**Содержание**

Введение

1. Личностная сфера больных алкоголизмом

1.1. Понятие, сущность, клинические стадии алкоголизма

1.2. Психоаналитические теории алкоголизации

1.3. Типы личности больных алкоголизмом

1.4. Алкогольная деградация личности

2. Психологическая защита больных алкоголизмом

2.1. Отношение к болезни при алкоголизме

2.2. Механизмы психологической защиты

2.3. Алкогольная анозогнозия

Заключение

Список литературы

Приложение

# Введение

Проблема лечения алкогольнозависимых личностей в настоящее время стоит как никогда остро. С одной стороны, бюджетные средства, отпускаемые на разрешение этой проблемы, уменьшаются. С другой стороны, имеет место малая эффективность лечения, несмотря на его дороговизну и большое количество жалоб со стороны больных и их родственников. Одной из причин вышесказанного является то, что врачам удаётся создавать лишь недолговременные ремиссии заболевания и снимать физическую зависимость от алкоголя, а уменьшить и ликвидировать психологическую зависимость практически не удаётся. Неуклонное нарастание тяжести степени алкоголизма и количества вовлеченных в круг этой химической зависимости, а так же то, что алкоголизм сегодня заметно помолодел, порождает проблемную ситуацию

В практической деятельности психологов, психиатров и психотерапевтов все чаще приходится сталкиваться с проблемой зависимого поведения, зависимости. Именно данная разновидность девиантного поведения оказывается наиболее сложной для психологической коррекции, психотерапии и психофармакотерапии. Задача психологической реабилитации больных алкоголизмом может быть сформулирована как выявление и актуализация таких мотивов ремиссионной деятельности, которые, обеспечивая должную преемственность со сложившимися в ходе всей прежней жизни пациента смысловыми установками, приводили бы к появлению новых смысловых установок, уже не являющихся типичными для алкогольной личности и тем самым исключали бы возможность актуализации алкоголя в качестве адекватного потребностной сфере мотива.

В настоящее время имеет место сравнительно небольшое число психологических работ, посвященных исследованию установок, мотивов, ценностей алкогольнозависимых личностей. Согласно данным литературы, чаще всего становятся зависимыми от алкоголя личности с измененной мотивационной системой. Эти изменения характеризуются особым личностным изменением. Здесь речь идет об особом неспецифическом поражении глубинных структур мотивационной системы, а именно о нарушении функционирования глубинных, личностных мотивов. Это расстройство можно условно обозначить «исходным недостатком мотивационной системы в преморбиде больного алкоголизмом». В дальнейшем в процессе развития зависимости от алкоголя происходит структурная и содержательная перестройка мотивационной системы. Мотив изменения сознания с помощью алкоголя становится потребностью и встраивается в глубинный уровень мотивационной системы. Можно говорить о своеобразном процессуальном развитии исходного личностного изменения. Это обусловило актуальность выбранной темы работы.

Целью курсовой работы является исследование механизмов психологической защиты больных алкоголизмом. Для достижения поставленной цели необходимо решить задачи:

- рассмотреть понятие, сущность, клинические стадии алкоголизма;

- ознакомиться с психоаналитическими теориями алкоголизации;

- изучить типы личности больных алкоголизмом;

- выявить признаки алкогольной деградации личности;

- исследовать отношение к болезни при алкоголизме;

- рассмотреть механизмы психологической защиты.

Курсовая работа состоит из двух основных глав, введения, заключения, списка литературы и приложений с используемыми методиками исследования.

В работе использованы книги, монографии, учебники и учебные пособия, статьи и публикации в специализированных журналах отечественных и зарубежных авторов по исследуемой теме.

# Личностная сфера больных алкоголизмом

## Понятие, сущность, клинические стадии алкоголизма

Алкоголизм как социальное зло проявляется неумеренным употреблением спиртных напитков (пьянство), нарушением моральных и правовых норм поведения, социальными эксцессами, снижением производительности труда. С точки зрения медицинской - это заболевание, относящееся к широкой группе наркомании.

Классическое определение хронического алкоголизма как совокупности последствий хронической интоксикации было дано в середине 19 века в классическом труде М. Гусса «Хронический алкоголизм, или хроническая алкогольная болезнь». Автор рассматривал это заболевание как вызванное злоупотреблением спиртными напитками и выражающееся соответствующими изменениями в нервной системе. Эго определение долго господствовало на страницах учебников и руководств по психиатрии и на протяжении полувека не подвергалось каким-либо существенным изменениям.

