

Министерство здравоохранения
и социального развития Российской Федерации

Нижегородская государственная
медицинская академия

С.Н. Зайцев

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА
БЕЗ ЖЕЛАНИЯ ПАЦИЕНТА**

*Практическое пособие
для врачей*

Издательство **НГМА**
НИЖНИЙ НОВГОРОД ♦ 2005

Зайцев, С.Н. Совершенствование методов лечения алкоголизма без желания пациента: Практическое пособие для врачей / С.Н. Зайцев. — Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. — 148 с.

В пособии рассматривается актуальный вопрос наркологии: «добровольное» лечение алкоголизма без желания и ведома пациента. Известно, что алкогольно-зависимые, не получая наркологической помощи, нередко погибают. Автор предлагает специальное экспресс-вмешательство для формирования у пациентов желания лечиться и жить трезво, а также аналогичное экспресс-вмешательство для коррекции созависимых отношений в их семьях. Технология разработана автором, прошла апробацию и с 1990 г. успешно применяется им в условиях частной практики — признана изобретением в области психиатрии (патент № 2218946).

Издание ориентировано на психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских (клинических) и практических психологов, врачей различного профиля, медицинских сестер, социальных работников, а также на студентов, изучающих клиническую (медицинскую) психологию и психиатрию.

Рецензенты:

главный детский психиатр Н. Новгорода
доктор медицинских наук, профессор **Т.Н. Дмитриева**;
заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии
доктор медицинских наук, профессор **Л.Н. Касимова**

ISBN 5—7032—0583—2

© С.Н. Зайцев, 2005 г.

© Издательство Нижегородской
государственной медицинской
академии, 2005 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

При многих психических расстройствах больные отрицают у себя наличие болезни и отвергают предложенную медицинскую помощь. Принудительное лечение в таких случаях применяется в соответствии с действующим законодательством, если состояние больного представляет угрозу его жизни или жизни окружающих.

Больные алкоголизмом лишь в редких случаях способны критически оценить происходящее и самостоятельно обратиться за помощью к специалисту. В большей части случаев они не считают себя больными и не желают лечиться и жить трезво. Принудительное лечение в этих условиях применяется редко, лишь если больной алкоголизмом совершил преступление или при развитии психотических состояний. «Добровольное» лечение без желания пациента также применяется нечасто, так как сам он уклоняется от лечения, его родные и близкие не представляют, как действовать эффективно, а врач далеко не всегда имеет на вооружении методы, позволяющие действенно влиять на ситуацию. Проблема лечения алкоголизма без желания пациента не стояла так остро в то время, когда государство широко использовало принуждение к лечению. Однако в связи с так называемыми демократическими преобразованиями 90-х гг. и почти полным отказом государства от функции принуждения к лечению больных алкоголизмом проблема приобрела исключительную актуальность и остроту. В настоящее время практика такова, что алкогольно-зависимые, уклоняющиеся от лечения и не считающие себя больными, в большинстве случаев остаются без адекватной медицинской помощи и погибают или инвалидизируются.

Одна из основополагающих проблем наркологии — формирование у больного алкоголизмом мотивации к трезвой жизни, критичного отношения к своему состоянию и болезни, установки на лечение и трезвость. Несмотря на нередко большое количество

публикаций в научных журналах и монографических исследованиях на эту тему, проблема остается окончательно нерешенной, из-за отсутствия, во-первых, единой концепции психогенеза этого заболевания, а во-вторых, детально разработанных технологий для эффективного влияния на таких пациентов.

В настоящем пособии автор излагает свое видение вопроса лечения алкоголизма без желания пациента, делится с читателями своим многолетним опытом работы с такими пациентами.

Авторская технология преодоления алкогольной анозогнозии приемами рациональной психотерапии обладает новизной, признана изобретением в области психиатрии (патент на изобретение № 2218946, публикация в бюллетене «Изобретения и открытия» за декабрь 2003 г.).

Кроме того, предлагается использовать аналогичное вмешательство для коррекции созависимых отношений.

Автор знакомит читателей с некоторыми возможностями современной наркологии в отношении больных, считавшихся прежде инкурабельными, неподдающимися лечению.

В книге выделено 7 глав, которым предшествуют вводная часть и определения некоторых терминов, наиболее часто используемых в пособии.

Во Введении отмечены различные факторы, влияющие на распространенность синдрома зависимости от алкоголя в обществе, и выделен самый значимый, по мнению автора, влияние на который положено в основу предлагаемой технологии.

В разделе Терминология даются определения и рассматривается соотношение таких понятий, как «желание жить трезво» и «установка на трезвость», а также «созависимость» и «влечение к алкоголю».

Принципиальное значение для автора имеет определение терминов «алкоголизм», «синдром зависимости от алкоголя», которые можно по-разному рассматривать в рамках той или иной концепции болезни, что в конечном итоге и будет определять разнообразие терапевтических стратегий.

В первой главе говорится о принципах и условиях формирования установки на трезвость в естественных условиях и в условиях контакта с врачом, а также предлагаются новые авторские приемы семейной психотерапии для получения формального согласия пациента на контакт с врачом.

Во второй главе рассматриваются природа, механизмы и клиническая картина алкогольной анозогнозии.

Третья глава посвящена описанию вмешательства по преодолению алкогольной анозогнозии. Предпринята попытка анализа причин неэффективности таких вмешательств в ряде случаев.

В четвертой главе предлагается информация о патологическом влечении к алкоголю и некоторых способах его дезактуализации.

Пятая и шестая главы представляют концепции созависимости и описание вмешательства по коррекции созависимых отношений, где автор делится своим опытом работы в этой области.

В седьмой главе говорится о новизне, преимуществах и возможностях предлагаемого метода.

Заключение заостряет внимание на основные положения предлагаемой технологии и ее теоретическое обоснование.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема алкоголизма с учетом распространенности этого заболевания в обществе стоит в России достаточно остро. На уровень потребления алкоголя и распространенность синдрома зависимости влияют различные факторы. Среди них такие, как доступность алкоголя, уровень цен на спиртные напитки, качество потребляемых напитков, исторический опыт отношений общества с алкогольными напитками, качество специальной медицинской помощи, распространенность генетической предрасположенности к формированию алкоголизма, социальные взаимоотношения внутри групп населения, состояние физического и психического здоровья общества, социальные потрясения, военные конфликты и др.

И действительно, если алкогольные напитки отпускать не только в специализированных магазинах, но и в булочных, кондитерских, иных точках мелкорозничной торговли продуктами питания и даже в аптеках под видом лекарственных настоек, при этом эффективно не препятствуя торговле самогонном и техническим спиртом для приема внутрь, то следует ожидать роста заболеваемости алкоголизмом.

Уровень цен на алкогольные напитки в свою очередь влияет на доступность алкоголя. Понятно, что чем дороже спиртные напитки, тем они менее доступны.

Качество потребляемых напитков прямо влияет на распространенность алкогольной зависимости. Если в употребление идут спиртные напитки низкого качества и большей крепости, то алкогольная болезнь формируется быстрее.

Генетическая предрасположенность в сочетании с влиянием среды, микросоциума также может привести к формиро-

ванию болезни, способствует распространенности этого явления.

Состояние здоровья общества влияет на распространенность алкоголизма. Если здоровье уже подорвано какими-то недугами, например табакокурением, то и алкогольная болезнь легко проявится на такой почве.

Очевидно, что социальные потрясения, участие в военных конфликтах, духовный кризис, невозможность части населения реализовать себя как личность — все это, как и другие факторы, создает условия для заболевания алкоголизмом и в зависимости от тех или иных обстоятельств, ситуации в большей или меньшей степени влияет на распространенность синдрома зависимости от алкоголя в обществе.

Однако особо хотелось бы выделить еще один фактор, на наш взгляд, самый значимый и весомый. Это образованность населения по вопросам потребления алкоголя, иными словами, информированность об отношениях с алкоголем. Алкоголизм можно рассматривать как болезнь, вызванную дефицитом информации. Если человек располагает исчерпывающей информацией об алкоголе, то он, конечно, живет абсолютно трезво, а даже если и употребляет спиртные напитки, то изредка и умеренно. И напротив, если предоставленная человеку информация неполная, недостоверная, то формируется наркогенная готовность — психологическая готовность к приему алкоголя или других наркотиков. При этих условиях у него и могут сформироваться проблемные отношения с алкоголем. Таким образом, достаточно хорошо проинформировать алкогольно-зависимого и членов его семьи о том, что, как и почему с ними происходит, и у него появится потребность в трезвой жизни, у его близких — новое видение проблемы, возможность действовать эффективно, а жить счастливо.

Исходя из таких посылок становится понятным, какое значение и место в системе профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий должны занимать информирование, образование по вопросам отношения к алкоголю и рациональная психотерапия. Значение — первостепенное, место — основополагающее.

Задача наркологии — лечение больных алкоголизмом и наркоманиями. Во всем мире сегодня, когда говорят о лечении, имеют в виду стабилизацию ремиссии и профилактику рецидива заболевания [11, с. 10]. Осуществить вышесказанное можно только после выявления и привлечения к лечению химически зависимого, что само по себе считается непростой задачей. Активное выявление и привлечение к лечению больных алкоголизмом является первейшей обязанностью амбулаторной наркологической службы и главным звеном первичной профилактики алкоголизма [26, с. 63].

Основных препятствий на этом пути два: 1) нежелание алкогольно-зависимого лечиться и жить трезво; 2) нежелание его родных и близких действовать эффективно. Вместо того чтобы обратиться к специалисту и выполнить все его рекомендации, они пытаются сами повлиять на больного, но действуют при этом импульсивно, непрофессионально и, разочаровавшись в результате собственных усилий, полагают что не только они, но и вообще никто, даже психиатр-нарколог, не сможет повлиять на него. С другой стороны, и врачи далеко не всегда имеют на вооружении действенные методы для раннего выявления и привлечения к лечению больных алкоголизмом. А если больной и явился в кабинет психиатра-нарколога, то все проблемы этим не снимаются.

Трудности лечения больных алкоголизмом заключаются в том, что самый специфический, «стержневой», синдром алкоголизма — первичное патологическое влечение к алкоголю, далеко не всегда поддается фармакотерапии. По мнению ряда специалистов [7, с. 184], средства и методы активной противоалкогольной терапии должны отвечать четырем основным требованиям:

1) купирующее или по крайней мере смягчающее влечение к алкоголю действие;

2) достижение выраженного и стойкого эффекта отвращения (аверсии) к спиртным напиткам;

3) пролонгированная сенсibilизация к алкоголю, т.е. переносимость его;

4) достижение в связи с этим дезактуализации влечения к алкоголю.

И если второе и третье требования спорны — достижение аверсии и сенсбилизация к алкоголю вполне могут быть заменены формированием реакции равнодушия, безразличия к алкоголю либо какой-то иной реакцией, то первое и четвертое — сомнений не вызывают. Вполне понятно, что достичь осуществления всех этих требований можно лишь системой лечебных мероприятий при условии твердой сознательной установки больного на абсолютное воздержание от алкоголя [26, с. 184].

Задача лечения больных алкоголизмом и наркоманиями для врачей психиатров-наркологов должна быть главной, но при одном условии — оно должно быть добровольным [2, с. 10]. Противоалкогольное лечение не является наказанием для больного, и он сознательно должен соглашаться на это [26, с. 184].

Но и отказывать таким больным в специальной медицинской помощи просто негуманно. Вот данные о продолжительности жизни больных алкоголизмом. Мужчины умирают в возрасте 50—55 лет, что на 20 лет меньше средней продолжительности жизни мужчин. Естественно, это показатели западных стран, в России средняя продолжительность жизни мужчин на 15—20 лет меньше. Оказывается, подавляющее большинство больных алкоголизмом умирают, не дожив до III стадии заболевания [11, с. 8].

Одним из основных препятствий для успешного лечения синдрома алкогольной зависимости является отсутствие у больного желания лечиться и жить трезво, отсутствие критичного отношения к своему состоянию и болезни — алкогольная анозогнозия и установка на употребление спиртных напитков [27, с. 57]. Выработка установки на трезвость — самая трудная задача во всей системе лечения больных алкоголизмом [26, с. 78].

В целях раннего выявления больных алкоголизмом применяются административные мероприятия. Для этого же предназначены кабинеты анонимного лечения. Существенную роль в решении этой задачи играют органы милиции и судебные органы. Однако вполне понятно, что наиболее желательно своевременное обращение за медицинской помощью больных алкоголизмом по собственной инициативе, а также по настоянию родных и близких людей [26, с. 63]. К сожалению, вопрос, как это

сделать практически осуществимым, в значительной степени оставался открытым. Теоретически подробные способы существуют. Например, такие методы семейной психотерапии, как «прямое вмешательство» или «семейное вмешательство» (Wegscheider S., 1980), которые осуществляются с помощью учителей, врачей, сотрудников консультаций и других специальных учреждений, товарищей по работе, представителей администрации и профсоюза. Они представляют собой «конфронтацию» с больным алкоголизмом или с членами его семьи, особенно показаны для преодоления анозогнозии больного алкоголизмом, семейной психологической защиты и способствуют формированию установок на лечение [25, с. 160—163]. Однако в связи с технической сложностью и межкультурными различиями страны эти методы не нашли широкого применения в нашей стране.

Также известна методика «системной интервенции» по Джонсону, предназначенная для создания у больного алкоголизмом необходимой мотивации обращения к врачу на эффективное лечение. Метод интервенции состоит из пяти основных ступеней.

1. Собрать вместе значимых для больного людей.
2. Помочь составить письменные отчеты, где сведения о злоупотреблении алкоголем изложены в неоценочной манере, с заботой и участием.
3. Помочь членам семьи выбрать план лечения.
4. Помочь составить план действий на случай отказа больного от предложенного лечения.
5. Групповая встреча с больными алкоголизмом, последующая семейная психотерапия с членами семьи для выражения и проработки своих чувств.

Подробнее названная методика будет рассмотрена ниже (см. гл. 1.1.2, с. 30—35).

Однако этот метод, как и метод семейного вмешательства, в связи с существующими межкультурными различиями, громоздкостью, недостаточной эффективностью и рядом причин, изложенных в разделе 5.3, также не нашел широкого применения в России.

Если говорить о методах лечения больных алкоголизмом, то особо следует отметить роль психотерапии в системе лечебных мероприятий. Другие методы лечения (лекарственные и нелекарственные) применяются для детоксикации, купирования явлений алкогольной абстиненции, нормализации психического состояния, терапии сопутствующих расстройств и дезактуализации влечения. Иначе говоря, по сути это методы симптоматического лечения алкогольной болезни. Если же говорить о патогенетическом и этиологическом лечении алкогольной зависимости, то здесь лекарственные и другие нелекарственные методы уходят на второй план. Понятно, что мотивация к трезвой жизни, критика к своему состоянию и болезни, установка на трезвость лекарствами не формируется. Влечение к алкоголю, длящееся годами лекарствами не снимается; и созависимые отношения в семье лекарственной коррекции не поддаются. Эти задачи можно решить только средствами психотерапии. Что собственно и определяет роль психотерапии как главного, основного метода лечения алкогольной зависимости. Для этих целей существуют различные методики рациональной, групповой, семейной, психоаналитической, суггестивной и других видов психотерапии. Однако в этой области, на мой взгляд, наметился перекося. С одной стороны, детально разработаны разнообразные, действенные, эффективные, мощные средства и методы активной противоалкогольной терапии для купирования, дезактуализации влечения к алкоголю, достижения эффекта отвращения (аверсии) к спиртным напиткам, сенсibilизации к алкоголю. С другой — уделяется явно недостаточное внимание методам для раннего выявления алкогольно-зависимых и привлечения их к лечению, для формирования установки больного на лечение и абсолютное воздержание от алкоголя, желания лечиться и жить трезво. Такие методы существуют теоретически, но по ряду причин мало применяются в практической работе, особенно в провинциальных лечебных учреждениях. Это связано с тем, что предлагаемые методы технически сложны, трудоемки, громоздки, занимают много времени, не разработаны детально. Кроме того, их эффективность оставляет желать лучшего. Помимо прочего, и это мое мнение, в наркологии наметилась дистанция между наукой и практической медициной.

Научная мысль продвинулась очень далеко. Предложены концепции болезни, теории личности, теории обучения, информации, когнитивной деятельности, принципы научной психотерапии и т.д. В то же время практические врачи нередко продолжают использовать в качестве основного метода лечения алкоголизма «годовой укол», «кодирование», «блокирование», «торпедо», «ампулу», «подшивку», чудодейственные лекарства, пищевые добавки, «чистки» и другие подобные методы. Происходит это отчасти потому, что наука не смогла предложить достойной альтернативы. Опыт обращения за медицинской помощью родных и близких алкоголика показывает, что если у пациента нет установки на трезвость, нет желания лечиться и жить трезво, то наркологи амбулаторного звена часто отказываются его лечить. Обеспокоенным, а нередко и отчаявшимся родственникам они отвечают: «Вы его убедите в необходимости лечения или просто заставьте лечиться, вот тогда мы его и полечим». Если же врач и пытается выполнить эту работу, то действует скорее по наитию, интуитивно, не располагая эффективным инструментом для разрешения таких ситуаций. Потому и результаты оставляют желать лучшего (если говорить о положении в амбулаторном звене наркологической службы в целом, а не о достижениях отдельно взятого психиатра-нарколога).

Таким образом, назрела настоятельная необходимость разработки новой медицинской технологии, которая позволяла бы эффективно лечить алкоголизм даже без желания пациента. Этот метод должен соответствовать следующим требованиям:

- эффективно выявлять больного алкоголизмом на ранней стадии болезни;

- надежно привлекать химически зависимого к лечению, невзирая на его отказ принять помощь, нежелание признать себя больным и отрицание проблем;

- формировать у пациента установку на трезвость, критичное отношение к своему состоянию и болезни, желание лечиться и жить трезво;

- создавать условия для успешного проведения мероприятий по дезактуализации влечения к алкоголю и для достижения стойкой ремиссии в дальнейшем;

проводить коррекцию созависимых отношений;
решать эти задачи за относительно короткое время и в правовом русле;

быть достаточно простым в освоении психиатрами-наркологами и достаточно дешевым и доступным для широкого применения в практике.

В настоящем издании сделана попытка описать один из таких альтернативных методов: «Лечение алкоголизма без желания пациента». Но при этом имеется в виду не любое лечение без желания, а только один из его секторов: «Добровольное лечение алкоголизма посредством преодоления алкогольной анозогнозии приемами рациональной психотерапии» [7]. Конечно, лечение алкоголизма без желания пациента — отдельная проблема, включающая в себя не только преодоление анозогнозии, но и множество других аспектов. В то же время преодоление алкогольной анозогнозии обязательно предполагает появление у него желания лечиться и жить трезво, установки на лечение и трезвость. В противном случае у пациента следует подозревать не только алкоголизм, а и иную, возможно шизофреническую, психопатологию.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Когда специалисты используют одни и те же термины, они могут пополнить их разным смыслом и содержанием, исходя из разных концептуальных и теоретических позиций. Если говорить о бытовом и профессиональном языках, то расхождения в смысловом наполнении одних и тех же слов могут быть еще более значительными. Чтобы избежать такого разночтения, автор предлагает вниманию читателей свое понимание ключевых терминов, используемых в пособии. А учитывая, что знания в медицинской науке вообще и в наркологии в частности обновляются очень быстро (например, алкоголизм с точки зрения врачей 1900, 1970 и 2010 гг. — это совсем не одно и то же), такое семантическое отступление весьма актуально.

Желание и установка. Это разные этапы одного и того же психического процесса.

Желание — это отражающее потребность переживание, перешедшее в действенную мысль о возможности чем-либо обладать или что-либо осуществить. Имея побуждающую силу, желание обостряет сознание цели будущего действия и построение его плана. Желание как мотив деятельности характеризуется достаточно отчетливой осознанностью потребности. При этом осознаются не только ее объекты, но и возможные пути ее удовлетворения [21, с. 115].

Установка — готовность, предрасположенность, возникающая при предвосхищении или появления определенного объекта и обуславливающая устойчивый, целенаправленный характер протекания деятельности по отношению к данному объекту.

Основные функции установки:

а) определяет устойчивый, последовательный целенаправленный характер протекания деятельности, выступает как ме-

ханизм ее стабилизации, позволяющий сохранить ее направленность в непрерывно изменяющихся ситуациях;

б) освобождает субъекта от необходимости принимать решения и произвольно контролировать протекание деятельности в стандартных, ранее встречавшихся ситуациях;

в) может выступать и в качестве фактора, обуславливающего инертность, косность деятельности и затрудняющего приспособление субъекта к новым ситуациям [21, с. 419].

Из определений следует, что желание, как и установка, отражает потребность, имеет побуждающую силу, определяет целенаправленность деятельности, но в отличие от установки помимо прочего имеет другую степень осознанности. Если желание обостряет осознание цели будущего действия и построение его плана, то установка, напротив, освобождает субъект от необходимости принимать решения и произвольно контролировать протекание деятельности и т.д. По сути, желание жить трезво и установка на лечение и трезвость — этапы одного и того же процесса. В результате влияния психотерапевта у пациента возникает желание жить трезво как мотив деятельности, характеризующийся отчетливой осознанностью потребности. А по мере того, как деятельность больного в направлении трезвости становится все более и более стандартной и привычной, более устойчивой и целенаправленной, соответственно она становится все менее осознаваемой. В этом случае можно будет говорить не о желании жить трезво, а об установке на трезвость, о том, что желание переросло, преобразовалось в установку.

Учитывая, что, во-первых, результатом рациональной психотерапии является излечение через осознание механизмов болезни, а во-вторых в данном случае желание жить трезво первично по отношению к установке на трезвость, автор назвал метод (подробная информация о нем приведена ниже, см. гл. 1, 2) не «Лечение больных алкоголизмом без установки на трезвость», а именно «Лечение алкоголизма без желания пациента».

Созависимость. Это важнейшая часть алкогольной болезни. Более подробно это явление будет рассматриваться ниже (см. гл. 5). Но поскольку данный термин постоянно используется в тексте, некоторые определения приведены в этом разделе.

Созависимость — это ошибочные реакции родных и близких, ведущие к формированию химической зависимости и не дающие ей угаснуть.

Созависимость — это та почва в семье, без которой химическая зависимость не может проявиться или быстро исходит в ремиссию.

Созависимость — принципиально обратимая дисфункция семьи, нарушение внутрисемейных коммуникаций, приводящее к дезадаптации и разрушению как самой семьи, так и ее членов.

«Зависимость» — рабство, «со» — совместное. Созависимость — совместное рабство.

Созависимость — это устойчивая личностная дисфункция, связанная с несформированностью четких границ своего «Я», с отчуждением, неприятием своих собственных чувств, мыслей, желаний, потребностей, с устойчивой потребностью восполнения своей личности личностью другого человека, с полной зависимостью своего настроения и душевного состояния от настроения и душевного состояния другого.

По сути созависимость — это любовь. Но не обычная любовь, а особенная, достигающая болезненной выраженности. Это может быть слепая материнская любовь или любовь жены к мужу, которая «застит глаза и слепит душу», это такая большая любовь, которую трудно унести. Такая любовь, от которой страдают те кого любят. Но и тот, который любит — страдает не меньше.

«Любовь — это чувство глубокого расположения, самоотверженной и искренней привязанности» (Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 1998). Представьте себе чувство «глубокого расположения» жертвы к своему палачу или «самоотверженную и искреннюю привязанность» человека под пытками к своему истязателю и мучителю... и вы поймете, что такое любовь созависимых. Это любовь без памяти, безумная, бездумная любовь.

«Любить — чувствовать любовь, сильную к кому привязанность, начиная от склонности до страсти; сильное желание, хотение; избранье или предпочтение кого или чего по воле, волею (не рассудком), иногда и вовсе безотчетно и безрассудно» (Даль В.И. Толковый словарь живого русского языка. М., 1998).

Созависимость — это эмоциональная привязанность, выраженная чрезмерно, преувеличенно, безотчетно и безрассудно и даже болезненно.

«Любовь — высокая степень эмоционально положительно-го отношения, выделяющего его объект среди других и помещающего его в центр жизненных потребностей и интересов субъекта» [21, с. 198].

Кого или что любят созависимые? Сына, мужа? Не совсем. Они любят только ту часть его личности, которая изменена болезнью, алкоголизмом. Созависимость — это увлеченность болезнью близкого человека. В центре жизненных потребностей и интересов созависимых находится болезнь — хронический алкоголизм близкого человека как минимум, его недостатки, слабости и ошибки. Если преобразовать и уточнить другое определение любви из этого же источника, то получится, что:

созависимость — это особая форма любви, представленная в виде интенсивного, напряженного и относительно устойчивого чувства субъекта, достигающего болезненной выраженности и выражающегося в социально формируемом стремлении быть своими личностно значимыми чертами с максимальной полнотой представленным в жизнедеятельности другого таким образом, что побуждает у того потребность в приеме психоактивных веществ все большей интенсивности, напряженности и устойчивости.

Последнее определение автор рассматривает в качестве рабочего.

Влечение к алкоголю. Первичное патологическое влечение к алкоголю — это потребность в приеме опьяняющей дозы спиртных напитков для достижения эйфории, получения необычных ощущений или с целью снятия субъективно неприятного психического состояния, обусловленного воздержанием от алкоголя [26, с. 25]. Это влечение носит эгосинтонный характер, т.е. личность оценивает и идентифицирует алкоголизацию как неотъемлемую часть себя. Формируется и укрепляется интеллектуально-идеаторный компонент влечения, как называет этот феномен В.Б.Альтшулер (1985) — защита алкоголиком «права» употреблять алкоголь, как одно из «прав» свободы личнос-

ти». Последний проявляется в активном сопротивлении обстоятельствам, противодействующим его пьянству — несмотря на семейные конфликты, служебные неприятности, административные и дисциплинарные меры, применяемые к пьющему, несмотря на многократные обещания прекратить пьянство, он продолжает злоупотреблять алкоголем с возрастающей интенсивностью. Характер данного психопатологического образования ассоциируется с действием процессуально биологического фактора.

Различают обсессивное (психическое, парциальное) и компульсивное (физическое, генерализованное) влечение к алкоголю. В обеих основных формах патологическое влечение к алкоголю содержит в своей структуре идеаторные, поведенческие, сенсорные, эмоциональные и вегетативные компоненты. Сенсорные компоненты влечения обычно представляют собой всего лишь эпизоды с узко ограниченным временем существования; более постоянно структуру влечения характеризуют интеллектуально-идеаторные, поведенчески-волевые, эмоциональные и вегетативные компоненты. Развитие недостаточности интеллектуально-мнестических функций более непосредственно связано с интоксикацией алкоголем, ее продолжительностью и тяжестью, а признаки этой недостаточности служат симптомами алкогольной психической деградации. Что же касается эмоционально-волевых нарушений, то они отчасти представляют собой отражение доминантных свойств патологического влечения к алкоголю, являются его неотъемлемой составной частью, т.е. его симптоматикой, чем и объясняется факт их более раннего и более постоянного обнаружения у больных хроническим алкоголизмом, а также их частичная обратимость.

Влечение к алкоголю — «стержневой», главный симптом алкогольной болезни. В свою очередь основным проявлением первичного патологического влечения к алкоголю является отсутствие полной критики к своему состоянию и болезни.

Очень характерен для генерализованного влечения симптом «парциальной деменции». Он заключается в интеллектуальной беспомощности больного (однобокие, поверхностные и противоречивые суждения, их глубокое несоответствие действи-

тельности, игнорирование очевидных фактов, неспособность разобраться в причинах и следствиях, выделить существенное, непроницаемость по отношению к резонным доводам), которая появляется только в кругу вопросов, касающихся собственного злоупотребления алкоголем. В прочих отношениях обнаруживается достаточный, нередко даже высокий интеллектуальный уровень, контрастирующий с упоминавшейся слабостью суждений о ситуации, которая сложилась в результате злоупотребления алкоголем [2, с. 199]. В такой трактовке «парциальную деменцию» трудно отличить от алкогольной анозогнозии.

Несмотря на то что психическое влечение является одним из ранних симптомов, оно представляет значительную терапевтическую проблему, которая исчезает практически в последнюю очередь [4, с. 286]. Именно эта особенность определяет лечебный подход для дезактуализации влечения к алкоголю, когда в качестве основного метода используют психотерапию и только как вспомогательные средства — лекарства или другие немедикаментозные методы.

Алкоголизм. Используя в тексте термины «алкоголизм», «хронический алкоголизм», «синдром зависимости от алкоголя», «алкогольная болезнь», «алкогольная зависимость», автор имеет в виду одно и то же заболевание.

Если говорить о клинических проявлениях, то в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти десятого пересмотра (МКБ-Х) синдром зависимости — это «сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивида. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество, алкоголь или табак» [14].

Однако такое представление о болезни нельзя считать полным, так как в нем не нашли своего отражения нарушения коммуникаций с окружающей средой и в первую очередь внутрисемейных коммуникаций. Принимая во внимание, что семья больного алкоголизмом является важнейшим элементом алкоголь-

ной экосистемы, рассматривать клинику этой болезни вне семьи, без учета внутрисемейных отношений было бы серьезной методологической ошибкой. Позиция авторов, склонных считать химическую зависимость семейным заболеванием, дисфункцией семьи [11, с. 288] более понятна и оправдана.

Патогенез алкоголизма недостаточно изучен. В развитии заболевания значительное место занимают наследственность, социальные, психологические и индивидуально-биологические факторы [26, с. 14, 15]. В каждом конкретном случае болезни пропорция элементов патогенеза будет разной. Почти все концепции алкогольной болезни признают наличие всех этих факторов и расходятся лишь во взглядах на пропорциональную представленность. Именно концептуальный подход будет определять терапевтическую тактику специалиста, его выбор тех или иных методов лечения. Врач, считающий индивидуально-биологические факторы патогенеза доминирующими, будет использовать преимущественно лекарственные средства и такие немедикаментозные методы лечения, как физиотерапия, акупунктура, биологическая терапия и др. Специалист, выделяющий в патогенезе алкоголизма прежде всего психологические факторы, предпочтет использовать такие методы, как индивидуальную и групповую психотерапию. Нарколог, полагающий, что факторы патогенеза равнопредставлены, применит комплексный подход, уделяя равное внимание лекарственным методам, методам индивидуальной, групповой, семейной и коллективной психотерапии.

Однако ряд специалистов придерживаются иной точки зрения. По их мнению, средовые, социальные факторы, и в первую очередь такой, как нарушение внутрисемейных взаимоотношений, являются доминирующими в патогенезе алкогольной болезни. А если говорить о примерной пропорциональной представленности, то, как показывает практика, на долю средовых факторов (в клиническом проявлении — созависимости) приходится обычно около 60%. На долю психологических факторов (в клиническом проявлении — синдрома психической зависимости) отводится 30%. А оставшиеся 10% делят между собой индивидуально-биологические и генетические факторы (в клиническом проявлении — синдром физической зависимости).

