Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное агентство по образованию

Калужский государственный педагогический

университет им. К.Э. Циолковского

Институт социальных отношений

**"Алкоголизм как социальная проблема"**

**Курсовая работа**

Калуга, 2009

**Содержание**

Введение

1. Алкоголизм – социальная угроза

1.1 Причины алкоголизма и особенности проблемы

1.2 Предпосылки, стимулирующие рост потребления алкоголя

1.3 Женский алкоголизм

1.4 Детский алкоголизм

2. Пути решения проблем алкоголизма

2.1 Медико-социальные аспекты заболевания и лечения

2.2 Социальные методы борьбы с алкоголизмом, профилактическая работа

Заключение

Список литературы

**Введение**

Сегодня Россия находится на пути становления гражданского, социально развитого общества. Согласно Конституции РФ, Россия – это социальное государство, и в России высшей ценностью провозглашается человек, его права и свободы (ст. 2, 7). Государство берет на себя обязанности социальной защиты всех граждан. Особое внимание социальной политики государства направлено на лиц попавших в трудную жизненную ситуацию, нуждающихся в социальной помощи, менее защищенных и уязвимых.

Так государство выполняет свои обязательства в области социального обеспечения и защиты инвалидов, малообеспеченных, детей-сирот, лиц БОМЖ, военнослужащих, неполных семей и т.д.

Сегодня в России существует множество неразрешенных проблем, периодически озвучиваемых в гражданском обществе, Президентом в посланиях Федеральному Собранию, в научной и публицистической литературе и т.д. Наряду с такими проблемами как бедность, низкий уровень жизни населения, высокий уровень преступности, возросший процент инвалидизации россиян отмечается проблема алкоголизации нации.

Проблема алкоголизма в России, как и большинство социальных проблем, носит системный характер, затрагивающий все стороны жизни человека.

Проблема алкоголизма в России, как вопрос национальной угрозы, впервые озвучивается в 90-е годы ХХ века, когда процентный уровень алкоголизации нации достигает 22.7% населения России [11, с. 27].

Сегодня вопросы посвященные проблематике алкоголизма и путям ее решения изучаются и освящаются специалистами разного профиля и направления – от медицинских работников до правоохранительных органов и президента. Исходя из того, что алкоголизм – проблема системная и многоуровневая решают ее медицинские, социальные работники, психологи, социальные педагоги, конечно законодательные и исполнительные органы.

Отмечаю важнейшее направление борьбы с проблемой – социальное, общественное. Существующие медико-социальные методики диагностики, лечения и реабилитации алкоголиков постоянно реформируются под влиянием эволюции проблематики, теоретические исследования, посвященные теме алкоголизма сегодня находятся на высоком уровне, освещая важные стороны проблемы, затрагивая несущие – женский, подростковый, детский алкоголизм, профессиональный, бытовой и т.д.

В России проблема алкоголизма научно начинает исследоваться с 19 века социально направленными петербургскими исследователями, исторически первым деятельность «по искоренению пьянства», как и многие другие социальные реформы в нашей стране начал проводить Петр I. [4, стр. 14]. Долгие годы, столетия «бремя» избавления от алкогольной зависимости лежало на плечах церкви, позднее ближе к 18 веку ощущается светский характер в антиалкогольной политики.

Характеризуя степень научной разработанности проблематики алкоголизма, следует учесть, что данная тема уже анализировалась у различных авторов в различных изданиях: учебниках, монографиях, периодических изданиях и в интернете. Тем не менее, при изучении литературы и источников отмечается недостаточное количество полных и явных исследований тематики алкоголизма.

С одной стороны, тематика исследования получает интерес в научных кругах, в другой стороны существует недостаточная разработанность и нерешенные вопросы.

Исследованию проблемы алкоголизма посвящены труды академика РАМН Мортыненко А.М., профессора факультета социологии МГУ Лапченко Т.И., Шагунову Я.К., Ореховой З.Н. и другим.

Цель данной курсовой работы – изучить проблему алкоголизма и выявить наиболее адекватные пути ее решения.

Объектом изучения работы являются социальные проблемы в обществе.

Предметом стала социальная проблема алкоголизма.

В настоящее время в мире происходят постоянные изменения стратегий и методов, и проблематика данного исследования по-прежнему несет актуальный характер.

Представляется, что анализ тематики алкоголизма достаточно актуален и представляет научный и практический интерес.

**1. Алкоголизм – социальная угроза**

**1.1 Причины алкоголизма и особенности проблемы**

Употребление алкоголя – массовое явление, связанное с такими социальными категориями, как традиции и обычаи, с одной стороны, и общественное мнение и мода, с другой. Также потребление алкоголя связано с психологической особенностью личности, отношению к алкоголю как к «лекарству», согревающему напитку и т.п. Потребление алкоголя в определенные исторические времена принимало разные формы: религиозный обряд, метод лечения, элемент человеческой «культуры». (Лисицын, Ю.П. Алкоголизм: (Медико-социальные аспекты).

К алкоголю часто прибегают, надеясь ощутить приятное настроение, снизить психическую напряженность, заглушить чувство усталости, моральной неудовлетворенности, уйти от реальности с ее нескончаемыми заботами и переживаниями. Одним кажется, что алкоголь помогает преодолеть психологический барьер, установить эмоциональные контакты, для других, особенно несовершеннолетних, он представляется средством самоутверждения, показателем «мужества», «взрослости».

На протяжении многих столетий осуществляется поиск наиболее действенных средств и способов ограждения людей от губительного влияния алкоголя, разрабатываются разнообразные меры по устранению многочисленных вредных последствий пьянства и алкоголизма, и п первую очередь меры по спасению, возвращению к нормальной жизни постоянно возрастающего числа жертв пристрастия к спиртному – больных алкоголизмом. Многовековая история антиалкогольной борьбы оставила множество примеров применения в этих целях разных мер, вплоть до таких радикальных, как заключение пьяниц в тюрьмы, их физическое наказание, предание смерти, полный запрет производства и продажи спиртных напитков и др. Тем не менее, потребление алкоголя продолжало неуклонно расти, охватывая все новые группы и слои населения.

Сегодня проблема алкоголизма является нерешенной как в мире, так и в России. Сейчас в России насчитывается более 2 миллионов граждан, страдающих алкоголизмом, что выводит данную проблему из числа частных, локальных в область государственных проблем, проблема алкоголизма давно превратилась в масштабную медико-социальную угрозу российской нации.

Алкоголизм – тяжелая хроническая болезнь, в большинстве случаев трудноизлечимая. Она развивается на основе регулярного и длительного употребления алкоголя и характеризуется особым патологическим состоянием организма: неудержимым влечением к спиртному, изменением степени его переносимости и деградацией личности. Для алкоголика опьянение представляется наилучшим психическим состоянием.

Это влечение не поддается разумным доводам прекратить пить. Алкоголик направляет всю энергию, средства и мысли на добывание спиртного, не считаясь с реальной обстановкой (наличием денег в семье, необходимость выхода на работу и т.п.). Раз выпив, он стремится напиться до полного опьянения, до беспамятства. Как правило, алкоголики не закусывают, у них утрачивается рвотный рефлекс и поэтому любое количество выпитого остается в организме.

В связи с этим говорят о повышенной переносимости алкоголя. Но на самом деле это патологическое состояние, когда организм утратил способность борьбы с алкогольной интоксикацией путем рвоты и других механизмов защиты.

На поздних этапах алкоголизма переносимость спирта внезапно понижается и у заядлого алкоголика даже малые дозы вина вызывают тот же эффект, что большие количества водки в прошлом. Для этой стадии алкоголизма характерно тяжелое похмелье после приема алкоголя, плохое самочувствие, раздражительность, злобность. Во время так называемого запоя, когда человек пьет ежедневно, на протяжении многих дней, а то и недель, патологические явления настолько выражены, что для их ликвидации требуется медицинская помощь.

Исследователь Мартыненко в своем труде «Личность и алкоголизм» выводит наиболее понятное определения алкоголизма.

Алкоголизм – это патологическое состояние, характеризующееся болезненным пристрастием к употреблению спиртных напитков и поражением организма, вызванным хронической алкогольной интоксикацией.

В странах Европы и Америки алкоголизм является самой распространённой формой токсикомании. Существует прямая связь между количеством абсолютного алкоголя потребляемого на душу населения в год и распространённостью алкоголизма в обществе. Так, во Франции, стране с наибольшим количеством абсолютного алкоголя потребляемого на душу населения (18,6 литров в год), число страдающих хроническим алкоголизмом составляет примерно 4% от общего населения страны и 13% от мужского населения (от 20 до 55 лет). В Канаде это число приближается к 1,6% от общего количества населения. В России на 2005 год показатель распространённости алкоголизма составил 1,7% (1650,1 случаев на 100 тысяч населения).

