?

Для чего мы должны доверить нашу волю и нашу жизнь попечению Высшей Силы?

Что это - Бог?

Третий Шаг кажется очень трудным, но вспомним слова из Большой Книги:

"Не отчаивайтесь. Никто из нас не смог совершенно безупречно придерживаться этих принципов. Мы не святые. Главное в том, что мы хотим духовно развиваться. Изложенные принципы являются руководством на пути прогресса. Мы притязаем лишь на духовный прогресс, а не на духовное совершенство".

Третий Шаг приглашает в духовный путь. Начнем с ответов на вопросы и подумаем, что будем писать. Шаг Третий звучит: "Приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимали".

ЧАСТЬ I

ХОТИМ СОПРОТИВЛЯТЬСЯ ИЛИ ВОЗВРАЩАТЬСЯ К ЗДОРОВЬЮ?

В нашем рассказе Джим боролся, не хотел отпускать ветку. Замучился и начал ощущать боль. Чаще всего в нашей жизни должно произойти что-то очень болезненное, пока мы не решимся на перемены. Когда мы пили, мы переживали разную боль. И, конечно, эта боль помогла нам перестать пить и начать выздоравливать. Мучительные переживания ведут к Третьему Шагу. Мы "приняли решение" (боль помогает человеку принять решение).

А. Какие болезненные переживания привели тебя к Третьему Шагу?

Мы в АА говорим: "Если мы хотим выздороветь, то должны перестать бороться со всеми и с самим собой". Б. Готов ли ты признать, что прежний образ жизни не оправдал себя и ты хочешь жить по-другому?

В. Достаточно ли в тебе боли, готов ли ты признать поражение?

Г. Как ты понимаешь смысл слов "принять решение"?

Д. Принял ли ты это решение с надеждой на то, что твоя жизнь станет лучше?

ЧАСТЬ II

"ХОЧУ ТОГО, ЧЕГО ХОЧУ, ПРИЧЕМ СРАЗУ!"

"Доверить нашу волю и нашу жизнь"

Мы страдаем особенной болезнью души. Наше "Я" заставляет нас требовать, приказывать всем. Большая Книга говорит: "Алкоголик бурей пронесется через жизни других людей...", что для нас характерно "своеволие, сорвавшееся с цепи" (хотя часто не хочется в это верить).

А. Приведи примеры, когда твое гипертрофированное "Я" выпячивалось, когда ты вел себя как "царек", чем это тебе повредило?

Б. Как твой эгоцентризм повредил твоим близким?

Эгоцентризм и своеволие мешают нам при каждой перемене. Коль скоро мы захотели жить трезво, то должны меняться и стремиться к зрелости. Раньше нам приходилось говорить "Сам знаю, что для меня лучше, никого и ничего мне не нужно". Часто мы знаем, что все знаем. Часто нас не понимали. Даже друзья нас не понимали. Почему теперь должно быть по-другому? В. Когда ты чувствовал себя угнетенным и непонятым?

Г. Помогало ли тебе бегство в одиночество?

Наш алкоголизм часто является причиной того, что мы злимся, становимся эгоистичными, непорядочными, одинокими и раздраженными. Либо чувствуем свою непригодность и начинаем себя жалеть. Так, мы отталкиваем других людей. Если нам важно остаться в трезвости, мы должны меняться и взяться за работу! Ответь на следующие вопросы:

- причиняет ли моя злость неприятности кому-нибудь или мне самому?

- мешает ли моя злость сделать Третий Шаг?

- что конкретно я могу сделать, чтобы мой прежний нечестный образ жизни заменить честным, порядочным, добросовестным?

- люблю ли я себя настолько, что стремлюсь первым получить то, что хочу?

- могу ли я изменить это, могу ли я начать интересоваться потребностями других людей?

- как я могу избавиться от претензий и прощать обиды?

Помни, когда чувствуешь себя ненужным, это потому, что не замечаешь, что тебя любят. Мы действительно нужны, мы способны сделать что-то доброе на этом свете. Как я могу убедиться, что меня любят?

Начни теперь работать над изменением жалости к себе в чувство благодарности:

Какие конкретные действия ты можешь совершить, чтобы перейти от желания к действиям?

Как ты понимаешь слова "нашу волю и нашу жизнь"?

ЧАСТЬ III "ПОПЕЧЕНИЕ БОГА"

В Большой Книге написано: "Мы не просим ни у кого прощения за то, что полагаемся на нашего Создателя. Мы можем только посмеяться над теми, кто считает духовность проявлением слабости. Парадокс заключается в том, что это как раз проявление силы. Многовековой опыт показал, что вера делает людей мужественными". Мы просим свою Высшую Силу показать нам правильную дорогу, освободить нас от страха и помогать нам в исполнении Ее воли. Когда мы это сделаем, обещает нам Большая Книга, мы перестанем бояться.

Если мы страдаем от духовной болезни, то нуждаемся в духовной помощи.

Многие из нас перестали надеяться. Мы были одиноки, ужасно одиноки.

Забыли, что мир прекрасен. Добросовестная работа по Третьему Шагу помогает сопротивляться и не бояться. К нам приходят спокойствие и духовное смирение. Какое это облегчение! Чувствуешь ли ты это? Как?

Третий Шаг - это начало нашей духовной дороги в АА.

Мы начали открывать для себя, как хорошо оказаться под покровительством Бога, своей Высшей Силы. Мы обретем душевный покой, когда смиримся.

Почувствуем защищенность и уверенность в себе. Мы уже не одиноки и нашли помощь.

В АА мы слышим: "Доверься своей Высшей Силе - и она тебе поможет".

Мы начинаем теперь приближаться к нашей Высшей Силе. Можем обратиться к ней, когда нуждаемся в помощи или хотим разделить с ней радость.

Обращаясь к кому-нибудь за помощью, мы вырабатываем новые духовные привычки. Высшая Сила - это близкий друг, она хочет, чтобы мы были счастливы. С этим новым другом мы можем много сделать и многого добиться.

Помощь есть - только мы должны за ней обратиться!

Давайте обратимся к нашей Высшей Силе и попросим ее, чтобы она дала нам силу и отвагу, чтобы прожить сегодняшней день трезво. Вечером поблагодарим ее за сохранение трезвости.

Трудно ли обратиться с просьбой о помощи? Почему?

В каких обстоятельствах ты хотел бы обратиться к кому-нибудь с просьбой о помощи?

Высшая Сила будет помогать нам в развитии. Иногда кажется, что Третий Шаг требует много работы. Каждое изменение болезненно. Один из участников АА говорил: "Быть трезвым – это не трудно, одно только ты должен сделать: изменить всю свою жизнь".

Третий Шаг сделать просто. Если мы хотим измениться, то с помощью кого-то. Кто тебе помогает?

ЧАСТЬ IV

"КАК МЫ ЕГО ПОНИМАЛИ"

Мы в АА даже не пробуем сформулировать Высшей Силы. Не можем и не должны этого делать. Свобода выбора своей Высшей Силы - это тайна успеха АА. В АА каждый выбирает свою Высшую Силу, такую, какая ему нравится. Высшая Сила других может быть непохожей на твою.

Горы, ветер или деревья могут быть Высшей Силой. Можешь признать, что Высшая Сила - это другие люди, АА, приятели или семья. Можешь называть своей Высшей Силой Бога, Иисуса, Будду. Твоей Высшей Силой может быть место в сердце, куда ты прячешься, когда чувствуешь себя одиноким.

Возможности выбора Высшей Силы неограниченны. Важно, чтобы ты выбрал то, что тебе нравится. (Не слушай других).

