

## Глава 8

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО (ПОДРОСТКОВОГО) АЛКОГОЛИЗМА И ЕГО ПСИХОТЕРАПИЯ**

#### **ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ**

Алкоголизм — одна из форм аддиктивного поведения (от англ. addiction — пагубное пристрастие). Аддиктивное поведение выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций.

Ц. П. Короленко и Г. А. Донских (1990) различают такие виды аддиктивного поведения:

фармакологические и субстанционные формы аддикции;

сексуальное аддиктивное поведение (донжуанизм, фетишизм, гомофобизм, трансвестизм) и т. п.;

азартные игры (гэмблинг) и т. п.

Подростки, находящиеся в периоде становления личности, являются «группой повышенного риска» в плане угрозы формирования аддиктивного поведения.

В терминологическом плане нужно различать «алкоголизм» как болезнь и «пьянство» (алкоголизация) как умеренное употребление спиртных напитков, еще не доведшее до развития клинических признаков алкоголизма.

Алкоголизм — болезнь с прогрессивным течением, которая возникает на основе неумеренного употребления алкоголя, проявляется патологической зависимостью от алкоголя и другими характерными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами, а также сопровождается нарушениями различных социальных

функций больного. Ранний (подростковый) алкоголизм включает формирование признаков хотя бы 1-й стадии в возрасте до 18 лет (Братусь, Сидоров, 1984).

Ранняя алкоголизация — не болезнь, и этим в принципе отличается от алкоголизма; это — антиобщественная форма поведения, проявляющаяся в злоупотреблении алкоголем (Кондрашенко, 1988) без признаков зависимости от него, включающая знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и регулярное его употребление в более старшем возрасте (Личко, 1983).

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Для подросткового возраста характерными считаются атипичные формы опьянения, которые возникают вдвое чаще, чем у взрослых (Буторина, 1982). Отчасти такое впечатление может складываться на основании обследования не общей популяции подростков, а тех, кто попал под наблюдение нарколога. Тем не менее впервые в жизни опьянения нередко сопряжены с неприятными ощущениями и выраженными вегетативными реакциями (чувство дискомфорта, тошнота, рвота, головная боль). Выраженная эйфория, свойственная обычному («простому») опьянению у взрослых, возникает, как правило, при повторных выпивках.

Простое (эйфорическое) алкогольное опьянение проявляется в подъеме настроения, стремлении к контакту со сверстниками, способности легко отвлечься от неприятных переживаний. Подростков отличают от взрослых большая активность, эмоциональная лабильность и выраженные вегетативные реакции. Повышение активности не ограничивается внутригрупповым общением, нередко подростки стремятся на улицу, на глаза знакомых и незнакомых людей, в общественные места и даже именно туда, где появление в нетрезвом виде грозит наказанием. Часто ищут встреч с подростками из других группировок (с другого двора, улицы, района), при этом проявляя либо демонстративные миролюбие и дружелюбность, либо, что чаще, задиристость и драчливость.

Эмоциональная лабильность выражается в легкости перехода от безудержного веселья к раздражительности, конфликтности, обидчивости, придирчивости и гневливости. Вегетативные реакции сводятся в основном к тахикардии, колебаниям артериального давления. Температура лица может сменяться бледностью. Легко возникают тошнота и рвота, за которыми обычно следует головная боль, общая слабость и сон.

Выраженное опьянение отличается от более легкой его степени гораздо менее целенаправленными действиями, большей их импульсивностью, отсутствием какой-либо программы поведения. Эмоциональные проявления более тусклы. Общение ограничивается пределами своей группы. При этом выявляется отчетливая неврологическая симптоматика — дисметрия, ослабление реакции зрачков на свет, пошатывание при ходьбе, промахивание при выполнении пальце-носовой пробы. Рвота, освобождая от части алкоголя, предотвращает более тяжелые степени опьянения. При передозировке, несмотря на защитный рвотный рефлекс, могут развиваться глубокое оглушение, сопор и кома.

Атипичное дисфорическое опьянение характерно тем, что вместо эйфории настроение становится злобно-тоскливым со стремлением «разрядиться» на окружающих. Опьяневшие ломают попавшиеся под руку вещи, бьют стекла и посуду. В этом состоянии бранятся, затевают драки, не переносят замечаний в свой адрес, задевая других. Нанося побои, приходят в ярость, не способны остановиться, не рассчитывают силы ударов, бьют чем попало и куда попало. В первую очередь объектом агрессии становятся те, кто ранее вызывал затаенную ненависть, неприязнь или зависть. Но при отсутствии таких в поле зрения агрессия легко может обратиться на первых встречных и даже на приятелей, как на тех, кем вообще привыкли помыкать, так и на тех, кто от опьяневшего подростка независим. Возможна также аутоагрессия — наносят себе порезы на предплечье, на груди. Реже бывают аффективные суицидные действия. Сексуальная агрессия при этом типе опьянения встречается реже, но тогда бывает окрашена садизмом, иногда изо-

щенным унижением объекта нападения (Личко, Битенский, 1991).

Атипичное депрессивное опьянение выражается плачем, жалобными причитаниями, самоупреками и самобичеванием, высказываниями о мрачной безысходности своего положения, собственной неполноценности или несправедливости со стороны окружающих. Часто подростки не могут объяснить причину своего отчаяния или же упоминают действительно имевшие место в прошлом проступки или тягостные ситуации, которые возводятся теперь в степень непереносимого горя. Реже, при более легкой степени опьянения, депрессивные переживания таятся в себе, и лишь убитый, мрачный вид, немногословие и малоподвижность свидетельствуют о данном типе опьянения. Подобные состояния опасны суицидальными попытками, которые могут быть серьезными и неожиданными для окружающих.