Алкоголизм является одной из разновидностей наркомании. В основе его развития лежит психическая и физическая зависимость от алкоголя.

Алкоголизм может развиться как под воздействием внешних, так и внутренних факторов.

К внешним факторам относятся особенности воспитания и проживания человека, традиции региона, стрессовые ситуации. Внутренние факторы представлены генетической предрасположенностью к развитию алкоголизма. На данный момент существование такой предрасположенности не составляет сомнения. У членов семьи больных алкоголизмом риск развития этой патологии примерно в 7 раз выше, чем у людей, в чьих семьях не было алкоголиков. В связи с этим выделяют алкоголизм двух типов:

Алкоголизм I типа развивается под влиянием как внешних так и внутренних (генетических факторов). Этот тип заболевания характеризуется ранним началом (молодой или подростковый возраст), развивается только у мужчин и протекает тяжело.

Алкоголизм II типа развивается сугубо в силу генетической предрасположенности человека к данному типу заболевания и, в отличии от алкоголизма I-го типа, начинается позже и не сопровождается агрессивным поведением и криминальными наклонностями больных. (Дональд Гуавин, Алкоголизм, с. 34)

Попадая в организм, этиловый спирт стимулирует выделение эндогенных опиоидных веществ – группа гормонов пептидной природы, ответственная за формирование чувства удовлетворенности и легкости. Голландские ученые из Маастрихтского университета обнаружили генетическую мутацию, вызывающую склонность к алкоголизму. Мутация затрагивает ген, кодирующий структуру мю-опиоидного рецептора клеток, реагирующего на бета-эндорфин (опиоидный гормон человека контролирующий поведенческие реакции связанные с чувством удовлетворенности) (2007). Этот момент является основным в процессе формирования психической зависимости от алкоголя. В большинстве случаев употребление алкоголя преследует такие цели как: избавление от грусти и уход от насущных проблем, облегчение общения с людьми, приобретение уверенности в себе.

С течением времени этиловый спирт встраивается в процессы обмена веществ организма, что определяет физическую зависимость, главным проявлением которой является абстинентный синдром (похмельный синдром). (там же, стр. 37).

Этиловый спирт обладает выраженным токсическим потенциалом по отношению к различным органам и тканям организма. Нарушения вызванные этанолом в организме опосредованы, с одной стороны, токсическим влиянием самого этилового спирта на живые клетки, а с другой стороны, отравляющим действием продуктов распада алкоголя в организме. Этиловый спирт перерабатывается (окисляется) главным образом в печени. Одним из промежуточных продуктов его окисления является ацетальдегид – токсическое вещество, поражающее различные органы и ткани. Непосредственно этиловый спирт нарушает процессы микроциркуляции, повышая слипаемость клеток крови, что ведет к образованию микротромбов.

В патогенезе психосоматических нарушений важную роль играет так же полиавитаминоз, развивающийся в следствии негативного влияния алкоголя на желудочно-кишечный тракт и печень.

На поздних стадиях алкоголизма наблюдается угнетение системы кроветворения с появлением анемии, а так же угнетение функции иммунной системы, которое вызывает развитие серьезных инфекционных осложнений у хронических алкоголиков.

Хроническое потребление алкоголя формирует картину хронического отравления с нарушением функции всех жизненно важных органов.

Классификация алкоголизма

Наиболее простая доступная классификация алкоголизма, составленная в соответствии с количеством потребляемого алкоголя и наличием признаков хронического алкоголизма включает следующие группы лиц: лица не употребляющие спиртного, группы лиц умеренно потребляющие алкоголь и группы лиц злоупотребляющие алкоголем.

Эта классификация отражает и некоторые эволюционные аспекты алкоголизма, как патологии. Потребление алкоголя изменяется со временем от умеренного до хронического злоупотребления, что в свою очередь становится причиной возникновения так называемого хронического алкоголизма – патологического состояния, характеризующегося выраженной алкогольной зависимостью и наличием признаков поражения внутренних органов.

Для хронического алкоголизма характерны признаки психических и соматических нарушений вызванных хроническим злоупотреблением алкоголем. Наиболее яркими проявлениями этого состояния являются изменение чувствительности к алкоголю, исчезновение защитных реакций организма при потреблении большого количества спиртного (например рвота), патологическая тяга к нахождению в состоянии алкогольного опьянения, развитие абстинентного синдрома после прекращения потребления спиртных напитков.

**1.2 Предпосылки, стимулирующие рост потребления алкоголя**

За тысячелетия жизни на Земле у людей сформировался обычай употреблять изделия, содержащие алкоголь. Пьют их с разной целью, кроме одной – никто из выпивающих не ставит перед собой задачу стать пьяницей, а тем более алкоголиком.

Для всех выпивающих характерна одна общая черта: абсолютное сознательное отрицание трезвости как обязательной нормы жизни. Но когда человек, ставший жертвой увлечения алкоголем, рассказывает врачу историю своей болезни, то вполне искренне уверяет, что если бы он знал, чем это кончится, если бы вовремя был остановлен, то этого бы не случилось. Трудно представить в наше время человека, который не был бы осведомлен о возможных последствиях употребления алкоголя.

Мало кто учитывает, что алкоголизм как болезнь имеет существенное отличие от других заболеваний, при первых признаках которых человек обращается к врачу и проходит назначенный курс лечения (в худшем случае лечится сам). Заболевший же алкоголизмом, даже почувствовав, что пить, как другие (не зависимые от алкоголя люди), он уже не может, не принимает никаких мер для избавления от этого недуга и очень болезненно реагирует на советы близких остановиться и трезво оценить свое состояние. Он, как говорят наркологи, «сживается» со своей болезнью.

Объективная оценка результатов винопития показывает, что не все, кто употребляет спиртное, становятся алкоголиками. Но каждый расплачивается за это «удовольствие» частью своего здоровья, способностями и здоровьем своих детей, снижением работоспособности, а зачастую – разрушением семьи, потерей любви и уважения окружающих.

Нельзя сказать, что трагические последствия употребления алкоголя не были известны раньше. В том-то и парадокс, что с тех пор, как люди научились изготовлять спиртосодержащие жидкости и использовать их для поднятия настроения, они вскоре убедились, что вызванные ими «веселье» или другие эмоции чреваты бедами и болезнями. Но психологическая природа эмоция такова, что обязательно возникает желание повторить.

К предпосылкам также следует отнести и общее социальное неблагополучие российского общества, низкий уровень жизни и высокий уровень бедности и безкультурия.

Конечно, влияет и наследственность. Нельзя забывать и на семейный климат – нередко дети в семье алкоголиков заражаются и заболевают этой болезнью.

**2.2 Женский алкоголизм**

Согласно статистическим данным, относящимся к послевоенному периоду, в нашей стране возраст большинства женщин, злоупотребляющих алкоголем, превышал 40 лет. Начиная с середины 60-х гг. наблюдается омоложение женского пьянства и алкоголизма. В доперестроечный период социологи объясняли эти возрастные сдвиги негативными сторонами эмансипации, предоставившей женщине право участвовать в общественном производстве и обеспечивать свою экономическую независимость. Это право, с одной стороны, изменило структуру материальных и духовных потребностей женщины, а с другой – поставило её перед необходимостью получить образование, достичь высокого уровня профессиональной подготовки. Семейной женщине гораздо труднее, чем свободной, реализовать такие устремления. Поэтому у многих девушек (часто наиболее одаренных, трудолюбивых и настойчивых в достижении цели) значительно отодвигаются сроки замужества. Неудивительно, что к 25 годам выходит замуж только 52% девушек. А те, что не обременены семьей, заполняют свободное время дружескими и случайными встречами, хождением в гости, участием в увеселительных мероприятиях, посещением ресторанов. Экономическая самостоятельность и заимствование стереотипов поведения мужчины позволяют девушкам в перечисленных ситуациях потреблять алкогольные напитки.

Семья – это плацдарм, на котором личные отношения становятся общественно значимыми. Разрушение семьи приводит к одиночеству, одиночество очень часто приводит к пьянству, пьянство – к развитию алкоголизма и деградации личности. А если явление это не единичное, то оно не может не вести к застою в обществе и к деградации потомства. Отрицательная роль в этом пьющей женщины особенно велика.