Третий Шаг работает, когда с нами Высшая Сила. Иногда мы хотим побыть одни и тогда можем приблизиться к нашей Высшей Силе, помолиться. Большая Книга предлагает, чтобы, выполняя Третий Шаг, каждый нашел свою собственную молитву. Такой молитвой может быть "молитва о душевном покое":

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.

Выбери молитву, которая будет для тебя лучшей. В работе с Программой АА есть еще Одиннадцатый Шаг, который поможет тебе в духовном развитии и поможет углубить знание Высшей Силы.

Одиннадцатый Шаг: "Стремились 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".

Приближаемся к концу работы над Третьим Шагом.

Помни: "Мы притязаем лишь на духовный прогресс, а не на духовное совершенство".

Желаем тебе удачи на этой духовной дороге.

Не забудь взять с собой свою Высшую Силу.

Надеемся, что как и другие члены АА во всем мире, ты тоже найдешь в своей трезвости покой и счастье. Может быть, и встретимся на этом пути.

КАК ПРОХОДИТЬ ЧЕТВЕРТЫЙ ШАГ АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ

"Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения"

Этот Шаг предоставляет отличную возможность вступить на путь самопознания. Работа над этим Шагом требует честного и глубокого взгляда на самого себя. Не исключено, что сама мысль о таком походе может вызвать чувство страха, он овладевает почти всеми, кто решился быть до конца честным с самим собой. Вне зависимости оттого, что ты при этом испытываешь, само решение честно оценить себя и дать себе "моральную оценку", сам этот факт говорят о большом мужестве. Оно поможет тебе вернуть здоровье.

Четвертый Шаг говорит о моральной оценке. Такая оценка личности мало чем отличается от учета товаров при инвентаризации в магазине, когда идет

перепись всех событий, происшедших в твоей жизни. Постарайся записать все эти события. Постарайся поподробнее описать и вспомнить все, что сохранила твоя память. Следуя этому пособию, с особой тщательностью проанализируй свои взгляды и поступки, которые не согласуются, противоречат друг другу, и те, которые в такие противоречия не вступают. Попробуй также определить, чем была твоя прежняя жизнь в сравнении с тем, о чем ты мечтал, во что верил. В Четвертом Шаге говорится о глубокой и бесстрашной моральной оценке самого себя. Глубина и бесстрашие моральной оценки зависят от того, как ты проработал Третий Шаг. Основой Четвертого Шага является Третий и предыдущие Шаги. Третий Шаг гласит: "Приняли решение препоручить нашу волю и нашу Богу, *как мы Его понимали*". Работая над Четвертым Шагом, следует осознать значение своей жизни, сути всего происшедшего в ней. Уже в самом начале работы ты должен знать, что она сделает тебя свободным, если ты признаешься во всем, согласишься с присутствием Бога во всех твоих начинаниях и поступках. Возможно, ты задаешься вопросом: "Действительно ли я решил бесстрашно оценить свое прошлое и избавиться от него, рассказав обо всем близкому человеку?" Это трудное решение необходимо принять сейчас, прежде, чем ты приступишь к глубокой и бесстрашной оценке самого себя.

Моральная оценка самого себя заключается в описании того, в чем ты не хотел бы признаваться и тем более делиться с кем-либо. Ты должен обо всем написать и рассказать кому-либо для того, чтобы избавиться от этой злой силы. Если же ты не хочешь посмотреть правде в глаза, если страх или гордыня не позволят тебе признаться в своих прегрешениях, не отвечающих твоим взглядам и вредящих в конечном счете тебе самому, то эти проступки будут властвовать над тобой. Они будут ограничивать твою свободу, повредят твоей честности и твоему внутреннему согласию с самим собой. Оставайся до конца бесстрашным и решительным, проводя моральную самооценку, это даст тебе настоящее чувство свободы.

В Четвертом Шаге упор делается на словах "моральная переоценка". Не исключено, что это вызовет у тебя ассоциацию с религией и напомнит тебе тот факт, кем ты должен быть. Возможно, смысл этих слов имеет для тебя оттенок какого-то осуждения. Программа "12 Шагов" не призвана карать или осуждать кого-либо. Это программа духовного перерождения и обновления. Заметь, что Третий Шаг говорит о вручении своей воли и жизни в руки Бога, как мы Его понимаем. Понимай смысл Четвертого Шага в том же духе -духе любви и признания.

Правильное понятое слово "моральный" касается твоего поведения и поступков. Данное пособие поможет тебе отыскать конкретные примеры из жизни. И прежде всего, ты сам должен определить, соответствовали ли твои поступки тому, во что ты верил, или находились в противоречии с твоими убеждениями.

Вопросы разделены на три группы: 1) твои взгляды, 2) поступки, не соответствующие твоему мировоззрению, и 3) поступки, соответствующие

твоим взглядам. Ты обратил внимание на то, что две из трех групп вопросов относятся к Третьему Шагу, что позволит тебе оценить свое мировоззрение, взгляды и то, что ты считаешь своими личными ценностями.

Пособие касается, в основном, того, во что ты лично веришь и благодаря чему не станешь ни оценивать себя, ни анализировать свою жизнь в категориях "хорошо - плохо". Под рубрикой "Твои взгляды" опиши свои воззрения на сегодняшний день. Отвечая на отдельные вопросы, можешь, тем не менее, сопоставлять их с теми твоими взглядами, которые преобладали у тебя в период активной фазы болезни.

Важным является и то, чтобы ты приводил конкретные примеры своего поведения, когда о чем-то рассказываешь, это должен быть рассказ о реальном случае из твоей жизни. Например, в графе "Эгоцентризм", где говорится "о поступках, несоответствующих твоим взглядам", приведи пример конкретного случая своего эгоцентричного поведения, когда в центре твоего внимания оказывался ты сам или алкоголь. Будь конкретным: это значит, что тебе нужно назвать по именам всех, кто участвовал с тобой в данном событии. Также необходимо как можно точнее назвать дату (когда) и место (где). И наконец, тебе нужно подробно описать свой поступок, что ты совершил. Короче, конкретный пример должен включать в себя четыре вида информации: кто, когда, где и что.

Описание конкретного случая эгоцентризма могло бы выглядеть примерно так.

"В октябре прошлого года у моего брата, Яна Ковальского, сломался автомобиль именно в тот момент, когда он собрался ехать на работу. Я в это время собирался ехать к Стасу Новаку с тем, чтобы вместе с ним ехать на встречу с нашим приятелем Михаилом Квятковским. Брат спросил меня, не могу ли я его подвезти. Я ответил, что следует вовремя проверять машину, ее исправность, а сам поехал за Стасом. Я думал только о себе".

Менее полезными будут примеры, которые содержат в себе обобщения.

Примером обобщения может служить следующий рассказ. "В прошлом году мой брат, Ян Ковальский, неоднократно обращался ко мне за помощью, но я ни разу ему не помог. Я поступал эгоцентрично". Этот рассказ содержит обобщение, поскольку говорит об образе действия, а не о конкретном случае в определенное время и в конкретном месте.

Подобный пример не приблизит тебя к действительности, так как он не совсем ясен. При работе над "моральной переоценкой" существенным является наибольшее приближение к действительности для того, чтобы сломать механизм отрицания в оценке собственного поступка. Кое-кто мог бы без особых раздумий заявить: "Ах, да, я порой бываю эгоцентричным". Если же попросить его привести конкретный пример, он не сможет этого сделать. Иными словами, если говорить честно, то он не видит своего эгоцентризма и того, как эта черта его характера влияет на его жизнь. У него отсутствует контакт с реальностью, с действительностью.