Основания для такого деления следующие: общность в происхождении алкоголизма и созависимости определяет их сходство в психоэмоциональных и психосоматических проявлениях [19, с. 98]. Многие авторы отмечают параллелизм клинической картины алкоголизма и созависимости. На каждый симптом, каждый признак алкогольной болезни созависимые обязательно ответят той или иной ошибочной, а точнее, болезненной реакцией. Таким образом, если говорить о количественной представленности созависимости в клинике и патогенезе болезни, то она будет как минимум равна представленности собственно химической зависимости. А если положить на оценочные весы то, что созависимых в большинстве случаев несколько — жена, мама, братья, сестры, взрослые дети, бабушки, дедушки, потворствующие друзья, коллеги и начальники на работе и др., то созависимость явно перевесит химическую зависимость. Когда же мы примем во внимание факт, что созависимые отношения, в отличие от алкогольной зависимости, формируются с детства, закреплены десятилетиями опыта, предшествуют формированию болезни и сами по себе являются основным пусковым механизмом для синдрома зависимости, становится понятным, почему на первое место в клинике и патогенезе алкоголизма так важно поставить комплекс проявлений созависимости.

Исходя из таких предпосылок автор рассматривает алкоголизм как дисфункцию семьи, влекущую за собой психопатологическую перестройку личности ее членов с развитием большого наркоманического синдрома у химически зависимого и подобного комплекса у созависимых, формированием на поздних этапах болезни сопутствующих расстройств психической сферы, соматоневрологических и психосоматических нарушений и снижением социальной адаптации.

С позиции предложенной выше концепции болезни становится понятным, почему акцент в предлагаемом методе «Лечение алкоголизма без желания пациента» делается на формах работы с семьей, методах семейной психотерапии.

Если у пациента отсутствует желание лечиться, а у членов его семьи нет желания действовать эффективно в отношении его пьянства, значит врач психиатр-нарколог, прежде чем ле-

чить, должен сформировать у них такое желание. С этой целью необходимо использовать два аналогичных психотерапевтических вмешательства: для преодоления алкогольной анозогнозии у пациента и для коррекции созависимости у членов его семьи.

Алкогольная анозогнозия. Это важнейший психопатологический феномен, которому посвящена глава 2.

Итак, пьющие не связывают имеющиеся у них нарушения здоровья с употреблением спиртных напитков, активно отрицают наличие у себя признаков алкоголизма и не признают, даже внутренне, для себя опасности заболевания. И.И. Лукомский (1962) называет такое состояние «алкогольная анозогнозия» [26, с. 62].

Невосприятие, недооценка, отрицание собственной болезни или отдельных ее симптомов обозначается как анозогнозия. Этот термин заимствован из неврологической клиники, где он используется при описании органического поражения головного мозга.

Многие авторы отмечали у больных алкоголизмом недооценку своего заболевания или полное его отрицание. Хотя для обозначения такого состояния предлагались и другие названия, но термин «алкогольная анозогнозия» получил наиболее широкое распространение. Французский психиатр П. Фуке (1963) предложил называть латинским термином «*apsychognosia*» частный случай анозогнозии — неспособность алкоголика в полной мере понимать, узнавать, видеть свое личностное алкогольное снижение, критически относиться к своему пьянству и поведению.

Созависимые имеют комплекс, аналогичный алкогольной анозогнозии у химически зависимых по природе, механизмам и клинической картине.

ПРИНЦИПЫ И УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ УСТАНОВКИ НА ЛЕЧЕНИЕ И ТРЕЗВУЮ ЖИЗНЬ

Природа противоречия. Существует противоречие: лечение алкоголизма необходимо проводить безотлагательно даже без желания, а то и без ведома пациента. Иначе он просто погибнет, предварительно разрушив свою семью, «изломав» жизнь жене, своим детям и доведя до инфаркта или других болезней своих родителей. В лучшем случае он инвалидизируется или погибнет сам, а в худшем — пострадают один или несколько человек из его окружения. Можно даже сказать, что лечение больных алкоголизмом следует проводить по жизненным показаниям. В то же время противоалкогольное лечение должно быть добровольным, в соответствии с действующим законодательством. Противоалкогольное лечение не является наказанием для больного, и он должен сознательно согласиться на это. Мероприятия по подавлению болезненного влечения к алкоголю будут эффективны только у больного с установкой на лечение и трезвость, только если у него есть желание лечиться и жить трезво. В противном случае их результат будет отрицательным или краткосрочным.

Отсутствие у больного желания лечиться вовсе не является основанием для отказа ему в специальной медицинской помощи. Можно ли проводить противоалкогольное лечение без желания пациента, но в то же время ненасильственно? Можно ли избежать в этом вопросе конфликта с законом? Оказывается можно! Для этого существуют много разных способов. В этом издании вниманию читателей будет предложено только два из

них, самых простых среди прочих, но достаточно действенных для широкого применения в практике.

Способ первый — если у пациента нет желания «лечиться» и жить трезво, значит, прежде чем его «лечить», нужно сформировать у него такое желание. Это делает врач под видом 3-часовой консультации в кабинете.

Способ второй — пациент вообще не нужен. Если у химически зависимого нет желания «лечиться» и жить трезво, то врач формирует такое желание заочно, влияя на больного через созависимых членов семьи, родных и близких. Речь идет о коррекции созависимых отношений. После относительно короткого психотерапевтического вмешательства созависимые исправят свое поведение таким образом, что у пациента появится стремление к трезвости, выраженное на уровне поступков. А как именно все это делается — об этом говорится в последующих главах.

Противоречие основано на разных семантических значениях слов «алкоголизм» и «лечение» для больного, его родных и близких и для врача. Когда врач и больной беседуют об алкоголизме и лечении, они говорят о разных вещах. Больной использует бытовое значение этих слов. Например, «алкоголизм» для него — это может быть болезнь человека с красным носом, пьющего одеколон и обитающего на помойке, или «алкоголизм — это когда вещи пропивают из дома», или «алкоголизм — это когда мочатся в постель», или «алкоголизм — это когда запой и нигде не работает» и т.д. и т.п.

Нередко ему удается ввести в заблуждение своих родных и близких. Они тоже «обманываются» в происходящем и обращаются к врачу с просьбой:

— Мой муж (сын), конечно же, не алкоголик, но вы его лечите.

— Позвольте, но от чего же его лечить, если у него нет никакой болезни?.

Родные и близкие пациента склонны винить в происходящем химически зависимого и не желают признавать своей роли в картине болезни, не хотят брать ответственность за происходящее в семье на свои плечи. Созависимая жена говорит: «Мой муж пьет, вот вы его и лечите». Созависимые или вообще отри-

цают болезнь у близкого человека, или считают болезнь проблемой близкого человека, а никак не проблемой семьи и тем более не своей проблемой.

Разница семантических значений слов «алкоголизм» и «лечение» для врача и больного. Когда речь заходит о лечении алкоголизма, больной имеет в виду какие-то официальные действия: укладывание на кушетку, применение лекарств (таблеток, «уколов»), «кодирования» или гипноза; использование врачом каких-то малопонятных манипуляций — разведения пассива, надувания щек, «шевеления усами» и т.п. Говоря о противоалкогольном лечении больной алкоголизмом и созависимые подразумевают лекарственные или психические методы воздействия для отрезвления зависимого от алкоголя человека. Иными словами, больной принимает одну из запущенных форм болезни за всю болезнь, а один из этапов лечения — за все лечение. Впрочем, как и созависимые, которые склонны видеть в малой части болезни всю болезнь, а в малой части лечения — все лечение.

В свою очередь врач использует медицинские значения этих слов, т.е. алкоголизм рассматривается как вариант химической зависимости. А химическая зависимость — это семейное заболевание, дисфункция семьи. Из этого следует, что система наркологической помощи должна предусматривать не только лечение зависимости от алкоголя, наркотиков, но и лечение созависимости. Помощь необходима как больному, так и другим его родственникам [11, с. 288].

Лечение врач рассматривает как применение медицинских средств для прекращения болезни, в том числе таких средств, как коррекция созависимости у родных и близких, рекомендации приемов семейной психотерапии родственникам и другим созависимым для эффективного влияния на больного, на что не требуется желания и согласия пациента, а также использование таких средств, как психотерапевтическая беседа, разговорная психотерапия для формирования мотивации к трезвой жизни — на что согласие пациента легко может быть получено. А если так, то врач, прежде чем снимать влечение к алкоголю, т.е. проводить «лечение» как его понимает больной, должен сформировать у него согласие на лечение, установку на трезвость,

иначе говоря, выполнить работу, которую сам больной лечением не считает и на выполнение которой готов согласиться.

Больной алкоголизмом отказывается от медицинской помощи не только потому, что его сознание искажено алкоголем, и он в силу своего болезненного состояния просто не способен принять правильное решение, но и потому, что его родственники не предпринимают достаточно действенных и эффективных мер для его отрезвления. Их сознание также иллюзорно и не менее искажено, чем сознание больного. Но они, в отличие от химически зависимого, готовы принять помощь врача и выполнить (если не полностью, то хотя бы частично) его рекомендации. Именно они должны стать «инструментом в руках врача» для влияния на больного, хотя бы на первом этапе.

Принципы разрешения существующего противоречия.

Проще всего влиять на больного алкоголизмом, поскольку заранее известно как его организм ответит на те или иные воздействия. Когда врач предложит химически зависимому с алкогольной анозогнозией принять противоалкогольное лечение, то скорее всего он откажется, а если и согласится, что само по себе маловероятно, то согласие будет формальным или вынужденным в зависимости от ситуационных обстоятельств. А когда точно такое же предложение больной алкоголизмом получит после того, как врач в ходе психотерапевтической беседы подведет под него достаточное основание, сформирует у пациента критичное отношение к своему состоянию и болезни, он, по всей вероятности, искренне согласится на лечение и захочет отказаться от алкоголя раз и навсегда.

Сложнее с созависимыми. Если у больных алкоголизмом проблемные отношения с алкоголем, а следовательно, и алкогольная анозогнозия проявляются всего несколько лет, то у созависимых деструктивное поведение с детства закреплено десятилетиями опыта. Значит, и защиты ненормального поведения у них, в отличие от таковых у алкогольно-зависимых, значительно более структурированы и выражены. По этой причине при работе с созависимыми требуется более тонкий и гибкий подход. Если врач предложит созависимым вместо того, чтобы «лечить» пьющего человека, «полечиться» самим — это

скорее всего встретит бурное негодование с их стороны и разочарование в нем как в специалисте. Даже если психиатр-нарколог подведет под эти рекомендации достаточное на интеллектуальном уровне обоснование, то и в этом случае прогноз будет сомнительным. При этом, созависимые разделятся на две приблизительно равные части. Половина из них согласится с врачом и попытается выполнить эти рекомендации. Другая половина останется при своем мнении на том основании, что: «Это все теория. А в жизни все иначе» или «Все это правильно, но к нам не относится, так как у нас случай особенный» или др. И только в том случае, если врач заработает авторитет, приобретет доверие в глазах созависимых как специалист тем, что совершит, по их мнению, невозможное — предскажет и изменит поведение химически зависимого, он сформирует у больного алкоголизмом, уклоняющегося от помощи, за короткое время желание лечиться и жить трезво, а в идеальном случае возьмет его в свои союзники для влияния на самих созависимых. Только тогда появится надежда на успех в большей части случаев и можно приступать к мероприятиям по коррекции созависимости. Лишь в том случае, если под видом лечения больного алкоголизмом врач сформировал у созависимых частичную критику к болезни, можно переходить к прямому вмешательству для изменения внутрисемейных отношений. По крайней мере этот путь к успеху представляется автору более легким, коротким и безопасным. Именно поэтому в предлагаемой ниже технологии основной вектор лечебного воздействия направлен не на больного алкоголизмом, а на созависимых членов его семьи, его родных и близких.

Способ разрешения существующего противоречия. Так как же все-таки лечить алкоголизм без желания пациента, но в то же время ненасильственно? Это противоречие может быть разрешено, если задачу лечения разбить на этапы, каждый из которых будет осуществляться строго добровольно:

1. *Этап «обеспечения контакта специалиста с больным алкоголизмом».* После предъявления проблемы кем-то из созависимых, врач рекомендует приемы семейной психотерапии для получения формального согласия пациента на участие в кон-

сультации, на контакт с врачом. Иначе говоря, для получения разрешения больного на информирование о состоянии его психического здоровья или психического здоровья членов его семьи. Родные и близкие пациента выполняют рекомендации врача, и он является на консультацию в сопровождении созависимых членов семьи, родных и близких.

2. Этап «получения согласия пациента на специальное противопохотное лечение и согласия созависимых на проведение вмешательства по коррекции созависимости». Врач обнаруживает у больного признаки алкогольной зависимости и информирует его в течение 3 часов таким способом, что у него возникает желание лечиться и жить трезво (в большинстве случаев искреннее, в части случаев формальное), а у присутствовавших созависимых появляется частичная критика к болезни и желание узнать о своей роли в картине этого заболевания. При этом пациент и созависимые не ведают о том, что их лечат. Пациент считает, что его «просто информируют», с ним «просто беседуют». Созависимые в свою очередь убеждены, что лечат не их, а химически зависимого, они «просто присутствуют» при этой процедуре. Врач получает согласие членов семьи больного на проведение вмешательства по коррекции созависимости.

3. Этап коррекции созависимых отношений. Врач излагает концепцию созависимости для членов семьи больного, их родных и близких таким способом, что большая часть из них соглашаются выполнить рекомендации врача и исправить свое поведение, чтобы лишить болезнь почвы в своей семье.

4. Этап купирования влечения к алкоголю. Специалист проводит мероприятия по дезактуализации влечения к алкоголю у химически зависимого.

Последовательность проведения четвертого и третьего этапов зависит от клинических особенностей случая болезни и может меняться.

Понятно, что предлагаемая технология лечения алкоголизма без желания пациента не является единственной или самой эффективной. Но в большинстве случаев в амбулаторных условиях таким способом удается преодолеть алкогольную анозо-

нозию и помочь алкогольно-зависимому принять правильное решение — жить трезво, а отношения в его семье сделать функциональными.

1.1. Способы получения формального согласия пациента на контакт с врачом

1.1.1. Известные способы для получения согласия больного алкоголизмом на контакт с врачом

Как получить согласие больного алкоголизмом на контакт с врачом, если он слышать не хочет не только о лечении, но и о консультации? В специальной литературе этой проблеме уделяется недостаточно внимания. Приемы «прямого» или «семейного вмешательства», о которых упоминалось во Введении, как и другие приемы, известные из публикаций, не нашли широкого применения в практике. Например, такой прием, как *«Угроза огласки»* (на работе, в ГАИ, среди родственников и т.п.). Родные и близкие пациента предупреждают его: «Если ты сегодня не идешь на консультацию (не на лечение), то завтра я попрошу твоего начальника, чтобы он направил тебя к врачу или уволил тебя с работы». Врач должен доказать жене или родителям, что потеря работы не самое страшное, когда речь идет об угрозе самой жизни больного, объяснить, что они могут испортить отношения не с сыном (мужем), а только с его болезнью, с «алкогольной» субличностью. А сын (муж) сам потом их поблагодарит за эти действия.

Однако, если специалист предлагает такое созависимым, у которых нет критики к болезни, последние, конечно, откажутся выполнить. Они опасаются, что: уволят с работы — станет пить еще больше; такую хорошую работу он не найдет; если его уволят, нам придется его кормить; он всегда так пил, но может быть одумается, возьмет себя в руки и т.д. Они отвергают этот способ, несмотря на очевидную для всех несозависимых его эффективность.

Или такой прием: *«Увязка отношений с участием в консультации»*. Если пациент несамостоятелен в быту, зависит от мамы (жены) — «Буду стирать, готовить, наводить чистоту и даже разговаривать с тобой только после консультации врача в кабинете». От родных потребуется большое терпение, чтобы выдерживать достаточную паузу и дожидаться согласия пациента на участие в консультации. Однако, зная об импульсивности и непоследовательности поведения созависимых, их навязчивом стремлении к установлению новых деструктивных отношений, лживости и изворотливости алкогольно-зависимых, можно заранее предсказать результат. И он будет не в пользу лечения и трезвости. Больной продолжит свое пьянство, созависимые продолжают заботу о нем и будут разочарованы врачом, который дает «неправильные» рекомендации.

Рекомендовать вышеобозначенные приемы жене и родителям можно, но только после того, как нарколог сформирует у них критичное отношение к заболеванию, к своему состоянию и проведет коррекцию созависимости. Все это, как правило, быстро не делается. А за это время с больным алкоголизмом может случиться непоправимое. Он может совершить преступление, стать инвалидом, погибнуть, наконец, за это время из-за него могут пострадать другие люди.

1.1.2. Методика системной интервенции (как помочь тому, кто не хочет, чтобы ему помогли)

Как помочь тому, кто не хочет, чтобы ему помогли? Этот вопрос долгое время звучал для многих психотерапевтов на Западе как нечто абсурдное. Считалось, что до тех пор пока больной алкоголизмом не дойдет до предела, лечение будет неэффективным, что только те, кто настроился лечиться, будут следовать рекомендациям врачей. Действительно, в лечении больного заинтересованы прежде всего окружающие его люди, главным образом родственники. Поэтому в традиционной модели лечения «врач—больной» нарколог должен оказывать помощь не тому, кто актив-

но к ней стремится. Одна из основных проблем, которая требует решения, — создать у больного алкоголизмом необходимую мотивацию для обращения к врачу, для эффективного лечения. Разработанный для этой цели метод носит название структурной, или системной, интервенции. Отцом метода считается Вернон Е. Джонсон. В 1962 г. он провел исследование 200 больных алкоголизмом, находившихся в ремиссии. Исследование показало, что у всех этих больных ремиссия непосредственно предшествовала кризис во многих жизненных сферах, который являлся прямым следствием злоупотребления алкоголем. Именно кризис заставил их понять, что они больны и обратиться за помощью. Доктор Джонсон и его коллеги пришли к выводу, что незачем дожидаться, пока этот кризис возникнет сам, можно его создать и использовать.

Во-первых, необходимо собрать вместе людей, которые значимы для больного алкоголизмом и серьезно обеспокоены пьянством.

Во-вторых, в ходе предварительной работы значимым для больного лицам помогают составить письменные отчеты о злоупотреблении им спиртным, его поведении, о котором они знают «из первых рук», и тех чувствах у них самих, которые такое поведение больного вызывает. Необходимо, чтобы в этом отчете каждый человек из значимого окружения больного показал, какие чувства определенный поступок или поведение вызвали у него лично и как отразились на его отношении к больному. Все эти сведения должны быть изложены в неоценочной манере, выражать заботу и участие. Заинтересованных лиц просят не осуждать, не выражать гнев и обиду.

В-третьих, врач помогает членам семьи прийти к решению, какого плана лечение для больного они хотят выбрать.

В-четвертых, врач помогает заинтересованным лицам решить заранее, что они будут делать, если больной отвергнет все формы помощи. Жена может сказать ему: «Если ты не пойдешь лечиться, я и дети не сможем больше жить с тобой». Начальник может сказать: «Мы предоставляем тебе не лучшую, а единственную возможность».

В-пятых, проводится групповая встреча с больным алкоголизмом, на которой лица значимого окружения излагают все

данные (см. II ступень) и рекомендации в объективной, участливой и неоценочной манере.

Следует отметить, что успех интервенции зависит не только от реакции больного, но и от того, сумеют ли окружающие изменить обычный для них стиль поведения и найти в себе силы участвовать в сеансе интервенции, поскольку интервенция — это действительно процесс, который разрушает семейную систему потворствования больному алкоголизмом.

Главными условиями успеха интервенции считаются следующие: демонстрируются причины гнева и негодования, а не сам гнев; заботу и участие проявляет сразу группа людей, значимых для больного; материалом интервенции являются не суждения, мнения или обвинения, а факты. Цель интервенции заключается в немедленном поведенческом результате — создании мотивации для обращения больного за лечением сразу после групповой встречи с ним.

Процесс интервенции определяется рядом факторов, среди которых авторы метода выделяют силу, значимость внутриличностных конфликтов, структуру защитных механизмов и ригидность семейной системы.

В ходе подготовки лиц из значимого окружения больного психотерапевт должен помочь им понять, какими силами они располагают, и решить, какую из этих сил они будут использовать. Это может быть сила любимого или эмоционально значимого для больного человека.

Как и когда используется сила — зависит от личностных особенностей больного, фактора значимости внутриличностных конфликтов. Чем большие личностные реакции (в виде сожаления, чувства вины) вызывает интервенция у больного, тем меньше внешних факторов силы нужно привлекать в ее процессе. Внешними факторами сил могут быть, например, административные и юридические меры.

В процессе подготовки к сеансу встречи заинтересованных лиц с больным психотерапевт помогает им понять разницу между чувствами вины и стыда. Вина — это болезненное переживание за совершение поступка, не соответствующего собственным нормам человека, причиняющего боль другим или же наруша-

ющего соглашение или закон. Это необходимое, полезное и сильное чувство, опираясь на которое, можно поставить барьер всему тому, что способствует выпивкам больного алкоголизмом. Переживание вины является предпосылкой к изменению.

Третьим фактором, играющим важную роль в процессе интервенции, является развивающаяся у больного система защитных структур личности, которая в сравнении со всеми другими серьезными последствиями злоупотребления спиртным дольше всего поддерживает его продолжающееся пьянство. Авторы метода интервенции, как и другие исследователи, считают наиболее значимыми защитными структурами у больных алкоголизмом иллюзию и отрицание.

Система потворствования — еще один важный фактор, определяющий процесс интервенции. Потворствование неизбежно сопутствует больному алкоголизмом или наркоманией. Психотерапевту, организующему интервентное занятие, следует помогать лицам из ближайшего окружения больного в осознании ими своего потворствующего поведения и избавления от него, ведь многие из поступков, совершенных из любви, заинтересованности или из страха за больного, только помогают ему всякий раз избежать ощущения боли, смущения или чувства вины, которые ему тем не менее необходимы, чтобы у него появилась мотивация к лечению.

К числу потворствующих авторы метода интервенции относят и врачей-наркологов, назначающих больному транквилизаторы и другие лекарства, помогающие ему легче справляться со своими проблемами.

Пятый фактор интервенции — сопротивление, оказываемое семейной системой больного. Оно представляет собой аналогичные защитные структуры отрицания и иллюзии у членов семьи больного, вызывающие потворствующее поведение.

Психотерапевт в процессе интервенции должен помочь семейной системе больного стать менее ригидной и более открытой к изменению.

Помощь созависимым членам семей больных алкоголизмом со стороны психотерапевта состоит в обеспечении их необходимой информацией об алкоголизме и созависимости, поддержке

и понимании их проблем, личностно-ориентированной психотерапии, обучении принципам интервенции и предоставлении им возможности участия в поддерживающих семейных психотерапевтических группах. Некоторые из членов семей больных нуждаются в многомесячных занятиях в группах, также в индивидуальной терапевтической работе с ними. Это в первую очередь процесс, который дает возможность членам семьи больных алкоголизмом соотнести свою систему ценностей и установок с соответствующей системой больного, а также поддерживает совместное развитие и предоставляет помощь каждому члену такой семьи [15, с. 46—51].

Следует отметить, что принципы такого подхода абсолютно верны. Однако по целому ряду причин (некоторые из них указаны в разделах 3.1 и 5.3) широкого применения на практике в России эта методика не нашла. В частности это причины организационные, например необходимость создания специальной службы для работы с созависимыми, или технические. Предполагается, что эффективно выполнить интервенцию способны только лица, избавившиеся от потворствующего поведения, а для этого необходимо предварительно провести коррекцию созависимых отношений. Однако далеко не факт, что созависимые согласятся принять такую помощь. Напротив, отсев обратившихся очень велик, особенно, если принять во внимание, что некоторые из членов семьи нуждаются в многомесячных занятиях в группах. Еще один момент вызывает сомнения. В предлагаемой технологии мотивацию к лечению и трезвости предлагают формировать значимым для больного лицам. Они делают это хотя и под руководством специалиста, но все-таки непрофессионально, а потому могут в силу каких-то личностных особенностей в самом процессе интервенции свести на нет все усилия психотерапевта по подготовке такого вмешательства.

Исходя из вышесказанного автором предлагается иное вмешательство, но на тех же, предложенных Джонсоном, принципах. В отличие от методики системной интервенции мотивацию к трезвой жизни у больного формируют не значимые для больного лица, а сам врач. Под видом лечения больного он проводит частичную коррекцию созависимости и получает согла-

сие родных и близких на продолжение такой работы. По сравнению с методикой системной интервенции, где вмешательство осуществляется грубо, неожиданно для больного, «сюрпризом», на что тот может ответить протестной реакцией явно или скрыто, в предлагаемой технологии предварительно получают формальное согласие больного на контакт с врачом, затем согласие больного на его информирование о состоянии его здоровья или здоровья его близких и только потом, под видом информирования, формируют у него мотивацию к лечению и трезвой жизни, а у созависимых — на принятие помощи по коррекции созависимости.

Таким образом, назрела необходимость разработки новых способов для раннего выявления и привлечения к лечению больных алкоголизмом, для получения формального согласия пациента на контакт с врачом. Эти способы должны соответствовать определенным требованиям, как то:

1) простота — их легко может применить любой созависимый без предварительной подготовки;

2) эффективность — любой пациент немедленно или в ближайшее время после применения способа должен явиться на консультацию в кабинет врача;

3) универсальность — способы должны работать в любых условиях (в крупных городах и деревнях), в любых семьях, в отношении больных с разным статусом, разным уровнем социальной, интеллектуальной сохранности и образования и т.д.

1.1.3. Новые способы для получения согласия пациента на контакт с врачом

На первых порах родным и близким не следует требовать от пациента немедленного пересмотра всех своих взглядов и согласия на лечение. Понятно, что такой подход встретит только протестную реакцию. Другое дело, если родные и близкие не станут требовать полного отказа от алкоголя, а предложат всего лишь участие в консультации. Больной алкоголизмом не видит в этом опасности. С ним уже так много говорили о вреде

алкоголя и о возможных последствиях, но за прошедшие годы он выстроил многоуровневую защиту и ему есть что ответить, возразить на каждый довод врача. В конце концов можно просто молча кивать головой, а потом выйти за дверь и сделать все наоборот.

Успех мероприятий этого этапа обеспечен тем, что пациент не воспринимает разговор с врачом как лечение. Согласно его представлениям лечение — это только какие-то официальные действия: применение лекарств, приборов, попытки снять влечение к алкоголю психотерапевтическими приемами. Полагая, что сможет уйти из кабинета врача при своем мнении, он недооценивает возможности профессионального общения. А потом после небольшой стимуляции соглашается на участие в консультации.

Предлагаемые способы выведены и отобраны автором в практической работе в кабинете анонимного лечения. Используя их для раннего выявления больных алкоголизмом и привлечения таких пациентов на лечение в течение нескольких лет (с 1992 г.), он убедился, что они очень высокоэффективны и даже безотказны.

Вот наиболее часто используемые приемы:

«*Лечение мамы (жены)*». Мама (жена) может пожаловаться злоупотребляющему алкоголем сыну (мужу) на ухудшение ее здоровья. Появление головных болей, болей в области сердца, повышение артериального давления или других симптомов она связывает с тем, что болезненно реагирует на его выпивки. При этом, «подыгрывая» сыну (мужу), она говорит: «Возможно, ты и вправду выпиваешь как все, нормально. Это я ненормальная. Это я так болезненно, чрезмерно эмоционально реагирую — кричу, ругаюсь, болею. Это меня надо лечить. И есть врач, который берется меня полечить. Он 3 часа со мной занимается, и я буду спокойно относиться к твоим выпивкам. Но врач поставил условие — чтобы ты присутствовал. Сядешь в уголке и молча слушаешь, как меня лечат, а потом будешь употреблять алкоголь, как и раньше, или как захочешь, но я не стану тратить свое здоровье на это, не буду кричать и ругаться». Если больной соглашается, то врач выполняет следующий

этап — разговаривает с мамой таким способом, что у сына появляется желание лечиться и жить трезво.

Надо сказать, что в этом способе нет обмана. Действительно, алкогольная болезнь одного из членов семьи «печатью» ложится на здоровье других. У жены или мамы и в самом деле есть те или иные расстройства. И врач, информируя пациента, одновременно оказывает лечебное влияние на его маму или жену. Для них это тоже немаловажная часть лечебного процесса.

Другой способ называется «*Ты мне — я тебе*». Ты мне сходишь на консультацию врача, а я тебе за это... (куплю бутылку водки; сигареты; дам 100 рублей; испеку любимое блюдо; оплачу один из твоих долгов и т.д.). Жена или мама всегда знают слабые стороны больного и могут чем-то заинтересовать его.

На приеме — мужчина, 24 лет. Спрашиваю: «С какой целью вы явились?»

— Отвечает: «Да вот, мама пообещала 100 рублей за то, что я вас тут послушаю».

Послушал. Захотел лечиться и жить трезво. Вопрос только в цене, а заинтересовать можно любого, и не обязательно деньгами или алкоголем.

Врача могут упрекнуть в том, что он манипулирует человеком, а это неэтично. Да, он манипулирует, но только не человеком, а его болезнью, иначе говоря, алкогольной «субличностью». Это не одно и то же. В этом собственно и состоит работа врача-психотерапевта.

Прием «Из уважения». Мама или жена могут попросить больного обратиться на консультацию из уважения к ним: «Я для тебя немало делаю, так сделай и ты для меня совсем немного — послушай, что скажет врач, а потом поступай как знаешь. Сходи на консультацию из уважения ко мне, если я для тебя хоть что-то значу».

Вот телефонный звонок 8 марта:

— Вы сможете нас с мужем принять сегодня?

— Смогу, но почему именно сегодня?

— Раньше он все время отказывался. А сегодня, говорит, я тебе ни в чем не могу отказать. Готов хоть на консультацию к психиатру!

Возможно, у мамы или жены пациента ожидается день рождения:

— Сделай мне такой подарок, сходи на консультацию психиатра-нарколога. А других подарков мне от тебя не надо.

А этот прием называется «*На спор*». Если больной — человек самоуверенный и азартный, можно предложить ему спор: «Есть врач, который берется убедить тебя в том, что для тебя жить трезво лучше. А слабо тебе доказать обратное. Спорим, что после консультации врача ты сам захочешь лечиться! Спорим на литр водки!? Или на ящик пива, или на две шоколадки и т.д. (на небольшой интерес). При этом врач и жена не боятся проигрыша — они выигрывают в любом случае. При согласии на спор задача первого этапа будет выполнена.

