

НАМ
ПИШУТ

РАБОТАЕТ ЛИ НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ?
(ОТВЕТ НА ПИСЬМО)

Уважаемая редакция!

Группа психологов-специалистов под моим руководством в течение пяти лет занимается проблемой оказания психологической и психотерапевтической поддержки подверженным алкогольной зависимости.

Известно, что алкоголь как средство, способное влиять на психическое состояние человека и вызывать опьянение, употребляют миллионы людей. Но, тем не менее, алкоголизмом, по данным различных авторов, заболевают до 6% населения. Этот процент может расти, если не проводить в обществе комплекс мероприятий, предупреждающий многих граждан от заболевания алкоголизмом. Это работа по просвещению населения, оказание психологической помощи, проведение бесед, тренинговых занятий по психокоррекции поведения. Однако мало кто из специалистов-наркологов не замечает кризиса, который длится в наркологии несколько лет и выражается в низкой эффективности лечения. И здесь нельзя не согласиться с опубликованным в вашем журнале почти пятилетней давности мнением О.В. Новикова (№ 1, 1994) о том, что без системы психологического обеспечения процесс лечения алкоголизма обладает крайне низкой эффективностью. Под системой такого обеспечения мы понимаем управляемое периодическое диагностирование динамики установок на трезвость с целью разработки и осуществления индивидуальных программ управляемого и дифференцированного воздействия на профилируемых.

Нам хотелось получить экспертную оценку концептуальных положений использования психологии в адаптации личности к безалкогольной жизни – и тем самым поддержать нас в проводимой работе. Заранее Вам благодарны!

Я.М. Зислин,
директор Алтайского
краевого центра профориентации
и психологической поддержки населения

Уважаемый Яков Михайлович!

Редакция “Психологического журнала” познакомил меня с Вашим письмом, в котором слы-

шится голос профессионала и гражданина, осознающего необходимость “подвижки” в решении вопроса о лечении алкоголизма. Я получаю и множество других запросов на эту тему, особенно в связи с разрабатываемой мною субстратной теорией алкоголизма.

Внешне она выглядит довольно жесткой (а иные считают – жестокой). Дело в том, что, согласно ее положениям (рассмотренным и в указанной Вами публикации “Психологического журнала”, и в статье “Новый взгляд на алкоголизм” (Наука и жизнь, 1993, № 8, С. 72–76), и в моей книге в соавторстве с Г.З. Шакирзяновым “Новая клиническая концепция алкоголизма” (Казань, 1995)), алкоголизм – болезнь, во многом “запрограммированная” генетически, она названа нами “ядерным” алкоголизмом. И лишь к его носителям применимы те, можно сказать, убийные методы наркологии, которые игнорирующие психологию медики навязывают всем.

По моим данным, лишь примерно 10–15% из числа обращающихся к наркологу за помощью страдают “ядерным” алкоголизмом, 30–35% – это привычно злоупотребляющие алкоголем, и они вполне могут отвыкнуть, в первую очередь, с психологической помощью, от этого не всегда благовидного дела. 50–60% – это люди, которых именовать алкоголиками просто оскорбительно. Да, они могут страдать от алкогольной зависимости, – но способны и сами, с опорой на благожелательную поддержку близких, и часто с минимальной помощью психолога избежать этой мании, а точнее, напасти.

В этом плане Вы, Яков Михайлович, правильно обнаружили “нерв” проблемы: психология, психология и еще раз психология – именно она обеспечивает действенность лечения большинства людей, обращающихся за помощью к наркологу.

К настоящему времени большинство ученых и врачей уже согласны с тем, что алкоголизм имеет три “субстратных” начала:

1) биологическое (генетическое, конституциональное, обменное, физиологическое, биохимическое);

2) особенности личности (врожденные и приобретенные черты характера; психические бо-

лезни, психопатии, неврозы; акцентуации характера у психически здоровых личностей);

3) влияние среды (социальная, микросреда, экология).

У второго и третьего начала присутствует и психологический радикал.

