Содержание

# ВВЕДЕНИЕ

# 1. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

# 1.1 ЛИЦА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ПОВЕДЕНИЯ

# 1.2 ПРИЧИНЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У АЛКОГОЛИКОВ

# 1.3 СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ КОНТРОЛЬ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

# 1.4 АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

# 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

# 2.1 АНКЕТИРОВАНИЕ

# 2.2 ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ

# 2.3 МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В БОРЬБЕ С АНТИСОЦИАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

# ПРИЛОЖЕНИЕ

# Введение

Актуальность темы заключается в том, что борьба с алкоголизмом – крупнейшая социальная и медицинская проблема любого государства. Вред алкоголя доказан. Проблема исследования обусловлена тем, что даже малые дозы его могут стать причиной больших неприятностей или несчастий: травм, автокатастроф, лишения работоспособности, распада семьи, утраты духовных потребностей и волевых черт человеком.

Современное общество располагает большим и разнообразным опытом профилактики алкоголизма – борьбы со злоупотреблением спиртными напитками. Это меры ограничительные, запретительные и карающие, а также воспитательные и психологические.

Сообщения прессы просто пестрят объявлениями о так называемых, однодневных способах лечения алкоголизма. Можно ли действительно бросить пить после одного посещения врача и однократного проведения процедуры (обычно сеанса условнорефлекторной терапии, приема антабуса и психотерапевтической беседы)? Известный специалист в области наркологии проф. Г. В. Зеневич считает, что это возможно при твердой установке и страстном желании пьющего избавиться от вредной привычки, при большом доверии к врачу и его методам. Но как известно из практики, на такие сеансы больных обычно приводят родственники, а это, в свою очередь, означает, что желание больного в излечении отсутствует. Повседневная врачебная практика убеждает нас, что чудес на свете не бывает и каждое такое чудо – результат большой и продолжительной работы. Таким образом, однодневные сеансы малоэффективны. Нужно искать другие методы лечения. И на основании этого цель нашей работы: рассмотреть алкоголизм как проявление девиантного поведения.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Рассмотреть теоретические предпосылки проблемы девиантного поведения у лиц с алкогольной зависимостью;
2. Выявить особенности проявления девиантного поведения у лиц с алкогольной зависимостью;
3. Провести анкетирование в г. Новосибирске по интересующей нас проблеме.

Методы исследования: наблюдение, изучение литературы, проведение анкетирования.

Объект исследования: девиантное поведение у лиц с алкогольной зависимостью.

Предмет исследования – алкоголизм.

Структурно работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложения.

Данная проблема была разработана и исследована такими учеными как А. Хухрий, Г.И. Куценко, Ц.П. Короленко, Е.С. Дроздовым, Е.И. Зинченко, И.Н, Пятницкой, Р.Я. Панковой. Особого внимания заслуживает труд Б.С. Братусь «Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма», в котором впервые была отражена актуальность проблемы алкоголизма в детском и подростковом возрасте.

# 

# 1. Особенности проявления девиантного поведения у лиц с алкогольной зависимостью

## 

## 1.1 Лица с алкогольной зависимостью и особенности их поведения

В литературе часто встречается понятие «трудный» молодой человек. Что означает трудный? Оценка любого поведения подразумевает его сравнение с какой-то нормой. Нестандартное, отклоняющееся от нормы поведение часто называют девиантным[[1]](#footnote-1).

Основные виды девиантного поведения – это преступность и уголовно-наказуемые случаи аморального поведения, которые тоже представляют определенную общественную опасность. Связь преступности и аморального поведения состоит в том, что совершению преступления предшествует, как правило, какая-либо разновидность девиантного поведения в виде пьянства, наркомании и пр[[2]](#footnote-2).

Девиантное поведение подразделяют на две группы.

1. Поведение, отклоняющееся от норм психического здоровья, т. е. наличие у человека явной или скрытой психопатологии. Эту группу, во-первых, составляют лица, которых условно можно отнести к третьей группе характеров, т. е. астеников, шизоидов, эпелиптоидов и других психически ненормальных людей. Во-вторых, к этой группе примыкают лица с акцентуированными характерами, которые тоже страдают психическими отклонениями, но в пределах нормы.
2. Поведение, отклоняющееся от морально-нравственных норм человеческого общежития и проявляющееся в различных формах социальной патологии – пьянстве, наркомании, проституции и пр. Подобный вид девиантного поведения выражается в форме проступков или преступлений. Если это проступки незначительны и не приносят большого вреда общественным отношениям, то лица, совершившие их подвергаются наказаниям по нормам трудового или административного права. Правоохранительные органы в лице милиции и судебных органов применяют к девиантам меры принудительного характера (административный арест, штраф и пр.), а социальные и медицинские службы проводят с ними комплекс мер по социальной и психической адаптации[[3]](#footnote-3).