На много спорить не следует. Возможно, больной и примет алкоголь после консультации. Но он не сможет пить как раньше! Будет пьянствовать тяжело, с критикой, идеями самообвинения, комплексом раскаяния, угрызениями совести. После «консультации» он не сможет получить удовольствия от спиртных напитков и в конце концов согласится на лечение. При этом долго ждать не придется. Как показывает практика, такие пациенты обычно соглашались на лечение если не сразу, в кабинете врача, то в течение ближайших 2 мес. И происходит это по следующей причине. Упорствующий в отстаивании своих ложных взглядов и представлений больной подумает:

— Да, все, что говорил врач — правда, но ко мне это не относится, потому что я себя лучше знаю.

Он попытается употреблять алкоголь умеренно. А может ли алкогольно-зависимый употреблять спиртные напитки умеренно? Может. Но только короткое время — не более 1–2 мес. Известно, что до середины II стадии алкогольной болезни каждая следующая полугодовая доза будет обязательно больше предыдущей (если не брать во внимание редких форм болезни). После короткого периода меньших доз последует такой тяжелый запой, каких прежде никогда не было. Придется допивать все что не допито за это время. Последует кризис в жизни пациента (со здоровьем, на работе, в семье и т.п.). Через него про-

изойдет осознание болезни и химически зависимый изъяснит желание лечиться и жить трезво.

На приеме пациент, мужчина, 46 лет, имеет два высших образования, по специальности психолог. После 3-часовой «консультации» спрашивает:

— А Вы знаете, с какой целью я к вам пришел?

— Да, знаю, Вы явились на консультацию.

— Нет, я пришел на спор. Мы с женой поспорили. Я пришел доказать, что и сам могу кого угодно и в чем угодно убедить. Но Вы же положили меня на обе лопатки! Оказывается, я действительно нуждаюсь в лечении.

— Ну, что ж, давайте лечиться.

Технический прием *«Направление другого врача»*. Если сын (муж) наблюдается у врача по поводу другого заболевания, мама (жена) больного может попросить направить его на консультацию врача психотерапевта или психиатра-нарколога. Например, наблюдающегося у кардиолога направили на консультацию по поводу вредного действия табакокурения и алоголя. На приеме больной алкоголизмом, конечно, попытается свести все к вреду курения. Но присутствующая здесь же жена или мама выскажет обеспокоенность его отношениями с алкоголем. Врач попросит у пациента разрешения проинформировать о состоянии его психического здоровья. А после его согласия (он собственно за тем и явился) объяснит, что зависимость от никотина и зависимость от алоголя — это по сути разные варианты одной и той же болезни, которая протекает по законам природы человека. Врач расскажет об этих законах в течение 3 ч таким способом, что у больного появится желание отказаться от алоголя полностью.

Бывает такое, что после первых 40—50 мин информирования пациент, не считавший себя больным, не видевший необходимости в лечении, начинает ерзать на стуле, вскакивает и заявляет: «Я все понял! У меня хронический алкоголизм и мне требуется лечение! А давайте прямо сейчас. Я лягу на кушетку. Сделайте мне “укол” или “кодирование”, да хоть кувалдой по голове, только, пожалуйста, больше ни о чем не говорите!». Тут надо настоять на продолжении информирования.

Следующий способ «*Обучение умеренному употреблению спиртного*». Конечно, жена, родители и врач прекрасно знают, что употреблять спиртные напитки умеренно он не сможет. Но он этого пока не знает! Вот на этом и можно сыграть. Мама (жена) может сказать сыну (мужу): «Ты утверждаешь, что у тебя нет алкоголизма, а врач говорит, что в таком случае он сможет обучить тебя умеренному употреблению спиртных напитков. Так обратимся на консультацию врача и выясним все подробнее». На консультации врач обнаружит у него признаки алкогольной болезни и с достаточным обоснованием предложит отказаться от алкоголя полностью.

Нарколог предложит больному лечиться только тогда, когда тот будет готов принять это предложение. А вначале врач его к этому подготовит.

В этом способе, как и в вышеперечисленных, нет обмана. Врач не имеет права ставить диагноз заочно, только лишь со слов жены или мамы. Те не могут ставить диагноз, так как они не специалисты в этой области. А злоупотребляющий алкоголем действительно сможет употреблять спиртное умеренно, если выяснится, что у него, как он и утверждает, нет хронического алкоголизма.

Очередной прием называется «*Использование момента*». Иногда при выраженной интоксикации больной сильно страдает и в этом состоянии сам себе обещает отказаться от алкоголя и даже соглашается на участие в консультации. Однако длится это состояние недолго, и уже к обеду или через 2—3 дня он изменит решение. Важно не упустить момент, и едва он согласится — немедленно доставить его в кабинет врача. А если состояние больного этого не позволит, то врачу следует выехать на дом и заниматься у постели химически зависимого. Этап преодоления алкогольной анозогнозии приемами рациональной психотерапии можно выполнять даже на фоне легкого опьянения или на фоне остаточных явлений алкогольного опьянения. На первый взгляд может показаться, что это ненаучный подход. Но автор применяет такое на практике много лет, и это «работает». Вот доводы в пользу этой позиции.

1. Речь идет не о состоянии опьянения средней степени тяжести, когда «заплетается язык» и нарушена координация дви-

жений. Такое состояние, конечно, не подходит для работы. А в легком алкогольном опьянении больной пребывает значительную часть своей жизни. Часто в таком состоянии он работает, занимается делами, иногда творит, нередко даже садится за руль. У него, разумеется, нарушается способность к правильному осмыслению, что отражается на отборе впечатлений, их переработке и генерировании умозаключения. Во многом это связано с эмоциональными нарушениями, искажением способности управлять активным вниманием, что приводит к снижению собственно качества мышления. Но в какой степени? Как показывает опыт работы, приемы рациональной психотерапии, и в частности, такой как экспликация (о чем подробно будет рассказано ниже), в тех условиях, в той форме и в том объеме, как это предлагается в данной технологии, достаточно эффективны даже на фоне легкого алкогольного опьянения.

2. Если благодаря предлагаемому сочетанию и способу применения приемов рациональной психотерапии «травмирующая», опасная для алкогольной «субличности» информация уже миновала барьеры досознательной защиты — перцептивную и защиту вытеснением, то на фоне легкого опьянения использовать защиту ложных взглядов и представлений способом рационализации будет значительно труднее. Это, напротив, повысит внушаемость пациента и скорее облегчит достижение цели, во всяком случае не помешает работе психотерапевта. Кроме того, следует учесть, что психотерапевтическое вмешательство по преодолению алкогольной анозогнозии длится по времени долго (3—4 ч). Между тем алкогольное опьянение у больных алкоголизмом на I стадии болезни короткое. И если они не принимают новых доз алкоголя, то быстро трезвеют. Иначе говоря, врач только начинает работу с больным на фоне легкого опьянения, а продолжает ее уже на фоне ясного сознания.

3. Речь идет об использовании легкого опьянения, причем именно на выходе из запоя, когда ослабевает алкогольная анозогнозия и «пробуждается» здоровая часть личности — это само по себе облегчает задачу психотерапевта.

4. Следует напомнить, что в этом методе основной вектор лечебного воздействия направлен не столько на больного (да

будь он в состоянии легкого алкогольного опьянения), сколько на присутствующих при этом вмешательстве созависимых членов семьи. Врач под видом лечения больного проводит частичную коррекцию созависимости, т.е. «лечит» жену и родителей. А у тех совсем нет алкогольного опьянения, и качество их мышления ничуть не страдает. Больной согласится на специальное противоалкогольное лечение если не потому, что произойдет осознание механизмов болезни, то потому, что родные и близкие исправят свое поведение и станут действовать более последовательно, рационально и эффективно. Для этого этапа работы такого результата будет вполне достаточно.

Таким образом, предлагаемое вмешательство можно успешно использовать даже на фоне легкого алкогольного опьянения пациента.

Если названные приемы не подходят для кого-то, то врач, изучив ситуацию и особенности случая, предложит маме (жене) другие способы влияния на больного. Как показывает практика, при выполнении родными и близкими рекомендованных приемов семейной психотерапии больной всегда соглашается на участие в консультации. Были случаи, когда родственники просто вталкивали пациента в кабинет и больной потом сам соглашался на лечение и начинал доказывать, что отдает предпочтение трезвому образу жизни. Но надо отдать должное, это не лучший из способов.

1.2. Формирование установки на трезвость в естественных условиях и условиях контакта с врачом психиатром-наркологом

1.2.2. Основные цели при лечении больных алкоголизмом

Уже говорилось, что отсутствие установки на лечение и трезвость является основным препятствием для успешного проведения мероприятий по дезактуализации влечения к алко-

лю. В свою очередь, отсутствие таких установок непосредственно связано с алкогольной анозогнозией. Показано, что на первых этапах у привычно злоупотребляющих и лиц с алкогольной зависимостью алкогольная анозогнозия имеет психологическую природу, т.е. непонимание своего пьянства связано не с неспособностью это сделать, а скорее с нежеланием индивида признать неправильность и нецелесообразность своего поведения. Прежде всего это нежелание детерминировано социальными моментами. Ярлык алкоголика имеет свое ценностное, отрицательное содержание. В этих случаях анозогнозия помогает человеку сохранить свой социальный статус. Преодоление ее у этих пациентов связано с изменением отношения к своему «Я», с травмированием всей личностной структуры. Включение психологических защитных механизмов на этом этапе алкоголизации осуществляется на подсознательном уровне и не зависит от волевых усилий (Новиков О.В., 1995).

При лечении больных алкоголизмом основную цель усматривают в воздействии на синдром влечения к алкоголю. Между тем лечение алкоголизма — не столько борьба с указанным изолированным синдромом, сколько формирование новых установок личности в отношении употребления спиртных напитков и возвращение или создание новой ценностной иерархии. Особую роль играет преодоление отсутствия критики к пьянству. Эта некритичность, отражая психологические установки личности, может быть устранена только при включении сложного комплекса социопсихотерапевтических мероприятий и психофармакологических воздействий, которые способствовали бы формированию установок на воздержание от спиртных напитков [1, с. 402].

1.2.2. Оформление установки на лечение и трезвость через кризис в жизни больного

По наблюдениям автора, из 10 алкогольно-зависимых один осознает у себя болезнь и искренне стремится решить проблему своих отношений с алкоголем. У всех остальных нет установки

на лечение и трезвость, отсутствует критика к своему состоянию и болезни. В системе их ценностной иерархии отношения с алкоголем доминируют, занимают высшую ступеньку. Да и те, кто захотел принять помощь врача нарколога и отказаться от алкоголя полностью, еще совсем недавно занимали противоположную позицию — уклонялись от противоалкогольного лечения. Что и как повлияло на их жизненную позицию? Почему они так круто изменили свою жизнь, свои установки?

Условно можно выделить следующие причины:

1. *Кризис в семье.* Родные и близкие интуитивно пришли к осознанию некоторых элементов созависимости и заняли более принципиальную позицию в отношении пьянства. Угроза развода. Резкое сокращение предоставляемых семьей благ и т.д.

2. *Кризис в сфере трудовой деятельности.* Увольнение или угроза увольнения с работы. Невозможность совмещать пьянство с работой.

3. *Кризис со здоровьем.* Обострение хронического панкреатита, язвы желудка, предвестники катастроф в сердечно-сосудистой сфере, травмы и т.д.

4. *Кризис в духовной сфере.* Смерть близких родственников. Чувство вины в связи с ущербом, нанесенным близким. Переживания в связи с дорожно-транспортными происшествиями по причине пьянства, заведенным уголовным делом и т.д. Как следствие — понимание бессмысленности и ненормальности своего поведения.

5. *Очень большой позитивный стимул.* Внезапно открывшаяся возможность сверхуспешно реализовать себя в какой-то сфере жизни и понимание того, что с алкоголем это несовместимо. По сути последнее — это вариант кризиса в духовной сфере.

Обобщив сказанное, можно сделать вывод, что установка на лечение и трезвость у больного алкоголизмом оформляется через кризис в одной из сфер жизни. Выраженность установки на трезвость зависит от глубины и остроты кризиса, с одной стороны, и от наличных ресурсов у больного, его способности осознать и осмыслить происходящее, с другой. При остроте кризиса, достигающей степени витальности и достаточности ресурсов у химически зависимого, возможны случаи спонтанной ремиссии.

1.2.3. Необходимость формирования установки на трезвость средствами психотерапии

Родным и близким можно просто отстраниться от больного алкоголизмом, подождать, пока в его жизни случится кризис. Через кризис он примет решение лечиться, жить трезво и проблема будет решена.

Но кризис бывает не только острым, но и хроническим — растянутым по времени. И тогда пациент не будет способен верно оценить происходящее. У больного может оказаться недостаточно ресурсов для осознания проблемы. А кроме того, кризис может быть с непоправимыми последствиями — больной станет инвалидом, попадет на скамью подсудимых или погибнет. Наконец, могут пострадать люди из его окружения. На наш взгляд, такая выжидательная позиция врача психиатра-нарколога просто негуманна по отношению к своему пациенту. Мы не имеем права наблюдать со стороны — «выплывет» он или погибнет. Мы должны помочь пациенту прямо сейчас, немедленно, как только кто-то из членов его семьи предъявил проблему. Помочь тем, что искусственно сформируем кризис путем непосредственного влияния на больного или опосредованно через членов его семьи.

Давно известно, что если у пациента нет установки на лечение и трезвость, значит, она формируется приемами рациональной психотерапии индивидуально или в группе. Понятно, что эту задачу можно решить только средствами психотерапии. В предлагаемой технологии особое место отведено рациональной и семейной психотерапии. Психофармакологические воздействия, конечно, могут применяться по показаниям, но только в качестве вспомогательных, как дополнение к психотерапии.

1.2.4. Значение рациональной психотерапии для формирования установок на лечение и трезвость, желания лечиться и жить трезво

После того, как формальное согласие на контакт получено, врач приступает к выполнению следующего этапа работы.

Установка на трезвость может быть сформирована приемами рациональной психотерапии, индивидуально или в группе. Групповая рациональная психотерапия имеет те же задачи, что и индивидуальная, — преодоление алкогольной анозогнозии, создание установки на лечение и трезвый образ жизни [26]. Основой рациональной психотерапии является логическая аргументация, а также разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекция личности, дидактические и риторические приемы [9].

Важная составная часть рациональной психотерапии — это коррекция непоследовательности, противоречивости и бездоказательности мышления больного. Однако каждый психотерапевт достигает такого результата по-своему [20].

К сожалению, среди наркологов существует ошибочное мнение, что рациональная психотерапия при алкоголизме не дает положительных результатов. Это происходит в тех случаях, когда рациональной психотерапией считается любая беседа, проводящаяся произвольно, без предварительной подготовки и конкретной целевой установки, когда врач надеется и даже уверен, что необходимые «лечебные» слова сами найдутся в ходе разговора. Особое значение рациональная психотерапия приобретает только тогда, когда она используется как метод «глобального» воздействия на больного, затрагивая его социально-психологические позиции, всю систему нравственных ценностей [22, с. 49].

«Больному гораздо легче удерживаться от соблазна пьянства, если он... критически оценивает свои поступки. Поэтому трезвость, осознанная добровольно и имеющая в своей основе обновление и обогащение личности, трезвость, «добытая умом», всегда прочнее вынужденной, достигнутой под воздействием страха или других мер принуждения» [22, с. 49].

Опыт работы автора в кабинете анонимного лечения показывает, что сформировать критичное отношение к своему состоянию и болезни, мотивы к трезвой жизни, установку на трезвость приемами рациональной психотерапии у человека, категорически отказывающегося от какого-либо противоалкогольного лечения, в большинстве случаев удается одномоментно, за одну 3-часовую психотерапевтическую сессию.

Задача этого этапа работы — исправление искаженного мышления больного. Искажений мышлений у алкогольно-зависимого человека много — ровно столько, сколько проявлений алкогольной болезни на поведенческом уровне. Он не может пить просто так. В глубине души он и чувствует и понимает, что с ним происходит что-то ненормальное. Он видит, что ситуация уходит из-под контроля, несмотря на все его усилия. Но если он не может контролировать свои поступки, то должен хоть как-то объяснить происходящее, или окружающим, или самому себе. Он пытается подвести философскую базу под свое пьянство, ненормальное поведение. Химически зависимый легко находит такие объяснения: «я не алкоголик»; «пьют все»; «попал в вытрезвитель — случайность»; «заметил начальник на работе — не повезло»; «лишили водительских прав — в ГИБДД придираются»; «захочу и сам брошу пить»; «напился, так как с женой поругался» и т.д.

Для того чтобы преодолеть алкогольную анозогнозию, врач может, используя приемы рациональной психотерапии, предоставить больному необходимое и достаточное количество информации для осознания механизмов болезни. О том, как именно это делается, будет сказано ниже. Если речь идет о начальных этапах болезни, когда алкогольная анозогнозия имеет психологическую природу и у пациента нет грубой сопутствующей психопатологии, такого объема вмешательства будет достаточно для формирования критики к болезни и своему состоянию. Но если мы ориентируемся на получение длительной многолетней и стойкой ремиссии, а особенно если мы имеем дело с запущенной или осложненной формой алкогольной болезни, то потребуется, чтобы для начала ту же самую информацию получили созависимые члены семьи. Словом, созависимые должны сами присутствовать при выполнении этого вмешательства. В результате чего они расстанутся с частью своих иллюзий в отношении болезни. У них появится большая критичность к алкогольной болезни. Они изменят свою позицию в отношении пьянства на более принципиальную. Поймут, что принуждение к лечению и трезвости с их стороны на первых порах просто необходимо. Но главное, они согласятся принять помощь по коррекции созависимости в виде 3-часового вмешательства. Тем

более, что помимо врача теперь на этом будет настаивать уже и сам пациент: «Я согласился лечиться, так пусть и тебя (маму, жену и т.д.) полечат. Лечиться так уж вместе! Ты тоже не всегда бываешь права!».

1.2.5. Роль семейной психотерапии в формировании у пациента желания лечиться и жить трезво

В предлагаемой технологии используется не рациональная индивидуальная или рациональная групповая, а прежде всего рациональная семейная психотерапия. Семейная психотерапия является областью психотерапии, охватывающей изучение семьи и воздействие на нее с целью профилактики, лечения заболеваний, а также последующей социально-трудовой реабилитации. Методы семейной психотерапии применяются в первую очередь при непсихотических психогенных нарушениях (неврозах, острых аффективных и суицидальных реакциях, ситуативно обусловленных патологических нарушениях поведения), алкоголизме, наркоманиях, психопатиях, психозах и психосоматических заболеваниях.

В семейную психотерапию входят все разделы, которые составляют любую отрасль медицины: норма, патология, диагностика, методы лечения и т.д. Эти особенности семейной психотерапии побуждают некоторых авторов считать ее областью не психотерапии, а психиатрии в целом и говорить о «семейной психиатрии» [25, с. 4].

Семейная психотерапия оказалась весьма эффективным методом психологической коррекции нервно-психических расстройств. Наиболее полный обзор работ по эффективности различных методов психотерапии (в том числе семейной) представлен А. Gurman и D. Kniskern (1978). Ими были рассмотрены результаты 31 исследования эффективности психотерапии, в которых были сопоставлены цели лечения и методы определения его эффективности. Семейная психотерапия превосходила по результативности как индивидуальную, так и групповую, особенно первую [25, с. 6].

Богаты традиции признания роли семьи в отечественной психиатрии. В работах В.М. Бехтерева, П.Б. Гуннушкина, В.Н. Мясищева, Г.Е. Сухаревой и других отечественных психиатров большое внимание уделялось изучению семьи пациента и воздействию на нее.

Развитие семейной психотерапии происходит в тесном взаимодействии с другими отраслями психотерапии, прежде всего индивидуальной и групповой, что вполне закономерно. Сходны цели указанных отраслей психотерапии — лечение, профилактика, реабилитация. Во многом сходны области психологии и психиатрии, на которые они опираются. В частности, в развитии отечественной психотерапии, как групповой и индивидуальной, так и семейной, значительную роль играют концепция деятельности (Леонтьев А.Н., 1983), психологическая теория групп (Петровский А.В., 1986), восприятия человека человеком (Бодалев А.А., 1965, 1983), [25, с. 6—7].

Патогенная ситуация может возникнуть в самых различных взаимоотношениях индивида: служебных, трудовых, учебных и т.д. Семейные отношения, как правило, выступают в роли наиболее важных, значимых для индивида, отсюда их ведущая роль в формировании патогенных ситуаций личности и далее психических нарушений (Ушаков Т.К., 1987). Ведущая роль семьи в возникновении патогенных ситуаций и психотравмирующих переживаний обуславливается рядом обстоятельств из которых основными являются:

1. *Ведущая роль семейных отношений в системе взаимоотношений личности.* Семья на ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни является единственной, а позднее одной из наиболее важных социальных групп, в которые включен индивид. Семейные события гораздо в большей степени «принимаются близко к сердцу», чем внешне аналогичные события в сфере трудовой деятельности, соседских отношений и др.

2. *Многосторонность семейных отношений и их тесная взаимосвязь.* Домашнее хозяйство, досуг, эмоциональные взаимоотношения, сексуально-эротическая сфера жизни семьи — все они теснейшим образом взаимосвязаны. Любая попытка вне-

сти более или менее значительное изменение в одну из них вызывает «цепную реакцию» изменений во всех других.

3. *Особая открытость и, следовательно, уязвимость члена семьи по отношению к различным внутрисемейным влияниям, в том числе и травмирующим.* В семье индивид наиболее доступен воздействию со стороны других членов семьи, слабости и недостатки его проявляются наиболее открыто [25, с. 18, 19].

Тогда почему, при столь огромном влиянии семьи, попытки родственников изменить ситуацию к лучшему — безрезультатны. Мало того, что они действуют импульсивно, непоследовательно, заведомо безуспешно и ошибочно. По большому счету именно их действия зачастую приводят к формированию болезни и не дают ей угаснуть. Сами родственники больного не представляют себе, с чем они имеют дело, искренне заблуждаются относительно многих проявлений болезни, незнакомы с концепцией химической зависимости и созависимости. Их сознание иллюзорно, а мышление искажено не меньше, чем у самого больного. Они утверждают, что пробовали разговаривать с химически зависимым по-всякому: и по-хорошему и по-плохому, пытались убедить, уговорить, ругались, угрожали разводом и т.д., но все безуспешно. В действительности, это не соответствует реальности. Многие из рычагов влияния на больного родственники не использовали. О существовании других способов воздействия даже не подозревали. Поэтому они не могут найти достаточно убедительных доводов для больного, чтобы тот принял решение жить трезво. Они действуют ошибочно, не доводя начатое до конца, в иных условиях, чем следовало бы, а главное — без помощи врача.

Отсюда становится понятной роль семейной психотерапии в системе лечебных мероприятий — это основной метод лечения синдрома зависимости от алкоголя.

АЛКОГОЛЬНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ

Как уже говорилось, одним из основных препятствий для успешного лечения синдрома алкогольной зависимости является отсутствие у больного желания лечиться и жить трезво, отсутствие критичного отношения к своему состоянию и болезни — алкогольная анозогнозия и установка на употребление спиртных напитков [27, с. 57]. Алкогольная анозогнозия — важнейший психопатологический феномен находится в числе факторов, непосредственно влияющих на эффективность лечения и ближайший прогноз заболевания. Степень ее выраженности влияет на отношение больных к лечению, определяет их установку на трезвость [17, с. 160].

В начальных стадиях алкоголизм не вызывает заметных для больного расстройств здоровья, а само употребление спиртных напитков с эйфоризирующим эффектом имеет притягательную силу. Симптомы начальной стадии алкоголизма недооцениваются как самими пьющими, так и ближайшими окружающими их людьми.

Алкоголик, даже самый вдумчивый, самокритичный, тревожно-мнительный к своему здоровью, недооценивает тяжесть, опасность своего заболевания, трагическую болезненность своих отношений со спиртным. Настоящий симптом настолько постоянен, характерен, что если обнаруживаем у человека с уже состоявшимся болезненным пристрастием к спиртному серьезные, ипохондрические тревоги по поводу своих (тем более еще не так ярко выраженных) алкогольных расстройств и поведения, то обычно подозреваем здесь за фаса-

дом алкоголизма еще и другую (например, шизофреническую) патологию.

Алкогольная апсихогнозия объясняется снижением уровня личности (и вместе с ним достаточно тонкой критической оценки своего состояния и поведения, если таковая вообще была до болезни), а также похмельно-абстинентным стилем жизни алкоголика: почти постоянно, явно или доступно, тянет выпить, прибавить в кровь алкоголя, и это желание обуславливает известную аффективность мышления в отношении спиртного. Мысли следуют здесь на поводу и эмоций: верится в то, во что хочется верить, и не верится в то, во что не хочется верить [3, с. 436].

Под алкогольной анозогнозией понимают стойкое убеждение больного в отсутствии у него заболевания (хронического алкоголизма). При этом предполагается, что больной в соответствии с образованием, воспитанием, постоянно получаемой информацией о последствиях злоупотребления алкоголем, личным опытом должен знать о наличии у него алкоголизма. Это обстоятельство особенно важно, ибо в противном случае решающими в отрицании болезни могли бы быть недостаточные знания или неадекватные представления о ней [5, с. 98].

Известно, что способность человека критически оценивать свое состояние рассматривается как показатель нормального протекания психических процессов. Отсутствие у больного алкоголизмом критичного отношения к своему состоянию и болезни и, как следствие, отсутствие желания лечиться и жить трезво следует рассматривать как алкогольную анозогнозию — один из основных психопатологических феноменов при хроническом алкоголизме, который определяет его оценку как психического заболевания. Алкогольная анозогнозия может рассматриваться как психологически защитный механизм, как блокада или искажение связанных с болезнью переживаний для ликвидации конфликта между «Я-концепцией» и непосредственным опытом как результат распространенного позитивного отношения к употреблению алкоголя при негативном отношении к его последствиям.

2.1. Природа алкогольной анозогнозии

Анозогнозия алкоголика, по сути, явление значительно более сложное, чем таковая наблюдается, например, у тяжелых онкологических, кардиологических и других соматологических больных, которым объективно грозит гибель и у которых формируется реакция отрицания этого факта по диссоциативному типу. Алкогольная анозогнозия носит не защитный характер, но определяется самой структурой феномена зависимости и ее основного синдрома: патологического влечения к психоактивному веществу.

Для понимания происхождения алкогольной анозогнозии важны представления о так называемой психологической защите личности, о роли перцептивных органов в отборе поступлений в сознание информации, о механизмах вытеснения, рационализации, специализации левого и правого полушарий головного мозга для организации образного и логического мышления, о механизмах стресса.

Адаптация живого организма во многом зависит от количества и характера поступающей информации. Но сознанию не требуется одновременное поступление всего колоссального потока ее от органов чувств. Для оптимального реагирования необходима его своеобразная фильтрация. Соответственно потребностям личности происходит своего рода отбор информации. Этим объясняется, что еще в филогенезе вслед за механизмами восприятия возникали различные детекторные механизмы отбора, селекции ее. Усложняясь и совершенствуясь, они сформировались в многоступенчатую систему, функция которой осуществляется на основе деятельности определенных анатомо-функциональных структур. У человека соответствующие механизмы играют роль психологической защиты от травмирующей информации.

Поскольку у болезненно измененной хроническим алкоголизмом личности патологическое влечение к алкоголю становится доминирующим мотивом, любая информация, направленная против такого влечения, является «опасной». Этот критерий и служит определяющим при отборе информации.

Первый защитный барьер представлен перцептивной защитой. На уровне восприятия задерживается всякая потенциально «опасная» для личности пациента информация. Механизм перцептивной защиты, естественно несовершенен. Далеко не всегда на уровне перцепции представляется возможным выделить и заблокировать «опасную» информацию. И если неприемлемая для сознания информация все же достигает мозга, то вступает в действие второй защитный механизм — вытеснение.

Общий смысл любой информации быстрее схватывается на уровне образного мышления, связанного с правым полушарием, которое, как бы уловив опасность ситуации, препятствует ее осознанному деятельному анализу. В этом случае осознанное целенаправленное поведение остается целостным и интегрированным. При хроническом алкоголизме неприемлемая информация может вызвать тревогу, создает напряженность и неустойчивость мотивационной сферы. Чем актуальнее была информация, подвергшаяся вытеснению, тем выше будет уровень тревоги. Последняя в свою очередь усиливает выраженность предшествующей перцептивной защиты, снижая полноту восприятия мира до оглушенности. Психический статус больного алкоголизмом при защите вытеснением проявляется повышением неосознанной тревоги, беспокойством, ощущением неуклонно надвигающейся катастрофы, ожиданием неприятного известия, трудностями концентрации внимания, ослаблением способности к решению текущих задач, конкретизацией мышления.

Но даже если информация минует и второй защитный барьер, работающий по механизму вытеснения, то включается следующий, третий, досознательный, барьер психологической защиты. Это так называемая рационализация ситуаций, когда уже логическое мышление левого полушария представляет ошибочные предпосылки, на основании которых строится цепь формальных (столь же ошибочных) умозаключений. При этом подбор логических предпосылок оказывается нарушенным, а ход рассуждений — сохранным. Этот вариант защиты проявляется в виде построения характерных оправдательных умозаключений, склонности к рассуждательству, преувеличению своих интеллектуально-волевых особенностей, преуменьшению степе-

ни морального падения из-за пьянства, опровергающих возможность самого наличия болезни, негативизма и выраженной готовности противоречить. Вся цепь умозаключений в этом случае строится на основании болезненных предпосылок, ошибочного, одностороннего, неполного анализа реальных событий и фактов воспринимаемой действительности. Извращается понимание внутренней связи вещей и явлений. Предвзятость в искусственном подборе фактов диктуется на подсознательном уровне основными мотивами алкогольной личности. Интрепревативная паранойальность при алкогольной анозогнозии отличается стойкостью и обычно ведет к отказу от лечения.

Даже когда меры социального воздействия вынуждают больного обратиться к наркологу, для него это лишь способ уклонения от них, своего рода уступка из-за опасения лишиться работы, потерять семью и т.п. В этом случае речь идет об «осознаваемой» защите. Этот элемент, более или менее выраженный, является составной частью феномена алкогольной анозогнозии.

Таким образом, психологическая защита служит механизмом стабилизации иерархической структуры личности больного.

Алкогольная анозогнозия не является стабильным психопатологическим феноменом, а скорее отражает динамический процесс со своими вариантами, цикличностью, усложняющейся с развитием заболевания. Она превращается в исходных стадиях в стойкий стереотип поведения [5, с. 98—101].