Согласно новой теории, алкоголизм как биологическая болезнь не может являться простым следствием ни длительного употребления алкоголя, ни повышения его доз, тем более – наличия особых социальных или других внешних условий. Если алкоголизм заложен генетически, значит, в основе этого заболевания доминирует биологический радикал, – это и есть то начало, когда развитие и исход болезни уже твердо запрограммированы и алкогольная программа обязательно реализуется в жизни.

Если биологический фактор не является ведущим, то человек не станет алкоголиком, т.е. больным истинным, или “ядерным” алкоголиком. Вы, конечно, согласны, что подчеркивание роли данного фактора не является основанием, чтобы безответственно относиться к алкоголю.

В природе не существует пьющих людей, причиной алкоголизации которых является лишь один из трех источников. Из этих трех компонентов возникают комбинации со всевозможным их долевым участием: сколько пьющих людей, столько и комбинаций. Как невозможно построение рисунка кожи пальцев или формы ушей у каждого человека – так невозможно найти идентично пьющих людей. Вот почему попытки предугадать типовые портреты алкоголиков обречены на неудачу, вот почему психология, а не биология, может и должна определять стратегию лечения.

Согласно моей теории алкоголизма, пьющие люди, у которых ведущими причинами пьянства являются личностные особенности или влияние среды, никогда не станут больными алкоголизмом.

Значит ли это, что лица, злоупотребляющие алкоголем вследствие своих личностных особенностей или из-за прессинга социальной среды, – здоровые люди? Конечно, нет. Но в отличие от больных истинным, или “ядерным”, алкоголизмом они даже без специального лечения или прекращения винопития все-таки никогда не дойдут в своем пьянстве до деградации и слабоумия. Если их не будут побуждать к этому внешние факторы: от сварливой жены до начальника-“зверя”.

Конечно, “кандидат в алкоголики” в разрушении личности не сразу доходит до “ядра”. Одним для этого достаточно 2–3 лет (злокачественное течение болезни), другие в силу благоприятного стечения факторов (тех же социальных – лечение в больницах, благополучная семья и т.д.) достигают “ядра” гораздо позже. Но исход болезни все

же предопределен – если жизнь этого человека не прервется раньше по другим причинам.

Эту фатальность не надо понимать в узко медицинском смысле, как гражданский приговор к инвалидности и смерти. При удовлетворительном социально-реабилитационном режиме (регулярная квалифицированная медицинская помощь, правильные отношения в семье, на производстве) больной алкоголизмом может прожить достаточно долгую жизнь, быть социально полезным, потому что его природные свойства личности, а подчас и одаренность, могут быть поражены алкогольными токсинами не в полном объеме.

Понимание сути заболевания диктует принципиально иной подход к лечению больных алкоголизмом. Остановить прогрессирование болезни у них можно на любой стадии или любом уровне поражения. Этим лицам должна быть оказана государственная или же частная помощь в различной форме: периодическое содержание в пансионатах, больницах, диспансерах или в лечебных профилакториях и специализированных санаториях.

Остальные лица, систематически злоупотребляющие спиртными напитками, но не имеющие в качестве ведущего биологический радикал, – это не алкоголики, они – лица, страдающие алкогольной токсикоманией. И если первые обречены природой на болезнь не по своей воле (и поэтому к ним надо относиться милосердно, назначать им пенсию по инвалидности, оплачивать больничные листы, страховку и т.д.), то вторые – это люди, излечение которых зависит от них самих, их родственников, администрации, государства, а не только врача.

Возникает вопрос: а как же быть с “запрограммированностью” у этой группы лиц – больных-токсикоманов? Ответ прост: если можно тормозить болезненный процесс у истинных алкоголиков, то понятно, что у неалкоголиков это сделать можно несравненно легче. Однако на практике все обстоит гораздо сложнее. Сложнее потому, что для неалкоголиков, у которых заболевание формируется под воздействием психологических и социальных факторов, одной медицинской помощи недостаточно, к каждому пациенту требуется личностный подход. И здесь не обойтись без помощи социальных работников, психологов, психотерапевтов, семейных врачей, сексопатологов.