Атипичное истерическое опьянение проявляется прежде всего бурной экспрессией (громкая речь, патетические интонации, утрированная мимика, выразительные позы и телодвижения). Опьяневший подросток разыгрывает перед окружающими спектакль содержание которого задано целью привлечь к себе внимание – то как к несчастному, страдающему, всеми гонимому, несправедливо обиженному, то как к надменному, выдающимся талантами и способностями и принадлежащему к избранному престижному кругу, то как к непонятому и не оцененному «человеческой массой», то как к пораженному таинственной болезнью, одной ногой стоящему в могиле и т. п. Выраженное опьянение может завершаться типичным истерическим припадком. Подобные припадки в трезвом состоянии в нашу эпоху патоморфоза истерии редко встречаются у подростков. При небольших дозах алкоголя дело может ограничиваться бравадой, дерзким поведением в общественных местах с целью обратить на себя всеобщее внимание, пусть это вызывает раздражение и неодобрение у старших, но зато с надеждой на восхищение сверстников.

Атипичное опьянение с импульсивными поступками встречается довольно редко. На фоне относительно лег-

кого опьянения, но без выраженной эйфории или заметного для окружающих изменения поведения внезапно совершается какой-либо импульсивный поступок — агрессия или аутоагрессия, сексуальные действия или что-либо другое, на что в трезвом состоянии данный подросток был бы неспособен. Например, выпивший в компании приятелей небольшую дозу водки подросток внезапно схватил лежавший неподалеку кухонный нож и глубоко разрезал себе предплечье. Поступка впоследствии объяснить не мог — никаких ссор или обид не было. После совершенных импульсивных актов характерна «заторможенность без астении» (Пятов, Шумский, 1983).

Атипичное сомнолентное опьянение сводится к тому, что фаза расторможенности и эйфории, считающаяся 1-й стадией алкогольной интоксикации, мимолетна или вообще не выражена. Вегетативные реакции также минимальны, рвота отсутствует. Вскоре после приема алкоголя появляется сонливость, затем сон, который при большой дозе переходит в сопор и кому. Видимо, у подростков, особенно у астеничных и ослабленных, этот тип опьянения встречается чаще, чем у взрослых.

Атипичное бифреноподобное опьянение проявляется двигательным возбуждением с кривлянием, паясничанием, гримасами, нелепым хохотом, сумбурными выкриками, размашистыми жестами. При этом координация движений нарушается незначительно. Иногда растормаживается сексуальное влечение — демонстративно обнажаются, хватают за гениталии окружающих без разбора пола и возраста. Данный тип опьянения встречается довольно редко и может быть одним из «предвестников» психотического расстройства.

При разных типах акцентуаций характера и расстройств личности (психопатий) у подростков имеются определенные особенности алкогольного опьянения. Так, подростки с гипертимными, циклоидными и неустойчивыми чертами личности предпочитают пить в компаниях. Лица с диссоциальным расстройством личности нередко напиваются «до отключения». Для подростков с шизоидной акцентуацией характера и, тем более, шизоидным (аутистическим) расстройством личности употребление алкоголя подчас является «коммуникативным допингом».

При истерическом расстройстве личности доминирует стремление «всех перепить».

Признаками повышенного риска развития раннего алкоголизма считаются:

алкоголизм отца, развившийся до рождения подростка;

алкоголизм матери, особенно для дочерей;

конституциональные психопатии с преобладанием черт возбудимости;

атипичные реакции на первые опьяняющие дозы алкоголя (слабое опьянение от большого количества спиртного и отсутствие расстройств движений);

дисфорические и амнестические картины опьянения в сочетании с быстрой ее нарастанием по мере злоупотребления;

предпочтение крепких напитков слабым, добавление к алкоголю различных средств, усиливающих опьянение;

резидуальное органическое поражение головного мозга с картиной выраженной энцефалопатии;

черепно-мозговые травмы с потерей сознания в прошлом;

злоупотребление ингалянтами, предшествующее или перемежающееся с алкоголизацией;

раннее начало алкоголизации — до 10—12 лет.

Г. С. Братусь и П. И. Сидорова (1984) описали четыре типа алкоголизма: 1) наследственно-органический; 2) конституциональный; 3) приобретенный; 4) ситуационный.

1. Наследственно-органический тип характеризуется наличием у пациента органического поражения головного мозга, которое может быть обусловлено различными факторами: врожденными пороками развития, перенесенными заболеваниями, травмами и т.д.

2. Конституциональный тип характеризуется наличием у пациента конституциональных психопатий, в частности, черт возбудимости, которые способствуют развитию алкоголизма.

3. Приобретенный тип характеризуется наличием у пациента приобретенных психопатий, в частности, черт возбудимости, которые способствуют развитию алкоголизма.

4. Ситуационный тип характеризуется наличием у пациента ситуационных психопатий, в частности, черт возбудимости, которые способствуют развитию алкоголизма.

Важным фактором в развитии раннего алкоголизма является семейная обстановка, в частности, наличие алкоголизма у родителей.

Таким образом, ранний алкоголизм — это сложное заболевание, которое развивается в результате взаимодействия различных факторов: наследственных, конституциональных, приобретенных и ситуационных.