2.2. Клинические проявления и степень выраженности алкогольной анозогнозии

Алкогольная анозогнозия клинически выражается в оценках и мнениях, которые высказывает больной по всему кругу связанных с алкоголем проблем в обстановке, исключающей наказание за высказывание. Оценки и мнения имеют доминантный характер: именно они первыми приходят на ум при необходимости ответить на вопрос врача, высказываются больным наиболее легко и естественно, отличаются определенной устойчивостью к обычному рациональному переубеждению. Именно

их отстаивает и развивает больной, объясняя свою позицию в кругу товарищей или перед родственниками. В генезе этих оценок и мнений прослеживаются кататимные механизмы и аффективная логика. Указанное дает основания обозначать такие непсихотические психопатологические феномены, как кататимные доминантные оценки.

Психопатологическая сущность алкогольной анозогнозии едина — это идеаторное проявление психической зависимости от алкоголя в форме кататимных доминантных оценок, которые возникают у больного при осмыслении связанных с алкоголем проблем. В исходных стадиях заболевания определенную роль в сохранении алкогольной анозогнозии играет органическое интеллектуальное снижение [8, с. 144—145].

В наибольшей степени с уровнем анозогнозии коррелирует отношение больных к лечению, в меньшей степени эта зависимость характерна для установки на трезвый образ жизни. Мотивы обращения к наркологу не зависят от степени социально-трудовой дезадаптации больного, выраженности амнестических и измененных форм опьянения [18, с. 23].

Большинство лиц, страдающих алкоголизмом, приводят отговорки и оправдания, касающиеся поводов для выпивок и пьянства. Оно всегда преуменьшается и сопоставляется с тем, что в повседневной жизни принято считать обычным. Типичны большая изобретательность, изворотливость и лживость больных в защитительных доводах. Обычно трудно отделить целенаправленную и неосознанную ложь. Однако в свете определения алкоголизма как болезни всей семьи, дисфункции ее следует пересмотреть и отношение к алкогольной анозогнозии.

2.3. Алкогольная анозогнозия у родных и близких пациента

Приняв во внимание параллелизм проявлений зависимости и созависимости, почти все вышесказанное об анозогнозии в отношении больных алкоголизмом в равной мере можно отнести и к членам их семей, к созависимым.

Аналогом патологического влечения к алкоголю у созависимых являются:

а) концентрация внимания на другом, когда мысли о химически зависимом занимают неподобающе большое место;

б) навязчивость, а порой и компульсивность поведения созависимых, когда те, невзирая на неэффективность и вредные последствия собственных действий снова и снова стремятся к установлению новых деструктивных коммуникаций, снова и снова стремятся получить новую дозу своего «яда» нездоровых отношений.

Созависимые, как и больные алкоголизмом, не представляют, с чем имеют дело. Они видят перед собой только малую часть болезни, а большая — остается скрытой от их взгляда, не осознается ими. Именно поэтому созависимые не могут действовать эффективно. Как и больные алкоголизмом, они не понимают своей роли в картине этой болезни. Не знают, какие рычаги влияния на химически зависимого в их руках и не умеют эффективно пользоваться ими.

Пытаясь избежать травмирующей информации, правды о себе и болезни, созависимые используют все формы психологической защиты: рационализацию, минимализацию, вытеснение и иные, но более всего отрицание. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит («просто вчера опять он пришел пьяный»). Созависимые видят только то, что хотят видеть, и слышат только то, что хотят слышать.

Отрицание помогает созависимым жить в мире иллюзий, поскольку правда настолько болезненна, что они не могут ее вынести. Отрицание — это тот механизм, который дает им возможность обманывать себя. Жена больного алкоголизмом продолжает десятилетиями верить в то, что он бросит пить и все само собой изменится без ее активного участия.

Созависимые отрицают у себя наличие признаков созависимости. Именно отрицание мешает мотивировать их на преодоление собственных проблем, попросить помощи, затягивает и усугубляет химическую зависимость у близкого, позволяет прогрессировать созависимости и держит всю семью в дисфункциональном состоянии [11, с. 233—234].

Больной алкоголизмом продолжает пьянствовать и уклоняется от лечения далеко не только потому, что у него нет установки на лечение и трезвость, критики к своему состоянию и болезни, но и в значительной мере потому, что созависимые не предпринимают достаточно эффективных мер для его отрезвления.

Химически зависимый не способен сделать правильных выводов и обратиться за помощью в силу своего болезненного состояния и прежде всего из-за алкогольной анозогнозии. Но отчего созависимые не обращаются за помощью к специалисту, а если и обращаются, то отказываются выполнять его рекомендации в силу того, что: «это не поможет», «я своего мужа лучше знаю», «я его боюсь», «я уже все перепробовала», «у меня сил не осталось» и др.? Они-то здоровы!? Но в том-то и дело, что их состояние не менее болезненно, чем состояние химически зависимого. И одним из важнейших признаков этого состояния является анозогнозия — отсутствие у созависимых желания принять помощь врача-психотерапевта и жить счастливо, выраженного на уровне поступков, отсутствие критичного отношения к своему состоянию и болезни. При этом предполагается, что созависимые в соответствии с образованием, воспитанием, постоянно получаемой информацией (в том числе от врачей психиатров-наркологов), личным опытом должны знать как поступать, если в семье есть психически больной, отрицающий у себя наличие болезни, — самим обратиться к врачу и выполнить все его рекомендации.

Таким образом, алкогольную анозогнозию при хроническом алкоголизме следует рассматривать как один из основных психопатологических феноменов, выраженный как у химически зависимого, так и у созависимых.

**ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ
АНОЗОГНОЗИИ**

**3.1. Трудности на этапе формирования
желания лечиться и жить трезво**

***3.1.1. Возможности пациента
для преодоления анозогнозии***

Больной постоянно приводит отговорки и оправдания, касающиеся поводов для выпивок и пьянства. Оно всегда преуменьшается и сопоставляется с тем, что в повседневной жизни принято считать обычным. Типичны большая изобретательность, изворотливость и лживость больных в защитительных доводах. Обычно трудно отделить целенаправленную и неосознанную ложь. Особенности усиленной аффективности, повышенная внушаемость с легко возникающими реакциями оппозиции, лживость с подкупающей непосредственностью в манере общения, нередко гиперэкспрессивная моторика и вообще повышенная живость позволяют сближать черты алкогольного характера с особенностями детской и подростковой психики [23, с. 267].

Алкогольная анозогнозия не является стабильным психопатологическим феноменом, а скорее отражает динамический процесс со своими вариантами, цикличностью, усложняющийся с развитием заболевания. Она превращается в исходных стадиях в стойкий стереотип поведения. По данным В.Л. Минутко,

на алкогольную анозогнозию не влияла выраженность влечения к алкоголю и психоорганические нарушения. Слабая положительная корреляция отмечалась между анозогнозией и проявлениями алкогольной деградации личности. Отсутствие корреляции между анозогнозией и психоорганическими нарушениями свидетельствует против концепции органического геноза анозогнозии [17, с. 160—162].

В исходных стадиях заболевания определенную роль в сохранении алкогольной анозогнозии играет органическое интеллектуальное снижение. В таких случаях данное психопатологическое образование проявляет устойчивость к психотерапевтическим воздействиям. Влияния только лишь врача становится недостаточно. Сверх этого требуется изменить отношения в семье таким образом, чтобы это подействовало на больного отвлекающе.

3.1.2. Уровни осознания болезни. Защиты «алкогольной субличности» на этапе рационализации

Условно автор выделяет несколько уровней осознания болезни у больных алкоголизмом, которым соответствуют несколько линий защиты алкогольной субличности от травмирующей информации:

1. Отрицание проблемы в принципе:

— У меня все хорошо, я вполне доволен жизнью, счастлив и ничего не собираюсь менять. В семье у меня тоже все хорошо, дети меня любят, а жена (мама) ругается и переживает из-за того, что я выпиваю, потому что женщины все такие.

И т.д.

2. Признание проблем из-за алкоголя при одновременном отрицании болезни.

Когда отрицать проблемы, неизбежно возникшие вследствие злоупотребления алкоголем, становится невозможным, больной отступает на другую линию защиты. Он признает про-

блемы из-за алкоголя, но утверждает, что это никак не связано с хроническим алкоголизмом:

— Валялся пьяный под забором — попалась некачественная водка.

— Неприятности на работе — пили все, но заметили только меня, случайность.

— Неделю в запое — на Руси всегда так пили. Это особенность русского национального характера.

И т.д.

3. Под действием неопровержимых фактов (обследование врача, госпитализация в наркологическую или психиатрическую больницу с алкогольным психозом и т.д.), под влиянием врача и членов семьи больной вынужден признать у себя заблуждение, но при этом отрицает или преуменьшает вредные последствия своего поведения:

— Да, у меня хронический алкоголизм, но какой же я буду мужик, если не буду пить и курить.

— Да, я алкоголик, но когда я настроюсь, то сам брошу пить, без лечения, как только захочу.

— Я алкоголик, но у каждого свои недостатки. Имею я право на личную жизнь? Это не сказывается на благополучии семьи, так как я зарплату всю домой приношу, а на вино трачу только «калымные» деньги.

— У нас есть квартира, машина, дача, я — работаю, какие ко мне могут быть претензии?

И т.д.

4. Химически зависимый вынужден признать и алкоголизм, и вредные последствия своего пьянства, но отрицает прогрессирующее течение болезни. Он говорит примерно следующее:

— Да, я алкоголик, да, мое пьянство нанесло ущерб и мне и всем членам семьи. Но больше такого не повторится, так как я буду употреблять алкоголь умеренно, по праздникам.

— У меня хронический алкоголизм, но я осознал свои ошибки, я сделал правильные выводы и теперь этого не повторится. Я буду выпивать как все, как общепринято.

И т.д.

После 4—5 лет таких обещаний и клятв созависимые наконец-то обнаруживают, что их вводят в заблуждение, что болезнь утяжеляется, и начинают настаивать на проведении специального противоалкогольного лечения.

5. Признание болезни, ее вреда, прогрессирующего течения и отрицание возможности излечиться:

— Я хочу жить трезво, но в лечение не верю, поэтому я пойду сейчас за бутылкой.

— Я очень хочу жить трезво, но на меня лечение не действует, поэтому я вынужден пьянствовать, и с этим ничего не поделаешь.

— В наркологическом стационаре не лечат. Там еще никого не вылечили.

— Я вынужден пить, потому что я уже все перепробовал, как только не лечился, но все безрезультатно.

Чтобы отстоять свое пьянство больной охотно соглашается на лечение формально, с целью доказать созависимым его неэффективность. После «срыва», вместо того, чтобы идти к врачу и попросить о большем объеме помощи (недостаточно психотерапии, добавит лекарства; исчерпаны возможности амбулаторного лечения — направит в стационар; недостаточно месячного курса лечения в стационаре — предложит 3-месячный, добавит физиолечение, методы народной медицины, усилит результат той или иной реабилитационной программой и т.д. — врач не откажет и, конечно же, поможет), больной спешит доказать созависимым, что его лечить бесполезно.

Когда созависимые интуитивно приходят к пониманию этой уловки, больной отступает на следующую линию защиты.

6. Уклонение от немедленного лечения. Больной соглашается со всем, кроме немедленного лечения:

— Да, у меня алкоголизм. Да, это серьезное заболевание. Да, я нуждаюсь в лечении и обязательно буду лечиться... но только не сейчас, а после свадьбы племянницы... После свадьбы племянницы скажет — после дня рождения. После дня рождения — после Нового года. После Нового года — после отпуска. После отпуска опять отложит — после 8 марта и т.д.

Когда созависимые все-таки заставят, вынудят его лечиться, он отступит на очередную линию защиты.

7. Уклонение от лечения в полном объеме:

— Я согласен лечиться немедленно, но только не так, как предложит врач, а как я скажу. Не в полном объеме, а какой-нибудь разовой процедурой — уколом, кодированием или пищевыми добавками, или «заряженной водой» и т.д.

Как только больной замечает, что созависимые проявляют слабину, отступают от своей принципиальной позиции в отношении пьянства, он тут же переходит на оставленные линии защиты: «я не алкоголик», «захочу и сам брошу» и т.д.

Конечно, такое деление условно. Можно выделить не 7, а 27 линий защиты, уровней осознания болезни. В любом случае больному их вполне достаточно, чтобы отстаивать свое право на пьянство перед созависимыми, если те не обратятся за помощью к специалисту и не примут предложенную им помощь.

3.1.3. Уровни осознания болезни у созависимых и способы защиты рационализацией

Но сознание созависимых искажено не меньше, чем у больного алкоголизмом. Они тоже готовы упорно отстаивать свои ложные взгляды. Учитывая, что созависимые отношения закреплены десятилетиями опыта, надо представлять, что их защиты еще более многообразны, прочны и структурированы, чем защиты химически зависимых.

Условно можно выделить следующие уровни осознания болезни, линии защиты созависимых на этапе рационализации:

1. Отрицание проблем у химически зависимого, у себя и в семье на ранних стадиях болезни:

— Живем как все — у нас дача, машина и телевизор. А муж пришел пьяный, так как на работе устал.

Когда отрицать проблемы становится невозможно, созависимые отступают на другую линию защиты, переходят на другой уровень осознания болезни.

2. Признание проблемы из-за алкоголя у мужа (сына), отрицание их у самих себя.

— Мой муж не алкоголик, но вы его полечите.

Признание болезни у химически зависимого и отрицание проблем у себя:

— Зачем мне на лекции ходить, я и так все знаю про алкоголизм.

— Я много читала и общалась с другими врачами, так что вы не скажете мне ничего нового.

— У моего мужа алкоголизм, значит он нуждается в лечении. Но при чем здесь я!

4. Признание болезни у химически зависимого и проблем у членов семьи, но отрицание постоянного утяжеления, прогрессирующего течения.

— Мой муж может не пить. Вот летом он два месяца сам держался (как выяснилось, с водки перешел на пиво).

— Может быть одумается, возьмет себя в руки.

— Когда у него нет денег — он не пьет.

И т.д.

5. Отрицание своей роли в картине болезни. Перекладывание ответственности на другого:

— Он пьет, лечиться не хочет, а я что могу сделать?

— Я уже по-всякому пробовала на него влиять — ничего не помогает.

— Он водку пьет, вот вы его и лечите. А мне зачем лечиться? Я же водку не пью...

И т.д.

Под влиянием врача созависимые вынуждены признать свои ошибки. Но они отступают на следующую линию защиты.

6. Признание ошибочности своего поведения, но отрицание возможности измениться:

— Да, это я довела мужа (сына) до такого состояния. Да, это мои ошибочные действия привели к формированию болезни и не дают ей угаснуть. Мое поведение провоцирует мужа (сына) на пьянство... Но я ничего не могу изменить. Я просто такой человек и уже никогда не смогу исправиться.

А когда врач докажет, что созависимые смогут исправить свое поведение, если только захотят, то те отступят на следующую линию обороны для отстаивания своей ложной системы ценностей.

7. Признание у себя созависимости, согласие на мероприятия по ее коррекции, но уклонение от немедленной помощи:

— Теперь я понимаю, что в моей семье все зависит от меня. Я понимаю, что сама нуждаюсь в помощи, и готова принять ее... но только не сейчас, так как я еще не настроилась; мне нужно закончить другие дела, а уж потом...

8. Как и у химически зависимых — уклонение от помощи психотерапевта в полном объеме.

— Я очень занята борьбой с пьянством мужа, поэтому у меня нет времени и сил на занятия по коррекции созависимых отношений и лечение алкоголизма.

И т.п.

В отстаивании своих ложных взглядов созависимые проявляют большую изобретательность, изворотливость и упорство. Стоит врачу взять паузу, не закончив работы по переубеждению созависимых, как те сразу же возвращаются на оставленные позиции. Они немедленно выстраивают новые защитительные доводы:

— Это все теория, а в жизни все не так.

— Этот врач просто некомпетентен, а обратиться к другому врачу, чтобы проверить правильность или неточность предложенных рекомендаций, у меня нет времени и желания.

— Путь к отрезвлению моего мужа, предложенный этим специалистом, для меня слишком сложен и болезненен. Лучше я найду другого врача с «волшебной палочкой», и он будет лечить моего мужа разовой процедурой, а вовсе не меня. Такому врачу больше доверия, потому что его предложение соответствует моим ожиданиям.

Приступая к работе с созависимыми, врач должен представлять себе, с чем имеет дело. Созависимость — это тоже болезнь. Предлагая помощь созависимым, нужно иметь в виду следующее:

1. Созависимые не считают себя больными и необоснованное предложение полечиться воспримут как насмешку или оскорбление.

2. Объем помощи созависимым должен быть как минимум не меньше, чем объем помощи алкогольно-зависимым.

3. В окружении созависимых есть люди, чье мнение для них небезразлично, способные при помощи врача повлиять на них.

4. От уровня осознания болезни созависимыми, от успеха работы с ними во многом зависит результат работы с химически зависимым.

3.1.4. Возможные ошибки врача

Но вот пациент в кабинете врача. Теперь, казалось бы, все в руках специалиста. Достаточно изложить концепцию химической зависимости, использовать логические конструкции, приемы убеждения и разубеждения и больной согласится принять медицинскую помощь, чтобы отказаться от алкоголя полностью.

Но и психиатры-наркологи тоже не всегда справляются с этой задачей по ряду причин. Вот наиболее распространенные ошибки врача при работе с больным алкоголизмом:

1. Врач отказывается оказывать помощь пациенту, если тот не желает лечиться. Но кроме специалиста помочь ему больше некому. Родные пытались убедить больного, но безуспешно. Случаи спонтанной ремиссии при химической зависимости очень редки. А ждать, когда человек примет решение лечиться через кризис в его жизни, не имеет смысла, так как болезнь быстро прогрессирует и в любой момент может закончиться трагически.

2. Ограниченное применение психотерапевтических методов. Попытки заменить психотерапию лекарственной помощью или другими медицинскими средствами не дают результата. Мотивация к трезвой жизни лекарствами не индуцируется. Влечение к алкоголю на годы таким способом не снимается, так как лекарства действуют ограниченное время.

3. Нередко врач пытается лечить одного больного, а не всех взрослых членов семьи. Родные и близкие остаются в неведении относительно своей роли в картине этой болезни, что не позволяет получить стойкого результата. А даже если специалист и дает рекомендации для коррекции созависимости, то по-

рой делает это без достаточного обоснования, неубедительно, так что родные пациента и не пытаются их выполнить. Они думают: «Я своего мужа лучше знаю»; «Это не подействует»; «Если выполняю рекомендации, будет еще хуже» и т.п.

4. Иногда врач ставит перед больным невыполнимые условия. Например: длительно посещать занятия групповой психотерапии, когда влечение к алкоголю еще не снято. Естественно, что после посещения 3—5 сессий оно проявит себя, пациент пропустит занятия и будет разочарован в методе лечения.

5. Необоснованность для пациента доводов и утверждений врача. Иногда психиатр-нарколог начинает психотерапевтическую беседу после сбора анамнеза болезни с того, что оглашает диагноз и предлагает больному принять противоалкогольное лечение, отказаться от алкоголя. Однако не факт, что пациент сразу же согласится. У него найдется множество возражений на это. Например: «Зачем мне отказываться от алкоголя полностью, если я могу употреблять спиртные напитки умеренно. Вот в прошлом месяце я мог себя контролировать, значит и в дальнейшем тоже смогу». Или: «Наверное, этот врач ошибается, так как другой специалист-терапевт, не менее для меня авторитетный, сказал мне, что сто граммов водки вечером, после работы, полезны для моего здоровья», и т.д. Скорее всего пациент не станет вступать в дискуссию и спорить с врачом. Но разойдутся они каждый при своем мнении.

6. Использование директивной позиции психотерапевта в том случае, где нужна партнерская позиция: «Вам необходимо отказаться от алкоголя на основании приведенных мной доводов, потому что я врач и лучше разбираюсь в этом вопросе». Вместо того, чтобы: «Я предоставил Вам достаточную и достоверную информацию о состоянии Вашего психического здоровья, а Вы сами делаете выводы — нужно Вам проходить противоалкогольное лечение или не нужно». Иногда рациональная психотерапия подменяется чтением нотаций и упреками, которых больной достаточно наслушался дома.

7. Из-за ограниченности во времени врач пытается исправить только отдельные, основные, на его взгляд, искажения мышления больного, а в целом система ложных взглядов и пред-

ставлений остается нетронутой. Вышесказанное относится и к работе с родными и близкими пациента по коррекции созависимости. Но и при самом тщательном обследовании врач может ошибаться и принять за главное то, что в действительности для этого человека второстепенно и несущественно.

8. Врач объясняет механизмы болезни недоступно, неясно для пациента. Использует малопонятные медицинские термины. Рассказывает о пагубных последствиях для здоровья, которые могут наступить в результате злоупотребления алкоголем, но еще не наступили. Излагает концепцию болезни отвлеченно и ненаглядно, так что больной может подумать, что к нему все это не относится, что с ним все это не произойдет. Рассказывая о состоянии больного, врач иногда касается биохимического, клеточного, органного, системного уровней болезни, но уделяет недостаточно внимания поведенческому аспекту. То есть говорит об абстрактных для больного вещах, которые пациент зачастую не может почувствовать, рассмотреть и ощутить на себе.

9. Игнорирование доводов больного в пользу употребления алкоголя и отказа от лечения. Рассказывая о вреде злоупотребления алкоголем для здоровья, семьи, работы и т.д., врач не принимает во внимание доводы пациента, чей личный опыт подсказывает, что не все так плохо в жизни с алкоголем. Есть много светлых для него сторон, как общение с друзьями «за бутылкой», семейные праздники и просто улучшение самочувствия от приема новых доз алкоголя. В то же время, по его мнению, не все так безоблачно в трезвой жизни. Возможна социальная изоляция, когда связи алкогольной жизни уже разорваны, а связи трезвой жизни еще не установлены. Раньше потребность в общении и понимании удовлетворялась «суррогатным» алкогольным общением, а при отказе от алкоголя возникает дефицит общения, что в свою очередь вызывает чувство тревоги, депрессию. В результате игнорирования врачом взглядов пациента на проблему они расходятся каждый при своем мнении.

10. При отказе больного принять медицинскую помощь немедленно, врач капитулирует, вместо того чтобы наращивать вмешательство, действуя через родных и близких пациента.

Прежде по одной или нескольким из вышеперечисленных причин не удавалось за сравнительно короткое время (3 часа) в амбулаторных условиях получить согласие пациента на лечение. В предлагаемом способе сделана попытка избежать названные препятствия, получить критичное отношение больного к своему состоянию с целью достижения длительной ремиссии.

3.2. Цели, стратегия и принципы рациональной психотерапии

3.2.1. Цели рациональной психотерапии

Общение врача психиатра-нарколога с больным алкоголизмом не должно быть бесцельным. Именно этим отличается профессиональное общение от непрофессионального. Специалист должен четко представлять себе последствия вмешательства словом. Что, как, насколько и когда должно измениться в самочувствии, настроении, поведении, в жизни пациента после такого вмешательства? Например, можно очень долго разговаривать с больным алкоголизмом о вреде алкоголя, после чего разойтись с головной болью и он станет пьянствовать еще больше. А можно действовать иначе. Можно поговорить таким способом, что человек всем сердцем и душой захочет отказаться от алкоголя и круто изменит всю свою жизнь. В профессиональном общении имеет значение все. Не только набор слов, какой-то объем информации, но и способы ее подачи, структура и качество, темп, последовательность, паузы при информировании, условия, время проведения вмешательства, организация и расстановка участников, невербальные коммуникации и т.д. Но начинается все с цели. Врач намечает цели, ставит задачи на каждом из этапов работы. На этапе «получения согласия пациента на лечение и согласия созависимых на коррекцию созависимости» цели такие:

1. *Формирование у созависимых частичной критики к болезни и частичная коррекция созависимости.*

Созависимые занимают выжидательную позицию и не хотят действовать эффективно, не предпринимают достаточных мер для принуждения больного к лечению именно по этой причине. Химически зависимый продолжает пьянствовать и уклоняется от лечения потому, что в семье нет эффективного противодействия пьянству. Созависимые ограничиваются заведомо неэффективными действиями: руганью, криками, чтением нотаций, призывами взять себя в руки, пройти лечение и т.д. При этом они не желают занять принципиальную позицию в отношении пьянства, а только лишь угрожают, что когда-нибудь, может быть, их терпение закончится, и вот уж тогда-то они точно займут такую позицию. Однако алкогольно-зависимый хорошо знает членов своей семьи, уверен, что дальше угроз созависимые не пойдут. Он легко манипулирует чувствами созависимых с помощью различных приемов: обещаний типа «бросить пить», «это никогда не повторится», шантажа, угроз их покинуть и др. Созависимые охотно поддаются таким манипуляциям, с увлечением и азартом включаются в многолетнюю игру под названием «хронический алкоголизм». Они с готовностью обманываются в происходящем: что у близкого нет никакой болезни, а если и есть, то она не так уж опасна; что пьянство не так уж сильно сказывается на их здоровье и здоровье детей; что хуже не будет, что болезнь не прогрессирует и т.д.

И только когда у созависимых появляется частичная критика к болезни благодаря вмешательству на этом этапе, они начинают действовать более твердо, принципиально, последовательно, в результате чего больной соглашается на проведение специального противоалкогольного лечения.

2. Получение согласия членов семьи больного на проведение вмешательства по коррекции созависимости.

Когда неподготовленным созависимым предлагают лечиться самим, раз уж больной не желает лечиться, те скорее ответят отказом. Для того, чтобы они согласились, врач должен доказать свою компетентность в этом вопросе. Такие доказательства созависимые получают в результате вмешательства на этом этапе, когда узнают о том, что алкогольная зависимость — состояние хорошо изученное, предсказуемое и протекает по оп-

ределенным законам и правилам. А один из таких законов — это особая «почва» в семье, созависимость, нарушение внутрисемейных коммуникаций. У созависимых появляется интерес и желание узнать об алкогольной болезни еще больше, и они соглашались на их информирование об этой части заболевания.

3. Преодоление алкогольной анозогнозии у больного алкоголизмом.

Это очень важное условие для успешного лечения алкогольной болезни. Человеку вообще трудно оценить свое состояние объективно, а при алкогольной зависимости тем более. Химически зависимый просто запутался, временами он сам себе не рад, он хотел бы исправить положение, но не видит путей и способов решения проблемы. Те способы решения, которые предлагают близкие, представляются ему неприемлемыми и невозможными, других путей он просто не видит. И только когда у него появится полная критика к своему состоянию и болезни, он согласится, что путь в трезвость через лечение — для него единственно правильное решение.

4. Получение согласия пациента на проведение мероприятий по дезактуализации влечения к алкоголю.

При частичной критике к своему состоянию и болезни или при ее отсутствии химически зависимый отвергает лечение, пытаясь обмануть самого себя и своих близких заклинаниями: «Я сам брошу», «Мне надо только настроиться», «Раньше у меня был алкоголизм, но теперь я все понял и осознал, и у меня его не стало» и т.д. Согласие на лечение, купирование влечения к алкоголю больной алкоголизмом изъясняет в двух случаях: когда у него появляется полная или частичная, но ближе к полной, критика к состоянию и болезни независимо от внешних обстоятельств или под их воздействием; и во вторую очередь под влиянием членов семьи, занявших бескомпромиссную позицию. То и другое мы получим в результате психотерапевтического вмешательства на этом этапе.

5. Получение поддержки химически зависимого при подготовке вмешательства по коррекции созависимости.

После того, как алкогольно-зависимый получит исчерпывающую информацию об алкогольной болезни, у него появится

чувство вины и стыда за свое поведение. Но в этот момент врач протянет ему руку помощи тем, что предложит разделить ответственность за происшедшее с женой и родителями. Когда больной алкоголизмом узнает от врача, что именно жена и родители своими ошибочными действиями довели его до такого состояния, что именно жена и родители своим поведением провоцировали его на употребление спиртного, что прежде всего благодаря созданной ими обстановке в семье у него сформировалась алкогольная зависимость, что жена и родители тоже нуждаются в помощи психотерапевта, то он встает на сторону психиатра-нарколога. Он вместе с врачом настаивает на проведении вмешательства по коррекции созависимости: «Да, я согласен лечиться от алкоголизма, но и Вы тоже должны принять помощь врача! Лечиться так уж вместе!» По просьбе врача алкогольно-зависимый может обеспечить присутствие на занятии по коррекции созависимости лиц из ближайшего окружения жены или родителей (друзей, родственников), которые имеют на них влияние, но в чьих семьях нет алкоголизма или наркомании, а значит, вероятно, нет и созависимости, во всяком случае в запущенной форме.

В идеальном варианте следует стремиться к достижению всех пяти целей. Но если на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости», удастся решить только половину из поставленных задач, то можно делать вывод о том, что вмешательство было проведено успешно.

3.2.2. Стратегия и принципы рациональной психотерапии

Этот этап является одним из основных при лечении алкоголизма без желания пациента. Существенная часть лечебной работы выполняется именно на этом отрезке. Приступая к работе на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости», врач должен сделать так, чтобы сами созависимые не подозревали, что лечат именно их. Они должны быть убеждены в том, что врач лечит химичес-

ки зависимого, а они только присутствуют при этом, оказывают моральную поддержку. До тех пор, пока не будет выполнена вся намеченная работа на этом этапе, врач не должен даже мимоходом касаться темы созависимости. И даже в самом конце вмешательства, когда будет приглашать созависимых на 3-часовое занятие по коррекции созависимости, он может коснуться этой темы в самых общих чертах, без конкретики. Он не должен преждевременно раскрывать признаков созависимости, а тем более необоснованно давать рекомендации по ее преодолению.

Предлагая помощь химически зависимому на этом этапе, врач может и не говорить о том, что он намерен проводить лечение. Психиатр-нарколог всего лишь просит разрешения проинформировать его об алкогольной проблеме или состоянии его психического здоровья, или состоянии психического здоровья его близких (в зависимости от ситуации). Обмана здесь нет. Врач действительно в глазах созависимых лечит больного, а с точки зрения алкогольно-зависимого — информирует его. Чтобы избежать конфликта с законом, специалист может предупредить присутствующих о том, что общаясь люди всегда влияют друг на друга. Например, прочитав книгу или газету, мы можем отметить влияние автора или корреспондента на нашу жизнь. Просматривая рекламу пива по телевизору или фильм, где положительные герои много и красиво пьют водку, мы можем отметить влияние этой информации на наше поведение. Так и после общения с психотерапевтом могут измениться отношения в семье на более здоровые и гармоничные. В свою очередь пациент или его родственники, общаясь с врачом, могут серьезно повлиять на его поведение и жизнь. Но основной принцип работы врача психотерапевта — это ненасилие. Все, что делается в психотерапевтическом кабинете, делается с согласия и по желанию пациента и присутствующих родных и близких. Специалист в рамках проводимого на этом этапе вмешательства, может всего лишь предоставить присутствующим определенную информацию, достоверность которой те могут легко проверить по специальным литературным источникам. А как уж они распорядятся полученными знаниями — это их личное дело. После такого объяснения пациент и созависимые соглашаются выслушать врача.