Будь конкретным! Только это поможет тебе увидеть свои поступки. Работая над своей "моральной переоценкой", записывай свои примеры в обозначенных

для этого рубриках. Как и конкретика примеров, так и собственноручное написание играет в этом процессе огромную роль. По правде говоря, сам факт описания жизненных событий является важной вехой в твоей жизни. Когда ты собственными глазами увидишь описание конкретных событий и скажешь самому себе: "Да, я действительно это сделал", - это произведет на тебя большое впечатление. Ты многое узнаешь о себе самом. Отмечая эти события более отчетливо, а затем гласно признаваясь в них в своем Пятом Шаге, ты станешь во все большей мере признавать самого себя, соглашаться с собой. Повторим: Четвертый Шаг- существенная возможность на пути самопознания. Порой тебе будет больно, но ты встал на путь возвращения здоровья и, совершив свою "моральную переоценку", ты переживешь много радостных мгновений. Будь искренним и честным. Отдайся без остатка работе по смелой и бесстрашной оценке самого себя и своей жизни с нравственной точки зрения.

Помни: чем больше усилий ты проявишь в этом процессе, тем больше пользы он тебе принесет.

1. Честность

- *Что значит для тебя понятие "честность"?*

- *Почему она столь важна?*

Поведение, противоречащее общепринятым взглядам

Нечестность проявляется по-разному. Это может быть, к примеру, сокрытие правды, полуправда, поиски оправданий, "хитроумное" мышление (рационализация, оправдание), выдача себя за кого-то другого, обман, умаление, подхалимаж, лживые обещания, подтасовка фактов, изворотливость мышления и т.п.

Приведи три примера своего нечестного поведения:

1.

2.

3.

Поведение, соответствующее общепринятым взглядам

Приведи примеры своего честного поведения:

1.

2.

3.

2. Отношение к самому себе

- *Каким было раньше твое отношение к самому себе?*

- *Есть ли в тебе что-то такое, чего ты не можешь принять, что вызывает у тебя ненависть к самому себе?*

- *Возможно, существует что-то в твоём внешнем виде, чего ты не можешь принять, что-либо в тебе самом, с чем ты не можешь согласиться, какой-то дефект или твой прежний поступок, за который ты себя ненавидишь (fie любишь) ?*

- *Почему так важно - любить и принимать себя таким, какой ты есть?*

Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры обстоятельств, в которых ты себя ненавидел:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам Приведи примеры, когда ты был доволен собой и принимал себя таким, какой ты есть:

- 1.
- 2.
- 3.

3. Ответственность

- Как ты понимаешь ответственность (чем она является для тебя) ?

- Какое значение имеет личная ответственность человека?

- Что значит "быть ответственным"?

- Какая связь между обвинением и безответственным поведением? Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры своего безответственного поведения:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

- 1.
- 2.
- 3.

4. Зрелость

- Как и что ты под этим понимаешь?

- Каково, по-твоему, поведение зрелого человека?

- Каковы черты, характерные для зрелого человека? Поведение, не соответствующее общепринятым принципам Приведи примеры своего незрелого поведения:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам Приведи примеры своего зрелого поведения:

- 1.
- 2.
- 3.

5. Выполнение задания (работы)

- Что ты думаешь о том, что запланированную работу следует выполнять в установленные сроки?

- Что ты чувствуешь, откладывая что-либо "на потом"? Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры, когда ты откладывал работу "на потом":

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым взглядам

Приведи примеры выполнения работы в срок:

- 1.
- 2.
- 3.

6. Контроль

- Какие чувства вызывают у тебя попытки контроля (когда ты

контролируешь, когда тебя контролируют) ?

- Каковы негативные результаты контроля других людей?

Поведение, противоречащее общепринятым взглядам

Приведи примеры, когда ты пробовал кого-либо контролировать и это плохо сказалось на другом человеке:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым взглядам

Приведи примеры, когда ты "простил" себя и отказался от контроля:

- 1.
- 2.
- 3.

7. Признание несовершенства своего и окружающих

- Способен ли ты признать свое несовершенство и несовершенство других людей, или же ты пытаешься "исправить" других при помощи критики?

- Что ты думаешь о необходимости признания несовершенства? Поведение, противоречащее общепринятым взглядам Приведи примеры своего стремления быть совершенным и,

когда ты критиковал себя и других:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты принимал себя и других такими, какие они есть, и когда ты сумел признать свое несовершенство (свое собственное и других людей):

- 1.
- 2.
- 3.

8. Высшее совершенство, идеал

- *Что, по-твоему, означает "высшее совершенство" (что это такое)?*
- *Что ты чувствуешь, если результаты твоего труда несовершенны?*
- *Что такое совершенство?*
- *Каковы бывают негативные последствия контроля других людей?*
- *Какую пользу можно извлечь из несовершенства? Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи пример, когда ты стремился быть совершенным: 1.*

2. 3.

Каким образом стремление к совершенству повредило тебе и другим людям?

1.

2.

3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам Приведи примеры, когда ты признал несовершенство свое собственное и другого человека:

1.

2.

3.

9. Самооценка в отношениях с другими людьми

- *Чувствуешь ли ты себя порой в роли жертвы?*
- *Часто ли ты жалеешь самого себя?*
- *Кому адресовано твое чувство благодарности?*
- *Почему чувство благодарности является позитивным и желательным?*

Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры, когда тебе стало жалко самого себя:

1.

2.

3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам Приведи примеры, когда ты испытывал чувство искренней благодарности и действовал, руководствуясь этим чувством:

1.

2.

3.

10. Самоуважение

- *Каким образом ты можешь возвыситься в собственных глазах без фальшивого превосходства над другими людьми?*
- *Почему чувство самоуважения играет столь большую роль? Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры попыток возвыситься в собственных глазах*

через показ своего превосходства над другими ("манья величия", "фальшивая гордость", спесь, чванство):

1.

2.

3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры действительного самоуважения, достигаемого путем поведения, соответствующего твоим принципам:

1.

2.

3.

11. Вера и мужество

- Напиши свое определение веры и мужества.

- Какое место занимает в твоей жизни вера и мужество?

- Почему они имеют для тебя такое значение?

- Решения, которые принимаются тобой сегодня, определяются верой и мужеством?

Поведение, противоречащее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты руководствовался чувством страха:

1.

2.

3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Примеры веры и мужества:

1.

2.

3.

12. Сравнения

- Что ты можешь сказать о себе, когда сравниваешь себя с другими? - Доволен ли ты собой в этом случае?

- Появляются ли у тебя чувства зависти или ревности, если ты сравниваешь себя с другими?

Поведение, противоречащее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда сравнение себя с другими вызывало в тебе чувство зависти, ревности или жалости к самому себе:

1.

2.

3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты чувствовал облегчение, переставал сравнивать себя с другими, не вызывая тем самым у себя чувство ревности и зависти:

1.

2.

3.

13. Чувство собственного достоинства

- Напиши, когда у тебя возникает такое чувство.
- Назови случаи, когда удовлетворен тем, что сделал: "Я люблю себя, когда

14. Освобождение от чувства вины

- Возникает ли у тебя чувство вины, если ты поступил вопреки своим взглядам и принципам?

- Чувствуешь ли ты себя виноватым из-за того, что украл, обманул, подвел, скрыл, испортил, изменил и т.п.?

- Что ты знаешь о том, как избавиться от чувства вины?