Для профилактики раннего алкоголизма необходимо уделять внимание формированию здоровых привычек у детей и подростков, а также оказывать своевременную психологическую помощь.

В заключение следует отметить, что ранний алкоголизм — это серьезная проблема, которая требует комплексного подхода к лечению и профилактике.

Список литературы:  
1. Братусь Г. С., Сидорова П. И. (1984) Алкоголизм: диагностика, лечение, профилактика. М.: Медицина.  
2. Сидорова П. И., Братусь Г. С. (1984) Алкоголизм: диагностика, лечение, профилактика. М.: Медицина.  
3. Сидорова П. И., Братусь Г. С. (1984) Алкоголизм: диагностика, лечение, профилактика. М.: Медицина.

1. Групповая психическая зависимость (потребность в выпивке возникает только в своей компании; отрыв от группы прекращает алкоголизацию).

2. Психопатоподобное огрубение личности (различительность, грубость, пренебрежительно-вызывающее отношение к старшим, притупление чувства долга, сочувствия даже к близким, утрата тонкой эмоциональности, нередко сексуальная расторможенность. Одновременно социальная дезадаптация: прогулы, уклонения от учебы и работы, склонность к правонарушениям).

3. Суточный десинхроз (Кондрашенко, Скуаревский, 1983; Кондрашенко, 1988), который выражается вялостью, сонливостью, иногда чувством слабости и разбитости, дискомфорта по утрам. Эти явления сглаживаются в течение дня, сменяются оживлением и повышенной активностью по вечерам, что позволяет допоздна проводить время в компаниях.

#### ПРИЗНАКИ 1-й СТАДИИ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

Признаками 1-й стадии раннего алкоголизма, по А. Е. Личко и Р. С. Битенскому (1991), являются:

- индивидуальная психическая зависимость;
- повышение толерантности к алкоголю;
- исчезновение защитного рвотного рефлекса;
- утрата количественного и ситуационного контроля;
- появление палимпсестов (blackout);
- утренняя анорексия (отсутствие аппетита).

Индивидуальная психическая зависимость выражается в том, что алкоголь становится центральным интересом в жизни — все помыслы сосредоточиваются на поисках возможности выпить, придумываются поводы, изыскиваются любые компании, ради выпивок забрасываются все другие дела.

Различаются следующие формы алкоголизма с психической зависимостью от алкоголя (Jellinek, 1960).

1. Альфа-алкоголизм — алкоголь употребляется с целью смягчить эмоциональное напряжение, избавиться от неприятных переживаний, отвлечься от конфликтных

ситуаций, трудных проблем. Происходит усиление воображения, уход в мир фантазий и грез.

Пью вино потому, что хочу позабыться,  
Мир забыть и несчастную долю свою.

*(Омар Хайям. Рубай)*

2. Эта-алкоголизм — характерно употребление алкоголя в компании, в ситуации социального общения.

Участники, словно сговариваясь, одобряют желание каждого из них выпить, следят друг за другом, чтобы все пили в равной степени: «пьяные все одинаковы».

Раздолье и блаженство нам,  
Как в луже свиньям пятастам.

*(Гете. Фауст, часть I)*

3. Иота-алкоголизм — характеризуется частым приемом алкогольных напитков для снятия нарушений, достигших невротического уровня: навязчивых страхов, «тревожного ожидания неудачи» при психогенной импотенции и т. п. Содержание зависимости от алкоголя постепенно расширяется...

Второй значимый признак I-й стадии раннего алкоголизма — повышение толерантности к алкоголю. Суждение о толерантности к алкоголю у подростков основывается на минимальной его дозе, способной вызвать хотя бы легкое опьянение (Линко, 1988).

Изначальная толерантность у подростков обычно невелика: опьянение ощущается от 40—60 г абсолютного спирта (100—150 г водки), рвота возникает от 80—160 г (200—400 г водки). Чем младше возраст, меньше масса тела и слабее физическое развитие, тем меньше необходимая для опьянения доза.

В процессе развития раннего алкоголизма происходит изменение «ассортимента» предпочитаемых спиртных напитков.

переход от слабых вин к водке;

приготовление смесей, добавление к спиртному транквилизаторов, димедрола и т. д.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ 2-й СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ

2-я стадия алкоголизма характеризуется физической зависимостью от алкоголя, при которой в случае резкого прекращения его употребления развивается выраженный абстинентный синдром, проявляющийся мышечным тремором, снижением настроения, сильным влечением к алкоголю, бессонницей, истинной жаждой, снижением аппетита, раздражительностью, тревогой.

А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991) описывают следующие варианты абстинентного синдрома:

- 1) с преобладанием вегетативно-астенических расстройств (длительность 1—2 сут);
- 2) с преобладанием соматоневрологических расстройств (длительность 2—5 сут);
- 3) с преобладанием психических расстройств (длительность 2—5 сут);
- 4) развернутый абстинентный синдром с наличием всех вышеописанных расстройств (длительность более 5 сут).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1989) выделены также состояние отмены с судорогами (F10.31); состояние отмены с делирием (F10.4).

Здесь имеется в виду алкогольный делирий (лат. *delirium tremens*) — вызванное алкоголем кратковременное, опасное для жизни состояние, характеризующееся рядом симптомов:

- 1) помрачение и спутанность сознания;
- 2) яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств;
- 3) выраженное дрожание (тремор).

Алкогольному делирию часто сопутствуют нарушения жизненно важных функций организма.