Как уже сказано выше, хронический алкоголизм — болезнь, связанная с дефицитом информации. Поэтому основным техническим приемом на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых на коррекцию созависимости» считается информирование больного и созависимых членов его семьи. Дискуссия, обсуждение спорных вопросов допускаются и поощряются. Но большая часть времени на этом этапе отведена для другого: врач информирует, а пациент и созависимые слушают.

Поскольку результатом рациональной психотерапии является излечение через осознание механизмов болезни, то понятно, что врач информирует присутствующих именно об этом. Психотерапевт излагает концепцию химической зависимости, но только особым способом. Эти особенности должны обеспечить достижение поставленных выше целей и состоят в следующем:

Для того, чтобы травмирующая алкогольную «субличность» информация достигла сознания, избежала досознательных механизмов психологической защиты — перцептивной защиты и защиты вытеснением, необходимы следующие условия. Во-первых, чтобы пациент не мог уклониться от информирования, т.е. чтобы он слышал врача. Пусть неохотно, без особого желания, с негативным отношением и скепсисом к происходящему, но чтобы слышал. А во-вторых, предлагаемая информация должна быть в таком количестве, и объеме, с которым механизмы досознательной психологической защиты заведомо не могли бы справиться.

Для преодоления психологической защиты алкогольной «субличности» на этапе рационализации информирование с разубеждением должно проводиться последовательно, по всем линиям защиты на этом этапе, обозначенным выше. Необходимо последовательно и постепенно повышать уровень осознания болезни у пациента и созависимых, «не прыгая через ступеньки».

Помимо прочего, информирование с разубеждением должно проводиться по каждому из симптомов болезни. Ни один из признаков болезни не должен остаться без внимания и объяснения.

Необходимо обеспечить высокую степень ясности и доступности информации для пациента. Можно очень подробно рассказать пациенту о его заболевании, но так, что он не поймет и половины из сказанного. Можно рассказать больному о его болезни так, что он посчитает, что речь идет о каких-то абстракт-

ных вещах, научных теориях, а к его случаю это не имеет никакого отношения. Но нам нужно сделать так, чтобы информация была понятной самым разным людям, чтобы она была легко проверяемой самим пациентом, достоверной и одновременно несовместимой с ложной системой ценностей больного алкоголизмом.

Чтобы предотвратить реакции избегания или выраженные протестные реакции у пациента, следует придерживаться принципа подачи информации с постепенным увеличением степени травматичности для алкогольной «субличности».

В результате вмешательства на этом этапе в сознании больного алкоголизмом будут присутствовать две разнонаправленные, но одинаково сильно выраженные потребности, побуждающие к взаимоисключающему поведению, что может нарушить систему взаимоотношения мотивов, их иерархии и дезинтеграции поведения. Все это может привести пациента к суицидальным мыслям и попыткам. Чтобы избежать этого, подводя итог на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых на коррекцию созависимости», врач обязательно должен обозначить пути и способы решения проблем, провести разубеждение по поводу всех мифов и самообманов химически зависимых относительно специального противоалкогольного лечения и безотлагательно предложить свою помощь.

3.3. Работа на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости»

3.3.1. Необходимые условия для проведения вмешательства

Эти условия следующие:

1. *Относительная интеллектуальная и социальная сохранность пациента и обязательное участие в процедуре родных и близких — жены, родителей, братьев, сестер, взрослых детей, тех, кто имеет на него наибольшее влияние и не имеет проблемных отношений с алкоголем. В процедуре могут участвовать также*

друзья или начальник с места работы, не злоупотребляющие алкоголем. Их присутствие — небольшой плюс, что желательно, но не обязательно.

2. *Привязка времени проведения занятия ко дню последней алкоголизации.* Практика показывает, что оптимальное время для такой работы — 2–4-й день трезвости, при условии физически удовлетворительного состояния, чтобы пациент был способен выдержать 3-часовое занятие с врачом. Если больной за последние 6 месяцев употребляет спиртные напитки ежедневно, вмешательство можно проводить на следующий день после их употребления. К слову сказать, в редких случаях приходилось проводить такое занятие на фоне легкого алкогольного опьянения. Это не мешало достижению результата и понятно, если принять во внимание, что основной вектор лечебного воздействия направлен не на больного, а на созависимых.

3. *Экспозиция терапевтического вмешательства* — 3 ч и более. Опыт показывает, что коррекцию всех иррациональных суждений больного относительно своего состояния и болезни лучше проводить в течение одного занятия. Если времени недостаточно, то лучше перенести время проведения сессии.

4. *Формальное согласие пациента на контакт с врачом.* Отсутствие желания лечиться и жить трезво является прямым показанием для такого способа рациональной психотерапии. При нежелании пациента общаться достаточно молчаливого присутствия в кабинете при разговоре врача с его женой и родственниками.

5. *Место проведения вмешательства* — психотерапевтический кабинет, где у пациента нет возможности уклониться от обсуждения «больных» вопросов. Работа на дому допускается только в таком случае, если кто-то из значимых созависимых физически не может явиться в кабинет.

3.3.1. Регламент работы

На этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых на коррекцию созависимости» порядок работы следующий:

1. Выяснение цели обращения к врачу у пациента, его родных и близких. Уточнение: «Не хотели бы Вы что-то изменить в своей жизни, в своем самочувствии, настроении, поведении?». Продолжительность — 5—10 мин.

2. Получение согласия у пациента на рассмотрение его проблемы и иррациональных суждений. При нежелании пациента разговаривать с врачом, получение согласия у его родных и близких на обсуждение их проблем. Получение согласия пациента на его информирование. Выяснение самооценки клиента, идентификация негативных мыслей и иррациональных суждений, сбор анамнеза заболевания. Продолжительность этапа — 15—30 мин.

3. Информирование с обсуждением и оспариванием иррациональных суждений. Попытка разделения и дистанцирования здоровой части личности и ложных идей, негативных мыслей, признаков болезни для объективного отношения к своей проблеме. Техники и приемы этого этапа предназначены не только для преодоления анозогнозии клиента, но и (в не меньшей мере) для частичной коррекции иррациональных суждений, созависимости у его родных и близких. Продолжительность — 3 часа.

4. Контроль самооценки. Если пациент уже выражает установку на трезвость, проявляет критику к своему состоянию и болезни и соглашается на противоалкогольное лечение, врач проводит мероприятия по купированию влечения к алкоголю.

Если пациент не готов к решению о трезвой жизни, врач заключает соглашение о самопроверке. Поиск клиентом собственного решения проблемы. Последняя попытка сократить размеры употребления спиртных напитков. Необходимо четко определить границы беспроблемного употребления алкоголя по частоте и дозе, чтобы это устраивало как самого клиента, так и его родных и близких, и взять обещание с клиента, что, при превышении им же обозначенных границ допустимого употребления алкоголя, он обязательно обратится к врачу. Продолжительность — 15—30 минут.

Возможно, кто-то из читателей может упрекнуть автора в том, что он пытается «уложить» процесс лечения алкоголизма в определенную схему, не учитывает особенностей индивида и его

внутрисемейных коммуникаций. Но если эта схема эффективна и практически не имеет противопоказаний, то почему бы ее не использовать в лечебной работе. А кроме того, даже в рамках вмешательства на этом этапе остается достаточно свободы для индивидуализации подхода и творчества в решении терапевтических задач.

Технология вмешательства на этапе «получения согласия больного на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости» приведена ниже (см. раздел 3.4), а также в описании изобретения «Способ преодоления алкогольной анозогнозии» [7].

3.3.1. Последовательность проведения мероприятий

Выяснение цели обращения и получение согласия пациента или его родных и близких на их информирование. Работа с больным алкоголизмом выполняется в следующей последовательности. Врач выясняет у пациента цель обращения в психотерапевтический кабинет. Это необходимо для того, чтобы осуществить переход к информированию. Больной алкоголизмом может ответить по-разному. Например, что явился по настоянию жены или родственников; или с целью сократить размеры употребления алкоголя, чтобы выпивать по праздникам; чтобы отказаться от алкоголя полностью; чтобы проводить маму на лечение у психотерапевта; за 100 руб. и 2 пачки сигарет и т.д. (см. раздел 1.1).

Если больной утверждает, что намерен отказаться от алкоголя полностью, это вовсе не означает, что можно опустить этап «получения согласия больного на лечение...», так как его согласие и установка на лечение пока еще выражены формально. Недели тому назад он категорически отказывался от лечения. До тех пор, пока не сформированы установка на трезвость, желание лечиться и жить трезво, стремление к трезвости, выраженные на уровне поступков, бессмысленно приступать к проведению мероприятий по дезактуализации влечения к алкоголю.

Если пациент явился как «проводжающий» маму на лечение к психотерапевту, то врач получает согласие на информирование о здоровье мамы, устанавливает связь между ухудшением ее здоровья и алкоголизациями сына. Объясняет, что болезнь вызвана дефицитом информации и информирует о состоянии мамы, представляя его как часть семейного заболевания — хронического алкоголизма. Врач уточняет: «Не хотели бы Вы что-то изменить в своей жизни, в своих отношениях с алкоголем?».

В случае явки на консультацию, после выяснения цели обращения, специалист спрашивает разрешение у больного на то, чтобы задать несколько вопросов о состоянии его психического здоровья. В случае отказа спрашивает разрешение у его родных и близких на то, чтобы задать им несколько вопросов о том, что их беспокоит.

Врач собирает алкогольный анамнез, выясняет, как складываются отношения пациента с алкоголем в течение последних 6 мес. По мере обнаружения прямых и косвенных признаков синдрома алкогольной зависимости, отмечает каждый из них на листе бумаги под порядковым номером. Для того, чтобы начать обсуждение, «информирование», необходимо отметить более 20 признаков. Также можно отметить иррациональные суждения, непоследовательные, противоречивые и бездоказательные утверждения, когнитивные искажения, нуждающиеся в коррекции. Это могут быть:

1) свехобобщение, например: «один дед пил до ста лет — значит и я так смогу»;

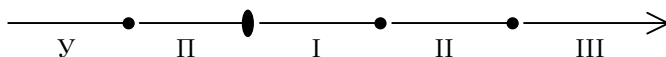
2) избирательность, т.е. извлечение из памяти только хорошего, связанного с употреблением спиртных напитков: «а мама и жена сгущают краски»;

3) излишняя обращенность на себя: «должна же у меня быть личная жизнь?!»;

4) формулирование предсказаний исходя из прошлого: «если я раньше мог длительное время воздерживаться от употребления спиртного, то и сейчас смогу»;

5) катастрофизирование: «никакой радости без вина не остается» и др.

После получения согласия пациента рассмотреть его проблему, согласия на его информирование в течение 3 часов, врач, со слов пациента или его родных, близких, выясняет его самооценку, спрашивает: «Насколько далеко Вы зашли по алкогольному пути? Если разбить весь алкогольный путь человека на отрезки: умеренное употребление спиртного (У), привычное употребление (П) и хронический алкоголизм — I, II и III стадии, то точкой отметьте Ваше состояние в настоящее время».



В течение всего психотерапевтического сеанса врач обращается к этой схеме.

Информирование с обсуждением и оспариванием иррациональных суждений. После того как выяснена цель обращения в кабинет пациента, его родных и близких, собран наркологический анамнез и выяснены самооценка пациента, уровень осознания им болезни, можно приступить к собственно информированию с обсуждением и оспариванием иррациональных суждений.

Нарколог доводит до сведения больного, что бытовое и медицинское значение термина «хронический алкоголизм» не совпадают.

Врач объясняет пациенту и его родным принципы постановки диагноза синдрома алкогольной зависимости. При этом он ссылается на рекомендации Всемирной организации здравоохранения, диагностические указания по МКБ-Х, где «диагноз ставится при обнаружении 3 и более нижеперечисленных признаков...» [14]. Далее терапевт в определенной последовательности излагает концепцию хронического алкоголизма. При этом рассматривается преимущественно поведенческий уровень болезни. Врач рассказывает о каждом из обнаруженных у больного признаков зависимости, придерживаясь принципа постепенного утяжеления. Симптомы и синдромы ранжируются по степени травматичности для алкогольной «субличности». В первую очередь рассматриваются признаки, с наличием кото-

рых больной, безусловно, соглашается, хотя и объясняет их не заболеванием, а какими-то внешними причинами. И только в последнюю очередь терапевт переходит к информированию о самых травматичных признаках болезни, с наличием которых пациент не мог прежде согласиться, так как это вызвало бы конфликт с его системой ценностей, основными моральными и нравственными принципами, которые собственно и структурируют его личность.

Врач обращает внимание больного на сочетаемость и взаимозависимость симптомов болезни, на последовательность их появления и причинность, на формы заболевания и особенности случая, на социокультуральные особенности и степень злокачественности. Психотерапевт проводит сравнение по каждому из рассматриваемых признаков с тем, как он проявлял, проявляет себя или когда, в какой форме и как проявит себя в будущем именно у этого пациента. Каждый из рассматриваемых признаков иллюстрируется сходством с проявлениями болезни именно у этого больного. В приводимых примерах пациент узнает себя, свое прошлое, настоящее и будущее.

Понятно, что выполнить такой объем работы за короткое время не удастся. Поэтому экспозиция вмешательства составляет 3—4 ч. Вероятно, для преодоления анозогнозии можно использовать еще большую степень детализации и подробности, что применимо в работе по отношению к зависимым от «тяжелых» наркотиков. Но если речь идет об алкогольной зависимости, то это представляется излишним. Продолжительность экспозиции информирования 3—4 ч выбрана опытным путем и является оптимальной для решения задач на этом этапе.

Контроль самооценки и результаты этапа. После изложения концепции хронического алкоголизма врач информирует пациента о путях и способах решения проблемы, о принципах, этапах, средствах и методах противоалкогольного лечения в доступной для него форме. При этом терапевт не использует шаблоны или такой жесткой схемы, как на этапе информирования о болезни. Лечебный эффект достигается легче, если то, в чем убеждают, не противоречит убеждениям пациента. Поэтому на одного скорее подействует «снятие порчи или сглаза», а на другого —

«биоэнергетический массаж», «кодирование» и т.п. [24, с. 22]. С одной стороны, информация о лечении не должна противоречить внутренней картине болезни пациента. С другой стороны, она должна быть правдивой. В соответствии с законом «О психиатрической помощи..» врач не имеет права обманывать пациента. Задача врача — найти компромиссное решение этого вопроса, что вполне осуществимо. Если объяснять лечение в терминах той или иной научной парадигмы, то об одном и том же можно рассказать разными словами, но так, что это будет понятным пациенту и не будет противоречить его установкам и истине. Поэтому, прежде чем рассказывать о лечении, врач должен выяснить у больного, какую помощь он хотел бы получить и как он себе представляет противоялкогольное лечение.

В процессе лечения убеждением, призывая больного пересмотреть оценку психотравмирующих событий, важно подчеркнуть перспективы будущего, наметить линию поведения в дальнейшем, способствовать формированию новых, здоровых интересов.

При контроле самооценки врач просит пациента повторно указать галочкой или точкой его место на схеме с отрезками алкогольного пути (см. с. 80). Как показывает опыт, после такого вмешательства в большинстве случаев меняется самооценка. Пациент выказывает критичное отношение к болезни, своему состоянию и принимает решение лечиться и жить трезво.

Но иногда решение трезвой жизни клиент принимает отсрочено, спустя 1—2 мес. после встречи с врачом. Он пытается в это время употреблять алкогольные напитки по-прежнему. Но меняется характер опьянения. Оно окрашено теперь негативными эмоциями, протекает более тяжело: с идеями самообвинения, комплексом раскаяния, угрызениями совести. Имеет значение и изменение отношения к пьянству со стороны жены и родственников, которые расстались со своими иллюзиями в отношении алкогольной болезни. В конце концов, пациент соглашается на лечение, соглашается с необходимостью жить трезво.

После обозначения путей и способов решения проблемы врач выясняет отношение больного к предложению пройти противоялкогольное лечение и жить трезво.

Если пациент выказывает установку на трезвость, проявляет критику к своему состоянию и болезни и соглашается на проведение противоалкогольного лечения, то необходимо укрепить его в этом решении. Врач проводит специальную работу для того, чтобы сделать решение жить трезво у пациента еще более выраженным, последовательным и всесторонне обоснованным, чтобы он в дальнейшем не передумал, а шел «в трезвость» до конца.

На заключительном этапе используют прием «Обоснование решения жить трезво» и технику «Деструктивная оппозиция» [17], которые позволяют обучить пациента находить позитивные моменты в повседневной жизни. При этом пациенту предлагают положить левую руку на стол и очень подробно ответить на вопросы: зачем ему нужно жить трезво, что это ему даст, как изменится его жизнь, если он будет жить трезво? В процессе этого диалога врач внезапно меняет в высказываниях свое отношение к алкоголю и намеренно противоречит пациенту, занимая позицию человека с установкой на употребление спиртного. Каждое позитивное утверждение пациента отмечают прикосновением к пальцам его левой руки — техникой «Постановка кинестетических якорей» [28].

Так же используют технику «антиципационного» тренинга, позволяющего обучить пациента навыкам вероятностного прогнозирования и антиципации (способности прогнозировать последовательность событий, определять вероятность поведения окружающих людей, собственных поведенческих реакций [17]. Пациенту предлагают сменить руку на столе на правую и подробно ответить на вопрос: «Как изменится Ваша жизнь через год, два, три, если лечение окажется неэффективным и болезнь будет прогрессировать в прежнем темпе?». Каждое предположение отмечают техникой постановки кинестетических «якорей» на пальцах правой руки.

Если пациент не готов к решению трезвой жизни — врач заключает с ним соглашение о самопроверке: «Вы легко можете проверить себя. Если с сегодняшнего дня Вы сможете воздерживаться от употребления алкоголя 3 мес., то, вероятно, Вы можете контролировать свои отношения с алкоголем и в состоя-

нии сократить размеры употребления спиртных напитков до безопасного уровня. Если же такая попытка будет безуспешной, значит Вы действительно больны хроническим алкоголизмом и нуждаетесь в противоалкогольном лечении». Другим вариантом соглашения о самопроверке может быть попытка больного сократить размеры употребления спиртных напитков. Необходимо четко определить границы беспроблемного употребления алкоголя по частоте и дозе, чтобы это устраивало самого клиента, а также его родных и близких, и взять обещание с клиента, что, при превышении им же обозначенных границ допустимого употребления алкоголя, он обязательно обратится к врачу.

При обращении пациента на лечение отсрочено врач продолжает прерванную работу по формированию мотивации к трезвой жизни приемами для обоснования решения пациента жить трезво. Если пациент уже способен подробно объяснить, для чего ему нужно жить трезво, если в его высказываниях просматривается установка на трезвость, то можно сразу же переходить к выполнению этапа мероприятий по дезактуализации влечения к алкоголю. Если у пациента нет желания жить трезво, то врач переходит к мероприятиям по коррекции созависимости, для того чтобы повлиять на больного опосредованно, через членов его семьи.

3.4. Основные и вспомогательные техники и приемы на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости»

3.4.1. Приемы рациональной психотерапии

Вмешательство на этом этапе осуществляется приемами разговорной психотерапии. Это одновременно и индивидуальная рациональная психотерапия для преодоления алкогольной анозогнозии, и семейная психотерапия, поскольку та же информация предназначена для формирования более критичного от-

ношения созависимых к болезни и частичной коррекции созависимости, вследствие чего те изменят свое поведение, станут действовать более последовательно и эффективно. Итогом будет то, что пациент согласится с необходимостью лечения и трезвой жизни.

Одним из основных приемов на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости» является информирование с разъяснениями и разубеждением. Врач информирует пациента по всем вопросам, касающимся его отношений с алкогольными напитками. Делается это одновременно и одновременно, в рамках одного 3—4-часового занятия. Для пациента не должно остаться «темных пятен», должны быть освещены все аспекты, и стороны его заболевания, состояния. Речь идет об изложении концепции хронического алкоголизма.

Лечение убеждением — это лечение информацией, вступающей в связь и взаимодействие с имеющимися у больного представлениями и подвергающейся оценке. На основании этого могут возникать новые взгляды на вещи, новая оценка травмировавших психику событий, новые установки на будущее. Последние теперь определяют значимость для больного тех или иных сигналов, а отсюда и реакцию на те или иные раздражители.

При лечении по этому методу вырабатываются и укрепляются полезные для здоровья больного новые представления или тормозятся старые. Таким путем достигается изменение информационного значения некоторых раздражителей и потеря ими патогенных свойств.

Внешне это проявляется в том, что меняется отношение больного к обстановке, породившей заболевание, болезненные переживания теряют свою значимость, актуальность. Эмоциональная напряженность, а вместе с тем и психотравмирующее действие ситуации сохраняются, пока не принято решение, как действовать дальше, не выбрана твердая линия поведения (стратегия поведения). Одна из задач врача при лечении убеждением и заключается в том, чтобы помочь больному выбрать правильную линию поведения на дальнейшее [24, с. 8].

Врач предлагает вниманию больного большой объем информации в течение одного 3-часового занятия. Первое время пациент пытается возражать, отстаивать свою точку зрения, но по мере продолжения информирования у него накапливается утомление и снижается критическая оценка происходящего. В этом случае информирование плавно переходит во внушение. Конечно, врач не использует прямое, жесткое, директивное, целевое внушение! Тем не менее, продолжая информировать, психотерапевт выказывает свою оценку, свое эмоциональное отношение к тем или иным фактам. Пациент начинает воспринимать ту или иную информацию без критики, с тем знаком эмоционального заряда, который сообщается специалистом.

Как показывает практика, внушение в предлагаемом методе — прием необязательный и не всегда осуществимый. Но если он ориентирован на больного алкоголизмом с высокой внушаемостью, то этот прием будет иметь свое лечебное значение.

Сопровождая информирование логической аргументацией, врач избегает того, чтобы делать главные выводы на основе предлагаемой информации. Он просто сообщает, что если больной поступит таким образом, то следует ожидать таких-то реакций и последствий, а если поступит иначе, то реакции и последствия будут иными. Что касается принятия тех или иных решений, то это врач предлагает сделать самому больному и самым созависимым.

Помимо приемов рациональной психотерапии в предлагаемой технологии используются приемы экспликативной, когнитивной и кларификационной психотерапии. Перечисленные виды психотерапии в широком смысле следует рассматривать как варианты или приемы рациональной психотерапии. Однако по нашему мнению, необходимо выделить эти методы с учетом важности предлагаемого в них подхода для получения результата.

3.4.2. Приемы экспликативной психотерапии

Экспликация — ясное, подробное, развернутое объяснение, прием рациональной психотерапии, подразумевающий изло-

жение и объяснение причины заболевания, имеющих место психосоматических зависимостей, целенаправленную беседу о принципах психогигиены [16, с. 337]. При всей кажущейся простоте этого приема он обнаруживает очень высокую эффективность для достижения осознания болезни и эмоционального отреагирования, если иметь представление, какая же именно степень ясности, подробности и развернутости требуется. Опыт работы в кабинете анонимного лечения показал, что для достижения результата необходимо сверхподробное проговаривание механизмов болезни.

Терапевт рассказывает о каждом из обнаруженных у этого пациента симптомов, используя *технику «экспликации»* [16]. При этом принципиальное значение имеет степень подробности. Практика показывает, что объяснение болезни как большого наркоманического синдрома, состоящего из синдромов физической и психологической зависимости и синдрома измененной реактивности, далеко недостаточно. Также недостаточно рассмотрение всех симптомокомплексов и симптомов в развитии от начала и до конца манифестации. Для достижения осознания проблемы и эмоционального отреагирования необходимо более подробное рассмотрение механизмов болезни: проследить последовательность появления симптомов, их сочетаемость и взаимозависимость; обратить внимание пациента на разные формы и варианты течения болезни, клинические особенности именно его случая, социокультуральные аспекты течения болезни. Рассмотрение каждого признака сопровождается примерами похожих случаев из практики (по 2—5 случаев на каждый из рассматриваемых признаков). При этом врач использует *«терапевтические метафоры»*, *«аллегории»* — высказывания, носящие смысл аналогии в виде намеков или нравоучительной наглядной агитации [16], и прием *«Описание чужого опыта»*, в которых пациент узнает себя, свое прошлое и будущее. Выбор того или иного случая для иллюстрации признака определяется установкой на максимальное сходство описываемой ситуации с проявлениями болезни у данного пациента. Эту технику, на наш взгляд, можно назвать *«Психотерапией по Швейку»*. Чтобы представить себе, как врач

«информирует» пациента, можно еще раз прочитать книгу Ярослава Гашека «Похождения бравого солдата Швейка».

По каждому из рассматриваемых признаков проводится сравнение с тем, как он развивается именно у этого пациента. Как показывает практика, только такая степень подробности позволяет достичь в терминах патогенетической психотерапии осознания и эмоционального отреагирования, а в терминах психодинамической психотерапии — интеллектуального и эмоционального инсайта.

3.4.3. Приемы кларификационной психотерапии

Кларификация — прояснение, с помощью которого пациент учится распознавать свои иррациональные установки. Задачей кларификации является разделение описаний и оценок, пожеланий и предписаний, прояснение тех логических связей, которые формируют причинно-следственные отношения [16, с. 95]. Достижение сознания механизмов болезни и эмоционального отреагирования методом кларификации обеспечивается высокой степенью ясности и доступности предлагаемой информации для пациента. В рассматриваемой технологии это выполняется следующими приемами:

Рассмотрение поведенческого уровня болезни. Излагая концепцию хронического алкоголизма, в целях достижения ясности и доступности информации для пациента врач почти не касается в беседе объяснения механизмов болезни на молекулярном, клеточном, биохимическом, органном и даже системном уровнях, а развернуто и очень подробно рассказывает о поведенческом уровне болезни. Иными словами, нарколог говорит не о каких-то малопонятных, абстрактных вещах, а о тех проявлениях болезни, которые понятны и очевидны для самого больного, которые он может рассмотреть и проверить у людей из своего окружения и у себя самого. О проявлениях болезни, которые сам пациент прежде объяснял другими причинами (стечением обстоятельств, распушенностью, глупостью, традициями, нормами поведения, влиянием других лиц и т.д.).

Бытовой язык. Во время всего занятия терапевт пользуется приемом «Упрощение медицинских терминов и понятий». Например, вместо термина «синдром алкогольной зависимости» использует термин «хронический алкоголизм» или «алкогольная болезнь», а вместо термина «абстинентный синдром» — обозначение «похмельный синдром».

Обозначения всех симптомов и признаков болезни должны быть переведены и расшифрованы со специального медицинского языка на бытовой. Только в этом случае информация станет доступной для больного, если у того нет медицинского образования.

Правдивость и проверяемость. Информация, предлагаемая пациенту, должна быть правдивой и легко проверяемой. Врач может умолчать о каких-то фактах, признаках и явлениях, если считает такую информацию излишней, но не должен обманывать или намеренно запутывать химически зависимого и его родственников, прикрываясь научнообразной терминологией или благими намерениями.

Наглядность. В целях обеспечения большей доступности информации для пациента врач стремится подать ее как можно более наглядно. Если уж он ссылается на диагностические указания по МКБ-Х, то обязательно должен положить классификацию на стол, открыть на нужной странице и ознакомить больного с тем, на что ссылается.

Во время всего 3-часового занятия на столе перед пациентом лежит схема отношений человека с алкоголем, где весь алкогольный путь условно рубит на отрезки: (см. схему на с. 80). Рассмотрение каждого признака сопровождается указанием его места на схеме и сравнением с тем, насколько он развит у этого пациента.

Зеркальность. Используя прием «Описание чужого опыта», врач при подборе случаев для иллюстрации того или иного признака ориентируется на максимальное сходство рассматриваемой ситуации со случаем пациента.

Рассмотрение отдельных признаков сопровождается объяснением буквально «на пальцах». Все это позволяет обес-

печить необходимую ясность и доступность информации для пациента.

3.4.4. Приемы когнитивной психотерапии

Врач, проводя разубеждение по каждому из симптомов, по каждой из линий защиты, использует, по сути, одну и ту же схему, одну и ту же формулу — основную формулу когнитивной психотерапии. Речь идет об использовании формулы Эллиса ABC, где А — активизирующее событие, толчок из внешнего мира, стимул; В — концепции убеждения, установки; С — вытекающие из В последствия, эмоции или поведение [13, с. 23–26].

Например, А — головная боль на следующий день после употребления алкоголя; В — когнитивное искажение, мысли пациента: «Это случилось из-за того, что водка попалась некачественная»; С — новая алкоголизация с попыткой контроля количества выпитого и употреблением более качественного алкоголя вначале. Врач исправляет когнитивные искажения, В: «Утрата количественного контроля — это симптом хронического алкоголизма. На I стадии болезни количественный контроль утрачивается частично, поэтому удастся 2–3 раза проконтролировать количество выпитого, употреблять алкоголь умеренно. Но на 3–5-й раз рука будет сама наливать рюмку за рюмкой, опрокидывать. Опять последует «перебор», опять выпьет много, тяжело, и так тяжело, что сам об этом жалеет. Опять будут головные боли и другие неприятности. Но хронический алкоголизм постоянно прогрессирует. «Переборы» становятся все более частыми. И на II стадии болезни количественный контроль утрачивается полностью. Как пьют на II стадии? Сколько есть денег в карманах — все на пропой! Сколько есть водки или самогонки на столе — столько будет пить, пока под этот стол не свалится! При привычном употреблении алкоголя человек всегда знает свою норму и лишнего не выпьет. А если когда и случится «перебор», то исключительно редко, не чаще чем 1–2 раза в год. В данном случае

количественный контроль утрачен частично, значит это симптом I стадии хронического алкоголизма». И так по всем симптомам болезни.

3.4.5. Вспомогательные техники и приемы

Наряду с основными приемами этапа «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости» используются также следующие техники и приемы:

Прием «Повторение приема» — прослеживание каждого симптома до финальной стадии болезни. Какой бы признак мы не рассматривали — его развитие заканчивается одним и тем же трагическим финалом.

Прием «Дистанцирование» — разделение болезненных проявлений и здоровой части личности: «Болезнь плохая, а ты хороший. Значит надо избавиться от болезни». Негативизм в отношении болезни, а иногда, если у пациента есть чувство юмора, даже высмеивание ее проявлений и в то же время сопереживание, сочувствие и поддержка для тех, кто решил избавиться от нее.