К основным субъектам девиантного поведения можно отнести лиц, страдающих определенными формами психической патологии и склонных на этой основе к аморальному поведению, попыткам членовредительства и самоубийства.

К социальной патологии можно отнести наркоманию и токсикоманию, бытовое пьянство и алкоголизм, проституцию и другие правонарушения.

Таким образом психические расстройства проявляются в двух формах:

* акцентуированные характеры, т. е. крайние варианты нормы, когда отдельные черты характера очень усилены и человек уязвим для определенных психологических воздействий. Люди с ярко выраженными «тяжелыми» чертами характера часто являются клиентами социально-медицинских и правоохранительных служб;
* психопатия – это явное или скрытое отклонение от нормы психических качеств человека. Эти отклонения проявляются в поведении, поступках, вербальном и невербальном общении.

Таблица 1

Особенности девиантного поведения у лиц с алкогольной зависимостью

|  |  |
| --- | --- |
| Возрастные группы | Проявление девиантного поведения |
| подростки | вспыльчивы, возбуждены, отсутствие координации движений, негативизм, агрессивны |
| взрослое население | отсутствие координации движений, драчливы, плаксивы (женщины), грубы, отсутствие последовательности в движениях, эгоистичны, жестоки, агрессивны |
| пожилые люди | плаксивы, навязчивы в своих рассказах о прошлом, страх перед жизнью, отсутствие последовательности в движениях и суждениях |

## 1.2 Причины, влияющие на проявление девиантного поведения у алкоголиков

Между понятиями алкоголизм и пьянство существуют различия. Алкоголизм характеризуется патологическим влечением к спиртному и последующей социально-нравственной деградации личности. Пьянство – это неумеренное потребление алкоголя, которое наряду с угрозой здоровью личности нарушает ее социальную адаптацию.

Выборочные исследования показали, что на крупных промышленных предприятиях алкоголь употребляют практически все мужчины – 99% и 97 % женщин. Уровень потребления алкоголя составляет в стране 15,5 л абс. алкоголя на человека в год. И эта цифра с каждым годом возрастает. Это почти в два раза больше дозы, несущей угрозу для здоровья человека. Чаще всего мотивом пьянства является развлечение, воздействия ближайшего окружения, соблюдения питейных традиций празднования памятных дат, супружеские и семейные неурядицы, неприятности на работе.

На формирование алкоголизма влияют несколько факторов, среди которых главные – наследственные факторы, характер, индивидуальные свойства личности и особенности окружающей среды[[4]](#footnote-4).

Причины же проявления девиантного поведения заключаются в следующем:

1. В основе девиантного поведения лежит прежде всего социальное неравенство. Это находит выражение в низком, подчас нищенском уровне жизни большей части населения и в первую очередь молодежи; в расслоении общества на богатых и бедных; трудностях, которые встают перед людьми при попытке самореализации и получения общественного признания; в ограничении социально приемлемых способов получения высокого заработка для молодых женщин и мужчин. Тяжело сказываются на жизненном уровне чисто российские «гримасы рыночной экономики»: безработица, инфляционное давление, коррупция и официальная ложь «верхов» и нарастающая социальная напряженность «низов».
2. Морально-этический фактор девиантного поведения выражается в низком морально-нравственном уровне общества, бездуховности, психологии вещизма и отчуждения личности. В условиях, когда экономическая жизнь общества напоминает не рынок, а базар, где все продается и покупается, торговля рабочей силой, способностями и даже телом становиться рядовым событием.
3. Окружающая среда, которая нейтрально или благосклонно относится к девиантному поведению. Молодые девианты – алкоголики, пьяницы – в большинстве выходцы из неблагополучных семей, в которых один или оба родителя пьют. Как правило, возглавляет группу девиантов «авторитет», который недавно вернулся из «зоны». В такой среде имеется свое представление о нормах поведения[[5]](#footnote-5).

Известный социолог Р. Мертон, автор теории «двойной неудачи», считает, что если человек не может удовлетворить своих потребностей ни в легальной творческой деятельности, ни в активной противоправной, то он компенсирует эти недостатки такой деятельностью, которая ведет его к саморазрушению как личности. В условиях, когда часть людей не имеет возможности для достойного профессионального или личностного самовыражения, «уход» в алкоголизм становиться своеобразным компенсаторным средством.

Неблагоприятные условия жизни и воспитания в семье, проблемы овладения знаниями и связанные с этим неудачи в дальнейшей жизни, неумение строить взаимоотношения с окружением и возникающие на этой основе конфликтные ситуации, различные психофизические отклонения в состоянии здоровья, как правило, ведут к кризису духа, потери смысла существования.