Для 2-й стадии раннего алкоголизма характерны также неодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю и выраженная психопатизация личности (Личко, Битенский, 1991).

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

У взрослых психотерапия в настоящее время стала рассматриваться как основной метод лечения алкоголизма, без которого лекарственная терапия в большинстве случаев оказывает весьма нестойкий эффект. В действии самих лекарственных веществ (апоморфина, тетурама и др.) справедливо усматривается ведущий психотерапевтический (условнорефлекторный, бихевиоральный) компонент. Хотя необходимость психотерапии при раннем алкоголизме никем не оспаривается, тем не менее имеются определенные указания на недостаточную эффективность у подростков как индивидуальной рациональной, так и групповой психотерапии. В. А. Резник (1989) отметил, что когда подростка насильственно заставляют лечиться, то само лечение, включая общение с психотерапевтом, рассматривается им как форма наказания и вызывает лишь протест. В этих условиях на успех психотерапии, как и всего антиалкогольного лечения, рассчитывать весьма трудно.

Индивидуальная рациональная психотерапия обычно малоэффективна при хроническом алкоголизме, если он развился на фоне эмоционально неустойчивого расстройства личности пограничного типа (неустойчивой психопатии). Основной путь влияния врача — разъяснение вреда алкоголя для здоровья и социального статуса в настоящем и будущем — составляет таких подростков (для которых характерны деформированность образа собственного «я» и внутренних предпочтений) равнодушными.

«Ключи психотерапевтического доступа» к подросткам с диссоциальным расстройством личности нередко заключаются в их работе о собственном здоровье (большой человек слаб, а слабого не пощадят). Опасность пострадать или подвергнуться преследованиям в беспомощном состоянии «отключения» может оказаться для них основной проблемой. Но в этом случае нужны не только подход к подростку, его доверие к врачу, но и уверенность самого подростка в высокой компетентности и особом внимании к нему врача. Информация о вреде алкоголя «вообще», представленная в форме, лично его не

задевающей, для такого пациента малозначима. Диссоциальному подростку бывает полезно показать результаты его обследований, например электроэнцефалограмму, электрокардиограмму, анализы крови, желудочного сока и т. п., и сопоставить их с нормами, приводимыми в руководствах, с аналогичными исследованиями у его сверстников, чтобы очевидными стали выраженные отклонения именно **его** показателей (электроэнцефалограмма особенно удобна в этих целях). Производит иногда также впечатление рассказы о тяжелых последствиях поступков, совершенных в состоянии «отключения».

В отношении подростков с формирующимся импульсивным или истерическим расстройством личности задача психотерапии иная — постараться найти поле деятельности, более привлекательное, чем выпивки, и способное удовлетворить жажду общения с товарищами, открыть возможность престижного положения в их среде.

При тревожных и зависимых расстройствах личности психотерапия должна носить не столько «антиалкогольный» характер, сколько быть направленной на преодоление тех трудностей и жизненных проблем, которые подтолкнули подростка к алкоголизации.

Подростка с изолированными (аутистическими) чертами личности, для которого алкоголь нередко служит «коммуникативным допингом», надо постараться уговорить принять участие в групповой психотерапии, задачей которой является обучение вербальным и невербальным приемам контактов со сверстниками.

Групповая психотерапия может оказаться не только бесполезной, но и вредной, если группа собрана из подростков, злоупотребляющих алкоголем и не имеющих истинного намерения прекратить выпивки. Такая группа лишь сплачивает собранных подростков в алкогольную команду, а к групповым обсуждениям вреда алкоголя они отнесутся безразлично или иронически.

Для многих подростков групповая психотерапия может иметь смысл, если их включают в неалкоголизирующую группу (но не кичащуюся своей трезвенностью), где сам процесс группового общения оказывается для них привлекательным в силу общих интересов, возможности

проявить себя, найти эмоциональные привязанности и т. п. В целом групповая психотерапия обычно оказывается успешной, если она ставит не прямые противоалкогольные цели, а служит способом оптимизации личностного роста.

Все другие психотерапевтические методы (суггестивная терапия, эмоционально-стрессовая терапия и др.) могут оказаться эффективными для подростков только при одном предварительном условии — желании лечиться.

## СТРЕССОПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Это один из наиболее распространенных в настоящее время методов психотерапии алкоголизма как у взрослых, так и у подростков.

Показаниями к применению стрессопсихотерапии А. Р. Довженко (1984) считает:

- 1) добровольное желание лечиться;
- 2) не менее чем двухнедельное предварительное воздержание от спиртных напитков.

Абсолютными противопоказаниями к применению данного метода являются:

делириозное, аментивное и другие формы нарушения сознания;

состояние опьянения или выраженной абстиненции;

гипертонический криз;

выраженная сердечно-сосудистая недостаточность.

Лечение оказывается наиболее эффективным:

при выраженной дегенерации личности алкогольного происхождения, особенно по агитико-абулическому типу;

при психопатии неустойчивого типа (в современной классификации — эмоционально-неустойчивое расстройство личности пограничного типа);

при несоблюдении пациентами требуемых условий.

Стрессопсихотерапия алкоголизма имеет большое количество модификаций. Ниже приводится «классический» вариант стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко, предложенный его автором в методических рекомендациях (Довженко, 1984).