Прием «Частичное согласие с пациентом». Нельзя полностью игнорировать его взгляды, так как это вызовет только негативное отношение, а надо обязательно согласиться с любым утверждением клиента и тут же «детализировать» — объяснить, в каких условиях и при каких обстоятельствах это верно, а когда неверно.

Прием «Конфронтация» — вмешательство, не позволяющее пациенту избежать неприятных для него тем. Столкновение пациента с самим собой, своими проблемами, конфликтами, характерными эмоциональными стереотипами. Прием, при котором пациенту указывается на его разрушительные установки по отношению к себе и окружающим, на его искаженные желания, представления [16]. На практике это выглядит следующим образом. После 30—60 мин «информирования» иногда пациент, прежде не считавший себя больным и отказывавшийся от какого-либо лечения, вскакивает со стула и предлагает: «Я все понял. У меня хронический алкоголизм и мне надо срочно лечиться. Давайте прямо сейчас «закодируйте» меня или сде-

лайте «укол», или проведите сеанс гипноза, чтобы я «бросил пить»... Только, пожалуйста, больше ни о чем не говорите!».

Врач расценивает такое согласие на лечение как формальное, настаивает на продолжении «информирования». Произошло осознание болезни на интеллектуальном уровне, но эмоционального отреагирования еще нет. И только после завершения всего этапа работы, когда решение жить трезво будет достаточно выражено, и больной готов решать эту проблему до конца, можно делать вывод о том, что осознание механизмов болезни произошло как на интеллектуальном, так и на эмоциональном уровне. Иногда больной пытается уклониться от обсуждения «больных вопросов» тем, что «заговаривает проблему» — быстро и много говорит для переключения внимания присутствующих на другую «неопасную» тему. В таком случае терапевт спрашивает у пациента: «С какой целью Вы все это говорите?» Или задает вопрос его близким: «Что вы чувствуете в связи с изменением темы беседы?». После чего родные и близкие настаивают на продолжении информирования, а больной вынужден с этим согласиться.

Прием «Постепенное утяжеление» рассматриваемых последствий злоупотребления алкоголем. В последнюю очередь рассматриваются наиболее тяжелые последствия, разрушающие всю ложную систему ценностей пациента.

Прием «Хороший прогноз». Убежденность в успехе с оговариванием условий. Уверенность в полном и скором выздоровлении. Условия, которые необходимы для успеха, должны быть обязательно оговорены. Например, согласие на контакт с врачом, выполнение его рекомендаций, критерии «неэффективного лечения», наращивание объема вмешательства при срыве, этапность лечения, поддержка родных и близких, соблюдение режима труда и отдыха и др.

Прием «Обозначение кризиса» с техникой «намеренной гиподиагностики». Врач намеренно занижает, облегчает диагноз (не II, а I стадия алкоголизма), уделяя несколько больше времени описанию тех симптомов, появление которых еще только ожидается, чем описанию тех признаков, которые уже представлены у пациента. (Используется только при индивидуальной работе).

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ И СПОСОБЫ ЕГО ПОДАВЛЕНИЯ

Патологическое влечение к алкоголю является одним из ведущих симптомов хронического алкоголизма [1]. *Под патологическим влечением к алкоголю* понимается имеющая доминирующий характер и возникающая в трезвом состоянии и вне рамок абстинентного синдрома потребность приводить себя в состояние алкогольного опьянения с целью достижения эйфоризирующего эффекта [2]. Оформляясь в соответствии с особенностями личности, эта потребность превалирует над другими, нормативными человеческими стремлениями, обуславливая в итоге патологические паттерны поведения. Купирование такого рода влечения не только способствует профилактике рецидивов алкогольной болезни, но и повышает качество ремиссий, обеспечивает их стабилизацию [10, с. 15].

Патогенез этого состояния очень сложен и развивается на разных уровнях (биологическом, клинико-психопатологическом), психопатологическая структура весьма многообразна, но, согласно установившемуся мнению, имеет ряд типичных вариантов, границы между которыми нередко условны.

1. *Обсессивное влечение* (Портнов А.А., Пятницкая И., 1973; Альтшулер В.Б., 1978; и др.). Такое пристрастие к алкоголю сопровождается не только стремлением к его приему, но и ощущением приятности всех сопровождающих его обстоятельств и ритуалов. Одновременно происходит борьба с этим влечением, есть сознание его чуждости своим интересам, колебания, попытки преодоления и т.д.

2. *Влечение к алкоголю по типу сверхценного образования* с господством мыслей о спиртном, невозможностью отвлечься от них, с непротивлением влечению к алкоголю при безразличии ко всем последствиям и невозможностью разобраться в причинах такого своего поведения.

3. *Дистимический тип влечения к алкоголю*, который сопровождается угнетенностью, внутренней напряженностью, эксплозивностью со стремлением к использованию транквилизирующего и эйфоризирующего действия алкоголя.

4. *Компульсивное влечение* (Портнов А.А., 1962) — неуправляемое, достигающее интенсивности физиологических потребностей — голода, жажды. Оно выражает физиологическую зависимость от алкоголя. Здесь, как и при дистимическом типе влечения, есть злобно-тоскливый аффект, но стремление купировать его алкоголем еще более выражено.

5. *Влечение, сходное с диэнцефальными пароксизмами* (Альтшулер В.Б., 1978), возникает внезапно, оно крайне мучительно, сопровождается выраженными вегетативными расстройствами (потливость, чувство слабости, ощущение спазмов в животе и др.).

Указанные варианты схематически отражают основные клинико-психопатологические характеристики абстинентного синдрома. Первые два варианта учитывают преобладание в механизмах абстиненции психической зависимости, а третий, четвертый и пятый варианты — физической зависимости [1, с. 404—405].

Исходя из представления о доминантной природе патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом, основным критерием психопатологической оценки этого клинического явления избрана степень охваченности им личности. Данный критерий является универсальным, естественным и применим к каждому больному хроническим алкоголизмом. По степени охваченности больного влечением к алкоголю обнаруживаются две основные клинические формы этого патологического состояния — генерализованное влечение и парциальное влечение.

У большей части больных алкоголизмом влечение к алкоголю является доминирующим фактором поведения, определя-

ет характер суждений, направленность интересов, приобретает мировоззренческий оттенок, формирует жизненную позицию. Профиль соотношения между личностью больного и патологическим влечением к алкоголю в этих случаях характеризуется тотальной охваченностью личности, а само влечение относится к генерализованной форме.

У части больных констатируется парциальное болезненное влечение к алкоголю. Наиболее существенная отличительная особенность парциального влечения состоит в том, что оно отделено от личности и как бы противопоставлено ей. Влечение к алкоголю встречает сопротивление личности, причиняет страдание или переживается как помеха, служит источником внутренней напряженности и утомительной борьбы за сохранение трезвости, а также предметом субъективных жалоб и конкретных описаний.

Элементами парциального влечения являются сознание болезни и критическое отношение к собственному пьянству, способность констатировать наличие у себя влечения к алкоголю, сомнения в собственных силах и возможностях устоять перед соблазном выпить, страх перед приближающимся срывом, размышления о возможности потреблять алкоголь, поиск компромиссных решений, яркие и мучительные представления о выпивке, сопровождающиеся тягостными ощущениями вегетативного характера (слюнотечение, сосущее чувство под ложечкой, сердцебиения, головокружение и др.), сновидения на эту тему, попытки чем-либо отвлечься, забыться, обращения за помощью, бессонница, подавленность, слезы и другие неврозоподобные расстройства.

Названные признаки парциального патологического влечения к алкоголю свидетельствуют о его близости к навязчивым явлениям.

В ряде случаев наблюдаются временные взаимные превращения, а также переходные формы между влечением — «навязчивостью» и влечением — «паранойальностью», которые связаны с изменениями интенсивности влечения — спонтанными или под влиянием терапии. При нарастании интенсивности влечения у больных с парциальной его формой на смену попыт-

кам удержаться, противостоять соблазнам приходят одержимость тягой, мощный порыв к алкоголю, борьба за возможность выпить спиртного и т.п. При ослаблении влечения у больных с генерализованной его формой мнение о незаменимости алкоголя и ненужности отказа от него трансформируется в более или менее решительные планы соблюдения трезвости с появлением критики и сознания болезни.

4.1. Необходимые условия для успешного подавления влечения к алкоголю

Выделение разных видов влечения к алкоголю — физическое и психическое, компульсивное и обсессивное, генерализованное и парциальное и др. — условно и характеризует степень охваченности им личности. Изменение интенсивности влечения к алкоголю возможно под влиянием терапии и, несомненно, коррелирует с уровнями осознания болезни. Чем выше уровень осознания болезни (см. раздел 3.1, с.), тем меньше генерализовано влечение к алкоголю, тем больше выражены борьба мотивов и поиск компромиссных решений, тем более чуждым по отношению к личности оно воспринимается. Яркие и мучительные представления о выпивке сопровождаются тягостными ощущениями вегетативного характера и неврозоподобными расстройствами. По мере повышения уровня осознания болезни будет повышаться уровень тревожности. При достижении осознания болезни на интеллектуальном уровне и уровне эмоционального отреагирования (интеллектуального и эмоционального инсайта), при полной критике больного к своему состоянию и болезни происходит аверсия действия алкоголя. Прекращается его эйфоризирующее действие, точнее говоря, эйфоризирующее действие становится меньше эмоционально негативного действия. Напротив, прием алкоголя теперь вызывает психический и соматовегетативный дискомфорт. Хотя отношения с алкоголем по-прежнему не поддаются волевому контролю, но опьянение протекает теперь тяжело, окрашено негативными эмоциями, сопровожда-

ется идеями самообвинения, в связи с чем больные обращаются за помощью.

Известно, что эффективно влиять на влечение к алкоголю удается только у пациентов с установкой на трезвость, а точнее, с желанием лечиться и жить трезво. Искреннее желание лечиться и жить трезво проявится у больного с полной критикой к болезни и своему состоянию. Критика к болезни и состоянию оформляется после преодоления защит пациента и алкогольной анозогнозии средствами психотерапии или в результате жизненного кризиса. В свою очередь преодолеть алкогольную анозогнозию у больного и членов его семьи можно, восполнив дефицит информации о проблеме. Таким образом, восполнение дефицита информации о проблеме у пациента и созависимых членов его семьи — важнейшее условие для успешного влияния на влечение к алкоголю. А задача собственно купирования влечения к алкоголю является второстепенной, производной от других, действительно важных задач, перечисленных выше.

Патологическое влечение к алкоголю, в каких бы вариантах и в какой бы стадии алкоголизма оно ни наблюдалось, всегда означает наличие патологической доминанты, которая представляет собой определенную биологическую закономерность. С другой стороны, как бы ни была интенсивна патологическая доминанта, ее появление и существование не мыслятся без социальных поводов, обстоятельств, формы проявления и т.д. Словом, влечение к алкоголю создается, вызывается и реализуется социальными факторами, но является функцией головного мозга, и в этом заключается единство социального и биологического [2, с. 196].

Сам термин «влечение к алкоголю» состоит из двух слов, одно из которых — «влечение» обусловлено преимущественно биологическими факторами и представляет собой психическое состояние, выражающее недифференцированную, неосознанную или недостаточно осознанную потребность субъекта (Психология: Словарь. М., 1985). Вторая половина этого словосочетания — «к алкоголю» — определяет направленность этого состояния и обусловлена преимущественно социальными факторами.

Применяя лекарственные средства (нейролептики, антиконвульсанты и др.), мы можем на время действия препарата ослабить влечение к алкоголю, равно как и прочие влечения больного алкоголизмом, что вполне оправдано при лечении запущенных форм болезни в условиях стационара для подготовки к психотерапии и средствам социотерапевтического воздействия. Говоря об амбулаторной помощи больным алкоголизмом, проведении противоалкогольной терапии в узком смысле слова, мы понимаем, что первостепенное значение имеет система психотерапевтических мероприятий. Средствами психотерапии и социотерапевтическими мероприятиями мы можем изменить направленность влечения больного с алкоголя на социально-приемлемые формы поведения (досуговые увлечения, работу, спорт и т.д.).

4.2. Способы достижения ремиссий

В любой стадии алкоголизма известны следующие причины наступления ремиссии: ухудшение физического состояния, исчезновение влечения к опьянению (III стадия), исчезновение эйфоризирующего действия алкоголя, резкое ослабление влечения к опьянению, ухудшение самочувствия после алкогольного эксцесса (после 60 лет), наличие другого психического заболевания (шизофрения, эндогенные аффективные расстройства). Например, прекращение пьянства может быть обусловлено резким изменением эмоционального состояния (исчезновение эндогенно обусловленной депрессии, появление гипомании). Чаще всего ремиссии наступают в результате воздействия социальных факторов (угроза лишиться семьи, работы, социального положения, материального благополучия).

Способствуют наступлению ремиссии следующие факторы: отсутствие выраженных алкогольных изменений личности; наличие хотя бы частичной критики к заболеванию; достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации, хорошие внутрисемейные отношения; наличие высшего образова-

ние или высокой квалификации; некоторые личностные особенности (стеничность, упорство в достижении цели, известная ригидность, интроверсия в сочетании с активностью, гипертимия, самостоятельность суждений, выраженность индивидуальных черт характера, разнообразие интересов, отсутствие повышенной внушаемости, наличие позитивных увлечений, повышенное внимание к состоянию здоровья, заинтересованность в сохранении социального положения и материального благополучия). Особенно благоприятно сочетание нескольких факторов.

Терапевтической считают ремиссию, наступившую после специального терапевтического вмешательства [6, с. 45].

Таким образом, для достижения терапевтической ремиссии представляется наиболее полезным воздействие на личность в целом посредством проведения социотерапевтических мероприятий. Речь идет о коррекции созависимых отношений, нарушенных внутрисемейных коммуникаций, выведении отношений в семье на функциональный уровень.

Необходимым условием для достижения терапевтической ремиссии с высокой эффективностью, помимо преодоления алкогольной анозогнозии, является еще и коррекция созависимости.

Большинство методик, оторванных от воздействия на личность в целом, представляют собой разные варианты временного подавления влечения к спиртным напиткам. Их используют без достаточного учета и анализа механизмов формирования болезненного влечения к алкоголю и всего комплекса факторов, приводящих к нему. Другие средства (тетурам и др.) рассчитаны на временный страх перед алкоголем с использованием периода воздержания для психотерапевтического воздействия и надеждой на то, что со временем при воздержании влечение к алкоголю уменьшится [1, с. 403].

4.3. Методы подавления влечения к алкоголю

В течение многих лет в наркологии используются психотерапевтические методики, обозначаемые термином «эмоцио-

нально-стрессовые». Из них особую группу составляют так называемые опосредованные, или «радикальные» психотерапевтические методики: имплантация препарата «Эспераль», различных инородных тел, введение медикаментозных комплексов «Торпедо», кодирование и др. Общим для всех этих методик является подавление влечения к алкоголю за счет формирования у больного стойкого опасения неминуемого возникновения у него тяжелых расстройств здоровья, вплоть до смерти, в случае употребления алкоголя в течение определенного срока.

Клиническая картина психогенных нарушений, возникающих при лечении больных алкоголизмом с помощью методик опосредованной психотерапии, обычно определяется острыми тревожно-депрессивно-ипохондрическими состояниями, симптоматика которых в свою очередь зависит от предварительной установки больных, их представлений о возможности поражения тех или иных жизненно важных органов в случае употребления алкоголя. В широком смысле эти состояния являются ятрогенными. В ряде случаев внушенный страх перед употреблением алкоголя, подавляя влечение, переводя его на уровень бессознательного, вызывает развитие невротических расстройств, которые можно расценивать как побочное действие этих методов психотерапии [12, с. 62—63].

Общим для методик непосредственного воздействия на влечение к алкоголю, будь то лекарственные или немедикаментозные методы, стрессовые и нестрессовые, несмотря на все их техническое многообразие, является то, что все они эффективны только при наличии у пациента желания лечиться и жить трезво. Чем объяснить такое сходство результатов мероприятий по купированию влечения к алкоголю, несмотря на огромную разность подходов, средств и механизмов действия этих методик? Этому можно дать следующее объяснение. Мероприятия подавления влечения к опьянению для больного алкоголизмом с установкой на трезвость имеют символическое, ритуальное значение и служат способом привлечения внимания в организме к существующей проблеме для оформления трезвеннической доминанты.

Практика показывает, что способ для купирования патологического влечения к алкоголю у человека с установкой на трезвость не имеет большого значения. В кабинете анонимного лечения эта работа выполнялась сеансом внушения на фоне ясного сознания в течение 30 мин. Первые 5 мин проводилось внушение расслабления и покоя, а в дальнейшем — внушения реакции равнодушия к алкоголю. С равным успехом можно использовать внушение на фоне гипнотического транса или внушение с психотерапевтическим опосредованием. Например: «Сейчас я введу препарат, несовместимый с алкоголем. Препарат будет действовать в течение 3 лет, и Вы не сможете употреблять спиртные напитки». Следует заметить, что последний способ не используется автором в работе с пациентами.

В отдельных случаях из-за недостатка времени влечение к алкоголю приходилось снимать короткой формулой внушения трезвости в сочетании с хлопком в ладоши, или приемом смыкания пальцев в замок с глубоким вдохом, задержкой дыхания и длинным выдохом. Если установка на трезвость была выраженной и пациент уже захотел жить трезво «всем сердцем и всей душой», то этого было достаточно для достижения длительной и стойкой ремиссии.

Как видим, подавить влечение к алкоголю можно двумя принципиально разными способами. *Первый способ* — повлиять на алкогольную доминанту посредством внушенного страха, в результате чего она теряет свою актуальность, а подавленное влечение будет вытеснено в бессознательное. Как вариант симптоматического лечения алкоголизма этот способ, помимо прочих недостатков, представляется автору травматичным.

Второй способ, более трудоемкий, — создать новую, трезвенническую доминанту посредством преодоления алкогольной анозогнозии, формирования установки на трезвость, возвращения или создания новой системы ценностей, и коррекции созависимых отношений. Этот способ выгодно отличается от первого тем, что он атравматичный, направленный на причину и патогенетические механизмы болезни и более эффективный для достижения стойкой ремиссии.

Иногда для нормализации настроения, восстановления сна, для купирования тревоги, вегетативных нарушений и соматической патологии, восполнения дефицита витаминов группы В и т.д. требуется еще и лекарственная помощь. И симптоматическое лечение в таких случаях должно проводиться, иначе не будет решена главная задача. И если одна только психотерапия без медикаментозного лечения не всегда бывает эффективной, то и лекарственная помощь без психотерапии не будет действенной.

СОЗАВИСИМОСТЬ

Роль семьи в возникновении некоторых психических расстройств отмечалась авторами еще в XX в. Проблема созависимости изучается во всем мире сравнительно недавно. В этой главе сделана попытка обобщить материалы о созависимости из разных источников и осветить эту проблему с точки зрения практического врача, имеющего опыт работы в области коррекции созависимых отношений.

В свете современных представлений алкоголизм следует рассматривать не как болезнь одного человека, а как болезнь всей семьи. А семья — это устойчивая, замкнутая система. Поведение всех взрослых членов семьи всегда обязательно взаимозависимо и взаимообусловлено. Достаточно жене изменить свое поведение и обязательно изменится поведение мужа. Достаточно маме изменить свое поведение и обязательно изменится поведение сына. Произойдет это немедленно и сразу же или спустя время, отсрочено, но обязательно произойдет. Причем счет времени идет не на годы. Как показывает опыт работы по коррекции созависимых отношений, обычно эти изменения происходят в ближайшие дни, недели, месяцы. Даже 6 месяцев — это очень большой срок для таких изменений, если созависимые точно и безукоснительно выполняют рекомендации врача. Однако жена, мама могут изменять свое поведение в разных направлениях. Например, они могут действовать таким способом, что химически зависимый будет впадать в еще большую зависимость от алкоголя. А могут действовать как-то иначе, и тогда он всей душой захочет лечиться и жить трезво. Для этого члены

семьи должны прервать созависимые отношения, признать свои ошибки и изменить себя.

Итак, как только заканчиваются созависимые отношения, то сразу же или отсрочено но, в обозримом будущем заканчивается химическая зависимость? Чем обусловлена такая закономерность? Чтобы ответить на вопрос, обратим свое внимание на синдром зависимости от алкоголя. Это совершенно особенное заболевание. Особенность его в том, что с определенного этапа в своем развитии (предположительно, с середины I стадии алкоголизма) болезнь не может содержать себя сама. Она может только паразитировать на чувствах родных и близких. Но паразитирует она не в любой семье, а только там, где ей позволяют на себе паразитировать. Там, где не позволяют, болезнь заканчивается. Алкогольная болезнь поселится не в любой семье, а только там, где, с одной стороны, созданы условия для пьянства, а с другой — нет эффективного противодействия пьянству. Только при наличии этих факторов алкоголизм будет прогрессировать, в противном случае он исходит в ремиссию. Устойчивое выражение «свита играет короля» очень точно характеризует созависимые отношения. Алкогольную болезнь сына играют родители, алкоголизм мужа — жена. И как только эта игра заканчивается — заканчивается и болезнь у близкого человека.

Так что же такое созависимость? Есть много определений этому состоянию. Вот некоторые из них:

Созависимость — это концентрация внимания на другом.

Созависимость — это увлеченность болезнью близкого человека.

Созависимость — это отказ от себя.

Созависимость — это эмоциональная привязанность, достигающая болезненной выраженности.

Созависимость — это болезненное желание контролировать жизнь, опекать и воспитывать другого взрослого человека.

Созависимость — это устойчивая личностная дисфункция, связанная с отсутствием или несформированностью четких границ своего «Я», с отчуждением, неприятием своих собственных чувств, мыслей, желаний, потребностей, с устойчивой потреб-

ностью выполнения своей личности личностью другого человека, с полной зависимостью своего настроения и душевного состояния от настроения и душевного состояния другого.

5.1. Причина и проявления созависимости

Причина созависимости всегда в детстве. Из-за каких-то дефектов воспитания у созависимых сформировалась низкая самооценка. В свою очередь в силу низкой самооценки какой-то частью личности созависимые как бы «застряли» в подростковом возрасте. Они забыли или не смогли дать ответы на главные, основополагающие вопросы подросткового возраста: «Кто я?», «В чем смысл моей жизни?», «Для чего я на этой Земле?», «Как я должен (должна) реализовать себя в жизни?». Вследствие того что нет ответов на указанные вопросы, вместо внутреннего «Я» («Я» — как личность) у созависимых формируется «слепое пятно», «вакуум», «пустота».

Созависимые как бы не видят самих себя в жизни. На вопрос: «Хотели бы Вы что-то изменить в своей жизни?» — созависимые отвечают: «Да! Чтобы муж (сын, дочь и т.п.) бросил пить». «Но позвольте! Он сам разберется, бросать ему или не бросать. А в своей жизни Вы хотели бы что-то изменить?» — «Да! Вот он бросит пить и у меня все будет хорошо!»

На вопрос: «В чем смысл вашей жизни?» — созависимые отвечают: «Спаси сына (мужа и т.д.)!» А если химически зависимый сам спасется? Пройдет специальное противоалкогольное лечение и будет жить трезво? Для созависимой это страшно! Как же. Она потеряет смысл жизни. Некого будет спасать!

Этот дефект личности созависимые пытаются восполнить личностью другого человека, личностью сына (мужа, брата, внука, дочери и т.п.). На уровне поведения это проявляется двумя вариантами — контролем или заботой. Смысл этого поведения такой: «Если я его контролирую, если я о нем забочусь, значит я востребована, значит я кому-то нужна, значит моя жизнь наполнена смыслом, значит я не зря живу на этой земле». Созависимые из-за низкой самооценки не представляют себе того,

что их могут полюбить такими, какие они есть и просто за то, что они есть. Поэтому они пытаются заслужить или заработать любовь.

На основании вышесказанного созависимые разворачивают бурную деятельность. Контролируя другого или заботясь о другом они проявляют необычайную активность. Контроль и забота выражены чрезмерно, преувеличенно, гротесково, а иногда просто карикатурно. Это не просто контроль, а сверхконтроль! Тотальный контроль! Контроль за каждым шагом, за каждым движением! И это не просто забота, а сверхзабота! Забота до самопожертвования, забота до самоуничтожения! Такая забота, что «себе во всем откажу, а уж о тебе позабочусь».

При этом созависимых совсем не беспокоит, что их действия в отношении пьянства близкого человека неэффективны. Более того, их несколько не волнует, что качество их жизни ухудшается, а он пьянствует все больше и больше. Они так увлечены процессом, что их не интересует результат. Они с таким азартом играют в эту занятную и всепоглощающую игру под названием «хронический алкоголизм», что совершенно забывают о провозглашенной ими же цели — трезвости в намеченные сроки. Когда же появляется необходимость оценить результат собственной деятельности, они успокаивают себя тем, что без них было бы еще хуже, что им удалось затормозить течение болезни, предотвратить какие-то страшные последствия. Однако в действительности все это они делают не для химически зависимого, а для самих себя. Это самый настоящий эгоцентризм. Созависимые делают все это для того, чтобы чувствовать себя востребованными, значимыми, незаменимыми. Именно в этом они пытаются убедить химически зависимого, самих себя и окружающих, когда утверждают, что «без меня он пропадет», «без меня он ни на что не способен в жизни», «без меня он глупенький, дурачок и не способен разобраться в том, что для него вредно, а что полезно».

В их словах есть доля правды, а точнее, они наполовину правдивы. Дело в том, что личность химически зависимого раздвоена. В нем уживаются два разных человека. Один — сильный, умный, хороший, ответственный, добрый. Это здоровая,

нормативная часть личности. Именно таким его вырастили родители. Именно за такого выходила замуж жена. Именно таким он становится, когда полностью отказывается от алкоголя. Но появилась другая, болезненно измененная часть личности. Злой, жестокий, черствый, эгоистичный, глупый. Это — «алкогольная» субличность, это — болезнь. Но созависимые совершенно запутались. Они не представляют, в какой момент перед ними сын (муж), т.е. нормативная часть личности, а в какой — его болезнь, «алкогольная субличность». Любовь, внимание и заботу созависимые проявляют именно по отношению к болезни, «алкогольной субличности». Именно ее они холят, лелеют и возвращают. А применяя сверхконтроль, используют заведомо неэффективные меры, в чем и сами уже много раз убедились. В то же время здоровую часть личности они игнорируют, стараются не замечать, делают вид, что ее вовсе нет. Поэтому они по своему правы. Утверждая, что «без меня он пропадет, без меня он не выживет», созависимые имеют в виду, что не выживет, пропадет «алкогольная субличность», что химически зависимому придется расстаться со своей болезнью. Подсознательно они опасаются «остаться не у дел» — некого будет спасать и контролировать. Созависимые неосознанно боятся стать ненужными. Низкая самооценка — это та платформа, на которой строится весь комплекс созависимости. Все проявления и признаки этого состояния вытекают из этой причины.

5.1.1. Система ценностей созависимых

У созависимых два пути: 1) заняться своим личностным ростом, реализацией себя как личности; а это путь новый, тернистый, сложный; 2) все тот же путь созависимости, где все привычно знакомо, где ничего не надо менять. Все та же многолетняя имитация борьбы с алкоголизмом близкого человека. Казалось бы, созависимые должны понимать, что это путь разрушительный, неэффективный и тупиковый. Они же должны видеть и понимать, что от их контроля и заботы химически зависимый страдает все больше и больше. Но созависимые предпочитают видеть

только то, что они хотят видеть, и слышать только то, что они хотят слышать. Из всего спектра мнений о сложившейся в их семье ситуации созависимые склонны прислушиваться к мнению таких же созависимых, как и они. Мнение других, в чьих семьях нет созависимости, они считают ошибочным и неверным.

Выше уже говорилось о том, что созависимость всегда предшествует алкогольной болезни и является основным «пусковым» фактором для нее. Без созависимости алкогольная болезнь не может состояться. А если и состоится, то очень быстро угаснет. Для того чтобы болезнь прогрессировала, рядом с химически зависимым обязательно должен быть кто-то из созависимых. Это могут быть жена или родители, братья и сестры, дети, племянники и т.п. На каком-то коротком этапе функции созависимых могут выполнять сожительница, друзья, начальник на работе и др.

Созависимые приняли на веру ложную систему ценностей, где на первом месте абсолютизация собственного волевого контроля за пьянством близкого человека и забота о ближнем невзирая на результат. Они убеждены, что одним лишь волевым усилием способны изменить законы природы, например, законы природы человека, по которым развивается алкогольная болезнь. Родные и близкие пациента полагают, что, наращивая волевое противодействие, они способны затормозить течение болезни или предотвратить какие-то страшные последствия. Созависимые тешат себя мыслью о том, что они заняты очень нужным и важным делом — заботятся о близком и спасают его от беды. Результат этой заботы предугадать несложно: алкогольно-зависимый страдает все больше и больше, страдают как другие члены семьи, так и сами созависимые.

Для того чтобы защитить ложную систему ценностей, созависимые используют все способы психологической защиты: рационализацию, проекцию, вытеснение, минимализацию и иные, но более всего отрицание. Этот способ защиты очень похож на анозогнозию алкогольно-зависимых. Созависимые склонны перекладывать ответственность за происходящее в их жизни на других: «Вот если бы он не пил, мы так хорошо бы жили!»; «Он пьянствует, потому что его друзья спаивают» и т.д. И никогда

созависимые не скажут, что «Он пьянствует, потому что я не хочу действовать достаточно эффективно»; «Он пьянствует, потому что я до сих пор не выполнила два простых действия — не обратилась за помощью к специалисту, а если и обратилась, то не захотела выполнить его рекомендации по преодолению созависимых отношений». Они отрицают свою роль в картине этой болезни: «Он пьет, лечиться не хочет, а я что могу сделать?» или «Зачем мне лечиться? У меня же нет проблем с алкоголем». Созависимых страшит личная ответственность за происходящее в семье. Они отказываются рассматривать ситуацию через призму личной ответственности и предпочитают представлять себя жертвой обстоятельств. Вместо: «Я позволяю ему пьянствовать» — они говорят: «Он пьянствует больше и больше». Они с охотой и готовностью берут на себя ответственность за процесс (контроль или заботу), но наотрез отказываются брать на себя ответственность за результат: «Я уже по-всякому пробовала на него влиять, но он пьет еще больше и страшнее». И она действительно пробовала «по всякому»... кроме одного — выполнения рекомендаций лечащего врача по коррекции созависимости. Вместо этого она обращается к колдунам, знахарям, экстрасенсам, парапсихологам, врачам других специальностей (не наркологам). Когда же обстоятельства вынуждают обратиться к специалисту, она готова сотрудничать до определенного момента. Но как только врач касается темы преодоления созависимых отношений, она прекращает все контакты, разочаровывается в нем и вновь начинает искать специалиста с «волшебной палочкой», успокаивая себя тем, что «уже все перепробовала». Защитная формула «проблемы не у меня, а у моего мужа (сына, внука и т.д.)» позволяет переложить ответственность за свои неудачи на его плечи.