«Алкогольная зависимость» формируется постепенно и определяется сложными изменениями, которые происходят в организме пьющего человека. Влечение к спиртному проявляется в поведении человека: повышенная суетливость в подготовке к выпивке, «потирание рук», эмоциональная приподнятость. Чем больше «алкогольный стаж», тем меньше удовольствия приносит выпивка.

Алкоголизм – это поступательное заболевание. Оно начинается с бытового пьянства, а заканчивается клиникой. Для пьяниц «со стажем», чтобы поймать кайф, т. е. почувствовать физиологический комфорт, доза спиртного увеличивается в 2-3 раза по сравнению с прежней нормой[[6]](#footnote-6).

## 1.3 Социально-правовой контроль девиантного поведения лиц с алкогольной зависимостью

Известно, что российская, а затем и советская исправительно-трудовая система (тюрьмы, следственные изоляторы и колонии) имела целью исправление и наказание осужденных. Но тюрьма не столько исправляет, сколько карает человека.

Именно в местах лишения свободы завершается формирование девиантного поведения и самосознания.

Девиантное поведение вначале всегда бывает немотивированным. Человек, как правило, хочет соответствовать требованиям общества, но в силу социальных условий, неумения правильно определить свои социальные роли, незнания способов социальной адаптации, нищенского уровня жизни, он не может этого сделать. Наличие девиантной группы облегчает совершение противоправных и аморальных действий, обеспечивает психологический комфорт за участие в подобных действиях, уменьшает эффективность способов социального контроля.

К основным факторам социального контроля в нашем городе можно отнести следующие:

1. Методы и средства социального контроля должны быть адекватны конкретным видам девиантного поведения. Основным средством социального контроля должно стать удовлетворение различных потребностей и интересов лиц, склонных к «ненормальному» поведению. Так, научное, техническое и другие виды творчества могут служить серьезной альтернативой разным формам противоправного и аморального поведения. Эффективность предупреждения правонарушений достигается не столько временным подавлением девиантного поведения, сколько его постоянным вытеснением социально одобряемым и полезным поведением.
2. Существенное снижение репрессивных мер воздействия. Лишение свободы приводит личность к социальной и нравственной деградации и может использоваться лишь как крайняя мера воздействия.
3. Создание гибкой и разветвленной системы социальной помощи, включающей государственные, общественные, благотворительные и иные структурные звенья.
4. Нравственное возрождение и духовное развитие людей на принципах общечеловеческой морали и духовных ценностей, свободы совести и слова, индивидуального поиска смысла жизни (кризис утраты смысла жизни – важный фактор девиантного поведения)
5. Жестокий контроль за потоком видеозаписей, содержащих сцены насилия, жестокости и откровенного секса.
6. Подготовка и переподготовка кадров, которые были бы способны работать с представителями порочной зависимости: работников правоохранительных органов, социальных педагогов и социальных психологов; врачей-наркологов – всех, тех, кто уже сегодня работает с девиантами[[7]](#footnote-7).

## 1.4 Антиалкогольная политика в современном обществе

Интересно проследить различные противоалкогольные меры в России. Известно, что до 15 века в России пили преимущественно мед, пиво и привозное вино, а с середины 16 века распространяется водка. Во времена Ивана 4 появились кабаки. Но уже тогда периодически издаются указы и распоряжения государственных деятелей и представителей духовенства, ограничивающие потребление спиртных напитков или предусматривающие различные наказания для «гнусных пьяниц». При Петре Первом, например, были введены наказания для пропойц – их избивали палками или сажали в ямы.

Наша страна, как и другие страны, прошла через практику «сухого закона». В 1914 году царское правительство с начала империалистической войны запретило продажу вина. В 1916 году был введен полный запрет продажи алкоголя. Этот запрет действовал и после Октябрьской социалистической революции. Однако исследования того времени свидетельствуют о том, что сразу после введения запрета в стране стали употреблять различные суррогаты, главным образом самогон.

Это в последствии привело к тому, что наше государство ввело винную монополию. В 1922 г. была разрешена продажа 20% водки, в 1924 г. – 30%, в октябре 1925 г. – 40% водки. Это свидетельствует о том, что и в нашей стране эта, казалось бы, радикальная мера не дала положительных результатов[[8]](#footnote-8).

Успешная борьба с алкоголизмом возможна только при осуществлении комплексных мер воздействия социального, медицинского, педагогического и административного характера, а также при участии в ней всего населения.

В общем комплексе мероприятий борьбы с алкоголизмом значительную роль играет противоалкогольная пропаганда, основная цель которой – формирование у населения нетерпимого отношения к употреблению алкоголя.