При рассмотрении причин алкоголизации женщин необходимо учитывать такой феномен, как «подражание». В расширении контингента пьющих женщин, особенно молодых, оно играет немалую роль. Социально-психологический механизм, лежащей в основе подражания, у девушек развит больше, чем у юношей, и является сильным регулятором их поведения. Начав утверждать себя среди сверстников при помощи негативизма (если это принято в группе), бравируя отрицательными качествами (пьянством, курением, порой сквернословием) и как бы соревнуясь в этом друг с другом, девушки легко скатываются к злоупотреблению алкоголем, асоциальному поведению, моральной распущенности. Идеалом, образцом для подражания становится курящая и выпивающая женщина, исповедующая «свободные» взгляды на сексуальную жизнь. В чуждой таким взглядам среде девушки не могут ни приобщиться к «раскованному» поведению, ни продемонстрировать его. Для этого им необходима взаимоиндуцирующая группа, где такое поведение является «стилем жизни», т.е. своеобразной нормой или образцом. Именно такая группа и представляет реальную опасность как для ее членов, так и для тех, кто хотел бы подражать ее образу жизни. А если учесть тот факт, что более 95% современных юношей и девушек школьного возраста знают вкус алкоголя, то общественное мнение по этой проблеме требует радикальной коррекции.

В числе факторов приобщения женщин к спиртному необходимо обратить внимание на доступность алкогольных изделий, связанную с условиями профессиональной деятельности. По мнению исследователей, это обстоятельство оказывает влияние лишь в сочетаниях с другими факторами, стимулирующими женское пьянство. Есть данные, свидетельствующие о высокой степени поражения алкоголизмом официанток в ресторанах и кафе, продавщиц винных отделов и буфетов. В числе женщин, совершивших преступления на почве пьянства и нарушивших общественный порядок в состоянии алкогольного опьянения, работницы, занятые в сфере обслуживания, торговли и общественного питания, составляют соответственно 43,6; 48,7; 67,1%. Женщины – работницы промышленности, транспорта и строек – 30,4; 40,0; 16,5% соответственно. Домохозяйки, женщины, временно не работающие, инвалиды и пенсионеры составляют соответственно 20,0; 3,0; 12,5%. Среди неумеренно пьющих значительная доля работниц, занятых в медицинских учреждениях. В числе находящихся на излечении они составляют 6,5%, а среди доставленных в медицинские вытрезвители – 9%. (Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, терапия, стр. 186).

В последние десятилетия, а особенно в 90-е годы возникла новая для России категория пьющих женщин среди тружениц «челночного» бизнеса, реализующих на рынках привезенные из-за рубежа потребительские товары. В их числе немалый процент женщин с высшим образованием, не нашедших другого способа прокормить семью. Свое пристрастие к спиртному они не скрывают и объясняют его трудностью работы и необходимостью согрева в холодное время года, когда пребывание на свежем воздухе составляет не менее 8–10 часов в сутки.

К сожалению, социологические исследования в области женского алкоголизма в нашей стране сейчас не ведутся. Хотя эта проблема ещё никогда не была столь остроактуальной, как в настоящее время.

Остановимся на некоторых особенностях и последствиях женского алкоголизма, формирующих социальный портрет женщин, страдающих алкогольным недугом.

В работах отечественных исследователей к основным медико-социальным особенностям алкоголизации и алкоголизма у женщин относятся следующие: более поздно, как правило, происходит знакомство с алкоголем и начало злоупотребления им; реже встречаются групповые формы алкоголизации; чаще и быстрее складывается одиночное пьянство; спиртное употребляется преимущественно меньшей крепости и в меньших дозах; медленнее осознается влечение к алкоголю; больше выражено неверие в болезнь, чаще скрываются и отрицаются факты алкогольного поведения; реже используются алкогольные суррогаты; чаще принимаются с алкоголем лекарственные вещества, назначаемые для коррекции нервно-психических нарушений; реже отмечаются палимпсесты и амнезии опьянения; запои бывают более короткими, реже наблюдаются алкогольные психозы, которые, однако, возникают раньше, чем у мужчин; отмечаются более ранние и глубокие изменения личности; чаще встречаются поражения соматоневрологической сферы; ниже уровень травматизма и смертности; меньше нарушена социальная адаптация и не столь высока частота асоциального поведения (попадание в вытрезвитель, противоправные действия, прогулы); предпочтение оказывается амбулаторным методам лечения перед стационарными; рецидивы преимущественно обусловлены эмоциональными нарушениями.

Многие исследователи отмечают трудности в организации и меньшую эффективность в лечении женщин, страдающих алкоголизмом. Женщины, гораздо чаще, чем мужчины, госпитализируются как психически больные и дольше находятся в стационарах. Это связано с более глубокими эмоциональными и невротическими расстройствами, приводящими к «вторичному» алкоголизму.

Социологи, изучавшие проблему алкоголизации женщин, отмечают характерные для большинства из них черты: пьют они в основном водку, чаще всего без какого-либо повода и в совершенно неподходящих местах, не испытывая при этом никаких угрызений совести. Они неискренни, лживы, сексуально распущенны, аморальны и в других отношениях. Их духовные интересы крайне ограничены: нигде не учатся и не повышают квалификацию труда. Если читают, то очень мало, не бывают в театрах, редко ходят в кино. Порок свой, а тем более развивающуюся болезнь скрывают, семейными обязанностями пренебрегают. В пьяном виде женщины бестактны, циничны, легко выходят из равновесия, становятся развязными, агрессивными, теряют стыд. В таком состоянии они не только скандалят, но и являются зачинщицами стычек и потасовок, иногда совершают уголовно наказуемые поступки.

Алкоголизм приводит к преждевременному увяданию женщин: рано стареет кожа, появляются преждевременные глубокие морщины, лицо становится одутловатым, молочные железы – дряблыми, угнетаются функции половых желез. Обычно к 30–35 годам у пьющих женщин нарушается менструальный цикл, еще раньше снижается способность к деторождению.

Вопрос о том, как сказывается потребление матерью алкоголя на физическом и психическом здоровье потомства, настолько серьезен в нравственном, медицинском и социальном плане, что должен рассматриваться как самостоятельная остроактуальная проблема.

Что же касается материальных условий и эмоционального фона жизни детей пьющей матери, то они во много раз хуже, чем в семье, где пьянствует или болен алкоголизмом отец. И это понятно, так как пристрастие женщин к алкоголю приводит к угасанию инстинкта материнства у утрате потребности заботиться о детях. Все эти чувства вытесняются постоянным стремлением добыть спиртное. Семья, в которой у жены возникла болезненная потребность к ежедневной выпивке, распадается в 9 случаях из 10. Возникающее в период отрезвления у некоторых женщин чувство вины перед близкими является дополнительной причиной дискомфорта. Чтобы прервать это состояние, «забыться», женщина снова прибегает к «целительному» действию алкоголя, углубляя болезнь.

Для детей такое поведение матери является крушением мира. Жалость, которую они поначалу испытывают к ней, может перейти и чаще всего переходит в ненависть. У детей из таких семей возникает чувство собственной ущербности. Будучи лишенными счастливого детства, не получив в семье необходимого интеллектуального развития и положительного социального опыта, они уже в подростковом возрасте требуют спиртное, пытаясь с его «помощью» хотя бы иллюзорно устранить сформировавшийся комплекс неполноценности. Кончается это, как правило, развитием у детей раннего алкоголизма.

Анализ статистических и социологических данных, отражающих особенности распространения пьянства и алкоголизма среди женщин, свидетельствует о слабой разработанности проблемы, об отсутствии обоснованных рекомендаций по предупреждению и искоренению этого негативного явления. Применяемые на практике меры не всегда учитывают особенности именно женского пьянства и алкоголизма.

В связи с этим целесообразно проводить антиалкогольные пропагандистские мероприятия избирательно, доводя до различных категорий населения, в том числе женщин, характерные особенности действия алкоголя на женский организм. Знакомить их с опасными последствиями, которым подвергают свои семьи женщины, потребляющие алкоголь. Необходимо, чтобы каждая девушка еще до замужества была осведомлена о возможности рождения ребенка с врожденными дефектами, обозначаемыми аббревиатурой АСП (алкогольный синдром плода), по причине его «пьяного зачатия» и пьянства во время беременности.

В целях раннего выявления случаев женского алкоголизма целесообразно расширить круг источников информации, по которым поступают сведения о состоянии этого социального явления. Такими источниками информации могут быть женские консультации, инспекции по делам несовершеннолетних, педагогические формирования по работе в неблагополучных семьях и т.д. Важным источником могли бы стать социологические и социально-гигиенические исследования, направленные на выявление причин и особенностей распространения пьянства среди женщин в конкретных регионах страны.

**2.3 Детский алкоголизм**

О детском алкоголизме говорят в том случае, когда его признаки впервые появляются до достижения ребенком возраста 18 лет. У детей алкоголизм, в отличие от взрослых, имеет ряд характерных особенностей:

– быстрое привыкание к спиртным напиткам (это объясняется анатомо-физиологическим строением детского организма);

– злокачественное течение болезни (в подростковом возрасте организм находится в стадии формирования и устойчивость центральной нервной системы к действию алкоголя снижена, вследствие чего происходят глубокие и необратимые процессы ее разрушения);

– принятие ребенком больших доз алкоголя (принятие алкоголя детьми не одобряется обществом, поэтому подростки, как правило, пьют тайком, обычно без закуски, принимая всю дозу одновременно);

– быстрое развитие запойного пьянства (для подростков становится нормой пить по любому поводу, при этом в состоянии легкого опьянения они начинают чувствовать себя неуверенно);

– низкая эффективность лечения.