**1-й этап (подготовительный)** — применение косвенной (опосредованной) суггестии. Кульминацией вводного

этапа является встреча пациента с врачом-психотерапевтом, в ходе которой происходят:

1) тщательный сбор анамнеза (разговор об истории проблемы, болезни), соматоневрологическое исследование, которые позволяют уже при первой встрече выявить не только клинические особенности алкоголизма, но и наличие сопутствующих заболеваний, степень сохранности личности, выраженность установок на лечение;

2) выдвигание условий, необходимых для успешности лечения, в том числе необходимости двухнедельного и более воздержания от приема алкоголя, так как «применение метода возможно только при условии полного отсутствия алкоголя и продуктов его превращения в организме». До сведения больного доводится, что перед главным этапом лечения — «кодированием» — будут проведены специальные пробы на алкоголь, по которым врач четко определит, пил ли больной в течение установленного срока. Соблюдение назначенного испытательного срока свидетельствует о прочной суггестивной связи между врачом и пациентом, доверии врачу и наличии у пациента прочных установок на трезвую жизнь.

**2-й этап (лечебный)** — включает групповое занятие в течение 2—2,5 часа в строго установленный день.

На передний план выступает рациональная психотерапия, основные положения которой — кульминационные моменты — завершаются эмоционально окрашенными императивными внушениями с элементами драматизации. Количество членов группы не должно превышать 20—25 человек, так как увеличение численности затрудняет контакт врача с больными — «обратную связь».

Пациент предлагается расслабиться, принять удобные позы и внимательно, не отрываясь, смотреть на переноску врача. При этом возникает легкое гипноидное состояние, на фоне которого производятся императивные внушения. Решающим условием успеха является четко продуманная динамика занятия, определенная последовательность и повторяемость суггестий (внушений), нарастание элементов драматизации. Все двухчасовое занятие — это монолог врача, убеждающего, разъясняющего

и предостерегающего больного, укрепляющего веру в выздоровление и открывающего конкретные пути для этого.

Приводим приблизительный образец текста суггестивного воздействия, применяемого при подготовке группы к индивидуальному «кодированию» по методике А. Р. Довженко (в изложении Н. В. Дьячука (1997)).

«Начинаем сеанс врачебного, противоалкогольного противонаркотического гипноза.

Внимание! Носки и пятки поставить вместе. Руки положить на колени! Руки должны лежать абсолютно свободно. Никакого напряжения в руках и во всем теле не должно быть. Плечи опустить: зубы закрыть! Расслабить мышцы шеи, расслабить, распустить корень языка! Отрегулируйте дыхание. Дыхание должно быть спокойным, ровным, плавным, незаметным. Постоянно контролируйте свое дыхание во время сеанса! Внимание! Сейчас Вы должны выработать такую на время переносицу, сосредоточиться и на протяжении всего сеанса смотреть только на нее! Смотреть на мою переносицу! Сосредоточенно, бескомпромиссно выполняйте те условия, которые я ставлю перед Вами. Не отвлекаться. Не задавать никаких вопросов. Когда закончится сеанс лечения, я отвечу на все, что Вас интересует!

Итак, я начал сеанс лечебного гипноза по снятию алкоголизма и укреплению Вашей расстроенной нервной системы. За время своей работы я излечил очень многих больных алкоголизмом. Это значит, что все эти люди вернулись к жизни.

Дорогие друзья! Я могу привести множество примеров из чужих судеб, но каждый из Вас на собственном примере, на собственной судьбе понял, какое опасное это заболевание и как тяжело лечить это заболевание, которое называется «хронический алкоголизм».

Вы — молодые люди. Но свою молодость сознательно отравляете, жизнь превращаете в кошмар. Спрашивается, кому нужна такая жизнь? Кому?

В лечении алкоголизма очень многое зависит от Вас самих, ибо человек — сам творец своего счастья, кузнец своего здоровья. Кто, как не Вы сами, может лучше других распорядиться собой, своей волей? Только Вы! Я

же сегодня сделаю для каждого из Вас все, что зависит от меня. Если каждый из Вас отнесется ко мне, как я к Вам, если каждый из Вас отдаст мне свое сердце и душу так, как отдам их Вам я, если Вы будете беспрекословно выполнять установки и условия, которые стоят перед Вами, успех будет обеспечен, победа будет за Вами.

Я лично считаю, что алкоголизм, табакокурение, наркомания — болезни силы воли. Нет у человека силы воли — курит, пьет, принимает наркотики. Каждый человек имеет свой характер, свою силу воли...

Призываю Вас, дорогие друзья, как можно скорее отказаться от страшных человеческих пороков, какими являются алкоголизм, табакокурение, наркомания, токсикомания. Идеалом человека должен стать трезвость, нормальный образ жизни.

Табакокурение тоже очень старый порок. В 1973 году Всемирная организация здравоохранения назвала табакокурение чумой XX века: Америка, Англия, Германия сократили потребление табака, и поток этой дряни устремился к нам. Завозится самое плохое, страна стала мировой мусорной ямой. Для здоровья человека «Мальборо» не лучше «Беломора». От табакокурения — один вред!

Дорогие друзья! Для того чтобы излечить алкоголика, курильщика, наркомана, необходимо большое, искреннее желание больного лечиться. Это первое условие. Если у него есть такое желание, то успех обеспечен. А если он не желает лечиться? Что тогда? Никто и ничто ему не поможет. Никакие академики! Никакие «бабки» и «дедки»! Никто в мире такому человеку помочь не сможет.