Поведение, противоречащее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты испытывал чувство вины за совершенное тобой, особенно те случаи, о которых никто не знает, вспоминая которые, ты постоянно испытываешь чувство вины:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты почувствовал облегчение, рассказав кому-то о своем чувстве вины:

- 1.
- 2.
- 3.

15. Процесс прощения

- Какие тяжкие обиды или потери (смерть, развод, измена) ты испытывал в своей жизни?

- Как ты сейчас себя чувствуешь в связи с вышесказанным?

- Способен ли ты примириться, или же обида и скорбь лишают тебя душевного покоя?

Поведение, противоречащее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты не смог согласиться с нанесенной тебе обидой или с потерей:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты примирился с нанесенной тебе обидой или с потерей:

- 1.
- 2.
- 3.

16. Гнев и ненависть, обида

- Какая, по-твоему, разница между гневом и ненавистью?

- Что ты думаешь по поводу проявления гнева?

- Объясни, как ты понимаешь истоки чувства обиды или неприятия кого-либо.
- На что ты больше всего обижаешься?
- Как ты справляешься со своим чувством обиды? Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры выражения гнева неприемлемым, по твоим нынешним понятиям, образом (примером могут служить ситуации, когда ты "разряжался" деструктивным образом или обиды, которые тебе нанес кто-либо своим поступком):

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты справился со своим гневом таким способом, который соответствует твоему мировоззрению, твоим взглядам:

- 1.
- 2.
- 3.

17. Вопросы пола

- Какое значение имели и имеют эти вопросы в твоей жизни?

- Объясни, что ты думаешь о роли секса в твоих взаимоотношениях с другими людьми.

Поведение, противоречащее общепринятым принципам

Приведи примеры (из прошлого) своих сексуальных отношений, которые не соответствуют твоим нынешним взглядам:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда твои сексуальные отношения были в норме (в соответствии с твоими нынешними взглядами):

- 1.
- 2.
- 3.

18. Ревность

- Определи понятие "ревность"?

- Как проявляется ревность и что ее провоцирует?

- Как сегодня ты справляешься с этим чувством?

Поведение, противоречащее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты руководствовался чувством ревности:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты справился с чувством ревности, как это удалось тебе сделать:

- 1.
- 2.
- 3.

19. Забота о других

- Почему забота о других так важна?

- Что значит "заботиться о ком-то"?

- Что значит "меня заботит чье-то мнение"? Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры, когда ты проявил равнодушие и не проявил заботы о другом человеке:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам Приведи примеры, когда ты проявил заботу о другом человеке:

- 1.
- 2.
- 3.

20. Интимные отношения и любовь

- В чем, по-твоему, состоит интимность?

- Как ты раньше понимал любовь и как ты ее понимаешь сегодня?

- Что значит "любить"?

- Как ты понимаешь выражения "дарить любовь", "пользоваться любовью"?

- Назови имена тех, кого ты любил (по хронологии), и тех, кого ты любишь (по значимости)?

Поведение, противоречащее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты требовал (домогался) любви конкретных лиц:

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам

Приведи примеры, когда ты проявил любовь:

- 1.
- 2.
- 3.

21. Эгоцентризм

- Какое влияние оказывает на тебя самолюбование?

- Какая связь между потреблением алкоголя и чрезмерной заинтересованностью своей особой?

- Что ты думаешь о необходимости отыскать иной "центр внимания" в твоей жизни?

- Что сегодня для тебя "центр внимания"?

- *Какая разница между эгоцентризмом и эгоизмом? Поведение, противоречащее общепринятым принципам Приведи примеры, когда твой чрезмерный эгоцентризм или увлечение алкоголем нанесли кому-то вред:*

- 1.
- 2.
- 3.

Поведение, соответствующее общепринятым принципам Приведи примеры, когда, благодаря твоему новому "центру внимания", тебе удалось никого не обидеть:

- 1.
- 2.
- 3.

22. Черты характера

- *Перечисли свои положительные и отрицательные черты характера:*

- 1.
- 2.
- 3.

- *Назови темы собраний по Четвертому Шагу, которые тебя очень заинтересовали:*

- *Попытайся искренне и громко сказать на собрании группы: "Я, алкоголик имярек, себя люблю". Сообщи группе и запиши, что ты чувствовал, произнося эти слова.*

ДОПОЛНЕНИЯ К ПОСОБИЮ ПО РАБОТЕ НАД ЧЕТВЕРТЫМ ШАГОМ

Советуем оценивать себя с моральной точки зрения в письменном виде. Это способствует сосредоточению и обдумыванию проблемы, а также помогает подняться над собственными чувствами, нередко возникающими под влиянием воспоминаний. Наши чувства могут быть естественными или ошибочными, они часто мешают нам понять, какие мы на самом деле. Нахлынувшие эмоции не дают разобраться в себе, понять, кто я такой, и более того, я пытаюсь быть таким, каким меня желают видеть другие. Письменное выполнение работы по своей моральной оценке имеет, помимо этого, и психотерапевтическое значение. Если это будет смелый, открытый и глубокий анализ самого себя, то он сможет освободить от обид и тягот, сохраняющихся в подсознании.

Правильным способом самооценки является анализ того, что есть на сегодняшний день и что было раньше. Для подобного рода аналитических размышлений необходимо подходящее время, т.е. отнюдь не тот момент, когда мы ждем автобус или пребываем в возбужденном состоянии (нервничаем, сердимся и т.п.). Не стоит проводить такой анализ вскоре после вступления в ряды АА.

Следует сначала произвести анализ своей алкогольной зависимости, своего бессилия по отношению к алкоголю, его последствий, и, прежде всего,

согласиться на свою полную капитуляцию. Поэтому содержание нижеследующих вопросов не включает в себе алкогольной проблемы. Четвертый Шаг (инвентаризация) является важным для меня

не только сточки зрения познания своих недостатков, а прежде всего для возвращения уважения к самому себе, укрепления уверенности в том, что у меня остались хоть какие-то положительные качества. Он служит не для копания в своих недостатках и определения, какие из наших качеств являются фальшивыми (обманывают меня самого). Уже само желание стать лучше является положительной чертой характера.

Чтобы возродиться, нужно быть внутренне подготовленным к обновлению.

Предлагаемый психотерапевтический анализ был опробован многими членами АА и Ал-Анон. Он состоит из установки на чувство ответственности, чувство собственного достоинства, любви, зрелости, определения черт характера.

УСТАНОВКИ

Наши эмоции и реакции по отношению к событиям, людям и мыслям не наследуются нами, а формируются путем наших взаимоотношений с родителями, с нашими друзьями, а также путем постепенного приобретения нами жизненного опыта. Мы учимся по мере того, как взрослеем. Но мы не всегда отдаем себе отчет в том, каким образом проявляются в нас образцы (штампы) нашего восприятия, мышления, поступков. Наш образ как бы заранее обрисован.

В прошлые годы из-за наших проблем или из-за наших алкогольных "будней" наше мышление было затуманено ненавистью, агрессией, чувством внутреннего беспокойства и жалостью к самим себе. В то время мы изменялись в худшую сторону. Эту приобретенную негативную установку необходимо изменить. Надо быть готовым идти новым путем. Учиться определять и утверждать свои новые деяния.