Пьянство среди несовершеннолетних тесно связанно с их отклоняющимся поведением. В основе этой связи лежит самая главная для подростков опасность алкоголизма – он резко ослабляет самоконтроль.

Наиболее часто в состоянии опьянения совершаются насильственные преступления. Приобщение к спиртным напиткам детей и подростков наиболее интенсивно происходит в трех возрастных периодах: раннего детства, дошкольного и младшего школьного возраста, детского и юношеского возраста.

Первый период – раннее детство, в котором алкоголизация детей носит неосознанный, непроизвольный характер. Этому способствуют следующие основные причины: пьяное зачатие, употребление алкоголя во время беременности и кормления грудью, что ведет к аномалиям физического и психического развития ребенка.

Второй период – дошкольный и младший школьный возраст. В этот период наиболее существенными причинами являются две – педагогическая неграмотность родителей, которая приводит к алкогольному отравлению организма, и семейные алкогольные традиции, приводящие к формированию интереса к спиртному. (Коробкина З.В., Попова В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи, с. 77)

Педагогическая неграмотность родителей проявляется в существующих предрассудках и заблуждениях о целебном действии алкоголя: алкоголь усиливает аппетит, излечивает малокровие, улучшает сон, облегчает прорезывание зубов. Расплачиваются родители за свою неграмотность алкогольным отравлением детей, которое может даже привести к смертельному исходу.

Алкоголизация детей и подростков способствует алкогольное окружение, которое составляют пьющие ближайшие родственники.

Биологическими исследованиями доказано, что сам алкоголизм генетически не передается, передается только склонность к нему, вытекающая из особенностей характера, полученного от родителей. В развитии пьянства у детей решающую роль играют дурные примеры родителей, обстановка пьянства в семье.

Третий период – подростковый и юношеский возраст. В качестве основных причин можно назвать следующие семь: неблагополучие семьи; позитивная реклама в средствах массовой информации; незанятость свободного времени; отсутствие знаний о последствиях алкоголизма; уход от проблем; психологические особенности личности; самоутверждение. В этот период происходит формирование влечения к алкоголю, которое перерастает в привычку, приводя в большинстве случаев к алкогольной зависимости ребенка.

Алкоголизм, формирующийся в подростковом и юношеском возрасте (от 13 до 18 лет), обычно называют ранним алкоголизмом. Считается, что в этом возрасте клинические проявления алкоголизма развиваются быстрее, чем у взрослых, а болезнь протекает более злокачественно.

Анатомо-физиологические особенности организма в период возрастных кризов, пубертатный период являются своеобразной благоприятной почвой, на которой алкоголь может обусловить быстрое развитие болезни. Большое значение имеет степень алкоголизации и формы употребления спиртных напитков, в частности, частота, дозы, концентрация алкоголя, реакция организма на его прием (Бабаян Э.А., Гонопольский М. Ребенок и алкоголь).

В организме ребенка или подростка алкоголь прежде всего проникает в кровь, печень, мозг. В связи с незрелостью центральной нервной системы она наиболее уязвима для действия этанола. Результатом такого действия является нарушение дифференцирования и созревания нейронов, вследствие чего страдает личность подростка, нарушается логическое абстрактное мышление, интеллект, память, эмоциональное реагирование. При воздействии алкоголя поражаются практически все системы организма подростка. Согласно статистике, 5–7% отравлений у детей приходится на долю алкогольных интоксикаций. Явления опьянения у детей и подростков развиваются быстро и могут завершиться оглушенностью и даже комой. Артериальное давление и температура тела повышаются, уровень глюкозы в крови, количество лейкоцитов падает. Кратковременное возбуждение, вызванное приемом алкоголя, быстро переходит в глубокий интоксикационный сон, нередки судороги, даже летальный исход. Иногда регистрируют психические нарушения с бредом и галлюцинациями.

Основными психологическими механизмами употребления алкоголя в детском, подростковом и юношеском возрасте считают психологическое подражательство, уменьшение или снятие астенических проявлений (состояний) и деформацию личности со склонностью к употреблению спиртных напитков.

Выделяют несколько этапов в развитии алкоголизма в этих возрастных группах.

На первом, начальном, этапе происходит своеобразная адаптация (привыкание) к алкоголю. Большое значение при этом имеет микросоциальная среда, особенно семья, школа, сверстники. Продолжительность этого периода составляет до 3–6 мес. (там же, стр. 79)

Второй этап характеризуется относительно регулярным приемом спиртных напитков. Растут доза, кратность приема алкоголя. Меняется поведение подростка. Данный период продолжается до 1 года. Считается, что прекращение употребления алкоголя в этот период может дать хороший терапевтический результат.

На третьем этапе развивается психическая зависимость, которая может длиться в течение нескольких месяцев или лет. Подросток сам является активным пропагандистом приема алкогольных напитков в любое время, в любых количествах и любого качества. Теряется количественный и ситуационный контроль. Толерантность к этанолу возрастает в 3–4 раза. Появляются многодневные, недельные, иногда постоянные употребления спиртных напитков, это начальная стадия хронического алкоголизма.

Четвертый этап определяется как хроническая стадия болезни. Сформирован абстинентный синдром, преимущественно с преобладанием психического компонента. Иногда абстинентный синдром выражен слабо в форме вегетативно-соматических нарушений. Абстиненция менее продолжительна, чем у взрослых, наступает после приема больших доз алкоголя.

Далее, на пятом этапе, развитие алкоголизма соответствует закономерностям, описанным для взрослых. Существенным отличием является быстрое формирование слабоумия (деменции). Дети, страдающие алкоголизмом быстро опускаются, становятся асоциальными, грубыми, дисфоричными, сексуально расторможенными, интеллектуально деградированными, с грубыми нарушениями памяти и эмоций.

Алкоголизм у подростков формируется в среднем в течение 3–4 лет. Абстинентный синдром появляется спустя 1–3 года после начала постоянного употребления алкоголя. Отличительная особенность раннего алкоголизма – его большая зависимость от преморбидных особенностей, в частности от типа акцентуации характера. При эпилептоидном типе быстро нарастают эксплозивность, злобность, склонность сочетать алкоголь с другими дурманящими средствами (ацетон, клей), употреблять суррогаты. Нередко присоединяются гашишизм, барбитуромания.

Алкоголизм чаще развивается у подростков, юношей после травмы мозга, органического поражения центральной нервной системы, нейроинфекций, вызывающих изменения личности. В этих случаях болезнь формируется интенсивнее, протекает злокачественнее, быстро приводит к потере количественного контроля, появлению патологического влечения к алкоголю, выработке абстинентного синдрома. Утяжеляются патологические черты характера подростка. Особо неблагоприятным фоном для развития раннего алкоголизма являются психопатии, чему способствуют такие психотравмирующие факторы, как ранняя утрата матери, алкоголизм родителей, безнадзорность, конфликты в семье, педагогическая и социальная запущенность. У возбудимых психопатов употребление алкоголя чаще всего связано со стремлением избавиться от плохого настроения. Тормозимые психопаты употребляют алкоголь для улучшения адаптации к окружающей среде. Истерические психопаты корригируют алкоголем возбудимость и неустойчивость. У психастенических психопатов нередки депрессивные состояния с суицидальными попытками. Алкоголизм у психопатических личностей молодого возраста развивается рано, протекает тяжелее, чаще прогредиентно, рано приводит к первичным психотическим явлениям, слабоумию. Клинически алкоголизм отличается состояниями тяжелой интоксикации с амнезией, значительным снижением толерантности, быстрым формированием абстинентного синдрома, изменением картины опьянения, ранним появлением истинных запоев. В этом случае быстро развивается социальная деградация.

Переход от детства к взрослости характеризуется бурным ростом как отдельных органов, так и всего организма в целом, совершенствованием их функций, началом и завершением полового созревания.

В подростковом возрасте усиленно развиваются внутренние органы. Масса сердца увеличивается почти в два раза, в легких проявляются в увеличении показателей внешнего дыхания, уряжается частота дыхания.

В самом начале периода отрочества завершаются морфологические и функциональные изменения органов пищеварения, заканчивается замена молочных зубов, развитие пищевода, слюнных желез и желудка.

Особого внимания заслуживает развитие психики в подростковом возрасте. Формируется перспективное мышление, которое, в частности, проявляется в типичном для подрастающего человека философствовании о смысле жизни, месте человека в мире и т.д. Для этого периода характерны и реакций эмансипации, группирование со сверстниками, различные увлечения (хобби) сих частой сменой и т.д.