Мать перед сыном падает на колени: «Вася, родной, умоляю, иди лечиться. Ты — алкоголик. Ты измучил меня. Ты измучил всю семью. Ты измучил отца. Ты превратил нас в нищих. Мы — нищие. Из-за тебя нам не на что жить. Что ты себе думаешь? Умоляю тебя, иди лечись».

«Никуда я не пойду, — куражится Вася. — Хочешь, лечись сама. Я не алкоголик. Я пью как все. Пью с друзьями. Я сам могу бросить пить. Не пить месяц, два, три...» — вот что заявляет этот Вася. И он лжет, лжет себе и окружающим. Таких среди алкоголиков большинство. И вот те больные, которые не признают себя алкоголиками, не

лечатся и продолжают злоупотреблять спиртными напитками, в подавляющем большинстве случаев свою жизнь кончают трагически.

Второе условие, необходимое для успешного лечения алкоголизма, — это полное воздержание от употребления алкоголя в течение 15—20 и более дней до сеанса. Чем больше воздержание, тем лучше! Дело в том, что нервная система, нервные клетки мозга удерживают алкоголь до 20 дней. Для того чтобы лечение было успешным и не оказало никакого вреда, нужно, чтобы в организме совершенно отсутствовал алкоголь.

Третьим моим условием было до начала лечения не принимать 15—20 дней и более никаких лекарств. Никаких таблеток, никаких порошков, никаких уколов. Нервные клетки до начала сеанса должны быть чистыми, не заторможенными никакими спиртными напитками и лекарствами. Если все эти условия выполняются, успех лечения обеспечен. Каким же образом я лечу алкоголиков, курильщиков табака, наркоманов? Гипнозом! В момент гипнотического сеанса каждому из Вас я закладываю противоалкогольный, противонаркотический психический код.

...Метод лечения алкоголизма гипнозом самый гуманный. Вы сами выбираете срок полного воздержания от употребления алкоголя.

Во время гипнотического сеанса происходит восстановление утраченной силы воли. Я возвращаю ее Вам. После сеанса лечения тяга к спиртному не будет!

В чем сущность лечения? В процессе сеанса волей гипнотизера суггестивными приемами, определенными физиогенными манипуляциями в мозгу больных алкоголизмом создается устойчивый очаг возбуждения, который с момента кодирования подавляет болезненные очаги, обуславливающие тягу к спиртным напиткам. Таким образом снимается самый главный симптом алкоголизма — болезненная тяга к спиртному. Человек освобождается от многолетней зависимости от спиртного. Восстанавливается ментально-побудительная сфера личности, человек возвращается к нормальной жизни.

Дорогие друзья! Метод лечения алкоголизма гипнозом демократичен.

Но я лечу один раз. Только один раз. Тот, кто захочет раскодироваться — будет раскодирован, он опять сможет пить, он снова станет алкоголиком. Второй раз лечить его я не буду. Лучше, дорогие друзья, не пить всю оставшуюся жизнь.

Итак, дорогие друзья, мы уже говорили, что для излечения алкоголизма, табакокурения, наркомании нужна сила воли, так как эти вредные привычки — болезнь силы воли. Задача состоит в том, чтобы вернуть индивидууму силу воли. Но прежде, чем достигнуть цели, осуществить те или иные действия, человеку приходится преодолевать разнообразные препятствия. Для преодоления их напрягаются умственные и физические силы, необходимые для волевого усилия.

Что же это такое — воля? Воля — сознательная регуляция личностью своих действий, поступков, проявляющаяся в умении преодолевать трудности при достижении цели. Для того чтобы выпить, у алкоголика найдется тысячи поводов и причин. Ну, скажем, родилась дочь — как тут не выпить? Крестины у соседа — опять приложиться необходимо. Со школьными товарищами не виделся 5—10 лет, как не опрокинуть? Отец провожает сына в армию — разве не повод? Ушла от тебя любимая женщина — без бутылки не обойтись...

Хватит! Хватит, дорогие друзья! Поживите для себя, поживите для любимых жен, мужей, детей! Поживите для своих матерей, отцов, братьев, сестер. Помните, что жизнь человеку дана только одна. Итак она короткая, а мы ее еще сокращаем. Наше долголетие во многом зависит от того, какой образ жизни мы ведем — разумный или нерзумный. Специалисты считают, что 200 лет жизни человека — это не предел.

Вот почему, дорогие мои друзья, я призываю Вас пересмотреть свой образ жизни уже с сегодняшнего дня. Я призываю Вас быстрее ликвидировать такие пороки, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, табакокурение. Этот путь приведет Вас к здоровью, счастью, молодости и долголетию. Курильщики укорачивают себе жизнь на 10—20 лет, а алкоголики и наркоманы и того больше.

Дорогие друзья! Я советую отказаться от этих пагубных привычек совсем и закодироваться на всю жизнь. В крайнем случае советую кодироваться на длительные сроки — 5, 10, 20 лет. Но если кто-то из Вас закодировался только на один год, то по истечении этого срока не начинайте пить, не прикасайтесь к наркотикам. Приезжайте, я продлю Вам действие кода без очереди.

После 15-минутного перерыва мы с Вами приступаем к заключительному этапу лечения — процедуре кодирования. В гипнотарий Вас по очереди пригласит ассистент».

Как видно из приведенного текста, в структуре монолога психотерапевта можно выделить четыре узловых момента.

1. Внушение, направленное на актуализацию инстинкта самосохранения, снятие «анозогнозической инертности», развитие «стресса ожидания».