Как же лечить привычно злоупотребляющих, больных, представляющих одну из форм бытового пьянства, и больных алкогольной токсикоманией? С опорой, как я уже неоднократно указывал, на психологию, а часто – только психологию. Даже при детоксикации не всегда целесообразно использовать медикаментозные средства, так как у части больных настолько высока метаболическая активность, что пациенты самостоятельно

“выхаживаются” после “перебора” или с помощью неспецифических приемов.

Важный этап лечения – подавление влечения к алкоголю. Для этой цели сегодня в основном применяется симптоматическое лечение, рациональная психотерапия и при необходимости – изоляция больного.

Медикаментозное (специальное) лечение привычно злоупотребляющих и алкогольных токсикоманов может составлять лишь малую долю в воздействии на этих пациентов. Наблюдение больными данных категорий показывает, что влечение носит необязательный и ненаркотический характер у первых и, хотя обсессивный, но разной степени интенсивности – у вторых. Реализация влечения во многом зависит от личности, ее волевого решения, а также от влияния среды и обстоятельств. Поэтому в некоторых случаях чисто фармакологическое антипсихотическое лечение чаще приносит вред.

Порой для прекращения злоупотребления достаточно привлечь близких и оказать психологическую помощь в затруднительных обстоятельствах. Здесь не исключаются меры социального воздействия, запретительные установки и жесткий внешний контроль. Помощь врача нелишняя, но она в основном заключается в диагностике алкогольного заболевания, нередко требуется и его участие на различных этапах оздоровления. При необходимости используется психиатрическая оценка эмоциональных и поведенческих реакций пациента, в основе которых лежат невроз, психопатия, органические расстройства и другие психотические реакции. Здесь медикаментозный шквал, рекомендуемый игнорирующими психологию наркологами, может принести непоправимый вред.

В случаях со сложной психомотивационной сферой пьющего может помочь врач только высокой квалификации. “Простым людям”, не склонным и не способным к самоанализу личностям, неустойчивым, импульсивным, с неразвитостью интересов, но постоянно стремящимся к развлечению, живущим без каких-либо социально значимых целей лицам для прекращения пьянства не требуется высокопрофессиональная психотерапевтическая помощь. Во многих случаях эффективны мероприятия в сфере социальных, средовых воздействий.

Многие, в том числе и врачи, полагают, что какие-либо меры (лечебные, социальные, в том числе, административные) можно применять к этим лицам лишь в том случае, если сам пьющий выкажет к этому желание. Но эта мысль редко посещает моих, да и, по всей видимости, Ваших, Яков Михайлович, пациентов, хотя она зачастую неизбежна вследствие социальных конфликтов и серьезных заболеваний. Поэтому от обществен-

ных, государственных организации, учреждений здравоохранения и лично каждого врача, занятого в этой сфере, требуется применение всех мер – от убеждения, просвещения, рекламы, привлечения родственников, друзей, лиц, пользующихся у пьющих авторитетом, до принуждения (если это оправдано) для того, чтобы заставить больного лечиться.

Ждать от пациента, страдающего расстройством влечения (психическим расстройством), разумного отношения к своей судьбе нельзя. Пьянство в семье калечит психику детей, подрывает здоровье окружающих, не говоря уже о трагедии самого пьющего. Психолог должен думать и об этом, он социально ответствен и за состояние обротившегося к нему за помощью, и за настрой его близких.

Нарколог или психотерапевт, устранив все алкогольные нарушения – соматические, неврологические, психические, психологические, социальные, ситуационные (эта работа требует, конечно, времени, порой помощи узких специалистов), проведя по индивидуальной схеме весь комплекс своих психотерапевтических мероприятий (не исключая массовых сеансов с “канальным” воздействием, а также экстрасенсорным и биоэнергетическим), расстается с пациентом. Если пациент согласен, ему формируют доминанту воздержания – полного отказа от алкоголя (“сухой закон”) на определенный срок – несколько месяцев, лет или на всю жизнь. Приемы формирования доминанты разнообразны – от общих “торпедо”, “эсперали”, “кодирования”, “зарока” и т.д. до индивидуальных модификаций каждым врачом.