Многие исследователи при рассмотрении хронического алкоголизма обращают внимание на его социальный аспект.

Так, M.Leuler (1955) относил к хроническим алкоголикам тех людей, которые, употребляя спиртные напитки, причиняют себе вред в соматическом, психическом и социальном отношении. Н.В.Канторович (1954) считал хроническими алкоголиками тех, у кого в результате систематического или спорадического злоупотребления спиртными напитками развилось влечение к алкоголю, произошло нарушение трудоспособности, семейных отношений, физического или психического здоровья. W.Mayer-Gross, Е. Slater, M.Roth (1954) пишут, что хронический алкоголизм - привычка к поглощению алкогольных напитков в таких количествах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе, конфликтам в семейной и общественной жизни или к расстройству физического и психического здоровья.

Рассмотрим и другие наиболее известные определения алкоголизма.

Дейчман Э.И. (1956) - алкоголизм (в узко-медицинском смысле) - заболевание, наступающее в результате частого неумеренного употребления спиртных напитков и болезненного пристрастия к ним.

Лукомский И.И. - Алкоголизм (хронический) - заболевание, вызываемое систематическим употреблением алкогольных напитков, характеризующееся влечением к ним, приводящее к психическим и физическим расстройствам и нарушающее социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием.

Энтин Г.М. - алкоголизм - заболевание, вызванное систематическим употреблением алкогольных напитков и обусловленное воздействием алкоголя как наркотического вещества.

Портнов А.А., Пятницкая И.Н. - хронический алкоголизм – заболевание, характеризующееся симптомом наркотической зависимости, в течение которого наступают специфические соматические расстройства и возникают социальные конфликты.

Стрельчук И.В. – хронический алкоголизм – болезнь, при которой возникает болезненное влечение с одновременной потерей чувства меры, контроля приема спиртных напитков, когда у больных, вследствие длительного злоупотребления ими, появляются психические и соматические расстройства различной интенсивности, вначале обратимые, но постепенно переходящие в необратимые (органические).

Морозов Г.В., Иванец Н.Н. - алкоголизм – прогредиентное заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость ), развитием дисфункционального состояния, абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших ситуациях - стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией.

В современной патопсихологии алкоголизм определяется как экзогенное психическое заболевание (токсикомания), которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогредиентного органического психосиндрома и алкогольной деградации личности. Это заболевание характеризуется наличием синдрома зависимости (абстинентного синдрома), изменением толерантности к алкоголю, появлением соматических и психических нарушений, социальной деградации личности.

В течении хронического алкоголизма различают три стадии.

I - начальная (в клинике - неврастеническая) стадия характеризуется психической зависимостью от алкоголя, нарастанием толерантности к спиртному, утратой защитного рвотного рефлекса, появлением опьянений с частичной амнезией, проявляющейся в частичном запамятовании отдельных событий и своего поведения в состоянии опьянения. В этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому;

II - развернутая стадия (в клинике - наркоманическая) отличается возникновением физической зависимости с компульсивным, неудержимым влечением к алкоголю. Толерантность к алкоголю достигает максимума. Формируется абстинентный (похмельный) синдром. В этой стадии наблюдаются потеря количественного и ситуационного контроля, псевдозапои, социальные затруднения, неврологические и соматические расстройства, выраженные нарушения сна. В этой стадии могут быть и алкогольные психозы.

III - конечная (в клинике - энцефалопатическая) стадия, которая характеризуется снижением толерантности к алкоголю и преобладанием физической зависимости от него по сравнению с психической. Наибольшей выраженности достигают психические проявления абстинентного синдрома с деградацией личности по алкогольному типу. Часто наблюдаются запои, алкогольные психозы. Наиболее частым алкогольным психозом является алкогольный делирий (белая горячка), который возникает обычно на фоне абстиненции вечером или ночью и сопровождается дезориентировкой во времени и пространстве, яркими образными зрительными галлюцинациями (змеи, мыши, черти и др.), психомоторным возбуждением, чувством страха, вегетативными проявлениями (потливость) и выраженным тремором рук.