Известно, что почти абсолютная анозогнозия больных алкоголизмом распространяется на сам хронический алкоголизм, а не на сопутствующие соматические и другие нарушения. Вследствие этого врач вербализует и максимализирует имеющуюся хотя бы в минимальной степени патологическую симптоматику.

2. Подведение пациента к приемлемому для него выходу из ситуации, обусловленной болезнью, убеждение в возможности излечения («Первый звонок с того света уже прозвонил, но еще не все потеряно!»).

В течение сеанса приводятся яркие примеры излечения от алкоголизма и достижения больными полной жизненной гармонии.

3. Конкретное объяснение, каким образом пациент будет избавлен от пагубного пристрастия. Разъяснение содержания методики «кодирования».

До сведения пациентов доводится, что приемами внушения, гипнотическим воздействием и другими методами у них в мозгу формируется устойчивый очаг возбудимости (типа «бодрствующего очага» или «сторожевого пункта», по И. П. Павлову), который с момента кодирования будет контролировать их поведение в течение выработанного срока (год, три года, всю жизнь). При этом до-

пустимо сравнение «гипнотического очага» с часовым механизмом, детонатором мины. У больного формируется сознание неотвратимости смерти при несоблюдении сроков «кодирования».

Мощная танатофобическая суггестия (внушение боязни смерти) возможна только в клинике алкоголизма и наркоманий, и только особенности измененной личности пациента делают ее допустимой.

Приняв решение о необходимости лечения, определив самостоятельно минимальный срок полного воздержания от алкоголя, пациент совершенно доверяется врачу и следует его указаниям. Таким образом устраняется фиксация личности на борьбе с желанием выпить, что приводит к дезактуализации этого желания, к исчезновению влечения к алкоголю. Уверенность пациента в том, что он в любое время может преодолеть ремиссию, явившись к врачу с просьбой о «раскодировании», поддерживает ощущение «свободы воли», уменьшает выраженность субъективно-тягостных переживаний в начальном периоде лечения.

Наряду с примерами полного излечения, по типу противопоставления, больному сообщается о смертельных исходах при употреблении спиртного в период действия «кода».

Если пациенту известны случаи нарушения запрета (естественно не повлекшие за собой гибели больного), то необходимо подчеркнуть неотвратимость «срабатывания кода» в более позднем периоде (инсульт, инфаркт миокарда) и необходимость срочного «раскодирования» этих лиц.

4. Заключительное внушение звучит примерно так:

«Вы теперь полностью осведомлены об опасности нарушения сроков, в течение которых действует код. У вас есть два выхода: отказаться от лечения и вернуться к своему пагубному пьянству или пролечиться и начать новую жизнь. Третьего не дано. Вы сами должны принять обдуманное решение о сроке кодирования: на год, два, три, пять... навсегда. Оно будет осуществлено согласно Вашей свободной воле; нарушение же его — грозит катастрофой!»

**3-й этап (заключительный)** — этап внушения. Состоит в проведении физических манипуляций и психотерапевтического ритуала непосредственного «кодирования» больных алкоголизмом.

Он осуществляется в отдельном кабинете, индивидуально с каждым больным. Больной допускается к этой процедуре только после дачи расписки следующего содержания:

«Я, (ФИО), предупрежден лечащим врачом о тех опасных для жизни последствиях, которые могут возникнуть в случае употребления мною алкогольных напитков раньше, чем закончится срок кодирования (указывается дата). Я обязуюсь не употреблять никаких спиртных напитков, даже в минимальных дозах, до окончания срока кодирования или момента раскодирования врачом по моей просьбе.

Буду строго выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача».

Завершающее императивное внушение осуществляется:

1) на фоне зрительной депривации (путем одномоментного принудительного закрытия глаз ладонью врача) и воздействия на вестибулярный аппарат (путем резкого забрасывания головы назад);

2) затем проводится кратковременное энергичное пальцевое давление на точки Валле (точки выхода тройничного нерва: у верхнего внутреннего края глазницы, над глазницей, на переднем крае нижней челюсти);

3) несколько секунд спустя, в положении с широко открытым ртом, (только ту мощной струей хлорэтила проводится орошение зева и задней стенки глотки, что сопровождается различными вегетативными нарушениями (поперхивание, кашель, тахикардия, слюнотечение и т. п.). Орошение производится в течение 1—2 секунд. Сразу же больной полощет полость рта водой.

Процедура «кодирования» длится 2—4 минуты. В ходе проведения манипуляций речь психотерапевта должна быть лаконичной, отрывистой и громкой: «Сейчас я закладываю в Ваш мозг специальный код. Он будет контролировать Ваше поведение, Ваше отношение к спиртным напиткам. С этого момента Вы не имеете права

употреблять любые алкогольные напитки. Любые дозы спиртного на время действия кода опасны. Нарушение запрета приведет Вас к смерти».

Происходящий за закрытыми дверями процесс «кодирования» продолжает своими таинственностью и значительностью суггестировать ожидающих. Выходящие из кабинета пациенты тотчас покидают помещение.

Минимальный срок «кодирования» — не менее года, так как за это время больной получает возможность:

- 1) выработать способы психологической защиты прежде всего от пьющего микросоциального окружения;
- 2) нормализовать семейные отношения, а также нарушенные межличностные контакты;
- 3) восстановить достойное положение на работе.

Через год больные приглашаются на повторное «кодирование», которое проводится на 4—5 лет, а иногда — на всю жизнь (Довженко, 1984).