Сроки трезвости, на которую обрекаются пациенты, можно определять на основе как их собственного пожелания или непреклонной воли, установок жены или близкого родственника, так и строгих регламентацией лечащего врача. Понятно, что такие произвольные сроки – 3–5–15 или 20 лет, не говоря уже обо всей жизни, – основываются чаще на “слепом”, субъективистском желании пациента или его родственников, реже – на интуиции и богатом опыте врача.

Если сроки трезвости у привычно злоупотребляющих не связаны напрямую с биологической потребностью в алкоголе (а лишь с психической и физиологической), то принудительные (внешние или внутренние меры самоконтроля) сроки отлучения пациента от алкоголя зависят от многих факторов; в принципе, эти люди могут переадаптироваться и прожить всю жизнь без алкоголя. У больных алкогольной токсикоманией (лучше их называть пациентами, чтобы не снижать у них ответственность за пьянство и его последствия) сроки трезвости, воздержания, поддерживающей терапии должны быть индивидуально

обоснованными и регламентированными. Если сроки самостоятельного воздержания (без специальной медицинской поддержки) у алкогольных токсикоманов I степени возможны от года до 3–5 лет и дольше, при II степени – до 1–1.5 года, то при III (тяжелой) степени наркотической зависимости – лишь несколько недель и месяцев.

Отсутствие правильной диагностики приводит к назначению эфемерных, абсолютно не соответствующих биологическому ритму потребления алкоголя индивидом сроков, при нарушении которых (срывы, рецидивы) большая часть вины падает на все тех же больных. Подобная ситуация объясняется узкими специалистами как малая курабельность больных, а родственников приводит к разочарованию и неверию в излечение больного. В понимании больного с каждым повторным курсом (опытом) лечения локус проблемы становится все более внешним (в этом случае алкоголизм все чаще признается болезнью, не зависящей от него, и личная ответственность за результаты лечения снижается), и это заставляет искать и требовать помощи извне. В подобных случаях результат последующего лечения значительно хуже, чем при внутреннем локусе, когда задействованы личностные мотивации при выборе “пить–не пить”.

Но даже в случаях правильного установления необходимых и возможных сроков воздержания от алкоголя больной по окончании очередного срока вынужден вновь и вновь обращаться за медицинской помощью к лечащему врачу – болезнь уже воспринимается им как зло. Больной ядерным алкоголизмом прикован цепью к этому злу, как к чугунному ядру, на всю жизнь, поэтому он и не может бежать от нарколога, – для алкогольного токсикомана имеется не только просвет в тоннеле (при III степени), но и реальная возможность вырваться из плена (при I и II степени). Это означает вернуть себе “право” периодического, дозированного потребления спиртных напитков, ориентируясь на индивидуальную пороговую чувствительность к алкоголю, параметры алкогольных циклов и другие биологические свойства организма, по желанию отказаться от алкоголя на определенный срок или на всю жизнь, используя периодические лечебные сеансы (по индивидуальному графику) с целью разрядки эмоционального напряжения и дезактуализации влечения к алкоголю.

Мною разработана оригинальная методика лечения больных алкогольными заболеваниями (в психотерапевтическом контексте она будет обозначена как метод регрессивно-энергетического лечения алкогольных заболеваний). Оригинальность методики заключается в одновременном использовании традиционных и нетрадиционных способов лечения наркотических и

психосоматических заболеваний. Эти многоуровневые воздействия на психику и опосредованно на организм человека позволяют придать универсальных характер данному методу, в связи с чем он достаточно эффективен при лечении алкогольных заболеваний, токсикоманий (табакокурения и др.), а также пограничных нервно-психических расстройств.