## Психоаналитические теории алкоголизации

С точки зрения психоаналитического направления влечение к алкоголю выступает как возврат к более ранним стадиям развития, к детским сексуальным переживаниям. Влечение к алкоголю выступает как средство защиты собственного «Я» от окружающего мира. Так, согласно одной из концепций, алкоголизм рассматривается как способ бегства от гомосексуальных импульсов, запретных мыслей и чувства вины, связанных с мастурбацией. Особая роль в формировании алкоголизма отводится нарушенным отношениям с родителями, и, прежде всего отвержение матери ребенка. Как считает Е. Беглер, субъект подсознательно идентифицирует себя с отвергающей и холодной матерью, отравляя себя алкоголем, субъект символически убивает мать, здесь алкоголизм выступает как отражение псевдомазохистических склонностей. Страх больного перед возможной расплатой или потерей удерживает от прямой конфронтации с матерью, поэтому враждебная зависимость от матери преследует больного алкоголизмом всю жизнь. К. Менингер назвал такое саморазрушительное поведение хроническим суицидом. Таким образом, влечение к алкоголю-это перенос на самого себя агрессии, которая не может в силу действия культурных табу быть адресована ее действительным виновникам. Алкоголизм как оральная фрустрация потребности в зависимости, возникающая сначала в раннем детстве, а затем в юности, представляет собой защиту от депрессии. В этом случае алкоголь выполняет функцию примирения больного с неизбежностью этих фрустраций. Этот тезис подтверждается тем, что алкоголизму предшествует эмоциональная неадекватность, невротичность. Х. Тьебо характеризуя больных алкоголизмом, полагал, что у них бессознательная потребность в доминировании сочетается с чувством одиночества и изоляции. Тревога, по мнению Зимберга, возникающая в результате фрустрации потребности в зависимости, подавляется алкоголем, который действует, как фармакологическое вещество способное индуцировать ощущение собственной силы, всемогущества, неуязвимости. Но поскольку эффект алкоголя временный, то уже в структуре абстинентного синдрома, т.е. в состоянии возникающего в результате прекращения действия алкоголя при внезапном перерыве его применения, появляется чувство вины и отчаяния. Чувство неполноценности возрастает, и конфликт продолжается по порочному кругу. Итак, главный смысл злоупотребления алкоголем, по Ш. Зимбергу, состоит в достижении неадекватно усиленного, «грандиозного» образа Я, которое Зимберг обозначил термином реактивная грандиозность. Основными инновации в теории Зимберга является признание реальных социально-психологических отношений в качестве главного источника психологических проблем больного, автор учитывал роль социальнокультурных факторов, и последнее, психологические факторы алкоголизма проявляют себя, если есть генетическая предрасположенность.

 Алкогольное поведение как игру позволяющую манипулировать чувствами и действиями окружающих рассматривает трансактный анализ. Трансакция-это действие, переходящее в ответное действие или состояние другого объекта и как бы рассчитанное на такой трансформированный возврат. Употребление спиртного выступает как случайное удовольствие, дополнительное преимущество, процесс, ведущий к кульминации-похмелью. Удовольствие, получаемое от похмелья,-это способ привлечь внимание к себе и своим переживаниям, завести «преследователя» в тупик и получить от него прощение. Низкая самооценка обуславливает страх перед психологическими интимными отношениями, предполагающими самораскрытие. В целях их избегания возникает и поддерживается потребность сохранять отношения игры. Такие личностные качества как лживость и хитрость больных алкоголизмом не являются изначально присущими им, а выступают как неотъемлемая часть роли, разыгрываемой в рамках той или иной трансакции, истинная причина появления которой в репертуаре поведения больного заключается в патологическом влечении к алкоголю.

Бихевиоральное направление объясняет алкоголизм как усвоенное поведение, подчиненное закономерностям научения. Особое значение придается напряжению и тревоге, являющихся составными частями стрессовых ситуаций, в которых происходит патологическое научение. С точки зрения бихевиорального направления алкоголь выполняет следующие функции: 1) социальной формы неадекватного поведения; 2) единственно доступной для личности формы привлечь к себе внимание; 3) средства в ситуациях стресса; 4) способа уклониться от участия во многих нежелательных ситуациях.