5.1.2. Несимметричность отношений и семейный секрет

Между тем болезнь прогрессирует, качество жизни ухудшается, а химически зависимый пьянствует все больше и больше. Не видя возможности эффективно контролировать трез-

вость близкого человека, созависимые тем не менее наращивают волевые усилия по контролю. При этом они утрачивают контроль над своими чувствами, своим поведением и всей своей жизнью. Созависимые «ставят на себе крест». Они плохо питаются, неважно одеваются, мало спят, недостаточно отдыхают, не занимаются удовлетворением своих потребностей, не следят за своим здоровьем. Мало того, что они не уделяют внимания самим себе, так они обделяют своим вниманием других членов семьи на том основании, что «у них и так все хорошо».

Стремление к установлению деструктивных отношений становится навязчивым и даже компульсивным. В запущенных случаях поведение созависимых становится похожим на поведение психически нездорового человека.

Болезнь близкого человека становится центром семьи. Самочувствие всех ее членов связано с проявлениями болезни. Если алкогольно-зависимый пришел пьяный, значит в семье крики, скандалы, ругань — всем плохо. Если пришел трезвый — всем хорошо, у всех праздник. В здоровой функциональной семье нет фиксированного центра семьи: сегодня главное — проблемы дочери, потом — сына, потом — бабушки, затем — брата, мои, мужа — до каждого дойдет очередь. А в дисфункциональной, созависимой семье все подчинено проявлениям болезни.

Отношения в созависимой семье становятся несимметричными. Алкогольно-зависимый отдает семье все меньше и меньше, а получает все больше и больше. Происходит перераспределение обязанностей. По мере прогрессирования болезни химически зависимый постепенно одну за другой складывает с себя обязанности взрослого члена семьи, и все, что он с себя складывает, взваливают на себя созависимые. Вот он перестает участвовать в домашних делах, а жена или родители говорят: «Ничего, мы сами будем все делать по дому». Вот он перестает приносить в дом половину зарплаты, а жена и родители успокаивают: «Ничего, мы сами устроимся на работу и будем зарабатывать деньги». Вот он перестает заниматься воспитанием своих детей — «Ничего, мы сами будем твоих детей растить и воспитывать». Он вообще бросает работу, а жена и родители — «Ничего, мы себе во всем откажем, а уж о тебе позаботимся!» Алко-

гольно-зависимый с удовольствием садится на подставленную шею и хорошо себя чувствует — созданы идеальные условия для пьянства.

Личность химически зависимого раздвоена, о чем говорилось выше. Алкогольная «субличность» требует, чтобы «не выносили сор из избы», чтобы алкогольная проблема не обсуждалась нигде и ни с кем. Созависимые, боясь потери близкого человека, общественного осуждения, идут на поводу у болезни. Из алкогольной болезни делают семейный секрет. Созависимые скрывают проблему или лгут. Не обсуждают проблему с начальством на работе сына (мужа), страдающего алкоголизмом, в школе, где учатся его дети, в отделе по защите прав несовершеннолетних, в милиции. Не обсуждают даже с врачом психиатром-наркологом. Лгут детям: «Папа пришел пьяный, потому что на работе устал». Лгут начальнику по месту его работы: «Он на работу не выйдет, так как грибами отравился». Лгут всем и даже самим себе, что когда-нибудь он «возьмется за голову, одумается», что болезнь сама по себе «испарится», излечится без лечения. Семейный секрет ведет к изоляции семьи — рвутся социальные связи, к семейной деградации, а в итоге — к распаду семьи.

5.2. Роли созависимых

Треугольник Карпмана. Есть три любимые роли созависимых. Речь идет о треугольнике Карпмана. Это роль спасателя, роль праведного преследователя и роль жертвы. Любую из них можно рассматривать как концентрацию внимания на болезни, как отказ от себя, потому что играют их не для себя, а для других. Созависимые не желают замечать, что божий мир богат, красив и разнообразен. Все больше и больше внимания их поглощается проявлениями болезни. Все больше и больше времени они уделяют проявлениям болезни. Иногда играют одну из ролей годами, порой меняют их каждые 5 мин, но никак не могут вырваться из жестких рамок ограничительного поведения.

Созависимые не желают замечать, что в мире есть много других ролей — добрых, приятных и хороших. Например: роль

человека, который пошел на концерт, или роль человека, который греется на солнышке на пляже, или роль человека, который делает для себя что-то приятное, который занимается удовлетворением своих потребностей. Из-за низкой самооценки созависимые не могут себе этого позволить в полной мере.

Для того что бы играть в семье роль человека самодостаточного, успешного и счастливого, необходимо подняться над собой, требуется личностный рост, надо расстаться с комплексом вины и низкой самооценкой. Способны ли на это созависимые? Конечно, в подавляющем большинстве случаев это возможно. Как правило, в трудовой деятельности созависимые вполне успешны, а иногда даже гиперкомпенсированы. Не имея возможности реализовать себя как личность в семье, созависимые успешно делают это в работе (при условии, если речь идет не о самых запущенных случаях созависимости). Поэтому можно сделать вывод, что ресурсов для того чтобы справиться с состоянием созависимости при помощи врача в подавляющем большинстве случаев у них вполне достаточно.

Роль спасателя. Одна из любимых ролей созависимых — это роль спасателя. Именно в этой роли созависимые могут проявить сверхзаботу по отношению к химически зависимому. Заботясь о близком, злоупотребляющем алкоголем, и отказывая в такой же заботе другим членам семьи и самим себе, созависимые переходят все рамки разумного. Это забота до самопожертвования, самоотречения. Созависимые убеждены в том, что заботясь о близком, они делают благое дело. А проявляя заботу только по отношению к алкоголику и отказывая в такой же заботе другим членам семьи, у которых нет проблемных отношений с алкоголем, они объясняют это тем, что он больше нуждается, что он больше страдает, что он больше просит о такой заботе, что он больше мучается. Что он самый слабенький и беззащитный, что он глупенький, неопытный и безвольный, а потому не может без их помощи справиться с какими-то трудностями в своей жизни. Созависимые не хотят замечать, что когда надо найти средства на выпивку и уклониться от заботы о своих детях и родителях, его беспомощность и слабость куда-то девается. Алкогольно-зависимый проявляет ясный ум, прекрасную

сообразительность и большую изобретательность. В своем стремлении к бутылке, алкоголю он способен проявить огромную силу и просто железную волю. А коли так, раз уж все эти качества у него имеются, то он способен проявить их, если захочет, и в своем стремлении к трезвости, в своей заботе о жене, детях, родителях, близких, да и вообще во всех сферах жизни. Но созависимые играют роль спасателя не для него, а для себя. Если они признают у алкогольно-зависимого качества взрослого и ответственного человека, то им придется расстаться с ролью спасателя, а этого они допустить не могут.

Спасатель — спасает, опекает, нянчит — кого? Взрослого человека. Но качество жизни ухудшается, он пьянствует все больше и больше. Спасает год, два, три и не желает замечать, что результат отрицательный, что это неэффективная стратегия поведения. Более того, эта забота во вред, потому что болезнь прогрессирует, если ее не лечить, а пытаться заменить лечение сверхзаботой.

Почему эта забота во вред? Вот по какой причине. Кто совершает ошибки, если в семье есть алкоголизм? Тот, кто пьянствует. А кто расплачивается за его ошибки? Те, кто рядом — жена, родители, дети, братья и сестры и т.д., причем, созависимые сами стремятся расплатиться за его ошибки любой ценой — иногда ценой своего здоровья, подчас ценой своей жизни. Если бы они этого не делали, что бы произошло? Да, он «набил бы себе шишек», «наломал бы дров», совершил бы много всяких ошибок и давным-давно сделал бы правильные выводы: зачем мне пить водку, если из-за нее одни проблемы? Он бы давно прошел специальное противоалкогольное лечение, отказался бы от алкоголя, жил бы трезво и счастливо. Он давно бы наверстал упущенное, вернул бы себе все потери, которые понес на пути к трезвости, и стал бы сам заботиться о своих близких.

Если бы созависимые не расплачивались за его ошибки, сама жизнь объяснила бы ему и доказала, что жить трезво — это хорошо, а пить водку — плохо. Сама жизнь быстро расставила бы все по своим местам и поставила бы вопрос ребром — жить или не жить, употреблять алкоголь или не употреблять? И вопрос будет стоять именно так, предельно остро. Конечно, химически

зависимый не настолько глуп и не самоубийца, а поэтому сделает правильный выбор — трезвость. Если бы он был самоубийцей, то не мучил бы своих близких и давно ушел бы из жизни. Но он любит жизнь, а потому обязательно сделает правильный выбор.

Однако в этой схеме нет места для созависимых, а если и есть, то не в роли спасателя, а в роли принимающего заботу о себе. Из-за низкой самооценки они считают себя недостойными этого. А потому, вновь и вновь расплачиваясь за ошибки близкого человека, они не дают ему почувствовать ошибочность своего выбора, отказывают ему в праве быть взрослым и ответственным человеком. Они продолжают относиться к нему как к ребенку, как к несмышленишу, хотя «ребенок» по возрасту, паспорту и статусу должен быть отцом, мужем, добытчиком, защитником, личностью, заботливым сыном для родителей и т.д.

Роль праведного преследователя. Другая любимая роль созависимых — роль праведного преследователя. Играя эту роль созависимые проявляют сверхконтроль по отношению к химически зависимому. Это тотальный контроль за каждым шагом, за каждым поступком. Проверочные звонки на работу: «Ты с работы — сразу домой! В пивную не заходи!». Контроль семейного бюджета: «Зарплату мне отдавай! Если деньги у тебя останутся, ты их пропьешь или потеряешь!». Выбирают сыну (мужу) друзей: «Ты с этими дружи! А те тебя спаивают, держись от них подальше!». И не замечают что выглядит это комично. Можно выбирать друзей мальчику 12—15 лет, да и то с большой осторожностью и тактом. Но выбирать друзей мужчине (или женщине) 25—40 лет..? Навязывают семейный досуг: «В выходные едем на дачу. А если ты один дома останешься, придут собутыльники и будут тебя спаивать!» Но контроль, как его не наращивай, будет неэффективен. Алкогольно-зависимый все равно прогуливает работу, пропивает часть зарплаты, выбирает компанию с бутылкой, после работы направляется в пивную, попадает в неприятные ситуации и при этом постоянно обещает, что больше так делать не будет. Ну, вылила жена алкоголь из найденных пузырьков и бутылок в раковину. А он займет денег у соседа и все равно напьется.

В дополнение к сказанному приведем небольшой пример из практики врача-нарколога.

На приеме созависимую жену или маму очень легко распознать — она отвечает за другого. Я задаю вопрос сыну (мужу и т.п.): «Скажите, в каких дозах Вы употребляете алкоголь?» А мама (жена) не дает ему рта открыть: «По бутылке в день». Она говорит — «Как же. Он вас обманет. Он все приуменьшает и приукрашивает!» Но я тоже это знаю! Он видит меня в первый раз и ему надо «сохранить лицо». Поэтому он приуменьшает и приукрашивает. Я не стану уличать его в обмане, но постараюсь задавать вопросы таким способом, что в своих ответах он будет сам себе противоречить. В итоге у меня будет полная картина болезни. Я точно разберусь, когда был переход из привычного употребления алкоголя в болезнь. Насколько далеко он зашел по алкогольному пути. Какая у него форма заболевания и какие особенности случая. С какой скоростью развивается болезненный процесс именно в его случае и т.д. Но созависимые не доверяют ни врачу, ни больному. Они пытаются думать за другого, отвечать за другого, решать за другого, а по большому счету — жить за другого. Созависимые взвалили на свои плечи столько, сколько унести невозможно. Они пытаются сделать то, что в принципе невозможно — прожить другую жизнь, прожить жизнь за другого.

В роли праведного преследователя контроль за поведением химически зависимого переходит все разумные рамки. Созависимые кричат, ругаются, обвиняют, учат жизни, читают нотации, выговаривают, воспитывают и перевоспитывают, а в запущенных случаях берутся за скалку или сковородку. При этом они не задумываются, кого воспитывают — взрослого человека! Ну, конечно же, поздно воспитывать в этом возрасте! Накричали на него. Только ему от этих криков ни жарко, ни холодно! Или как в известной поговорке: «в одно ухо влетело, в другое вылетело». Обращаясь к матери, он говорит: «Раз ты на меня накричала, нервы мне подняла — значит пойду и напьюсь еще больше!» Контроль и праведное преследование неэффективны. Созависимые кричат и ругаются год, два, три, но болезнь прогрессирует. Давно пора сделать вывод о неэффективности этой

стратегии поведения. Но созависимые предпочитают другое — для них важен не результат, а процесс. Они просто упиваются своей принципиальностью и правильностью: «Я же правильно на него кричу! Я же правильно на него ругаюсь!» Правильно-то правильно, но где результат этой правильности?

Роль жертвы. Безверие и суеверность. Третья любимая роль созависимых — роль жертвы. Жертва жалуется на судьбу, ищет сочувствия, пытается вызвать жалость к себе, говорит: «Какая я бедная. Какая я несчастная. Какая я угнетенная. Как мне от него достается...» При всем этом она «палец о палец не ударит», чтобы изменить жизнь к лучшему. Жертва выпячивает свою слабость, беспомощность и незащищенность, но никогда не пойдет на разрыв отношений со своим мучителем. Она ни за что не согласится даже на время отстраниться от того, кто ее истязает. В таком случае жизнь для нее становится пресной, теряет свою остроту.

Созависимые живут той жизнью, которую сами для себя выбрали. Они имеют то, что хотят иметь. Свои страдания, свои «вериги» они не желают поменять на здоровье ближнего и спокойствие.

Когда речь идет о способах решения проблемы созависимые не верят никому и ничему. Не верят даже своим здоровым импульсам. Вроде бы начнут действовать правильно, осталось совсем немного, но они идут на попятную. Созависимые, пытаясь противодействовать пьянству близкого человека, действуют импульсивно, непоследовательно, не доводят начатое до конца, останавливаются на полдороги.

Они не верят другим членам своей семьи, друзьям, тем, в чьих семьях нет созависимости. Не верят даже врачу психиатру-наркологу. На предложение изменить свое поведение созависимые отвечают отказом. Появляется апломб и самоуверенность в их словах: «Это не поможет», «Будет еще хуже», «Я своего мужа лучше знаю» и т.д.

Пытаясь найти свой собственный способ решения проблемы созависимые обращаются за помощью к «колдунам», знахарям, целителям, лечат химически зависимого по фотографии, «тонкими космическими энергиями», потусторонними силами

и т.д. Не получив результата, разочаровываются в лечении вообще и предпочитают плыть по течению, утверждая, что уже «все перепробовали».

5.3. Виды помощи созависимым

В настоящее время созависимость официально не признана болезнью. В международной классификации нет такой нозологической единицы. Считается, что это особый вариант развития личности.

Как известно, имеется огромное множество определений болезни. Одно из них гласит: «Болезнь — это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации и качественно своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов; болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособительности к среде и ограничением жизнедеятельности больного».

Руководствуясь данным определением болезни, можно утверждать, что созависимость — это болезнь, при которой нарушение функций, своеобразие компенсаторных механизмов и снижение работоспособности к среде очерчены довольно ярко. Тем не менее опыт работы с членами семей больных алкоголизмом убеждает нас в том, что созависимость составляет клинико-психологическую реальность, а отнесение этого состояния к патологии или к вариантам личности зависит от степени выраженности описанных расстройств [19, с. 99].

Распознавание и лечение созависимости важно для функционирования всей семьи. Алкоголизм систематически нарушает все взаимоотношения в семье. Избавление от страданий созависимого супруга может существенно повлиять на больного алкоголизмом, способствовать его обращению за лечением. Опыт работы с созависимыми членами семьи показывает, что если вмешательство по коррекции созависимости проведено успешно, то, за исключением редких случаев, больной алкоголизмом обращается за медицинской помощью. Если на первых

порах он относится к этому формально, то в дальнейшем у него формируется установка на лечение и трезвость.

По-видимому, созависимость следует рассматривать как болезненное состояние только в тех случаях, когда в семье имеется больной синдромом зависимости в фазе активного процесса. В прочих случаях созависимость представляется вариантом личности.

Общность происхождения алкоголизма и созависимости, сходство их проявлений обусловили и сходство терапевтических подходов. Это индивидуальная и групповая психотерапия, различные группы самопомощи типа Ал-Анон, образование по вопросам зависимости и созависимости, семейная система, семейная психотерапия, супружеская терапия, чтение литературы по соответствующей проблеме.

По ряду организационных, технических и других причин все перечисленные виды помощи используются редко. Чаще применяют такие формы работы, как лекции, индивидуальное консультирование, индивидуальная или групповая психотерапия.

Общая цель лечения созависимости заключается в том, чтобы вовлечь клиента в процесс реорганизации мировоззрения. Специфические техники и руководства обеспечивают помощь клиентам в перестройке их жизни, причем акцент делается на том, что страдающий созависимостью должен сам пересмотреть свою жизнь (менее всего необходимо обеспечивать клиента различными советами типа «делай так» и «не делай этого»).

Выздоровление дается нелегко и происходит нескоро. Для большинства нуждающихся для завершения детально разработанной программы лечения необходимо от 3 до 5 лет. Выздоровление от созависимости может длиться всю жизнь, так как его суть состоит в самосовершенствовании [11, с. 98].

Такой объем помощи созависимым от психиатра-нарколога или психотерапевта, конечно, представляется избыточным. Мы не можем сделать клиента счастливым на всю жизнь. Помощь созависимым со стороны специалиста должна иметь целью переход состояния больного алкоголизмом в ремиссию и медицинские мероприятия ближайшего этапа для укрепления его в трезвости, т.е. ограничиваться этапом собственно лечения

больного алкоголизмом и этапом медицинской реабилитации. Что касается этапов психологической, социальной и трудовой реабилитации больного алкоголизмом, а также мероприятий для активизации личностного роста созависимых членов семьи на этих этапах, то для этой работы требуется помощь психологов или социальных работников, а вовсе не врачей.

Эффектом вмешательства врача психиатра-нарколога по коррекции созависимости является не личностный рост созависимых, который продолжается всю их жизнь, а такое изменение внутрисемейных отношений, в результате которого у пациента сформируются желание лечиться и жить трезво, установка на лечение и трезвость.

Само собой разумеется, что психотерапевт лишь предлагает лечение, а созависимый индивид выбирает его либо отвергает, т.е. работа основана на принципе добровольности. Отсев обратившихся за помощью большой, но это не должно смущать психотерапевта, так как людям с таким состоянием свойственно сопротивление любому вмешательству. Девизом многих созависимых могли бы стать слова: «Умру, но не изменюсь» [11, с. 298].

Препятствием для успеха является некритичное отношение созависимых к своему состоянию. Они, как и больные алкоголизмом, отрицают проблему, перекладывают ответственность на другого, говорят: «Мой муж (сын) пьет, вот вы его и лечите. А я не злоупотребляю алкоголем, значит мне лечиться не надо». Алкогольную анозогнозию, очевидно, можно рассматривать не только как неузнавание у себя болезни больного, но и как некритичное отношение к происходящему членов его семьи. Большой отсев обратившихся за помощью созависимых связан не только с тем, что они сопротивляются вмешательству врача, но и с тем, что само вмешательство не всегда адекватно степени сопротивления. Как и в случае работы с алкогольно-зависимым человеком, врач психиатр-нарколог иногда допускает ошибки. И наиболее типичные из них, как и в работе с больным алкоголизмом, во многом повторяются:

1. Из-за недостатка времени врач дает рекомендации по коррекции созависимости без достаточного обоснования. Вместо того чтобы вначале добиться осознания проблемы, а потом

переходить к способам ее решения, психиатр-нарколог сразу же предлагает эти способы, что, естественно, вызывает сопротивление.

2. Врач ставит невыполнимые условия перед созависимым — длительно посещать занятия групповой психотерапии человеку, чье психическое здоровье в той или иной мере подорвано жизнью в семье с больным алкоголизмом. После посещения нескольких сессий созависимый отказывается продолжать лечение, разочаровывается в методе и ищет другие (короткие, разовые) способы решения проблемы. Заставляет и принуждает алкогольно-зависимого сделать «укол» или «закодироваться». А в случае одной или нескольких неудач просто опускает руки и предпочитает «плыть по течению».

3. Использование директивной позиции психотерапевта в случае, где требуется сопереживательно-партнерская позиция. Врач сразу же возлагает ответственность за происходящее в семье на созависимого и предлагает ему измениться. В то время как вначале можно предоставить исчерпывающую информацию о проблеме, о способах ее решения и только после этого предложить созависимому сделать осознанный выбор: изменять себя или не изменять.

4. Из-за ограниченности во времени врач пытается исправить только отдельные, основные, на его взгляд, искажения мышления созависимого, в результате чего система ложных взглядов остается нетронутой, а созависимый, используя те или иные способы психологической защиты, утверждает в своих иллюзиях, а то и делает вывод о некомпетентности врача. Это же относится и к попыткам исправлять искаженное мышление созависимых частями, за несколько психотерапевтических сессий.

5. Объяснение механизмов созависимости в недоступной для человека форме, отвлеченно, ненаглядно, неясно. Врач использует специальные, малопонятные для созависимого термины, рассказывает о других формах созависимых отношений так, что близкий больного алкоголизмом может подумать, что к нему все это не относится.

6. Игнорирование доводов созависимых в оправдание своей позиции. У родных и близких больного алкоголизмом найдется

немало объяснений для своих ошибочных действий. И если врач не найдет достаточных контрдоводов по каждому из таких объяснений, платформа созависимости останется непоколебимой.

7. Врач работает с одним из созависимых членов семьи, а при отказе его от помощи разводит руками: «А что я могу сделать». Однако, возможно, есть другие взрослые члены семьи, располагающие достаточными ресурсами для осознания проблемы, преодоления созависимости и способные достаточно эффективно влиять на больного алкоголизмом.

Когда больной, после изложения ему концепции химической зависимости, отказывается принять медицинскую помощь или соглашается на противоалкогольное лечение формально, с целью доказать его неэффективность, проводится отдельное занятие с родными и близкими пациента для коррекции созависимости.

Для формирования критичного отношения к происходящему у созависимых используется такое же вмешательство, как и для преодоления алкогольной анозогнозии у больного алкоголизмом. Та же последовательность работы, те же принципы, техники и приемы эффективны и в случае созависимости [7].

ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СОЗАВИСИМЫХ ОТНОШЕНИЙ

6.1. Требования к новым методам коррекции созависимости и цели такого вмешательства

Как показывает практика работы с больными алкоголизмом, наибольшая резистентность к лечебным мероприятиям отмечалась в случаях, когда у больного была грубая сопутствующая психопатология, в запущенных формах болезни при значительной алкогольной деградации личности, а также при работе с пациентами молодого возраста (до 26—28 лет), когда очень сильны созависимые отношения.

Можно ли существенно повысить эффективность работы в таких случаях? Оказывается можно, если наращивать объем вмешательства: недостаточно такого метода психотерапии, заменим другим или используем сочетание разных методов. Недостаточно психотерапии — добавим лекарственную помощь, которую можем использовать массивно и длительно. Исчерпаны возможности амбулаторного лечения — поместим больного в стационар, повторно госпитализируем, предложим те или иные реабилитационные программы и в любом случае добьемся результата — трезвости, если успеем. Потому что жизнь больного алкоголизмом может оборваться в любой момент. На I стадии алкоголизма погибают в основном от несчастных случаев, а на II — от внутренних заболеваний.

Как правило, не бывает неэффективного лечения больных алкоголизмом, а бывает несоответствие объема помощи тяже-

ти заболевания, т.е. случай тяжелый, — а объем помощи недостаточный. Значит, надо наращивать объем помощи. Мы должны сделать все возможное и необходимое для спасения жизни каждого больного алкоголизмом. И у нас есть все инструменты и средства для этого, если больной согласится принять медицинскую помощь. А если не согласится? Если в силу своего болезненного состояния он пока еще не способен принять правильного решения? Если он запутался и не видит выхода из создавшейся ситуации? Это вовсе не значит, что его лечить бесполезно. Это означает, что требуется больший объем помощи. Значит, следует наращивать вмешательство через коррекцию созависимых отношений.

Родные и близкие пациента, те, кому не безразлична его жизнь, после такого вмешательства могут изменить свое поведение, станут действовать более принципиально, последовательно, эффективно, и больной немедленно или спустя время согласится принять помощь врача в полном объеме. Однако при всей очевидной действенности такого подхода для врача или лиц, у которых нет созависимости, сами созависимые не разделяют такой точки зрения. Сами они убеждены в том, что их действия абсолютно правильны и безошибочны. Попытки врача дать рекомендации по коррекции созависимости по ряду причин будут заведомо безуспешны. Вот некоторые из этих причин:

а) созависимые отрицают свою роль в картине болезни, проблему видят только в пьянстве близкого человека, а собственные действия представляются им единственно правильными и непогрешимыми;

б) созависимые не верят в то, что способны что-то исправить к лучшему, недооценивают собственного влияния на больного или вообще не желают менять свой жизненный уклад;

в) члены семьи химически зависимого не доверяют врачу, так как их жизненный опыт подсказывает обратное рекомендациям специалиста; действия в предложенном врачом направлении вызвали кризисные явления в жизни больного, что очень пугало созависимых и вынуждало их прекратить подобное влияние;

г) родные и близкие пациента не способны самостоятельно оценить вид, масштабы и степень существующей опасности, а поэтому откладывают более принципиальные и эффективные действия на неопределенное время.

Существующие техники по коррекции созависимости в силу ряда недостатков, частично указанных в предыдущей главе (см. раздел 5.3, с. 117), предполагают большой отсев созависимых, обратившихся за помощью к врачу психиатру-наркологу по поводу пьянства близкого человека. Таким образом, назрела необходимость в разработке новых, более эффективных способов по коррекции созависимости.

Новые методы коррекции созависимых отношений должны отличаться от уже существующих отсутствием их недостатков и соответствовать ряду требований:

1) отсев обратившихся за помощью созависимых должен быть значительно снижен;

2) вмешательство по коррекции созависимости должно быть эффективным в большей части случаев;

3) под эффективностью вмешательства психиатра-нарколога по коррекции созависимости следует понимать не личностный рост созависимых, который может длиться всю жизнь, а такое изменение внутрисемейных коммуникаций, в результате которого больной алкоголизмом примет специальную медицинскую помощь в полном объеме и будет жить трезво;

4) метод должен быть недорогим, экономичным, а потому доступным для широких слоев населения, нуждающихся в такой помощи;

5) вмешательство должно выполняться за короткое время (не более 3 ч), как индивидуально, так и в группе;

6) технология должна быть настолько простой, чтобы ее, после короткого обучения, мог освоить любой врач: психиатр-нарколог, психотерапевт или медицинский психолог;

7) вмешательство (с некоторой потерей эффективности) должно быть осуществимым и заочно посредством видеоносителей и библиопсихотерапии;

8) технология должна быть безопасной и не иметь противопоказаний.

В кабинете анонимного лечения технология для коррекции созависимых отношений, соответствующая вышеперечисленным требованиям, используется автором с 1999 г. Вмешательство по коррекции созависимости аналогично вмешательству по преодолению алкогольной анозогнозии на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости», что учитывая параллелизм проявлений алкоголизма и созависимости, представляется вполне обоснованным. Таким образом, цели, стратегия, условия и способ выполнения вмешательства по коррекции созависимости похожи и во многом повторяют таковые при вмешательстве по преодолению алкогольной анозогнозии.

Цели психотерапевтической работы на этом этапе следующие:

1. Необходимо восполнить дефицит информации о проблеме созависимости членам семьи больного алкоголизмом таким образом, чтобы травмирующая информация смогла преодолеть все защиты созависимых, изменила систему их ценностей, иерархию потребностей, а следовательно, и их поведение.

2. Результатом вмешательства по коррекции созависимости должно быть критичное отношение созависимых к своему состоянию и эффективное влияние на больного алкоголизмом, после которого тот согласится принять противоалкогольное лечение в полном объеме и согласится с необходимостью жить трезво.

3. Конечной целью вмешательства является достижение терапевтической ремиссии больного алкоголизмом. Психотерапевт способствует личностному росту созависимых только до этого результата.

4. Врач стремится вывести отношения в семье на функциональный уровень, чтобы созависимые не провоцировали близкого человека на алкогольное поведение в дальнейшем.

5. Необходимо получить согласие созависимых на дальнейшее сотрудничество с врачом и индивидуальное консультирование их вплоть для получения результата — трезвости близкого человека.

6.2. Способ выполнения вмешательства

Аналогично вмешательству по преодолению алкогольной анозогнозии достижение вышеперечисленных целей осуществляется информированием, изложением концепции созависимости. Причем количество, качество и структура информации должно быть достаточным для преодоления защиты созависимых. Речь идет о сверхподробном проговаривании механизмов и признаков созависимости с оспариванием ложных суждений созависимых. Информация должна быть ясной, доступной для понимания созависимым при соблюдении принципа универсальности т.е. доступности для созависимых с учетом возраста, образования и других различий. В то же время информация должна быть достоверной и легко проверяемой. В целях предупреждения нежелательных реакций созависимых признаки созависимости рассматриваются с постепенным утяжелением по степени травматичности. Изложение концепции созависимости должно заканчиваться обязательным рассмотрением путей и способов решения проблемы.

Условия проведения вмешательства по коррекции созависимости следующие:

1. Желательное участие в процедуре всех взрослых членов семьи, не имеющих проблемных отношений с алкоголем, включая близких родственников, не только живущих под одной крышей с больным алкоголизмом, но и живущих отдельно, однако имеющих тесные отношения с алкогольно-зависимым или другими членами его семьи. Возможно участие в процедуре друзей созависимых, в чьих семьях нет алкоголизма и наркомании.

2. Если вмешательство выполняется перед работой с больным алкоголизмом, то его можно проводить в группе с другими созависимыми, а если после общения с химически зависимым, когда врач уже знаком с особенностями отношений в этой семье, то предпочтительна индивидуальная работа с членами одной семьи.

3. Экспозиция терапевтического вмешательства составляет 3 ч. Опыт показывает, что коррекцию всех иррациональных

суждений, мифологических образований и иллюзий созависимых относительно своей роли в клинике алкогольной болезни лучше проводить одновременно, за 1 занятие. Если времени недостаточно, следует отложить эту работу.