В целом деятельность органов и систем организма в пубертатный период отличается функциональной неустойчивостью, а в связи с этим и повышением реактивности тканей к многим факторам внешней среды, особенно к вредным. Не случайно поэтому детский организм оказывается легкоуязвимым к воздействию алкоголя.

Всасывание алкоголя в кровь в основном происходит в желудке (20%) и тонком кишечнике (80%). В слизистую оболочку желудка и тонких кишок алкоголь проникает путем диффузии, и большая часть его поступает в ток крови в неизмененном виде.

Скорость всасывания алкоголя во многом определяется наполнением желудка и кишечника. При приеме алкоголя натощак максимальное содержание его в крови может установиться уже через 30–40 минут, а в ряде случаев – и еще раньше. Всасывание алкоголя замедляется, если желудок наполнен пищей, при этом опьянение развивается медленнее.

Сразу же после поступления алкоголя в ток крови начинается его окисление и выделение. По многочисленным данным около 90–95% всосавшегося в кровь алкоголя окисляется в организме под действием ферментов до углекислоты и воды, а 5–10% выделяется в неизмененном виде почками, легкими и кожей.

Принято считать, что окисление и выделение алкоголя происходят всегда с одной и той же скоростью вне зависимости от концентрации алкоголя в организме. Возрастает объем крови, выбрасываемой сердцем за одно сокращение. Изменения в структуре среднем, по данным многих исследователей, скорость окисления алкоголя составляет 6–10 граммов в час. Например, после приема 100 миллилитров водки, что составляет примерно 40 граммов чистого алкоголя, последний обнаруживается в тканях человека в течение четырех-семи часов.

После приема спиртных напитков в больших количествах выделение алкоголя из организма может длиться до двух-трех суток.

Алкоголь, находящийся в крови, вместе с ней омывает все органы и ткани организма и проникает в них. Концентрация алкоголя в органах и тканях во многом определяется содержанием в них жидкости: чем богаче водой ткань или орган, тем больше содержится в них алкоголя. Большое количество алкоголя, в частности, удерживается в тканях человеческого мозга.

Современные исследования позволяют обоснованно утверждать, что в организме нет таких структурных элементов, на которых бы не сказывалось токсическое воздействие алкоголя. Алкоголь «вмешивается» в синтез белков, углеводов, жиров, нарушает ферментный метаболизм, он воздействует на митохондрии, нарушает проницаемость мембран, изменяет проводимость нервных импульсов и т.д.

Токсическое воздействие алкоголя, прежде всего, сказывается на деятельности нервной системы. Если содержание алкоголя в крови принять за 1, то в печени оно будет равно 1,45, а в головном мозге – 1,75. Даже небольшие дозы алкоголя нарушают обмен в нервной ткани, передачу нервных импульсов. Малые дозы алкоголя патологически ускоряют процесс передачи возбуждения, умеренные – затрудняют его. Одновременно нарушается работа сосудов головного мозга: наблюдается их расширение, увеличение проницаемости, кровоизлияния в ткань мозга. Все это способствует усилению притока алкоголя к нервным клеткам и приводит к еще большему нарушению их деятельности.

Крупный немецкий психиатр Э. Крепелин (1856–1926) установил, что умственная работоспособность от малых доз способна вызывать заметные нарушения тонких психических функций: под его воздействием снижается четкость мышления, критическая оценка своей деятельности.

Современные психиатры выявили, что алкоголя, содержащегося в одной рюмке водки, бывает достаточно, чтобы снизить способности основных функциональных систем организма, обеспечивающих точную ориентировку в пространстве, выполнение точных движений, рабочих операций.

Нужно ли говорить, что подвыпивший подросток за рулем велосипеда, мопеда или мотоцикла – опаснейший враг как для себя, так и для всех, кто может встретиться на его пути; Французские ученые Шардон, Баутин и Богар, проведя целый ряд опытов над добровольцами, убедительно показали, что при легком опьянении с концентрацией алкоголя в крови 0,15-0,25 граммов на 1 килограмм массы тела. наблюдаются расстройства зрительных и слуховых реакций. У каждого пятого из испытуемых эта реакция запаздывала, а у каждого шестого нарушалось глубинное зрение, то есть страдала способность различать отдаленные предметы, определять, на каком расстоянии находится тот или иной предмет. При этом ухудшалось светоощущение, способность различать цвета (особенно красный).

Не менее выражено действие спирта и на другие органы и системы.

При поступлении в печень алкоголь выступает как растворитель биологических мембран клеток печени, вызывая структурные изменения с накоплением жира и с последующей заменой клеток печени соединительной тканью. В подростковом возрасте алкоголь действует на печень особенно разрушительно, так как этот орган у подростка находится в стадии формирования. Токсическое поражение клеток печени приводит к нарушению белкового и углеводного обмена, синтеза витаминов и ферментов.

Алкоголь обладает выраженным действием на эпителий, выстилающий пищевод, желудок, нарушает секрецию и состав желудочного сока, что, в свою очередь, ведет к расстройству переваривающей способности желудка и различным диспепсическим явлениям.

Небезучастны к употреблению алкоголя и быстрорастущие в пубертатном возрасте – легкие. Ведь около 10% принятого алкоголя удаляется из организма через легкие, и, проходя через них, он оставляет после себя патологически измененные клетки.

Чутко реагирует на присутствие алкоголя и сердце растущего человека. Изменяются ритм, частота сердечных сокращений, обменные процессы в мышце сердца. Естественно, что в таких условиях не может быть правильного и полноценного формирования как мышечного, так и нервного аппарата сердца подростка.

Наконец, токсическое воздействие алкоголя сказывается и на крови. Активность лейкоцитов, играющих важную роль в защите организма, снижается, замедляется движение эритроцитов, несущих кислород к тканям, патологически изменяется функция тромбоцитов, имеющих большое значение для свертывания крови.

Таким образом, алкоголь оказывает глубокое пагубное воздействие на растущий организм в период отрочества. Он ослабляет, тормозит и угнетает правильное развитие и созревание всех буквально органов и систем.

И при этом, чем моложе организм, тем губительнее действие на него алкоголя. Это обусловлено анатомо-физиологическими и социально-психологическими особенностями детского и подросткового возраста. В частности, бурно протекающие изменения в центральной нервной системе, внутренних органах, эндокринной системе, связанные с ростом и созреванием организма, способствуют повышению его реактивности, в связи с чем алкоголь может привести к быстрому развитию того или иного патологического процесса.

Говоря об особенностях подросткового возраста, нельзя не коснуться и такой важной социально-гигиенической проблемы, как акселерация, которую иногда сводят к ускорению физического и полового развития. Однако суть явления не только в этом. Современные условия жизни оказывают на нервную систему ребенка более интенсивное воздействие, чем полвека назад.

Вместе с тем у подростков сохраняются детские интересы, эмоциональная неустойчивость, незрелость гражданских представлений и т.д. Возникает диспропорция между физическим развитием и социальным статусом. И при наличии такой диспропорции употребление алкогольных налитков в подростковом возрасте нередко способствует заострению таких черт характера, как раздражительность, агрессивность, замкнутость, отчужденность.

Итак, анатомо-физиологические и психологические особенности детского и подросткового возраста, заключающиеся в усиленном развитии организма, эндокринных сдвигах, половом созревании, формировании личности и психики, повышают восприимчивость молодого человека к различным отрицательным влияниям, в том числе алкогольных напитков.

**2. Пути решения проблем алкоголизма**

**2.1 Медико-социальные аспекты заболевания и лечения**

Алкоголизм не привычка, а болезнь. Привычка контролируется сознанием, от нее можно избавиться. Пристрастие к алкоголю преодолеть сложнее из-за отравления организма. Около 10 процентов людей, употребляющих алкоголь, становятся алкоголиками. Алкоголизм – болезнь, характеризующаяся психическими и физическими изменениями в организме. Алкоголизм развивается по такой схеме:

Начальная фаза: опьянение с выпадением памяти, «затмение». Человек постоянно думает о спиртном, ему кажется, что выпил недостаточно, он пьет «впрок», у него развивается жадность к алкоголю. Однако он сохраняет сознание своей вины, избегает разговоров о своей тяге к спиртному.

Критическая фаза: утрата контроля над собой после первого же глотка алкоголя. Стремление найти оправдание своему пьянству, сопротивление всем попыткам предотвратить его желание выпить. У человека развивается высокомерие, агрессивность. Он обвиняет окружающих в своих бедах. У него начинается запой, его друзьями становятся случайные собутыльники. Он вынужден уйти с постоянной работы, утрачивает интерес ко всему, что не имеет отношения к спиртному.