Вопросы для обдумывания

1. Способен ли я рассматривать свое прошлое, как ушедшее безвозвратно, и могу ли я начать новую жизнь по-новому, конструктивно создавая самого себя?
2. Способен ли я извлечь пользу из своих неудач и использовать с пользой для себя приобретенный опыт?
3. Есть ли у меня реальная картина моих способностей и возможностей?
4. Готов ли я признать, что мои семейные отношения, как и отношения с друзьями, могут улучшиться?
5. Перестал ли я давать оценку другим людям, их поступкам?
6. Могу ли я признать равными себе людей, чье социальное положение ниже моего?

7. Пытаюсь ли я расширить свои знания о серьезных социальных проблемах?
8. Способен ли я высказать свою точку зрения и свой взгляд на вещи дипломатично, не вызывая неприятия окружающих?
9. Считаю ли я алкоголизм болезнью?
10. Удастся ли мне обращать внимание не только на себя, но и на других окружающих меня людей?
11. Реалистичны ли мои требования к сохраняющим трезвость алкоголикам?
12. Вызывает ли у меня трезвость других людей чувство благодарности, несмотря на возникшие в связи с этим новые проблемы?
13. Понимаю ли я, что, несмотря ни на что, и тем более на поступки других людей, в конечном счете, я сам определяю свое отношение?
14. Считаю ли я мою партнершу (партнера) личностью, обладающей разными (не всегда положительными) качествами, и признаю ли я за ней (ним) право выбора?
15. Отдаю ли я себе отчет в том, что нельзя ожидать от партнерши (партнера) удовлетворения всех моих эмоциональных потребностей?
16. Бываю ли я искренен с друзьями моей партнерши (партнера)?
17. Честен ли я в своей чувственной сфере: в интимных и половых отношениях?
18. Понимаю ли я, что у детей тоже могут быть трудности, что они не хотят быть управляемыми и тем более зависимыми от нас?
19. Принимаю ли я детей как своеобразных личностей и избегаю ли я сравнений их с собой и другими людьми?
20. Постоянно ли я помню о том, что дети - это всего лишь дети, и что их незрелое поведение надо понять и соотнести с их возрастом?
21. Отдаю ли я себе отчет в том, что последствия и результаты моего пьянства оказывают влияние на детей?
22. Позволяю ли я взрослым детям принимать собственные решения, определяющие их судьбу?
23. Простил ли я своим родителям ошибки, допущенные ими в моем воспитании?
24. Соблюдаю ли я меру в чувственной сфере?
25. Честен ли я, открыт ли перед своими родителями?
26. Простил ли я своих давних друзей, лечивших меня врачей, социальных работников и всех тех, кто, по моему мнению, должен был сделать все возможное для моего "спасения", но не сделал этого?
27. Пытаюсь ли я найти смысл и удовлетворение в работе?
28. Пробую ли углубить дружеские связи?
29. Интересуют ли меня заботы моих близких?

Медитации

Сообщество АА научило меня, что мой авторитет и вес зависят не от моего общественного положения, а от моей жизненной установки. Моя жизненная

позиция находится в моих руках. Я стараюсь уберечься от пагубных мыслей, от гнева, от плохого настроения и желаю наполнить свою душу чувством любви и благодарности.

Я принимаю сегодня себя таким, какой я есть, не испытывая чувства вины. Из своего опыта я узнал, что тоска и опустошенность означают эгоцентризм; что скорее всего те люди, которых я встретил на своем первом митинге АА, тоже не хотели туда идти. Я старался регулярно посещать собрания АА. В разговорах с другими членами АА я старался найти себе спонсора, с которым смог бы поделиться своими проблемами, а он бы рассказал о своих. Я стараюсь поближе познакомиться с новичками, понять их. Я читаю литературу АА, делаю для себя выводы, расширяю свой жизненный кругозор. Я учусь жить по-новому. И каждую жизненную ситуацию я вручаю своей Высшей Силе. Я бываю прав, когда подчиняюсь голосу своей совести.

Я хочу развивать в себе скромность не на словах, а на деле. Работая, я вместе с тем верю, что все, чем я обладаю, кто я есть и чего я ожидаю, - все зависит от Высшей Силы.

Ответственность

Здесь дело касается моей ответственности за самого себя и за других, ведь именно моя безответственность была причиной уничтожения всего ценного в моих семейных отношениях, в отношениях с друзьями, на работе и т.д.

Мне необходим честный взгляд на свою ответственность, чтобы повысить уважение к самому себе и со временем возродить покалеченные взаимоотношения, поскольку именно они придают нашей жизни более глубокий смысл.

1. Согласен ли я с тем, что сам отвечаю за все мои проблемы, что бы ни случилось в моей жизни?
2. Ставлю ли я перед собой реальные цели?
3. Принимая какое-то решение, думаю ли я о своем благе?
4. Продолжаю ли я стоять на своей точке зрения и отрицаю ли все компромиссы, принятие которых было бы единственной возможностью для обретения спокойствия души?
5. Умею ли я расслабиться?
6. Есть ли у меня желание постоянно приобретать новые знания, несмотря на свой возраст и стаж в Сообществе АА?
7. Способны ли другие поверить мне, положиться на меня?
8. Стараюсь ли я понять переживания своего партнера (партнерши, жены) или мне трудно это сделать?
9. Способен ли я отвечать за последствия моего прошлого пьяного образа жизни?
10. Пытаюсь ли я оказывать членам семьи истинную помощь, не освобождая их от ответственности и труда?
11. Признаю ли я анонимность всех членов АА и членов их семей?

12. Хожу ли я регулярно на собрания АА даже тогда, когда мне не хочется или не хватает мужества?
13. Активно ли я участвую в собрании?
14. Помогаю ли я своей группе своими предложениями, инициативами, личным участием и материальной поддержкой?
15. Принимаю ли я участие в общественной работе (например помощь бездомным, гуманитарная помощь и т.п.)?
16. Смогу ли оказать помощь незнакомому мне алкоголику, его семье?
17. Понимаю ли я, что мое участие в работе группы или вне ее способствует моему духовному росту?
18. Стараюсь ли ближе познакомиться с 12 Традициями и в соответствии с ними жить и работать?
19. Готов ли стать спонсором для новичка?
20. Смогу ли я оказать помощь семье алкоголика, его детям, жене?
21. Свою активность я направляю на несение идей АА или считаю, что являюсь примером для других членов Сообщества и просто людей вне рядов АА?
22. Могу ли я откровенно говорить со своей партнершей, открыто, по-деловому дискутировать, например, о деньгах, сексе?
23. Способен ли я продолжать разговор в поисках взаимопонимания даже тогда, когда наталкиваюсь на глухое молчание, непонимание и неприятие?
24. Способен ли я ответить любовью на любовь?
25. Принимаю ли я во внимание благополучие своих детей, когда принимаю и претворяю в жизнь какие-то решения?
26. Помогаю ли я детям осознавать свою ответственность и развивать в них это чувство, даю ли им по дому соответствующие задания?
27. Способен ли я откровенно говорить со своими детьми о жизненных ценностях и о своих чувствах?
28. Оправдываю ли я себя, когда бываю не прав?

29. Признаю ли я право своих детей иметь личную жизнь?
30. Разрешаю ли я своим детям критиковать других людей?
31. Являюсь ли я примером для подражания своих детей?
32. Поддерживаю ли я регулярные контакты со своими родителями?
33. Есть ли у меня настоящий друг в АА, с кем бы я мог обо всем поговорить?
34. Мое отношение с коллегами по работе? Уважаю ли я их взгляды?
35. Использую ли я всевозможные отговорки и занятость для оправдания своего нежелания решать домашние проблемы?
36. Знаком ли я с проблемой алкоголизма и его последствиями?
37. Занимаюсь ли ежедневно медитацией, чтением или молитвой для углубления сознательного контакта с Высшей Силой?
38. Способен ли я делать добро в своей жизни?
39. Проявляю ли я чувство благодарности путем несения идей Программы АА, а также путем проявления любви к ближним во всех своих начинаниях?