Один из существующих недостатков антиалкогольной пропаганды – отсутствие динамической обратной связи с населением. Во многих случаях остается не ясным, какой отклик в различных аудиториях находят те или иные формы просветительской работы по борьбе с алкоголизмом.

Этот недостаток, еще в 1976 году исправили сотрудники противоалкогольной лаборатории Новосибирского мединститута, разработав специальную анкету, позволяющую проводить статический анализ.

Благодаря этой анкете, в настоящее время сотрудники этой лаборатории с уверенность утверждают, что наиболее действенными методами пропаганды являются беседы, проводимые людьми, вылечившимися от алкоголизма, индивидуальные беседы врача[[9]](#footnote-9).

Причины неэффективности других методов (просмотр фильмов и передач на антиалкогольную тематику) заключаются в том, что слишком большое внимание в них уделяется вызыванию страха перед алкоголем. Из психологии известно, что воздействия, направленные на вызывание страха, в современном обществе, как правило, не дают положительных результатов. Кроме того, страх перед употреблением алкоголя должен вытекать из осознания отдаленных по времени последствий: развитие алкоголизма, поражение внутренних органов, влияние на потомство. Но люди, получающие удовольствие от употребления алкоголя, как правило живут сегодняшним днем и не столь ориентированы на будущее развитие событий, чтобы о них серьезно задуматься.

Одна из основных особенностей современного общества – резкий рост притока информации и скорость принятия решений в единицу времени. В связи с этим увеличивается скорость и содержание психических процессов человека и возрастают его адаптивные возможности в целом.

Эти изменения в психологии прослеживаются и в тех реакциях, которые возникают в процессе противоалкогольной работы, поскольку она затрагивает различные сферы жизни и включает медицинские, психологические, социально-экономические подходы.

Для популяризации правильного отношения к алкоголизму важное значение имеет знание сущности алкоголизма, ясность и доходчивость определений. Сопротивление, с которым приходиться часто сталкиваться, отражает глубоко укоренившиеся у людей представления о том, что алкоголик – это только «опустившийся человек», что знакомый, родственник, сотрудник по работе «пьет, как другие», «ничем особым не отличается» и т. д[[10]](#footnote-10).

В общем комплексе борьбы с алкоголизмом в нашем городе, как и по всей стране играет принудительное лечение, особенно по ходатайству членов семьи алкоголика, либо его родственников.

Большая часть больных хроническим алкоголизмом проходит лечение на добровольных началах. Однако определенный процент больных отказывается от лечения по разным мотивам, и в первую очередь по тому, что не считают себя больными; лечение таких больных проводится вопреки их желанию.

С этих позиций необходимо проанализировать оправданность принудительного лечения с психологических и медицинских позиций закономерности этого действия. Опыт российских наркологов и наркологов других стран говорит о том, что лечение больных алкоголизмом приостанавливает процесс, предупреждает возникновение деградации, разных осложнений и предупреждает гибель больных, часто возвращает их к трудовой деятельности. Таким образом, медицинская оправданность принудительного лечения не требует доказательств.

Но готово ли психологически население к этому? Мы проанализировали обращения родственников больных алкоголизмом в Психоневрологический диспансер нашего города. Этот анализ показал, что все однозначно требуют вмешательства даже в тех случаях, когда больные не желают лечиться. Все говорят о психологической оправданности такого вмешательства. Таким образом, и психологическая оправданность не вызывает сомнения. Никогда не было претензий от населения при привлечении больных к принудительному лечению. Это очень важно – психологическая атмосфера, психологическая оправданность.

Проведение принудительного лечения важно еще и потому, что алкоголики, отказывающиеся от лечения, приносят вред не только своему организму, но и обществу в целом, ибо являются активными распространителями отрицательных алкогольных привычек, традиций.

При решении вопроса о принудительном лечении выступают две критерия – социальный и медицинский.

Социальный критерий сказывается из следующих основных показателей – нарушение норм поведения в обществе, в семье, отрицательное влияние на воспитание детей, безуспешность применения мер воспитательного и административного воздействия.

Медицинский критерий слагается из следующих положений – хроническое злоупотребление алкоголем, безуспешность предыдущего лечения или отказ от лечения, тяжелые случаи хронической, поздней стадии алкоголизма.

Таким образом, антиалкогольная политика в городе Новосибирске в основном представлена проведением антиалкогольной пропаганды в учебных заведения различного уровня, а также на предприятиях; и методы ее довольно разнообразны, как было показано выше. А также общий комплекс борьбы с алкоголизмом составляет принудительное лечение.

# 2. Практическая часть

## 

## 2.1 Анкетирование

Анкетирование проводилось в городе Новосибирске, на улицах города. Прохожим предлагалось заполнить анкету (см. Приложение 1).