Хроническая фаза: ежедневное похмелье, распад личности, помутнение памяти, сбивчивость мысли. Человек пьет суррогаты алкоголя, технические жидкости, одеколон. У него развиваются безосновательные страхи, белая горячка, другие алкогольные психозы.

Одним из характерных осложнений во время запоя является белая горячка.

Белая горячка – наиболее часто встречающийся алкогольный психоз. Она возникает обычно в состоянии похмелья, когда у пьяницы появляются безотчетный страх, бессонница, дрожание рук, кошмары (погони, нападения и т.п.), слуховые и зрительные обманы в виде шумов, звонков, движения теней. Симптомы белой горячки особенно выражены ночью. У больного начинаются яркие переживания устрашающего характера. Он видит ползающих вокруг насекомых, крыс, нападающих на него чудовищ, бандитов, ощущает боль от укусов, ударов, слышит угрозы.

Он бурно реагирует на свои галлюцинации: обороняется или бежит, спасаясь от преследования. Днем галлюцинации несколько затухают, хотя больной остается возбужденным, у него трясутся руки, он суетлив и не может спокойно сидеть на одном месте.

Другой формой психоза является алкогольный бред. Он возникает и после кратковременного пьянства, но в отличие от белой горячки не сопровождается галлюцинациями. Таких больных преследуют навязчивые мысли. Чаще всего это бред подозрительности, преследования, ревности. Пьянице, например, кажется, что против него устроен заговор. Не видя выхода из создавшегося положения, он может кончить жизнь самоубийством.

Как часто некоторые люди с гордостью отмечают у себя и своих товарищей повышенную устойчивость к спиртному, считая, что это связано с физическим здоровьем. А на самом деле повышенная устойчивость к спиртному – первый признак начинающегося алкоголизма, симптом серьезного заболевания.

Для алкоголика что рюмка, что стакан, что бутылка вина – все едино. Уже от рюмки спиртного он приходит в своеобразное состояние эйфории – возбуждения, которое только усиливает его стремление выпить, а затем последующие дозы мало меняют его внешний вид, хотя в организме происходят заметные сдвиги.

Сначала алкоголик проявляет чрезвычайную активность, пытаясь «вне очереди» выпить очередную стопку, начинает буйствовать или дурачиться. Но вот последняя капля переполняет пределы устойчивости, алкоголик «отключается» от внешнего мира, впадая в забытье. Потеря контроля за количеством выпитого, непомерная жадность к спиртному и сопровождающее это неконтролируемое, развязанное, нередко циничное поведение – стойкие признаки алкоголизма.

У пьяницы ослаблена воля – и не только к ограничению приема алкоголя, но и по отношению к другим, деловым сторонам повседневной жизни.

Нередко во время праздничных застолий можно наблюдать, как люди после выпитых спиртных напитков ведут себя развязано, их движения становятся более неуклюжими. Сразу заметно воздействие на них алкоголя. И если спросить его участников как часто они выпивают, большинство ответит, что нерегулярно.

Однако даже после однократного приема алкоголя у людей ночь проходит беспокойно, а на утро они встают разбитыми, с опухшим лицом и больной головой. Рабочий день, как правило, оказывается испорченным, а если человек по работе связан с механизмами, например со станком или автомашиной, считай, что в этот день у него резко повышен риск аварии или даже катастрофы. У работников умственного труда после приема алкоголя основательно ухудшаются мыслительные процессы, падает быстрота и точность вычислений, как говорят, работа валится из рук.

Итак, даже после нерегулярного, случайного употребления алкоголя наступают серьезные неполадки в организме, свидетельствующие о тяжелом его отравлении. Если же употребление алкоголя принимает систематический характер, человек пьет по любому случаю, выискивая любой повод, чтобы напиться, то это уже называется бытовым пьянством. Для пьяницы не имеет значение смысл праздничного события, ему безразлично одобряют ли его поведение другие.

В этой стадии приобщения к спиртному в значительной мере изменяется отношение пьющего к окружающим, к общепринятым и допустимым нормам поведения. Для пьяницы самыми близкими людьми становятся собутыльники, пусть даже они впервые оказались за одним столом. Время, место и обстановка, в которой люди пьют, теряют значение.

Таким образом, разница между эпизодическим приемом спиртного и пьянством заключается не только в количестве выпитого за один раз, но и в психологической установке пьющего.

В первом случае человек отмечает какое-либо торжественное или значительное событие, а во втором – пьет только чтобы привести себя в состояние опьянения. Если вовремя удержать человека от пьянства, это предупреждает его падение и развитие алкоголизма.

Чтобы понять развитие алкоголизма нужно знать влияние алкоголя на нервную систему.

Анозогнозия алкогольная (лат. anosognosia alcoholica) – неспособность больного алкоголизмом критически оценивать свое болезненное состояние, в том числе свою неспособность воздержаться от спиртного или вовремя прекратить пить.

Понятие отношения к болезни, которое понимается как комплекс переживаний и ощущений больного, его интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающими, у больных алкоголизмом чаще всего связывается с выраженностью алкогольной анозогнозии (отрицанием болезни). Влияние, которое алкогольная анозогнозия оказывает на течение болезни, и те трудности, с которыми приходится сталкиваться во время ее преодоления в процессе противоалкогольного лечения, привели к тому, что большинство авторов рассматривают анозогнозию как основной клинико-психологический феномен, отражающий отношение к болезни при алкоголизме.

Однако, несмотря на признание клиницистами ведущей роли анозогнозии в формировании отношения к болезни при алкоголизме, в экспериментальных исследованиях с помощью опросника «Тип отношения к болезни» было выявлено, что у этих пациентов анозогнозический тип отношения к болезни не является ведущим. По результатам этих исследований анозогнозический тип представлен наравне с такими типами, как эргопатический и гармоничный, при этом в ряде случаев гармоничный тип отношения к болезни может преобладать над другими. (Короленко, Ц.П. Личность и алкоголизм, с. 56)

Эти результаты подчеркивают неоднозначность и многомерность понятия «анозогнозия», которая только в той или иной степени присуща больным алкоголизмом и не исчерпывает всех возможных содержаний отношения больного к своей болезни, а связана с другими подсистемами отношений личности и занимает в структуре личности определенную роль.

К этим личностным структурам, непосредственно влияющим на отношение к болезни и по-разному «оформляющих» отношение к ней в целом, в первую очередь относятся преморбидные личностные особенности. М.М. Меерзон выявил 6 вариантов отношения к болезни при алкоголизме в зависимости от выраженности у этих больных разных типов акцентуаций характера: тревожно-сенситивный, эргопатический, апатический, ипохондрический, эгоцентрический и анозогнозический. Описываются и другие варианты взаимосвязи анозогнозии и преморбидных черт личности у больных алкоголизмом. При этом исследование анозогнозии как определенной формы отношения к болезни при алкоголизме, разумеется, не ограничивается только изучением ее связей с преморбидными личностными особенностями, поскольку содержательно весьма неопределенной является структура самой «алкогольной» анозогнозии, которая, несмотря на пристальное внимание многих исследователей, до сих пор осталась недостаточно разработанной с клинико-психологических позиций.

Анозогнозия рассматривается по-разному и как проявление психоорганического синдрома, и как проявление алкогольных изменений личности. Рядом авторов анозогнозия рассматривается как система психологической защиты, причем считается, что защитная функция анозогнозии связана, с одной стороны, с биологической зависимостью от алкоголя, а с другой – с необходимостью социально-психологической адаптации и вытекающей отсюда попытки избежать «клейма» больного алкоголизмом. Следует отметить, что в западной литературе, посвященной проблеме алкоголизма, понятие анозогнозия практически не употребляется, наиболее распространен термин «алкогольное отрицание». При этом, несмотря на разницу терминов, и отечественные, и зарубежные авторы сходны в определении содержания этого понятия, которое рассматривается как некритическая: оценка своего состояния, заключающаяся в отрицании как заболевания в целом, так и его отдельных симптомов. Семантическое же сходство терминов «алкогольное отрицание» и «отрицание» как название механизмов защиты свидетельствует о том, что в западной литературе алкогольное отрицание изначально рассматривалось как защитное личностное образование. Рассмотрение алкогольной анозогнозии как проявление своеобразия системы психологической защиты представляется наиболее адекватным и позволяет развести понятия отношение к болезни у больного алкоголизмом и анозогнозии. Действительно, понятие «отношение к болезни», как частное наиболее общей системы отношений личности, по В.Н. Мясищеву является комплексным и предполагает собой наличие как сознательных, так и бессознательных механизмов адаптации к болезни и роли больного, тогда как анозогнозия, является той ее частью, которая включает в себя преимущественно бессознательные процессы, представленные механизмами психологической защиты.