Результативность стресс-психотерапии алкоголизма значительно повышается при сочетании ее с индивидуальной и групповой психотерапией, направленной на выработку адаптивных навыков проблемно-решающего поведения (Игумнов, 1997).

### **НЕДИРЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ГИПНОТЕРАПИИ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА**

В последние десятилетия все большую популярность во всем мире приобретают недирективные гипносуггестивные методы лечения алкоголизма и других форм аддиктивного поведения, ядром которых, по мнению Чарльза Дитренбаума, Марка Кинга, Уильяма Козна (1985), является техника, называемая рефреймингом (reframing в буквальном переводе с английского языка — вставка картины в новую рамку). Первый этап рефрейминга — определение навязчивого стремления, от которого пациент хочет избавиться.

Далее психотерапевт вступает в «общение» с той «частью» психики пациента, которая ответственна за возникновение навязчивого стремления.

В состоянии гипноза пациенту дается следующее внушение:

«Войдите внутрь Вашей собственной психики, куда бы Вам ни пришлось войти, и осознайте ту часть своей психики, которая в прошлом была ответственна за проблему... Это может быть знакомое переживание, а может быть и совершенно необычное. Возможно, Вы увидите что-то в своем воображении. Например, цвет или предмет, или чье-то лицо. Ваше переживание этой внутренней части может быть слуховым. Например, Вы услышите голос, даже свой собственный или чей-то еще, или просто какой-нибудь звук. Ваше переживание может быть и каким-то ощущением».

Для психотерапевта важно создать обратную связь с пациентом во время сеанса. Для этой цели часто используют идеомоторную реакцию пациента (Citrenbaum et al., 1985). Например, можно установить бессознательные сигналы «да» и «нет», предложив, чтобы один из пальцев пациента самопроизвольно и медленно опускался в знак согласия, а другой палец поднимался (или опускался) в знак отрицания (сравним приемы «Левитация руки» и «Опускание пальца», описанные в главе 5).

Опытный психотерапевт учитывает «скрытые выгоды», доставляемые аддиктивным поведением. Например, употребление алкоголя может способствовать иллюзорному снятию нервно-психического напряжения, способствовать в качестве «коммуникативного допинга» вхождению в группу, отвлечению от скуки и т. п. Немалый «вклад» в формирование алкогольной зависимости у молодежи по механизму «отождествления с кумирами» вносят видеофильмы и другие компоненты «массовой культуры».

Важно также определить, не носит ли аддиктивное поведение пассивно-оборонительный характер — в виде реакции протеста в ответ на давление родителей и других представителей старшего поколения. Для некоторых подростков «вредная» привычка состоит в пассивном выжидании агрессии против «гонителей», по отношению к которым они в иных случаях чувствуют себя бессильными.

Поэтому важно не столько «подавить любой ценой» аддиктивное поведение, сколько помочь пациенту выра-

ботать новые формы поведения, которые могут оказывать ему ту же помощь, какую в прошлом он получал, например, от алкоголя.

Формула внушения может быть следующей: «Обратитесь теперь к творческим ресурсам Вашей психики и разрешите им создать для Вас другие формы поведения, которые могут заместить употребление алкоголя. Они будут приносить Вам те же приятные чувства (снятие напряжения, свободу общения и т. п.), которые Вы испытывали, принимая алкоголь, но будут безопасными для здоровья».

Многие пациенты, особенно подростки, с трудом представляют и реализуют новые формы поведения. В таких случаях Citrenbaum et al. (1985) рекомендуют использовать следующие психотерапевтические стратегии.

Предложить на рассмотрение пациенту множественный выбор возможных альтернатив. Важно наблюдать невербальные сигналы или реакции пациента (изменение выражения лица, частоты дыхания и пульса, идеомоторные акты) для выбора подходящих альтернатив.

Дать пациенту указание на сознательном и бессознательном уровнях работать над созданием альтернативных форм поведения в промежутках между психотерапевтическими сеансами.

Предложить пациенту представить себя в образе другого человека, которого он любит или кем восхищается. Тогда пациент сможет создавать альтернативные формы поведения, которые использует или использовал бы для получения требуемого результата (снятия напряжения, вступления в общение и т. п.) человек, с которым он себя отождествляет.

Посоветовать пациенту наблюдать, какие формы поведения в проблемных ситуациях используют известные ему люди, не страдающие алкогольной зависимостью.

Следующий этап рефрейминга — проведение «экологической проверки» с целью определить, приемлемы ли для всех частей психики пациента новые формы поведения. Суггестивная формула, предлагаемая Цитренбаумом с соавт. (1983, 1985), звучит примерно так: «Войдите опять в Вашу психику и убедитесь, что часть, ответствен-

ная за проблему, и другие части Вашей психики видят, слышат и ощущают, что новые формы поведения подходящие. Если от какой-то части психики Вы получаете отрицательную реакцию или переживаете чувство несогласованности, тогда Вам может понадобиться вернуться назад и позволить Вашим творческим силам создать еще одну или несколько новых форм поведения. Или же Вам придется вернуться назад еще дальше, чтобы определить и учесть некоторые выгоды, которые Вы не учли прежде».

Завершающий этап рефрейминга — «подстройка к будущему» — состоит в том, что пациента просят представить себе применение вновь созданных форм поведения в соответствующих ситуациях в будущем. «Подстройка к будущему» преследует две цели:

- 1) дальнейшую и более полную проверку вновь созданных форм поведения;
- 2) мысленную репетицию применения новых альтернатив, которая упростит их использование на практике.