Как и при работе с больным алкоголизмом, основными приемами является информирование с экспликацией, упрощением медицинских терминов и понятий, обсуждением и оспариванием иррациональных суждений созависимых. Врач предлагает вниманию родственников определения созависимости и последовательно рассматривает не менее 20 условно выделенных ее признаков.

Это могут быть такие проявления как:

- низкая самооценка;
- подростковость личности созависимого;
- восполнение себя другой личностью;
- контролирующее поведение созависимых;
- забота созависимых о болезни близкого человека;
- роли созависимых (роль спасателя, преследователя, жертвы);
- чувства созависимых;
- утрата контроля над чувствами;
- утрата контроля над своим поведением;
- утрата контроля над поведением химически зависимого;
- утрата контроля над своей жизнью;
- анестезия к эмоциональной боли;
- несимметричность отношений в семье;
- алкоголизм как центр всей семьи;
- перераспределение внимания в семье;
- перераспределение обязанностей;
- компромиссы с «алкогольной субличностью»;
- семейный секрет, боязнь огласки;
- неспособность трезво мыслить;
- компульсивность поведения созависимых;
- стремление к установлению деструктивных отношений;
- перекрестная зависимость;
- утрата психического, а затем и физического здоровья;
- неверие в близкого человека, в себя, неверие врачу;

- суеверность;
- отношение созависимых к лечению;
- чрезмерная зависимость от мнения окружающих;
- страхи созависимых;
- неэффективность мер для отрезвления химически зависимого;
- псевдоальтруизм и другие признаки.

Проявления созависимости перечислены в произвольном порядке. Но при работе с созависимыми имеет значение определенная последовательность в рассмотрении признаков. В первую очередь следует рассказывать о таких проявлениях этого состояния, которые очевидны и для самого созависимого. И только после обсуждения нескольких таких признаков можно переходить к проявлениям, осознание которых будет встречать наибольшее сопротивление.

Принципиальное значение имеет степень подробности. Опыт работы с созависимыми показывает, что обсуждение 5—10 признаков бывает недостаточным для осознания проблемы. В то же время условно можно выделить 60 и более характеристик этого состояния, но чрезмерная подробность на одной психотерапевтической сессии в свою очередь также может препятствовать осознанию и целостному видению проблемы родными и близкими больного алкоголизмом. На мой взгляд оптимальным можно считать рассмотрение 20 признаков в течение 3 ч.

Каждый из рассматриваемых признаков в целях обеспечения наглядности и доступности для созависимых иллюстрируется 2—5 примерами из практики, в которых созависимые узнают себя и свои реакции на проявления болезни. Для создания условий объемного видения проблемы врач прослеживает динамику развития этого состояния, параллелизм и связь с симптомами алкоголизма.

После такого изложения концепции созависимости врач приступает к перечислению способов решения проблемы и сопоставлению иррациональных суждений созависимых.

Как показывает опыт работы в кабинете анонимного лечения, родные и близкие больного алкоголизмом после такого

вмешательства в большинстве случаев меняют свое отношение к проблеме, свое поведение, начинают действовать более эффективно и последовательно, выполняют все или некоторые из предложенных рекомендаций по коррекции созависимости, действительно влияют на больного алкоголизмом, после чего тот соглашается на начало или продолжение курса противоалкогольного лечения.

**НОВИЗНА, ПРЕИМУЩЕСТВА
И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДЛАГАЕМОГО МЕТОДА**

**7.1. Анализ практического применения технологии
«лечение алкоголизма без желания пациента»**

Предлагаемый способ преодоления алкогольной анозогнозии приемами рациональной психотерапии — лечение алкоголизма без желания пациента — систематически используется в кабинете анонимного лечения с 1997 г. Аналогичное вмешательство для коррекции созависимости у родственников — с 1999 г.

Лечение описываемым методом прошли в 1997—1998 гг. 42 человека, не желавших лечиться и согласившихся только на «консультацию». Это были пациенты с I и II стадией синдрома алкогольной зависимости в возрасте от 20 до 62 лет. Из них 6 женщин, 5 безработных. После проведенного занятия таким способом рациональной психотерапии 23 человека согласились на противоалкогольное лечение сразу же в кабинете, а еще 9 человек обратились на лечение спустя 1—3 мес. 10 человек из числа занимавшихся с врачом для продолжения лечения не обращались. В последующем выяснилось, что 1 человек обратился на лечение в другой кабинет. Оставшиеся 9 человек продолжали употреблять спиртные напитки по-прежнему. Вмешательство по коррекции созависимости не проводилось.

Пациенты из числа принявших решение лечиться после рациональной психотерапии, как правило, не соглашались идти в трезвость на короткое время и избирали программу трезвости на 5—10 и более лет.

В 2002 г., когда помимо вмешательства по преодолению алкогольной анозогнозии проводилась коррекция зависимости у родных и близких пациента, в кабинет анонимного лечения обратились 46 больных, не желавших лечиться и жить трезво. Из них 14 человек с установкой на умеренное употребление алкоголя и формальным согласием на лечение и 31 человек, категорически отказывавшийся от какого-либо лечения. Это были пациенты с I и II стадией синдрома алкогольной зависимости в возрасте от 19 до 61 года. Из них 17 служащих, в том числе 1 директор предприятия и 3 предпринимателя; 21 представитель рабочих профессий, в том числе 7 водителей; 2 пенсионера; 1 студент; 6 временно не работающих. 14 больных с I стадией синдрома зависимости от алкоголя, 30 — со II стадией и одна женщина со II—III стадией. Из числа обратившихся было 3 женщины и 43 мужчины. Из 46 больных 15 прежде на лечение никогда не обращались и имели первый опыт общения с врачом психиатром-наркологом.

После проведенного вмешательства предложенным способом рациональной психотерапии на лечение (проведение мероприятий по купированию влечения к алкоголю) с целью полностью отказаться от спиртных напитков согласились 44 человека. В 2 случаях, когда не было возможности изложить концепцию созависимости родственникам больного, и когда родственники уклонились от сотрудничества с врачом, пациенты с выраженной алкогольной деградацией личности от предложенного лечения отказались.

7.2. Эффективность работы на отдельных этапах

Эффективность на этапе «обеспечения контакта специалиста с больным алкоголизмом» чрезвычайно высока. Если родные и близкие пациента выполняют предложенные врачом рекомендации, то больной практически всегда является в кабинет психотерапевта на «консультацию» или как сопровождающий жену или маму на лечение.

Эффективность на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых на коррекцию созависимости» также

превышает 90%. И если созависимые практически всегда соглашались на проведение вмешательства по коррекции созависимости, то алкогольно-зависимые хотя и соглашались в подавляющем большинстве случаев на проведение мероприятий по купированию влечения к алкоголю, но не всегда искренне. В части случаев такое согласие было формальным и вынужденным, под влиянием изменивших свою позицию созависимых членов семьи. В дальнейшем успех работы с этой группой пациентов зависел от успеха работы с его родными и близкими по коррекции созависимости. Когда вмешательство по коррекции созависимости было успешным, то и пациент менял свои установки и отказывался от алкоголя. Когда врачу не удавалось убедить родных и близких пациента в необходимости выполнения рекомендаций по преодолению созависимых отношений и дальнейшего сотрудничества со специалистом, то у больных этой группы не получалось ослабить или снять влечение к алкоголю и достичь терапевтической ремиссии.

На этапе «купирования влечения к алкоголю» эффективность зависит не от методов подавления влечения, а от наличия установки на трезвость и от состояния внутрисемейных коммуникаций, от успеха мероприятий по коррекции созависимых отношений. По мнению автора, в случае, если на лечение проводится отбор пациентов по признаку наличия установки на трезвость, мероприятия по купированию влечения к алкоголю будут в подавляющем большинстве случаев эффективны, а результаты — сравнимы, независимо от метода и применявшего его специалиста.

Подсчет эффективности работы на этапе «коррекции созависимых отношений» и на этапе купирования влечения к алкоголю не проводится. Однако, если сравнить количество пациентов, согласившихся на противоалкогольное лечение после вмешательства по преодолению алкогольной анозогнозии, в то время, когда не проводилась работа по коррекции созависимости, — 33 из 42 не желавших лечиться, с количеством пациентов, согласившихся на лечение в то время, когда помимо вмешательства по преодолению алкогольной анозогнозии проводилась работа по коррекции созависимости, — 44 из 46 не желавших

лечиться, то можно сделать вывод о достаточной эффективности такой работы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что новая технология — «Лечение алкоголизма без желания пациента», позволяет эффективно влиять на алкогольно-зависимых, злостно уклонявшихся от противоалкогольного лечения, прежде не попадавших к врачу психиатру-наркологу, не получавших специальной помощи. Эффективность работы с больным алкоголизмом на этапе формирования мотивации к трезвой жизни и преодоления алкогольной анозогнозии, условно названном этапом «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости», зависит от имеющихся у пациента ресурсов для выздоровления — запущенности случая, интеллектуальной и социальной сохранности, отсутствия грубой сопутствующей психопатологии и др. Эффективность работы на этом этапе можно значительно повысить, если дополнительно проводить вмешательство по коррекции созависимости у родных и близких пациента.

7.3. Новизна и возможности способа «лечения алкоголизма без желания пациента»

Новизна предлагаемого способа психотерапии заключается в использовании авторских приемов семейной психотерапии для привлечения пациента на консультацию врача; единовременном и одномоментном (в рамках одной 3-часовой сессии) исправлении всех искажений мышления больного; привязке времени проведения вмешательства ко дню последней алкоголизации — 2—4-й день, когда у пациента в большинстве случаев доминирует нормативная часть личности; сочетании приемов рациональной, кларификационной, экспликативной и когнитивной психотерапии, когда высокая степень доступности информации обеспечивается рассмотрением механизмов болезни на поведенческом уровне с упрощением медицинских терминов и понятий и иллюстрациями похожими случаями из практики, а осознание на интеллектуальном и эмоциональном уровне —

оптимально высокой, определенной опытным путем, степенью подробности.

Новый способ преодоления алкогольной анозогнозии может применяться как основной метод лечения у пациентов с установкой на употребление спиртных напитков, а также для профилактики алкогольной болезни. В связи с тем, что не используются стрессовые приемы и лекарства, предлагаемый способ психотерапии практически не имеет противопоказаний, а поэтому может применяться для работы индивидуально, в группе, а также в записи на видеокассете и по телевидению. Благодаря наличию в арсенале врача новых приемов семейной психотерапии, может успешно решаться задача по раннему (на I стадии) активному выявлению и привлечению к лечению больных алкоголизмом, что является главным звеном первичной профилактики алкоголизма.

Предлагаемый способ может быть легко освоен врачами-психотерапевтами, психиатрами-наркологами и медицинскими психологами, не требует специальных условий для использования, а поэтому может применяться в условиях стационара, амбулаторно, на дому у пациента, а в записи на видеокассете как вариант заочной психотерапии. Учитывая, что изложение материала на этапе преодоления алкогольной анозогнозии и этапе коррекции созависимости схематично, данную технологию можно использовать еще и как вариант библиопсихотерапии.

Таким образом, предлагаемый способ рациональной психотерапии расширяет возможность оказания помощи в амбулаторном звене и круг показаний для активного противоалкогольного лечения за счет инкурабельных прежде случаев, повышает эффективность проводимых в дальнейшем мероприятий по купированию влечения к алкоголю, позволяет получать более длительные ремиссии, значительно приблизить квалифицированную помощь к населению, очень дешев и не требует больших затрат для внедрения в практику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На распространенность синдрома зависимости от алкоголя в обществе влияют различные генетические, биологические, психологические факторы, но наибольший удельный вес среди прочих имеют социальные. В свою очередь среди социальных факторов самыми значимыми, по мнению автора, являются образованность населения по вопросам потребления алкоголя и информированность об отношениях с алкоголем. По сути, автор рассматривает алкоголизм как болезнь, вызванную дефицитом информации. Это положение и легло в основу предлагаемой технологии лечения алкоголизма без желания пациента, где основным техническим приемом врача является именно информирование.

Основные задачи наркологии в отношении алкогольно-зависимых следующие: активное выявление и привлечение к лечению больных алкоголизмом; лечение со стабилизацией ремиссии и профилактикой рецидива; дезактуализация влечения к алкоголю; выработка трезвеннической установки. Понятна и последовательность работы в решении этих задач: вначале активное и раннее выявление и привлечение к лечению больных алкоголизмом, затем выработка трезвеннической установки и только после этого дезактуализация влечения к алкоголю, лечение со стабилизацией ремиссии и профилактикой рецидива. В иной последовательности этих задач не решить, так как заранее известно, что эффективно повлиять на влечение к алкоголю можно только у человека с установкой на трезвость. Однако известные методы для раннего выявления и создания трезвеннической установки технически сложны, трудоемки, не разработаны детально, занимают много времени, а поэтому дороги и

недостаточно эффективны. По мнению автора, в наркологии наметилась дистанция между опережающим развитием науки и отставанием практической медицины, назрела необходимость в разработке новых методов лечения алкоголизма без желания пациента для применения в условиях России.

Говоря о своем понимании терминов и понятий, автор указывает, что «желание жить трезво» и «установка на трезвость» — это разные этапы одного и того же психического процесса, различающиеся помимо прочего разной степенью осознанности; что созависимость — это особая форма любви, обладающая относительной устойчивостью, а следовательно, поддающаяся коррекции; что патологическое влечение к алкоголю имеет принципиально обратимый характер в связи с тем, что его основные проявления — алкогольная анозогнозия, «парциальная деменция» и отсутствие критики к своему состоянию и болезни, также принципиально обратимы и могут изменяться средствами психотерапии или действием средовых факторов. Наконец, автор разделяет точку зрения специалистов, рассматривающих алкоголизм не как болезнь одного человека, а как семейную дисфункцию, как болезнь всей семьи.

Алкогольная анозогнозия — это один из основных психопатологических феноменов, без понимания природы которого не удастся эффективно влиять на синдром психической зависимости. Это психологически защитный механизм для ликвидации конфликта между «я-концепцией» и непосредственным опытом. Это идеаторные проявления психической зависимости в форме кататимных доминантных оценок. Алкогольная анозогнозия является результатом действия механизмов психологической защиты для стабилизации иерархической структуры личности на досознательном (перцептивная защита, вытеснение и рационализация) и сознательном (уклонение от лечения в полном объеме, от немедленного лечения и т.д.) уровнях. Созависимые имеют комплекс, аналогичный алкогольной анозогнозии у химически зависимых по природе, механизмам и клинической картине.

Лечение алкоголизма без желания и без ведома пациента может проводиться на добровольной основе, если использовать

не бытовое, а медицинское значение слов «алкоголизм» и «лечение». В отличие от больного, врач под «алкоголизмом» подразумевает дисфункцию семьи, а под «лечением» — не какую-то разовую процедуру и не только официальные действия, а комплекс мер, в том числе таких, как коррекция созависимости и психотерапевтическая беседа. Врач, используя специальные приемы, в ходе психотерапевтической беседы может сформировать у больного мотивацию к лечению и трезвой жизни, а под видом лечения больного провести частичную коррекцию созависимых отношений. Лечение без желания пациента осуществляется в четыре этапа, каждый из которых выполняется строго добровольно:

1. Этап обеспечения контакта с больным алкоголизмом. Выполняется добровольно родными и близкими пациента по рекомендациям врача.

2. Этап получения согласия пациента на «лечение», а созависимых — на коррекцию созависимости. Выполняется в виде психотерапевтической беседы с согласия пациента и созависимых.

3. Этап коррекции созависимых отношений. Выполняется с согласия созависимых.

4. Этап купирования влечения к алкоголю. Выполняется добровольно, по желанию пациента.

Известные способы получения согласия больного алкоголизмом на контакт с врачом (например, методика «системной интервенции» Вернона Е. Джонсона) предполагают требование немедленного лечения, на что тот, защищая свою систему ценностей, свою иерархию потребностей, просто не может согласиться. Новые способы получения формального согласия пациента на контакт с врачом не предполагают требования немедленного лечения, а поэтому не вызывают у него протестной реакции. Больной легко соглашается «выслушать» врача.

Установка на лечение и трезвость формируется через кризис в жизни пациента. Такой кризис врач может организовать искусственно средствами рациональной или семейной психотерапии. Используя рациональную психотерапию как метод «глобального» воздействия, затрагивая социально-психологи-

ческие позиции и всю систему нравственных ценностей, врач может эффективно влиять на алкогольную анозогнозию. Для получения стойкого результата и при запущенных или осложненных формах алкогольной болезни необходимо использовать еще более эффективный инструмент влияния, чем индивидуальная или групповая рациональная психотерапия, — семейную психотерапию.

Уровень осознания болезни зависит от того, на какой линии защиты способом рационализации находится химически зависимый. Чтобы сформировать полную критику пациента к болезни и своему состоянию, врач должен предоставить ему такой объем информации должного качества и в таких условиях, что больной вынужден будет признать свои ошибки и заблуждения обязательно на всех линиях защиты. Если у больного есть ресурсы для того чтобы находить средства на выпивку, пьянствовать и уклоняться от лечения, значит у него достаточно ресурсов для выздоровления. Но если влияния только лишь врача на больного недостаточно, врач должен воздействовать не только прямо, а еще через семью, проводя коррекцию созависимых отношений.

Способы защиты рационализацией у созависимых аналогичны таковым у алкогольно-зависимых, но отличаются большей сложностью и устойчивостью к терапевтическим воздействиям. Устойчивость терапии в отдельных случаях алкогольной болезни можно объяснить не только тем, что больной упорствует в отстаивании своих ложных взглядов и убеждений, но и тем, что врач иногда допускает ошибки в работе с пациентом, которых можно было бы избежать.

Преодолеть алкогольную анозогнозию приемами рациональной психотерапии можно, если представлять себе ее цели и видеть пути и способы их достижения. Больной может считать, что его не «лечат», а информируют. А созависимые могут думать, что «лечат» не их, а больного. Но основной вектор лечебного воздействия направлен именно на созависимых. Излагая концепцию хронического алкоголизма, врач должен предоставить информацию, травмирующую «алкогольную субличность», в таком количестве, такого качества, структурированную и поданную таким способом, чтобы она избежала действия психологической защи-

ты и достигла сознания пациента. Работа на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — положительного на коррекцию созависимости» строго регламентирована и выполняется в определенных условиях, в определенной последовательности, что обеспечивает в большей части случаев получение положительного результата. Последовательность работы на этапе «получения согласия больного на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости» четко разделена на подэтапы:

- 1) выяснение цели обращения и получение согласия на информирование;
- 2) выяснение самооценки, сбор алкогольного анамнеза и идентификация иррациональных суждений;
- 3) информирование о болезни;
- 4) информирование о путях и способах решения проблемы;
- 5) контроль самооценки;
- 6) дополнительное обоснование решения жить трезво.

На подэтапе «информирования о болезни» врач строго придерживается схемы, структурируя информацию определенным способом. На подэтапе «информирования о путях и способах решения проблемы» схема отсутствует. Врач ориентируется на внутреннюю картину болезни у пациента. Подэтапы вытекают один из другого, дополняют друг друга и не могут быть опущены без ущерба для результата. Результатом этапа должно стать следующее:

1. Преодолена алкогольная анозогнозия. Пациент критично относится к своему состоянию и болезни, вследствие чего у него появляется вначале желание лечиться и жить трезво, а затем установка на лечение и трезвость.

2. Родные и близкие избавились от части иллюзий в отношении болезни, стали действовать более принципиально и последовательно, в результате чего упорствующий больной все-таки соглашается на лечение.

3. Созависимые согласились на проведение вмешательства по коррекции дисфункции семьи.

Основными приемами на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости» являются: информирование с разубеждением; приемы эксплика-

тивной, кларификационной и когнитивной психотерапии, которые в свою очередь являются вариантами рациональной психотерапии и выделены в связи с важностью предлагаемого в них подхода. Основные техники на этом этапе: информирование с разъяснениями и разубеждением; убеждение; внушение; экспликация в виде «психотерапии по Швейку»; рассмотрение поведенческого уровня болезни; бытовой язык; правдивость и проверяемость информации; наглядность; зеркальность; работа по формуле ABC по каждому из симптомов. Наряду с основными используются вспомогательные техники и приемы: прием «повторение приема»; дистанцирование; частичное согласие с пациентом; конфронтация; постепенное утяжеление; хороший прогноз; обозначение кризиса с техникой «намеренной гиподиагностики».

Патологическое влечение к алкоголю является «стержневым», главным симптомом синдрома зависимости от алкоголя. При этом потребность приводить себя в состояние опьянения имеет доминирующий характер и превалирует над другими, нормативными человеческими стремлениями. Различные виды патологического влечения к алкоголю выделены условно и отражают степень охваченности им личности. В зависимости от уровней осознания болезни, меняющихся под действием внешних факторов или лечения, происходят временные взаимные превращения видов первичного патологического влечения к алкоголю. Терапевтически воздействовать на влечение к алкоголю можно двояко: лекарственными средствами ослаблять влечение к алкоголю, а одновременно и другие виды влечений, поскольку нет препаратов, действующих специфически. Или средствами психотерапии изменить направленность влечения с алкоголя на другие, социально-приемлемые формы поведения. Чаще всего ремиссии наступают в результате воздействия социальных факторов. По мнению автора, мероприятия подавления влечения к алкоголю для больного алкоголизмом с установкой на трезвость имеют символическое, ритуальное значение и служат способом привлечения внимания в организме для оформления трезвеннической доминанты.

Рассматривая клинику алкогольной болезни и способы ее лечения, нельзя недооценить роль семьи в формировании этой

болезни и влиянии на ее проявления, которая, по мнению автора, является основополагающей. Созависимость — нарушение внутрисемейных коммуникаций, при котором члены семьи и близкие химически зависимого создают условия для пьянства или не желают эффективно препятствовать пьянству — является обязательным условием существования алкогольной болезни, без которого она быстро угаснет. Основная причина созависимости — это низкая самооценка взрослых членов семьи алкогольно-зависимого, которая предопределяет их стереотипно-шаблонное, ошибочное поведение. В системе ценностей созависимых на первом месте — абсолютизация волевого контроля и забота о ближнем, невзирая на результат. В созависимой семье происходит перераспределение внимания и обязанностей, в результате чего отношения становятся несимметричными; проблема алкоголизма становится «семейным секретом» и не обсуждается вне семьи.

Есть три любимых роли созависимых: спасателя, праведного преследователя и жертвы. Каждая из этих ролей — это концентрация внимания на другом. В роли спасателя созависимые отказывают близкому человеку в праве нести ответственность за свои ошибки тем, что сами любой ценой стремятся расплатиться за них. В роли праведного преследователя созависимые имитируют борьбу с пьянством близкого человека, используя для этого заведомо неэффективные меры. В роли жертвы созависимые ничего не хотят делать для того, чтобы исправить положение. Выбирая способы решения проблемы, созависимые не верят специалисту и предпочитают непрофессиональное лечение. Не получив результата, они разочаровываются в лечении вообще.

Созависимость имеет все признаки болезни в случаях, когда ее проявления достаточно ярко выражены. Помощь созависимым со стороны психиатра-нарколога, как считает автор, должна ограничиваться вмешательством, в результате которого изменятся внутрисемейные отношения и, как следствие, у пациента сформируются желание лечиться и жить трезво, установка на лечение и трезвость. Возможные ошибки при работе с созависимыми достаточно типичны и во многом повторяют таковые при работе с больными алкоголизмом.

Существующие технологии по коррекции созависимости предполагают большой отсев обратившихся за помощью. В этой связи назрела необходимость в разработке новых, более эффективных методов.

Цели, стратегия, условия и способ выполнения предлагаемого автором вмешательства по коррекции созависимости похожи и во многом повторяют таковые при вмешательстве по преодолению алкогольной анозогнозии. Суть вмешательства по коррекции созависимости в 3-часовом изложении концепции созависимости с оспариванием ложных суждений, рассмотрением около 20 признаков этого состояния с иллюстрациями 2—5 примерами из практики, прослеживанием динамики этого состояния, параллелизма и связи с симптомами алкоголизма, обозначением путей и способов решения проблемы в рамках одной психотерапевтической сессии в присутствии значимых для созависимых лиц из числа родственников, друзей. Конечным результатом вмешательства является согласие больного алкоголизмом на начало или продолжение курса противоалкогольного лечения и его трезвость.

Способ «Лечение алкоголизма без желания пациента» посредством преодоления алкогольной анозогнозии и коррекции созависимости приемами рациональной психотерапии успешно используется на практике в кабинете анонимного лечения с 1997 г.

Анализ эффективности показывает, что больные алкоголизмом, не считавшие себя больными и уклонившиеся от специального противоалкогольного лечения, после вмешательства по преодолению алкогольной анозогнозии в подавляющем большинстве случаев (33 из 42) соглашались на такое лечение. Если вмешательство по преодолению алкогольной анозогнозии дополнялось технически аналогичным вмешательством по коррекции созависимых отношений, то количество больных алкоголизмом, прежде уклонявшихся, а после психотерапии согласившихся на противоалкогольное лечение, значительно увеличилось (44 из 46). Новые авторские приемы семейной психотерапии и новое сочетание уже известных приемов рациональной психотерапии дают в руки врача-психотерапевта, психиатра-нарколога и медицинского психолога мощный инструмент для лечения алкоголизма без желания пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988.
2. *Альтишулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю. М.: Изд. дом «Имидж», 1994.
3. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. М.: Академ. проект, ОППЛ, 2000.
4. *Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.* Общая психопатология: Пособие для врачей. Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ «Феникс».
5. *Габоев В.Н.* Алкогольная анозогнозия при хроническом алкоголизме // Вопросы наркологии. 1991. №5.
6. *Гофман А.Г.* Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003.
7. *Зайцев С.Н.* Способ преодоления алкогольной анозогнозии: Патент на изобретение №2218946 // Изобретения и открытия. — М., 2003.
8. *Колотилин Г.Ф., Андреев А.А.* Феноменология алкогольной анозогнозии // VI Всерос. съезд психиатр.: Тез. докл. М., 1990.
9. *Кондрашенко В.Т., Донской Д.И.* Общая психотерапия. Минск: Высшая школа, 1997.
10. *Крутицкий Е.М. и др.* Феноменология патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: связь с рецидивом заболевания // Вопросы наркологии. 2003. №6.
11. Лекции по наркологии / Под ред. проф. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика, 2001.
12. *Магалиф А.Ю.* Психогенные нарушения при опосредственной психотерпии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. 1992. №3—4.
13. *МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной психотерапии. Спб.: Речь, 2001.
14. Международная классификация болезней (X пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Спб.: Оверлайн, 1994.

15. *Меньшикова Е.С., Ерофеева В.Г.* Методика системной интервенции (как помочь тому, кто не хочет, чтобы ему помогали) // Вопросы наркологии. 1989. №2.
16. *Минутко В.Л.* Справочник психотерапевта. М.: Изд. АО «Консалтбанкир», 1999.
17. *Минутко В.Л.* Алкогольная анозогнозия // VI Всерос. съезд психиат.: Тез. докл. М., 1990.
18. *Минутко В.Л.* Взаимосвязь основных проявлений алкоголизма: Автореф. ... канд. мед. наук. М., 1995.
19. *Москаленко В.Д.* Созависимость — новая болезнь? // Вопросы наркологии. 1994. №3.
20. *Панков Д.В.* Рациональная психотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент: Медицина, 1985.
21. Психология: Словарь. М.: Политиздат, 1990.
22. *Рязанцев В.А.* Психотерапия и деонтология при алкоголизме. Киев: Здоровья, 1983.
23. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. Т. 2. М.: Медицина, 1983.
24. *Свядош А.М.* Психотерапия. Спб: Питер, 2000.
25. *Эйдмиллер Э.Г., Юстицкий В.В.* Семейная психотерапия Л.: Медицина, 1990.
26. *Энтин Г.М., Крылов Е.Н.* Клиника и терапия алкогольных заболеваний. Т. 1. М., 1994.
27. *Энтин Г.М.* Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990.
28. *Bandler R, Grinder J.* Frogs into Princes. Neurolinguistic Programming Moab, Utah: Real People Press, 1979.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	6
Терминология	14
Глава 1. Принципы и условия формирования установки на лечение и трезвую жизнь	23
1.1. Способы получения формального согласия пациента на контакт с врачом	29
1.2. Формирование установки на трезвость в естественных условиях и условиях контакта с врачом психиатром-наркологом	42
Глава 2. Алкогольная анозогнозия	51
2.1. Природа алкогольной анозогнозии	53
2.2. Клинические проявления и степень выраженности алкогольной анозогнозии	55
2.3. Алкогольная анозогнозия у родных и близких пациента	56
Глава 3. Вмешательство по преодолению анозогнозии	59
3.1. Трудности на этапе формирования желания лечиться и жить трезво	59
3.2. Цели, стратегия и принципы рациональной психотерапии	69
3.3. Работа на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости»	75
3.4. Основные и вспомогательные техники и приемы на этапе «получения согласия пациента на лечение, а созависимых — на коррекцию созависимости»	84
Глава 4. Патологическое влечение к алкоголю и способы его подавления	93
4.1. Необходимые условия для успешного подавления влечения к алкоголю	96

4.2. Способы достижения ремиссий	98
4.3. Методы подавления влечения к алкоголю	99
Глава 5. Созависимость	103
5.1. Причина и проявления созависимости	105
5.2. Роли созависимых	111
5.3. Виды помощи созависимым	117
Глава 6. Вмешательство для коррекции созависимых отношений	122
6.1. Требования к новым методам коррекции созависимости и цели такого вмешательства	122
6.2. Способ выполнения вмешательства	126
Глава 7. Новизна, преимущества и возможности предлагаемого метода	130
7.1. Анализ практического применения технологии «лечение алкоголизма без желания пациента»	130
7.2. Эффективность работы на отдельных этапах	131
7.3. Новизна и возможности способа «лечения алкоголизма без желания пациента»	133
Заключение	135
Литература	143

Сергей Николаевич ЗАЙЦЕВ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА
БЕЗ ЖЕЛАНИЯ ПАЦИЕНТА**

*Практическое пособие
для врачей*

Редактор Т.П. Головченко
Технический редактор М.И. Соколова
Компьютерная верстка Ю.В. Куровой

Подписано к печати 29.06.05. Формат 60×84¹/₁₆.
Бумага писчая. Гарнитура «Петербург». Печать офсетная.
Усл. печ. л. 8,6. Уч.-изд. л. 8,5. Тираж 1000 экз.
Заказ _____.

Издательство Нижегородской государственной
медицинской академии
603005, Н. Новгород, пл. Минина, 10/1

Типография «*Вектор Плюс*», Плр 060400
от 05.07.99. Н. Новгород, ул. Б. Панина, д. 3а,
оф. 322, 327. тел. (8-312) 35-69-61, 35-17-37