Исходя из этого, возникает необходимость подробнее рассмотреть именно действие механизмов психологической защиты в процессе формирования отношения к болезни, так как участие бессознательных процессов в формировании отношения к болезни является наименее изученной проблемой. Ее рассмотрение связано со значительными трудностями, ввиду того, что существует значительное расхождение относительно классификаций механизмов психологической защиты, которое связано как с нечеткостью самих определений механизмов защиты, так и иерархических связей между ними. Однако, следует отметить положения, общие для большинства авторов; защитные механизмы – это бессознательно действующие приемы и способы переработки чувств и мыслей, связанных с интрапсихическим конфликтом в движущих силах поведения, которые обеспечивают регуляцию, направленность этого поведения и редуцируют тревогу и эмоциональное напряжение. В этом участвуют все психические функции, но каждый раз в качестве защитного механизма может выступать одна из них и брать на себя основную часть работы переживания. Это могут быть эмоции (отвращение), восприятие (перцептивная защита), мышление (интеллектуализация), внимание (переключение), а также самые разнообразные виды поведения – от художественного творчества и трудовой деятельности до воровства. К защитным механизмам могут также относиться юмор, сарказм, ирония, юродство.

Помимо этого, каждый механизм применим и к конкретному случаю и к широкому классу явлений. Обычно в переживании участвует не один какой-нибудь механизм, а создается целая система таких механизмов. По мнению Д. Рапопорта, клинический опыт показывает, что защитные механизмы сами становятся предметом защитных образований, так что для того, чтобы объяснить самые обычные клинические явления, приходится постулировать целые иерархии таких защит и производных мотиваций, надстраивающихся одна над другой.

Последнее нам представляется наиболее важным, так как помогает уяснить смысл анозогнозии или алкогольного отрицания, которое также представляет собой систему, состоящую из различных защитных механизмов, играющих различную роль на каждом этапе разрешения конфликта, связанного со злоупотреблением алкоголем.

На первом этапе этого конфликта в качестве средства защиты выступает сам алкоголь, который, по мнению Де Вита и соавторов, может выступать как средство: а) защиты от сильных и несущих угрозу субъекту аффективных состояний: гнева, страха, беспомощности; б) защиты против чувства отчаяния у некоторых лиц с признаками депрессии; в) защиты от первичной тревоги у лиц, имеющих признаки дезинтегрированного «Я»; г) ослабления симптомов невротических, психотических и сексуальных нарушений.

О том, что алкоголь выступает с защитной функцией, заменяющей действие целого ряда защитных механизмов, свидетельствуют и работы тех исследователей, которые показали, что трезвенники отличаются преобладанием выраженной защитной структуры с более ригидным «сверх-Я», по сравнению с больными алкоголизмом, у которых этого феномена не наблюдается.

По мере роста алкогольной зависимости возникает конфликт иного уровня – между возросшей потребностью в алкоголе и давлением окружающей среды и представлениями о моральных и этических нормах в определенной культуре. На этом этапе возникает иная система защиты, позволяющая справляться с этим конфликтом.

Защитные механизмы, функционирующие на этом этапе, подробно рассмотрены Э.Е. Бехтелем, который описывает систему защитного поведения больных алкоголизмом, куда относит: расширение диапазона приемлемости; частичное удовлетворение потребности; перцептивную защиту, которая может проявляться в нескольких видах (игнорирование пьянства, перцептивная оценочная деформация, сдвиг акцентов, парциальная перцепция); формирование противоположной реакции; рационализация.

Аналогично описаны механизмы защиты у больных алкоголизмом в западной литературе. Их называют предпочтительной защитной структурой, состоящей из различных защитных механизмов, и считают, что они используются каждым больным алкоголизмом в различных комбинациях. В предпочтительную защитную структуру входят такие механизмы, как отрицание, проекция, мышление типа «все или ничего», минимизация и избегание конфликта, рационализация, склонность к неаналитическим формам мышления и восприятия, пассивность и самоутверждение, навязчивое фокусирование.

Попутно следует отметить, что зарубежные исследователи в большинстве своем при описании механизмов защиты, действующих при алкоголизме, пользуются классическими понятиями, что объясняется традициями психотерапевтической школы, в значительной степени, ассимилировавшей эти понятия из психоанализа. В отечественной литературе, несмотря на довольно широкое употребление самого термина «механизм защиты», не существует его однозначного толкования. Отсутствие единой теоретико-методологической базы приводит к тому, что большинство отечественных исследователей, давая высокую оценку влиянию механизмов защиты на болезнь, наряду с классическими их определениями, предлагают свои собственные варианты характеристик механизмов защиты и способы их функционирования, что делает их системы описаний довольно эклектичными и трудными для восприятия.

На следующем этапе развития алкогольного конфликта, когда возникает противоречие между возникающими симптомами заболевания и невозможностью для личности признать себя больным алкоголизмом, возникает иная защита, выражающаяся в собственно алкогольной анозогнозии. При этом переживания, связанные с болезнью, блокируются или искажаются с целью ликвидации конфликта между Я-концепцией и непосредственным опытом.

В дальнейшем, по мере ухудшения состояния больного и снижения степени удовлетворенности жизнью, связанной с ростом негативных последствий злоупотребления алкоголем, действие защиты начинает снижаться, что вызывает неконтролируемый рост тревоги. Часто, именно в этот момент, больной попадает в поле зрения врача, и наступает следующий этап развития алкогольного конфликта, связанный с функционированием защитной системы. На этом этапе, в процессе психотерапевтического воздействия, возникает ряд трудностей, связанных как с необходимостью учета избранного больным алкоголизмом механизма психологической защиты, так и с преодолением возникающего сопротивления. Последнее возникает в результате того, что конфликт между противоречивыми представлениями о себе под влиянием врачебного воздействия резко обостряется, и врач начинает восприниматься как новый носитель угрозы.

На следующем этапе – этапе ремиссии, действие защиты в сочетании с механизмами совладания способствует адаптации пациента к трезвой жизни. Те же самые механизмы, которые служили для оправдания пьянства, могут эффективно применяться для достижения устойчивого воздержания. Следует отметить, что действующая в этот момент защитная система, не подвергающаяся необходимой коррекции, может негативно влиять на личность и приводить к нарушениям ее функционирования, в ряде случаев приводящим даже к вторичному невротическому развитию. С другой стороны, выздоравливающий пациент на начальных стадиях трезвости сталкивается с таким количеством серьезных жизненных проблем, что система защиты ему просто необходима. Исходя из этого, центральная проблема в психотерапии алкоголизма состоит не в разоблачении и преодолении «алкогольной защиты», а в определении путей обращения ее на службу достижения и сохранения трезвости. При этом ее адекватная перестройка осуществляется лишь через 2–5 лет воздержания.

Воздействие алкоголя на людей может проявляться по-разному. Оно зависит от того, сколько принято алкоголя и за какой промежуток времени; от возраста и пола человека, размеров его тела, общего состояния здоровья, веса и режима питания; принимается ли алкоголь до еды или вместе с пищей, до или после тяжелой физической нагрузки. Дети, молодые люди и женщины обычно более подвержены влиянию алкоголя, чем взрослые мужчины.

Немедленное воздействие. Алкоголь вызывает алкогольное опьянение, обычно сопровождающееся эйфорией – благодушным, повышенным настроением. Однако у многих людей существуют иные формы опьянения: дисфорическая форма связана с повышенным возбуждением и агрессивностью; дистимическая форма – с повышенной слезливостью, чувством отчаяния и т.д. Такие формы опьянения называются патологическими. Обильная алкоголизация может сопровождаться нарушениями физической координации и зрения; речь становится бессвязной; человек не способен к адекватным действиям, у него нарушена память. Чрезмерное употребление алкоголя в течение короткого периода времени может вызывать головную боль, тошноту, рвоту, потерю сознания и смерть.

Отсроченное воздействие. Регулярное употребление алкоголя в больших количествах в течение продолжительного периода времени может привести к потере аппетита (и, как следствие, – привести к заболеваниям желудочно-кишечного тракта), изменению кожных покровов, нарушению работы печени, головного мозга и других органов, а также к расстройствам в сексуальной сфере. Всё это свидетельствует об алкогольной дегенерации тканей организма алкоголика.

В процессе хронической алкоголизации повышается толерантность (устойчивость) человека к алкоголю и быстро формируется зависимость от него.

Диагностика

Диагноз алкоголизма устанавливается на основе данных о хроническом злоупотреблении алкогольными напитками, присутствии классических симптомов хронического алкоголизма: развитие абстинентного синдрома, патологическая тяга к алкоголю, изменение чувствительности к спиртным напиткам, и наличие признаков алкогольного поражения внутренних органов (психосоматические нарушения). Стоит отличать алкоголизм от некоторых психических заболеваний сочетающихся со злоупотреблением алкоголя, но имеющих совершенно иные этиопатогенетические основы (например шизофрения).