## 2.2 Обработка результатов

Возраст опрошенных людей колебался от 15 до 60 лет.

На вопрос «Как часто Вы употребляете спиртные напитки?» опрошенные отвечали: рез в месяц и реже – 5 человек; раз в неделю – 7 человек, несколько раз в неделю – 5 человек, каждый день – 3 человека (при этом их возраст колебался от 18 до 60 лет).

В ходе анкетирования выяснилось что у 8 человек из 20 в родне есть (или были) алкоголики.

В процессе проведения исследования было установлено, что у большинства людей первое в жизни употребление алкоголя оставляет приятные воспоминания (11:9).

Для большинства людей алкоголь не является средством занять свободное время, что является положительным моментом (отрицательно ответили 14 человек из 20).

У 7 человек из 20 опрошенных разговоры о выпивке вызывают желание выпить.

Только 3 из 20 опрошенных приходила мысль сократить употребление алкоголя.

У 8 человек из 20 опрошенных появлялось чувство вины в связи с употребления алкоголя.

У 5 человек из 20 опрошенных знакомые считают, что они много пьют.

У 9 человек из 20 опрошенных родственники считают, что они много пьют.

Большинство опрошенных считают, что нельзя весело провести праздник без выпивки.

На вопрос «Бывает ли Вам трудно воздержаться от приема алкоголя?» 7 респондентов ответили положительно.

6 человек из 20 опрошенных подтвердили, что у них случались неприятности в учебе или на работе из-за употребления алкоголя.

6 человек из 20 опрошенных подтвердили, что их задерживала милиция в состоянии опьянения.

6 человек из 20 опрошенных признались, что забывали часть вечера после принятия спиртного (см. Приложение 2).

## 

## 2.3 Методы и приемы психотерапии, применяемые в борьбе с антисоциальным поведением

Высокая эффективность терапии обеспечивается длительностью и преемственностью лечения. Как отмечалось ранее, предусмотрены сроки и последовательность лечебных мероприятий при алкоголизме.

Данные исследований показывают, что очень многие лица в начале алкоголизма ощущают болезненное чувство или, по крайней мере, изменение своего состояния, своего поведения. В результате у них возникают многочисленные явления, которые в сознании не связываются с болезнью – начинающимся алкоголизмом. К ним относятся, например, раздражительность по ничтожному поводу, плохое отношение к близким людям, даже наиболее дорогим, беспокойство, постоянные поиски любого чисто случайного общения, бессонница, вместо радости утреннего пробуждения – страх перед жизнью, интеллектуальные затруднения.

Терапия может начинаться в стационаре, и иногда ее продолжительность должна составлять не менее 45 – 60 дней.

В некоторых случаях лечение можно начинать амбулаторно, некоторые авторы даже полагаются, что этот вид лечения при определенном стечении обстоятельств даже более эффективен.

Главное место в общем комплексе лечения должна занимать психотерапия. Она начинается еще при подготовке больного к сознательному принятию антиалкогольного средства и должна сопровождать его на всех этапах стационарного или амбулаторного лечения, быть активной, целенаправленной, последовательной. Виды психотерапии подбирает индивидуально лечащий врач.

Основная цель психотерапии убеждением состоит в том, чтобы изменить отношение больного к своему поведению, к злоупотреблению алкоголем. В доступной для больного форме врач излагает необходимые сведения о пагубных воздействиях алкоголизма: о патологических изменениях внутренних органов, о сужении его профессиональных и общественных интересов, описывает вред, причиняемый семье алкоголика и т. д. Особое внимание обращается на то, что алкоголизм не болезнь, а дурная привычка, ведущая к болезненному состоянию. Высказывается убежденность в возможности излечения при условии, если больной будет систематически следовать советам и рекомендациям врача.

Психотерапия как метод лечения состоит в комплексном лечебном воздействии психическим факторам на психику больного, а через нее – и на весь организм с целью устранения болезненных явлений, изменение его отношения к болезни, к себе и к окружающим его людям.

Под «психическим фактором» в данном случае понимается непосредственное воздействие, словесно-логическое, эмоциональное, волевое.

Стратегические задачи психотерапии на разных этапах лечения больного алкоголизмом меняются в зависимости от отношения больного к своей болезни, которое складывается в основном из трех уровней: сенсорного, интеллектуального и эмоционального.

Сенсорный уровень характеризуется совокупностью ощущений, связанных с болезнью. При алкоголизме он включает в себя психический и физический дискомфорт и тягостные переживания в абстинентном синдроме и другие расстройства.

Интеллектуальный уровень отражает систему суждений и умозаключений больного об алкоголизме и употреблении спиртных напитков, о необходимости лечения.