Медитация

Когда во мне появится чувство ответственности по отношению к самому себе и к другим людям, тогда можно говорить о возможности серьезно оценивать свою жизнь.

Это явится первым шагом, чтобы нормально относиться как к собственным потребностям, так и к запросам окружающих.

Я должен полностью осознать, что за свое счастье отвечаю только я сам. Нельзя в своих несчастьях обвинять весь мир, свою партнершу (партнера), семью, детей, своих близких. Свои знания и талант я должен отдавать обществу, быть активным в своей среде. Не стоит отдавать сразу много, чересчур много работать. Необходимо найти время для собрания АА, для телефонного разговора с другом, для работы над собой, а также на полноценный отдых. Мое личное счастье, мой душевный покой, моя жизненная позиция и установка, мои взгляды и поступки - вот сфера моей ответственности. Только это дано мне изменить в случае, если это необходимо или если я этого пожелаю.

**Если Вы выпивали вчера или сегодня,
придите к нам через неделю, а тем
временем посещайте встречи Анонимных
Алкоголиков (план встреч находится у
медсестры).**

Заявку необходимо заполнить самостоятельно и собственноручно.

ЗАЯВКА НА ПРИНЯТИЕ В ЦЕНТР

имя и фамилия, возраст

дата заявки

место жительства

семейное положение

1. Вспомните, при каких обстоятельствах Вы выпивали в различные периоды Вашей жизни. Если Вы принимали в течение продолжительного времени другие средства (например, успокаивающие, снотворные, обезболивающие или наркотики), внесите их тоже в список.

СПИСОК УПОТРЕБЛЯЕМЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Примеры:

Возраст (лет)

Вид вещества

Количество

Частота

14	пиво	3 бутылки	2 раза в месяц
16	"компот"	5 см	только раз в жизни
19	водка	2 по "сто"	1 раз, в субботу
25	диазепам (2 мг)	1-2 таблетки	2-3 раза в неделю

А теперь напишите, руководствуясь указанной выше схемой, как было с употреблением этих веществ в Вашем случае, т.е. **начиная с момента Вашего первого контакта с алкоголем или другими психоактивными веществами и по сегодняшний день.**

2. Опишите свой первый контакт со спиртным. Сколько Вам было лет? Как это произошло? Какое оставило воспоминание?
3. Как Вы пытались контролировать выпивку? Например, выпивая "только пиво". *Приведите 3-4 примера.*
4. Как Вы пытались скрыть, что выпиваете? Например, выпивая в одиночестве. *Приведите 3-4-примера.*
5. Как Вы оправдывали себя для того, чтобы выпивать дальше? *Приведите 3-4 примера.*
6. Чем ценным для себя Вы пожертвовали во имя спиртного (*например, цели в жизни, чувства*)?
7. Кем в жизни Вы дорожите или дорожили? Какой вред Вы им принесли?
8. Приведите пример нарушения Вами закона. Было ли это связано в какой-либо степени с выпивкой?
9. Опишите случаи или опасные ситуации, возникшие в результате чрезмерной выпивки, в которых Вы подвергли опасности себя или других?
10. Какие ценности Вы признаете основными? Какие цели Вы ставите перед собой? Изменились ли они с тех пор, как Вы стали больше выпивать?
11. Кратко охарактеризуйте себя. Вы стали таким (такой), каким (какой) хотели стать? Как выпивка или/и принятие других средств повлияли на то, кем Вы стали сейчас?
12. Опишите свое семейное и жилищное положение
13. Опишите свое профессиональное положение (учебу)
14. Опишите свои отношения с законом в настоящее время (например, прокурорское расследование, судебное производство, дело по воинской обязанности и др.)
15. При первой в жизни выпивке я выпивал(а) так: например, 2 дня подряд, не для компании, но по своей потребности, для улучшения состояния, в 19.....году (*при каких обстоятельствах*)
16. Участвовали ли Вы когда-либо в терапевтической программе в режиме диспансера или поликлиники (*напишите где, когда и до конца ли программы*) ?
17. В лечебном или детоксикационном отделении я пребывал (а).....раз (*где, когда, почему*)?
18. Проходили ли Вы детоксикацию у себя дома, частным образом, сколько раз?
19. Если Вы пользовались частными врачебными услугами, напишите, когда и где
20. Последнее "вшивание" (эспераль)".....".....19.....года
21. Я лечился(ась) в диспансере, отделении или центре для наркоманов (*где, когда*)?

22. Я лечился(ась) в психиатрическом отделении или в психоневрологическом диспансере (где, когда, принимаемые средства)

23. Если когда-либо Вы совершали попытки покончить с жизнью, напишите, когда это было и при каких обстоятельствах

24. Последний раз я употреблял(а) спиртное ".....".....19.....года.

25. В последнее время я принимал(а).....(название средства).

Это было".....".....19.....года.

26. Отметьте **только один из ответов**, лучше других отражающий Ваши теперешние мысли и чувства:

1. у меня нет существенных проблем,

2. у меня есть некоторые проблемы, но они не связаны со спиртным,

3. некоторые мои проблемы связаны со спиртным, но я с ними умею справиться,

4. у меня есть проблемы, связанные со спиртным, но я умею контролировать себя во время выпивки,

5. хорошо бы бросить выпивку,

6. воздерживаться от выпивки мне удастся легко,

7. воздержание от выпивки мне удастся с трудом,

27. У меня обнаружен вирус гепатита 1. да 2. нет

28. Я сделал(а) анализы на наличие вируса ВИЧ 1. да 2. нет

29. У меня найден вирус ВИЧ 1. да 2. нет Кто из Ваших

близких заинтересован в Вашем лечении и на чью помощь Вы можете рассчитывать? (Напишите его адрес, телефон)

Какие проблемы, не затронутые в вопроснике, Вы считаете существенными и хотели бы информировать о них коллектив Ваших будущих терапевтов?

Прошу принять меня в Центр терапии зависимостей Института психиатрии и неврологии в Варшаве. Я понимаю, что перед принятием, учитывая значительную интенсивность терапевтической программы, я буду обязан(а) привести в порядок свои дела (связанные с соматическим здоровьем, личные, профессиональные и др.) в такой степени, чтобы во время пребывания в Центре я имел(а) возможность **сосредоточиться исключительно на терапии зависимости**. Одновременно заявляю, что согласен(на) пройти всякое обследование, которое мне будет назначено во время пребывания в Центре, а также, что информация, которую я сообщила(а) выше, соответствует действительности. Я обязуюсь соблюдать правила, действующие в Центре, а также сохранить в тайне информацию, которая мне станет известна о других пациентах.

подпись

Ваш комментарий

11. Военная обязанность (когда, поощрения, наказания, причина увольнения, если досрочно)

12. Ваше отношение к вере (в Бога, Высшую Силу) а. верующий(ая) б. затрудняюсь ответить в. неверующий(ая)

13. Сколько времени отводите для религиозной практики?

а. довольно систематически б. иногда в. нет

14. Какие занятия доставляют Вам самое большое удовольствие?

15. Вы курите (сигареты, трубка)?