Лечение алкоголизма проводят поэтапно:

Первоочередной задачей является выведение больного из состояния хронического алкогольного опьянения (запоя) и купирование (устранение) абстинентного синдрома. В этих целях используют различные препараты психотропного действия, оказывающие успокаивающее влияние на больных. Параллельно проводят меры по устранению метаболических нарушений вызванных хроническим алкоголизмом: витаминотерапия, средства восстанавливающие функцию печени, препараты нормализующие водно-солевой баланс и микроциркуляцию.

Следующей задачей является преодоление алкогольной зависимости и создание отвращения к алкоголю, которое достигается методами создания отрицательных рефлекторных реакции на употребление алкоголя. Для этого вместе с небольшими дозами алкоголя больному дают лекарства вызывающие рвоту (апоморфин, эметин).

Однако наибольшее значение имеет психологическая реабилитация больного посредством психотерапии. Этот метод лечения позволяет не только изменить отношение человека к алкоголю, но и восстанавливает его как личность. Для предотвращения рецидивов курсы психотерапии проводят параллельно с назначением медикаментозного лечения. (Лекции по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца, с. 74–82)

**2.2 Социальные методы борьбы с алкоголизмом, профилактическая работа**

Профилактика алкоголизма – это комплекс психологических способов и приемов формирования отрицательного отношения к алкоголю. А так же это действенные методы формирования такого образа жизни и направленности личности, при котором сводится к минимуму возможность возникновения тяги к алкоголю.

Существует три этапа профилактики алкоголизма:

Первичная профилактика – это спектр мероприятий, направленных на предупреждение причин алкоголизма задолго до того, как они могут появиться у человека. Младший и средний возраст – это самый оптимальный период с точки зрения формирования антиалкогольных установок. Принимая во внимание психологические особенности данной возрастной категории, пояснительная работа должна быть непосредственно направлена на демифологизацию алкоголя как символа престижа. В антиалкогольной работе, которая рассчитана на взрослое население, нужно в доступной форме рассказать о пагубных свойствах алкоголя и возможных последствиях его употребления, сформировать в общественном сознании альтернативу стилю жизни, который включает потребление алкоголя.

На многовековом человеческом опыте доказано, что действенный способ профилактики – не деструктивный, который основан на запугивании и устрашении человека. А именно конструктивный. Этот метод направлен на формирование такой смысловой ориентации личности, для которой алкоголь не можетт являться ценностью.

Вторичная профилактика работает непосредственно с людьми, которые уже употребляют алкоголь. В состав данной профилактики входят ранняя диагностика, раскрытие психологического неблагополучия личности, которое непосредственно связанно с причинами алкоголизации, предложение широкой психологической помощи (клиническая беседа, группы общения, встречи с бывшими алкоголиками, кабинеты анонимной наркологической и социально-психологической помощи, работа с непосредственным окружением и семьей злоупотребляющего и др).

Третичная профилактика оказывает квалифицированную помощь больным, выздоравливающим от алкоголизма. Данной цели служат общества «Анонимные алкоголики», образование клубов трезвости, организация психологических консультаций для выздоравливающих и так далее.

Современное общество изо всех сил пытается бороться с пьянством и алкоголизмом, принимая законы, которые предусматривают арест и тюремное заключение нарушителей общественного порядка или запрещение производить и продавать спиртные напитки. Многообразие взглядов различных религиозных организаций в проблеме о полном воздержании мешает людям понять, в чем разница между потреблением алкоголя и злоупотреблением им. Порой люди думают, что если спросить человека, пьет ли он, считается дурным знаком, поскольку такой вопрос подразумевает критику, а она обычно вызывает защитную враждебную реакцию. На современном этапе развитии многие страдающие алкогольной зависимостью обращаются за помощью или принудительно направляются на лечение только после какого-либо жизненного кризиса, возвращение с того света.

Профилактика, диагноз и лечение алкоголизма на самых ранних стадиях имеют огромное значение, как и при любом другом заболевании.

Главное – это информированность людей о пагубном воздействии алкоголя на жизнедеятельность человека. В настоящее время печатается огромное количество статей в газетах и журналах, этой проблеме посвящаются множество фильмов и телевизионных постановок. В общеобразовательных учреждениях активно пропагандируется трезвость, призывают детей заниматься спортом, а для реализации здорового образа жизни, идет активное строительство спортивных залов и площадок, закупается необходимый спортивный инвентарь. Движение за здоровый образ жизни и усилия, направленные на снижение риска хронических заболеваний, способствуют формированию более конструктивного отношения общества к потреблению алкоголя.

**Заключение**

Проблема алкоголизма представляет собой разветвленный комплекс социальных патологий, влияющих на нормальное функционирование общества. Проблема стара, как мир, но актуальна, как никогда.

Решением этой проблемы наряду с медицинскими и социальными работниками занимается государство в целом, гражданское общество и различные общественные институты. Одним из способов преодоление этой чумы является эффективная профилактика и пропаганда здорового образа жизни, наглядные примеры социальных и медицинских последствий потребления алкоголя также эффективно воздействуют на сознание молодых людей.

Сегодня возрастает роль государства в решении проблем алкоголизма, особенно детского и подросткового алкоголизма, набирающего сейчас обороты, как одной из основных угроз всей нации. Продолжает оставаться нерешенной проблема женского пьянства, несомненно влияющего на демографическую ситуацию в стране, бытового пьянства и злоупотребления алкоголем в семьях и на работе.

Проблема алкоголизма для нашей страны сверхактуальна. Этиология и механизмы болезни требуют дополнительного изучения. Как известно, болезнь легче предупредить, чем лечить, поэтому кроме лечения болезни, которое на сегодняшний день не эффективно /до 80% рецидивов/, требуется искоренять причины этой проблемы. Относительно простым выходом из данной ситуации было бы стать радикальное повышение цен на спиртные напитки, которое снизило бы их доступность. Но важными социальными мерами на сегодняшний день все же остаются запреты на распитие спирта, высокая профилактико-агитационная работа и др.

Сегодня проблема алкоголизма является нерешенной как в мире, так и в России. Сейчас в России насчитывается более 2 миллионов граждан, страдающих алкоголизмом, что выводит данную проблему из числа частных, локальных в область государственных проблем. Проблема алкоголизма давно превратилась в масштабную медико-социальную угрозу российской нации.

Рассмотренные в данной работе теоретические особенности алкоголизма, социальные и медицинские аспекты, профилактические меры – комплексно уже сейчас работают в помощь всем специалистам, решающим социальную проблему алкоголизма.

**Список литературы**

1. Бабаян Э.А., Гонопольский М. Ребенок и алкоголь – М.: Весма-Т, 2001. – 168 с.

2. Большая медицинская энциклопедия. / Гл. редактор Б.В. Петровский, Изд. 3-е. Т.1–30. М.:// Советская энциклопедия, 1974. 253 с.

3. Братусь, Б.С. Анатомия личности/ Братусь Б.С. – М. Мысль, 1988. – 304 с.

4. Веко А.В. Алкоголизм: избавление от зависимости, лечение, профилактика с. 4. // Современный литератор. 1999. 16.07.

5. Волкова С.В., Бабенко Л.И. Методическое руководство по обеспечению первичной профилактики алкоголизма среди несовершеннолетних. М.: Издательство Твое время, 2003. 31 с.

6. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М.: Издательство НПО МОДЭК, 2003. 240 с.

7. Гуавин, Дональд Алкоголизм/ Пер. с англ. – М.: Олимп-Бизнес, 2002. – 224 с.

8. Джонсон, Вернон Как заставить наркомана или алкоголика лечиться/ Пер. с англ. – М., 2002. – 193 с.

9. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, терапия/ Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. и др., – СПб.: Элби-СПб., 2002. – 193 с.

10. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 192 с.

11. Короленко, Ц.П. Личность и алкоголизм/ Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. – Новосибирск, Наука, 1998. – 165 с.

12. Лекции по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. – 3-е изд., перераб. – М.: Мед. Практика, 2001. – 344 с.

13. Лисицын, Ю.П. Алкоголизм: (Медико-социальные аспекты) Руководство для врачей/ Лисицын Ю.П., Свиридов П.И. – М.: Медицина, 1990. – 527 с.

14. Мартыненко А.В. Здоровье молодежи // Светское здравоохранение, 1990. – С. 15–17.

15. Психология групп несовершеннолетних правонарушителей / Под ред. И.П. Башкатов. М.: Издательство Прометей, 1993. 53 с.

16. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. М.: Изд. Академия, 2003. 176 с.

17. Такала И.Р. Веселие Руси: История алкогольной проблемы в России. СПб.: Изд. София, 2002. 254 с.