Эмоциональный уровень отражает отношение человека к болезни с позиции ее системы значимостей и условий выгодности и не всегда совпадает с интеллектуальной.

При назначении любого вида терапии следует тщательно изучить особенности личности и характера пациентки и, исходя из этого, строить планы лечения. Например, у астенических личностей можно использовать чувство жалости, у истероидных – использовать их стремление к честолюбивым замыслам.

Психотерапия в нашей стране изучается и успешно применяется такими ведущими специалистами, как В. Е. Рожнов, И. В. Бокий, В. И. Григорьев и их последователями.

Врачи-наркологи психоневрологического диспансера уверены, что должно быть соответствие формы психотерапии личности больного. Также опыт психотерапевтов диспансера показывает: искусное владение одним методом делает его эффективным для самых различных пациентов. Следовательно, нельзя строго рекомендовать какой-либо метод психотерапии. Выбрать его должен сам нарколог сообразно личности больного, а также своим склонностям и способностям.

В ходе нашей беседы с психотерапевтами диспансера, мы еще раз убедились, что во всех случаях стационарного или амбулаторного лечения необходимо придерживаться этапности при проведении терапии. А также она должна быть комплексной и разнообразной, так как при ее помощи применяются попытки, с одной стороны, разорвать патологический круг болезненного состояния, привыкания к алкогольным напиткам, с другой – установить новые социальные связи больного с окружающей средой. Таким образом, в первом случае психотерапия является мощным лечебным средством, во втором – своего рода социальным методом воздействия.

Алкоголизм – одно из заболеваний, при котором воздействие на личность больного является важнейшим видом лечения. Такое воздействие можно оказать при помощи различных видов психотерапии.

Еще в далекой древности говорили, что лечение людей можно проводить при помощи «травы, ножа и слова». Таким образом, лечебное воздействие слова одного человека на другого было известно давно. Однако методом лечения, имеющим теоретическое обоснование и приемы, психотерапия стала сравнительно недавно.

В диспансере для коррекции поведения алкоголиков при собственном желании лечиться применяются такие методы специальной психотерапии как рациональная, косвенная, дискуссионная психотерапия, ситуационно-психологический тренинг, гипнотерапия, внушение и др. Лечение проводиться индивидуально или коллективно.

Перед началом терапии врач обязательно познакомиться с каждым больным, собирает анамнез, определяет тип нервной системы больного, решает, насколько глубоко решение больного к излечению. Врачу следует установить доброжелательные, доверительные отношения с больным, однако при этом оставаться требовательным и последовательным. Без этой подготовительной работы дальнейшее лечение будет безуспешным, так как основой психотерапии является воздействие слова врача на объект психотерапии – больного. После проведения перечисленных предварительных мероприятий можно приступать к выбору метода психотерапии и к самому лечению.

Человек живет в социальном окружении, его воспитывает коллектив. Во время болезни отношения между людьми нарушаются, формируются новые патологические связи, которые способствуют углублению патологического состояния. Поэтому лечение лиц, страдающих алкоголизмом, группами дает больший эффект, чем индивидуальное лечение.

Классический метод гипнотерапии предложил В. М. Бехтерев. Он складывается из трех этапов: предварительной психологической беседы, гипнотерапии и обучения самовнушению.

Сеанс гипнотерапии начинается с усыпления. Следующий этап – внушение – может проводиться более индивидуально. При этом учитываются особенности некоторых пациентов. Внушения должны быть понятны, просты по форме изложения. Характер внушения должен гасить тягу к алкоголю, укреплять волевые устремления больного к излечению.

В процессе лечения можно проводить условно-рефлекторную терапию, вырабатывая отрицательную реакцию на запах, вкус алкоголя. Для этого внушение сопровождается вдыханием запаха водки или пробой ее на язык со смоченного ватного тампона. Перед пробуждением внушение еще раз закрепляется и затем говорится, что пациент будет чувствовать себя бодрым, здоровым, полным сил, тяги к алкоголизму у него не будет.

В течение 1,5 – 2 месяцев сеансы проводят два раза в неделю, затем еще 2 месяца 1 раз в неделю.

Большой популярностью пользуется метод коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма, предложенной В. Е. Рожновым. Автор считает, что «…сеансы гипнотерапии лишь одно из звеньев в общей системе лечебных мероприятий и психотерапевтического и сочетанного с ним медикаментозного воздействия».

При этом виде лечения большое значение отводиться эмоциональному фактору во взаимоотношениях между больным и врачом. Последний здесь должен выступать не как лектор, учитель, а как доброжелательный, волевой, правдивый человек, глубоко верящий в успех лечения. Больной же должен это чувствовать не только умом, но и сердцем и отвечать на это доверием и активностью.