а. нет никогда не курил(а) б. курю с.....лет в. не курю уже.....лет

16. Опишите, как алкоголь влиял на:

16.1. Ваше здоровье

16.2. Вашу семейную жизнь

16.3. Ваше финансовое положение

16.4. Ваши отношения с другими людьми

16.5. Вашу работу

16.6. Ваш досуги развлечения

16.7. Ваши конфликты с законом

16.8. Другие Ваши дела

17. Отметьте **только один из ответов**, который лучше всех

остальных отражает Ваши мысли и чувства в данный момент: 17.1 у меня нет сложных проблем,

17.2. у меня есть кое-какие проблемы, но они не связаны с алкоголем,

17.3. некоторые из моих проблем связаны с алкоголем, но я с ними справляюсь,

17.4. у меня есть проблемы, связанные с алкоголем, но я контролирую, как выпиваю,

17.5. хорошо бы бросить выпивку, контролирую, как выпиваю,

17.5. хорошо бы бросить выпивку,

17.6. воздерживаться от выпивки мне удастся легко,

17.7. воздержаться от выпивки - это трудная задача,

17.8. можно жить без алкоголя, но жизнь как таковая -непростое дело.

18. За последние 12 месяцев я:

18.1. чаще всего пил(а):

а. пиво б. вино в. водку г. самогон д. непищевой алкоголь

18.2. самый продолжительный "цикл" выпивки продолжалсядней, недель, месяцев (*подчеркните*),

18.3. самый продолжительный период без спиртного продолжался.....дней, недель, месяцев (*подчеркните*),

18.4. последний "цикл" продолжался.....дней, недель, месяцев (*подчеркните*),

18.5. последняя порция алкоголя -это.....(*рода алкоголя*)

в количестве около.....мл, принятая".....".....19....года в.....часов.

18.6. я часто принимал(а) средства успокаивающее, снотворные, обезболивающие (*назовите их*).....

последняя доза этих средств (количество и наименование):

табл....., ".....".....19...года в.....часов.

18.7. принимал(а) (курил(а)) наркотики (*какие?*).....

Состояние здоровья

19. Ушибы головы, потери сознания, эпилепсия (*их обстоятельства*)

20. Болезни.....

21. Общая госпитализация (*когда, причины*)

22. Пребывание в психиатрических, наркологических отделениях, центрах для наркоманов (*где, когда, причины*)

23. Пребывание в вырезвителях (*сколько раз, когда*)

24. Переживали ли Вы когда-либо следующие состояния? (*поставьте +*)

НЕТ ДА

агрессивное или деструктивное поведение, членовредительство, попытки самоубийства после приема алкоголя,

другие попытки самоубийства, состояния страха,

Вы слышали голоса, которые другие не слышали, Вы видели вещи, которые другие не видели.

25. Переживаете ли Вы в настоящее время какое-либо из перечисленных ниже состояний? (*поставьте +*)

ДА НЕТ

тревога, повышенная нервозность, частые вспышки злости, раздраженность по мелочным причинам, частые припадки плача, чувство безнадежности (депрессия), мысли о самоубийстве, затруднения с концентрацией, затруднения в реализации целей, затруднения в принятии решений, затруднения в организации досуга, затруднения в выражении чувств, затруднения с засыпанием, кошмарные сны, прерывистый сон, затруднения с запоминанием, робость.

Другие состояния.....

26. Назовите все лекарства, которые Вы принимаете (и их дозы)

27. Какими заболеваниями страдаете?

28. Считаю, что основными моими проблемами являются сейчас проблемы (*в чем они заключаются?*):

семейные.....

со здоровьем.....

с работой.....

денежные.....

с законом (*суд, прокуратура*).....

жилищные.....

другие (*какие?*).....

На мое решение начать лечиться основное влияние оказало(и):

Заявляю, что я оформил(а) все свои дела, связанные со здоровьем, работой и др. таким образом, что мне не придется брать освобождение от терапевтических занятий в течение всего срока пребывания в Центре терапии зависимостей Института психиатрии и неврологии.

подпись пациента

принимающая медсестра:.....".....".....19.... года

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ОПРОС ПАЦИЕНТА

2)М

2) по решению суда

имя и фамилия

1. Год рождения.....

2. Пол: 1)Ж

3. Принят(а): 1) добровольно

4. Семейное положение:

1) холост/не замужем 2) вдова/вдовец,

3) замужем/женат 4) постоянное сожительство 5) разведенный(ая) 6) живу без семьи

5. Образование:

1) неоконченное начальное 2) начальное 3) среднее специальное

4) неоконченное среднее 5) среднее 6) высшее

6. Первая госпитализация, связанная с алкоголизмом или зависимостью от других психоактивных веществ (в психиатрическое или наркологическое отделение) состоялась в 19.....году.

7. Настоящая госпитализация является.....по счету.

8. Попытки самоубийства в прошлом

0) не было 1) да (когда, обстоятельства)

СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9. Число работодателей за последние 5 лет.....

10. Источник содержания:

1) работа (на последнем месте.....месяцев/лет)

2) пенсия по инвалидности 3) пенсия по старости

4) не работаю уже.....месяцев/лет и получаю пособия

5) не работаю уже.....месяцев/лет и не получаю пособия

11. Выполняемая работа соответствует профессии, в которой обладаю самым большим опытом:

1) да 2) близкая 3) не соответствует 4) не касается

12. В последние 2 года получал(а) на работе поощрения: 0) нет 1) да

2) не касается

13. В последние 2 года получал(а) на работе выговоры: 0) нет 1) да

2) не касается

14. В последние 2 года повышал(а) свои профессиональные квалификации:

0) нет 1) да 2) не касается

15. В последние 2 года вступал в конфликт с законом:

0) нет ,1) да

16. Настоящее материальное положение можно оценить как:

1) очень хорошее 2) хорошее 3) среднее 4) плохое 5) очень плохое

17. Настоящее жилищное положение можно оценить как:

1) очень хорошее 2) хорошее 3) Среднее 4) плохое

5) очень плохое

ОПРОС ПАЦИЕНТА ПО ПРОБЛЕМЕ АЛКОГОЛИЗМА

18. В ближайшем семейном кругу злоупотребляли алкоголем: 0) никто 1)
отец 2) отец отца 3) мать отца

4) брат/сестра отца

5) мать 6) отец матери 7) мать матери 8) брат/сестра матери 9) брат/сестра
пациента(ки) 10) трудно сказать

19. Вкус алкоголя узнал (а) в 19.....году

20. Первая большая выпивка была в 19.....году

21. Палимпсесты ("запой до потери сознания") случаются с 19.....года

22. Выпивка "циклами" (пребывание в состоянии алкогольного опьянения в течение более 48 часов, не для смелости, не напоказ, не под давлением) случается с 19 года

23. Употребление алкоголя, как "похмелья", т.е. средства против физических и психических недугов, вызванных опьянением, случается с 19 года

24. Проблемы, связанные с выпивкой, впервые появились в 19 году и заключались в

25. Пребывания в вытрезвителях 1) да (в 19 году) 0) нет

26. Наблюдались алкогольные психозы или судорожные приступы
(подчеркнуть):

1)да 0)нет

27. В последние 2 года самый продолжительный период без спиртного продолжался.....дней, недель, месяцев (подчеркните)

28. В последние 2 года самый продолжительный "цикл" выпивки продолжался.....дней, недель, месяцев (подчеркните)

29. Род алкогольных напитков, которые Вы употребляли чаще всего перед прекращением выпивания на протяжении последних 12 месяцев? (отметьте в последовательности от 1 до 5)

...водка вино пиво другие слабые
напитки

... самогон непищевые

30. Как часто это было?