Моя методика предполагает необходимость управления винопитием по определенным медицинским и психосоциальным показаниям. “Управление” значительно шире представления о контролируемом и дозируемом винопитии и, конечно, не имеет никакого отношения к “кодированию на дозированное употребление алкогольных напитков”, или “дозированному кодированию” и т.п.

Метод апробируется нами с 1991 г. Репрезентативность большого количества набранного материала, а также продолжительность наблюдений (анализ 12-летнего медицинского архива А.Р. Довженко, продолжение наблюдения и лечения его пациентов) подтверждают эффективность лечения по данной методике.

Новый практический способ лечения алкогольной и табачной зависимости является изобретением; он зарегистрирован и утвержден в Комитете Российской Федерации ВНИИГПЭ (патент № 95105747/14 от 24.04.95).

Использование специалистами по наркологии новых концептуальных взглядов на природу алкоголизма и выделенных моделей алкогольных заболеваний значительно расширяет их терапевтические возможности, позволяет избежать слепой беспорядочной стрельбы по общей мишени под названием “алкоголизм”, повышает эффективность использования приемов “психогенного мышления”, адаптивного биоуправления и других способов реадaptации. Как я указал вначале, защитные биологические механизмы человека предохраняют почти 90% неумеренно пьющего населения от алкогольного психического дефекта (ядерного алкоголизма). У остальных обнаруживается алкогольная токсикомания с разной степенью наркотической зависимости.

Несмотря на биологические механизмы защиты, у этих больных, как и у привычно злоупотребляющих, все-таки поддерживается достаточно высокий уровень алкоголизации, что одной третью самих больных воспринимается как болезненное и аномальное явление, у остальных 2/3 пациентов самоперцепция “работает” только при наступлении кризисных явлений.

Человек – существо одновременно и биологическое и социальное, поэтому, хотя у 40% злоупотребляющих не возникает алкогольной зависимости (нет биологической потребности), неумеренное потребление спиртных напитков ведет их

к утрате социальных функций и к физическим расстройствам алкогольного генеза.

Патологические изменения на социально-психологическом уровне, приводящие к нарушению функционирования человека как социального существа, характерны для привычно злоупотребляющих и в большей степени для лиц, страдающих алкогольной токсикоманией.

Думаю, уважаемый Яков Михайлович, наш разговор может быть продолжен с привлечением новых его участников и на страницах "Психологического журнала" (авторитетного научного издания, знакомящего научную общественность с новейшими способами преодоления алкоголизма и табакокурения), и непосредственно.

Я выпустил около десятка книг, касающихся применения моей методики. Они сразу же разошлись и перепечатывались без моего ведома. Как говорится, мне не жалко, но следующую книгу я сделаю в виде личного письма читателю, в результате чего может начаться доверительный разговор с каждым человеком, у которого есть проблемы с алкоголем или табакокурением. Вышлю эту книгу – через "Психологический журнал" – и Вам, и надеюсь, что такой разговор начнется и с Вами как профессионалом. Пользуясь

случаем, хочу поблагодарить журнал за организацию подобных встреч и ранее.

Уверен, что наши совместные усилия докажут справедливость той, к сожалению, пока не ставшей очевидной (хотя бы в глазах некоторых Ваших коллег в Алтайском крае) истины, что в преодолении и привычного злоупотребления алкоголем и алкогольной токсикомании и даже – с некоторыми дополнительными мерами – "ядерного" алкоголизма психология играет (должна играть!) – первостепенную роль.

Мой адрес: 121099, Москва, Российское общество трезвости и здоровья, 2-й Смоленский переулок, д. 3/4, этаж. 3, комн. 324. Телефон: (095) 241-41-33.

О. В. Новиков,
руководитель Московского
оздоровительного центра им. А.Р. Довженко

* * *

Редакция "Психологического журнала" обращается к нашим читателям с предложением всесторонне обсудить проблемы обеспечения лечения алкоголизма, затронутые в письме Я.М. Зислина, и ответить на письмо О.В. Новикова.