Перед созданием группы тщательно изучается история болезни каждого больного. Перед началом курса лечения проводят психотерапевтическую беседу, во время которой говорится о порядке лечения и сущности гипноза. Далее больных погружают в гипнотический сон. На фоне этого состояния проводят беседу, в которой подчеркивается вредное воздействие алкоголя на организм человека, неблагоприятное влияние пациента на семью. Врач особый упор делает на эмоциональное воздействие этих нарушений. Следующий этап – выработка рвотного рефлекса на алкогольный напиток. Сеансы заканчиваются самоотчетом больных.

На курс лечения назначают 10-12 сеансов, а затем рекомендуют поддерживающую терапию 1-2 раза в месяц в течение года.

В амбулаторных условиях одной из разновидностей этого вида психотерапии является методика, предложенная А. Р. Довженко. Он создал модель трезвости. Метод заключается в формировании в мозгу больного так называемой доминанты трезвости – установки на то, чтобы не пить в течение определенного времени.

Основными показаниями к ней являются осознанное желание пациента к здоровому образу жизни, обязательное двухнедельное воздержание от алкоголя до начала лечения. На первом этапе лечения проводится опосредованная психотерапия. На втором (лечебном) на коллективно-групповом сеансе проводится рациональная психотерапия, кульминационным моментом которой является эмоционально-волевое, императивное внушение с элементами драматизации, ритуальных действий (так называемого кодирования неприятия алкоголя на определенный срок).

«Ядром метода Довженко является формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя» (больного) воля, а «моя» (психотерапевта) избавляет от недуга. Это принципиально отличается от традиционной психотерапевтической установки при лечении алкоголизма – использование воли самого пациента для преодоления болезни. Методика Довженко отличается от других тем, что больному предоставляется, с одной стороны, свобода выбора длительности периода полной трезвости, а с другой – необходимость строго соблюдения поставленных условий».

Для закрепления эффекта лечения следует пациентов обучить методам самовнушения и релаксации. Для этого проводится несколько опытов и рекомендуется пациенту подготовительная формула внушения, которую ему следует повторять ежедневно в течение 4-6 месяцев перед сном.

Формула может содержать следующее внушение: «Я чувствую все меньше влечения к спиртному. Я не буду их больше употреблять, несмотря ни на какие уговоры и предложения. Я здоров, и залог моего здоровья в абсолютном воздержании от алкоголя».

Наблюдение за работой диспансера, беседы с врачами-психотерапевтами, знакомство с документацией показало нам, что в диспансере для лечения алкоголизма и коррекции девиантного поведения алкоголиков применяются все выше описанные методики. А наиболее чаще применяются методика эмоционально-стрессовой терапии и методика А. Р. Довженко.

# Заключение

Рассмотрев теоретические предпосылки коррекции девиантного поведения лиц с алкогольной зависимостью, мы убедились, что современный подход к излечению алкоголизма основывается на тщательном изучении проявлений болезни, и в первую очередь патологического влечения к алкоголю. А это, как мы уже отмечали в своей работе, ведущий симптом заболевания, оказывающий влияние на поведение.

Также в ходе своего наблюдения мы выяснили, что в настоящее время под «синдромом алкогольной зависимости» понимается «состояние – психическое и обычно также физическое, - возникающее в результате потребления алкоголя и характеризующееся поведенческими и другими проявлениями, которые всегда включают стремление к потреблению алкоголя, постоянно или периодически, с целью ощущения его психического эффекта и иногда преодоления дискомфорта, связанного с его отсутствием, при наличии или отсутствии толерантности[[11]](#footnote-11) к алкоголю».

Синдром алкогольной зависимости приводит к ухудшению контроля за потреблением алкоголя, а также субъективного состояния и к изменениям поведения.

С проведения анкетирования в г. Новосибирске мы выявили особенности проявления девиантного поведения у лиц с алкогольной зависимостью разных возрастных групп. Эти проявления выражаются в поступках, которые наполнены агрессивностью, непоследовательностью движений, иногда плаксивостью и истерией.

Чаще всего болезнь развивается медленно, исподволь, так, что ни родные, ни товарищи, ни тем более сам субъект не понимает надвигающегося бедствия. В дальнейшем окружающие начинают оценивать всю тяжесть заболевания, а больные вследствие снижающейся самокритики и изменений личности этого так и не могут понять.