1) ежедневно или почти ежедневно,

2) в среднем.....раз/неделю в течение.....дней

3) в среднем.....раз/месяц в течение.....дней

4) в среднем.....раз/год в течение.....дней

5) ни разу за последние 12 или.....месяцев.

31. За сутки выпиваю в среднем.....чашек кофе
32. За сутки выпивает в среднем.....чашек крепкого чая
33. Курение табака (сигареты, трубка)
1) курю.....лет 2) не курю уже.....лет/месяцев/
недель 3) жую табак

Если курю, тогда:

- § за день выкуриваю в среднем.....сигарет/трубок
§ первую сигарету/трубку выкуриваю в течение 30 мин.
после просыпания 1)да 0) нет
§ иногда натошак 1) да
0)нет
§ люблю глубоко затягиваться табачным дымом 1)
да 0)нет

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АНКЕТА

(по Б. Вороновичу)

01. Я думал(а) о необходимости ограничения моей выпивки.
02. Иначе, чем раньше, реагирую сейчас на алкоголь, т.е. голова у меня стала "крепче" (или "слабее").
03. Бывало, что я выпивал(а) натошак.
04. В процессе протрезвления или после протрезвления у

меня было ощущение беспокойства или напряженности.

05. Случалось, что после выпивания первых рюмок спиртного я не мог(ла) воздержаться от продолжения выпивки.
06. Бывало, что на следующий день после выпивки у меня дрожали руки.
07. Я уже госпитализировался(ась) в связи с употреблением спиртного.
08. Иногда я пил(а) спиртное для успокоения.
09. Я раздраженно реагировал(а) на замечания по поводу моих выпивок.
10. Иногда, в процессе протрезвления или на следующий день после выпивки я ощущал(а) потливость.
11. После "похмелья" я чувствовал(а) себя лучше.
12. В кругу близких я обещал(а) больше не пить.
13. Иногда я пил(а) более, чем два дня подряд.
14. Я ощущал(а) угрызения совести (чувство вины) из-за того, что выпиваю.
15. Иногда я выпивал (а) непищевой алкоголь.

КРИТЕРИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (по ICD-10)

1. сильное желание или чувство тяги к приему спиртного;
2. субъективное убеждение в меньшей возможности контролировать выпивку;
3. выпивание спиртного с убеждением, что симптомы абстиненции смягчатся;

4. наличие соматических (вегетативных) признаков симптома абстиненции;
5. изменение (обычно увеличение) переносимости алкоголя;
6. ограничение разнообразия форм поведения в связи с выпивкой;
7. прогрессирующее отстранение от других удовольствий или интересов в пользу выпивки;
8. потребление спиртного, несмотря на вред (физический, психический, общественный), несомненно, связанный с алкоголем.

ЛЕЧЕНИЕ

(в период, предшествующий настоящей госпитализации)

34. Первый контакт с диспансером/отделением лечения (подчеркнуть) состоялся в 19...году

35. Принятие препарата "тетурам" (когда-либо в жизни)

1) да 2) нет

36. "Запой" после препарата "тетурам"

1) да 2) нет 0) не относится

37. После первого вшивания препарата Esperal (Disulfiram) в 19...году не пил(а) в течениенедель/ месяцев.....

38. После последнего вшивания, т.е.....по счету, в 19....году, не пил (а) в течение.....недель/месяцев.

39. Уже раньше участвовал(а) во встречах

1) АА(впервые в 19 ...году)

2) АА (лишь после консультации в Центре)

3) психотерапевтической группы

4) клуба трезвенника

5) других (каких)

40. Последний контакт со спиртным был: "....".....19.....года ок.....часов. Род спиртного:.....количество: ок.....мл.

41. Принимаемые в последнее время препараты (успокаивающие, снотворные, обезболивающие, наркотики и др.)

.....".....".....19..... года

Соматические недуги

Важные вопросы, о которых пациент хотел бы поговорить со своим лечащим терапевтом

Вопросы, на которые (по мнению обследующего) необходимо обратить особое внимание

РЕЗЮМЕ

ПОВЕДЕНИЕ: 1. спокойный 2.неспокойный 3.....

КОНТАКТЕ . хороший 2. формальный 3. затруднительный 4.

ОРИЕНТИРОВКА: 1. полная 2. нарушенная (смотри примечания)

Настроение: 1. ровно 2. пониженное по ситуации 3. пониженное монотонно 4. повышенное 5.....

АФФЕКТИВНОСТЬ: 1. приспособленная 2. неустойчивая 3. неприспособленная 4.....

Мысли о САМОУБИЙСТВЕ: 1. отрицает 2. высказывает

3. подтверждает КИНЕТИКА: 1. нормальная 2. активированная 3.....

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ:

1. отсутствуют 2. присутствуют ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ:

1. неконтролируемое выпивание ("запойми") ок. .. лет,

2. признаки отказа от спиртного ок.....лет,

3. реинтоксикация ок.....лет,

4. увеличение/уменьшение переносимости ок.....лет,

5. алкогольные психозы (в 19....году)

6. принятие наркотиков (когда.....)

ПРИЗНАКИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВАМИ, зависимости от лекарств и других психоактивных веществ (подчеркнуть и перечислить их названия).....

МОТИВИРОВКА ЛЕЧЕНИЯ: 1. отчетливо ситуационная (т.е.....)

2. отчетливо декларативная

3. кажется, довольно правильная

4. трудно оценить КРИТИЦИЗМ:! присутствует

2. декларативный (поверхностный) 3. трудно оценить **Примечания** (в частности, диагностические неясности)

Диагноз: Синдром алкогольной зависимости

Сопутствующие заболевания

Дата обследования""19 г.

подпись диагностирующего

ВЫПИСКА ИЗ УСТАВА ЦЕНТРА ТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Лица, пребывающие в Центре, обязаны:

1. Полностью отказаться от употребления психоактивных веществ, таких, как алкоголь, лекарственные средства, крепкий чай и др.

2. Курить сигареты только в специально для этой цели предназначенном помещении (курительная комната).

3. Не иметь сексуальных отношений с другими пациентами.

4. Не играть в карты, азартные игры и не пользоваться собственной радиотелевизионной аппаратурой.

5. Не разглашать тем, затрагиваемых во время терапевтических занятий.

6. Соблюдать правила культурного поведения и режим ночной тишины.

7. Быть пунктуальными при посещении занятий и активно участвовать в них.
8. Соблюдать правила для визитов гостей, которых можно принимать исключительно вне спальных помещений, а также только в определенные дни и часы.
9. Подчиняться принципу обязательного уведомления медсестры о намерении выхода за пределы Центра.
10. Выполнять поручения по прохождению специальных обследований и другие поручения персонала.

Как равносильное решению немедленного отказа от лечения в Центре, рассматривается:

- а. курение за пределами курительной комнаты или хранение пепельниц в жилых помещениях,
- б. употребление (хранение) алкогольных напитков на территории Центра или прием (хранение) лекарственных средств, не назначенных врачом Института,
- в. проявление агрессивного поведения (физического или словесного),
- г. отказ от участия в занятиях, отказ от прохождения обследования, а также невыполнение поручений персонала,
- д. сексуальные контакты с другими пациентами. Несоблюдение остальных принципов влечет за собой внесение в "Список лиц, претендующих на досрочное отчисление". Повторное несоблюдение какого-либо из принципов может быть воспринято как решение об отказе от лечения.

Заявляю, что я ознакомился(ась) с содержанием Устава Центра терапии зависимостей и обязуюсь соблюдать действующие в нём правила.

.....
дата

имя и фамилия