Вот тогда то и начинают бить тревогу члены семей алкоголиков или их родственники, обращаясь в лечебные заведения. Проводя исследования в Психоневрологическом диспансере, мы познакомились с методами лечения алкоголизма и коррекции поведения у алкоголиков. Методы лечения там применялись комплексно. Исходя из рациональности лечения в этом комплексе обязательно присутствуют методы психотерапии: классическая гипнотерапи В. М, Бехтерева, методика психотерапии А. Р. Довженко (при амбулаторном лечении), эмоционально-стрессовая гипнотерапия В. Е. Рожнова.

# 

# Список литературы

1. Большая советская энциклопедия. М.: «Советская энциклопедия», 2001.
2. Братусь Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004.
3. Васильева З.А., С. М. Любинская. Резервы здоровья. М.: Издательство «ПРИОР», 2004.
4. Дроздов Э. С., Зинченко Е. И. Алкоголизм: 100 вопросов и ответов. М.: Изд-во Советская Россия, 1989.
5. Колесников Ю.С. Прикладная социология. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.
6. Короленко Ц. П., Тимофеева А. С. Корни алкоголизма. Н. Новосибирское книжное издательство, 2006.
7. Куценко Г.И., Новиков Ю.В. Книга о здоровом образе жизни. М.: «Профиздат», 1987.
8. Лежепекова Л. Н. Что надо знать при лечении алкоголизма. СПб.: Изд-во «Медицина», 2001.
9. Лисицин Ю.П., Копыт Н. Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). М.: Изд-во «Медицина», 1990.
10. Марченко Ю.Г., Матвеев П. В. и др. Стратегия отрезвления. Новос-к : Изд-во «Новосибирское», 1990.
11. Основы прикладной социологии. / Под ред. Горшкова М.И., Шереги Ф.Э. М.: ВЛАДОС, 2001.
12. Панкова Р.Я., Панков Д.В. Алкоголь и трудовая, учебная деятельность. М.: Изд-во «высшая школа»,1989.
13. Пятницкая И.Н. Пить – значит не быть. М.: Изд-во «Советская Россия», 2000.
14. Рожнов В. Е. Руководство по психотерапии. Ташкент: Изд-во «Медицина», 1985.
15. Рубин Б., Колесников Ю. Студент глазами социолога. – Ростов-на-Дону: РГУ, 1998.
16. Смелзер Н. Социология. М.: Феникс,2002-358с.
17. Социология в России. / Под ред. Ядова В.А. – М.: Просвещение, 1998.
18. Фуко М. Социология. Киев: Дух и литера; Грунт; М.: Рефл-бук, 2004.- 288
19. Хухрий А., Тараканов А. Некоторые уроки истории борьбы за трезвость. Петропавловск-Камчатский, 1988.
20. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. – М.: Социс, 2000.

Приложение



Раз в месяц и реже – 25%

Раз в неделю – 35%

Несколько раз в неделю – 25%

Каждый день – 15%



Да – 40%

Нет – 60%



Да – 55%

Нет – 45%



Да – 30%

Нет – 70%



Да – 35%

Нет – 65%



Да – 30 %

Нет – 70%



Да – 30 %

Нет – 70%



Да – 30 %

Нет – 70%

1. Большая советская энциклопедия. М.: «Со­ветская энциклопедия», 2001. С. 170. [↑](#footnote-ref-1)
2. Дроздов Э. С., Зинченко Е. И. Алкоголизм: 100 вопросов и ответов. М.: Изд-во Советская Россия, 1989. С. 33. [↑](#footnote-ref-2)
3. Марченко Ю.Г., Матвеев П. В. и др. Стратегия отрезвления. Новос-к : Изд-во «Новосибирское», 1990. С. 103. [↑](#footnote-ref-3)
4. Лисицин Ю.П., Копыт Н. Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). М.: Изд-во «Медицина», 1990. С. 166. [↑](#footnote-ref-4)
5. Васильева З.А., С. М. Любинская. Резервы здо­ровья. М.: Издательство «ПРИОР», 2004. С. 106. [↑](#footnote-ref-5)
6. Пятницкая И.Н. Пить – значит не быть. М.: Изд-во «Советская Россия», 2000. С. 138. [↑](#footnote-ref-6)
7. Братусь Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. С. 126. [↑](#footnote-ref-7)
8. Хухрий А., Тараканов А. Некоторые уроки истории борьбы за трезвость. – Петропавловск-Камчатский, 1988. С. 77. [↑](#footnote-ref-8)
9. Короленко Ц. П., Тимофеева А. С. Корни алкоголизма. Н. Новосибирское книжное издательство, 2006. С. 177. [↑](#footnote-ref-9)
10. Рожнов В. Е. Руководство по психотерапии. Ташкент: Изд-во «Медицина», 1985. С. 82. [↑](#footnote-ref-10)
11. Толерантность – переносимость алкоголя, выносливость к алкоголю. [↑](#footnote-ref-11)