Согласно мотивационно-потребностным теориям алкоголизма мотив сдвигается на цель, т.е. вспомогательное действие теперь занимает ведущее место в иерархии мотивах. Но для того, чтобы алкогольная мотивация обрела черты патологического влечения, лежащие в основе обращения к алкоголю, должны непременно иметь высокую субъективную, чаще всего аффективную значимость. По мнению Б. С. Братусь алкогольная потребность формируется на основе иллюзорного удовлетворения иных, нормальных, потребностей человека, т.е. путем замещения, характерного для патологических влечений. Основными психологическими причинами, как считает автор, являются: 1) возможность удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения для длительно пьющего человека, научившегося опредмечивать в этом состоянии самые разные актуальные потребности; 2) психолого-социальные условия. Социальные преграды утрачивают для больного свое значение, личность целиком подчиняется патологической мотивации, и поведение ее становится достаточно стереотипным. За этими изменениями всегда скрывается индивидуальные особенности опредмечивания с помощью алкоголя и ритуалов его потребления нереализованных потребностей человека. Изменение личности идет путем изменения потребности мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов.

На основании факторного анализа массива данных американские ученые выделили восемь подгрупп больных алкоголизмом каждая из которых имеет свои, не повторяющиеся в других подгруппах группах свойства. Классификация строится на основе выделения ведущих мотивов и способов удовлетворения потребностей, которые определяют содержательную сторону влечения к алкоголю. С этих позиций обращение к алкоголю может быть дифференцированно следующим образом:

1) Алкоголь-средство редукции напряжения. Это наиболее элементарная форма использования алкоголя с целью удовлетворения в релаксации.

2) Алкоголь-средство изменения эмоционального состояния, т. к. этанол действует как психофармакологическое средство, через систему биохимических процессов, в первую очередь на эмоциональную сферу человека.

3) Алкоголь-средство получения удовольствия. Здесь основу составляет выраженная гедонистическая мотивация, а так же поиск острых и необычных ощущений, что свойственно для формирования алкоголизма в раннем возрасте. Эту группу можно описать как состоящую, в основном, из представителей гипертимного и неустойчивого типа акцентуации характера.

4) Алкоголь-средство повышения самооценки и самоуважения, достижения самоутверждения. Основные черты психологического портрета больных этой группы: робость, неуверенность зависимость, чувствительность, склонность к формированию чувства вины, сочетающееся с гиперкомпенсаторной тенденцией самоутвердиться за счет высокомерия и бравады в поведений.

5) Алкоголь-средство компенсации. При этом подразумевается использование этанола для замещения каких-то, недостающих человеку форм и способов удовлетворения потребностей, и коррекции дизгармонической структуры характера, личности в целом.

1. Алкоголь-средство общения и коммуникации. В основе этого типа мотивации лежат неудовлетворенные потребности в общении, в выходе из одиночества. Эти больные обычно чрезвычайно замкнутые, тревожные, конформные, зависимые, чувствующие себя в обществе неуверенно.
2. Алкоголь-результат научения или подражания, средство поддержания приятного ритуала. Психологическую основу этого типа мотивации составляют неуравновешенность личности, высокая внушаемость, некритичность. Особенно часто он наблюдается у подростков.
3. Алкоголь-манипуляция, средство межличностной защиты. Основной мотив манипулятивного поведения-сохранитъ присущий больному алкогольный стиль поведения и добиться односторонних преимуществ в межличностных отношениях.

Каждый из восьми видов мотивации может играть ведущую роль на всем протяжении алкогольной болезни или на каком-то одном ее этапе. Мотивационные типы могут наблюдаться совместно или переходить друг в друга.

В формировании «алкогольной личности» основное значение имеют следующие факторы: а) преморбидные изменения; б) неспособность человека адаптироваться к требованиям общества и неумение использовать приемлемые формы и способы снятия напряжения; в) отрицательные факторы социальной среды. Структура межличностно-психологических особенностей больных зависит от типа мотивации, предопределяющей со­ответствующий тип алкоголика.

## Типы личности больных алкоголизмом

Изменения личности характерные для больных алкоголизмом выражается либо в относительно «гармоничном» внедрении влечения к алкоголю уже дисгармоничную личностную структуру, способствуя временному ослаблению негативных переживаний, внутренних конфликтов и характерологической акцентуированности, или «ломает» эту структуру и формирует совершенно новую личность или новый патологический характер. Исходя из вышесказанного, выделяются три варианта возможных изменений личности и характера.

В первом варианте доминирующее положение в мотивационной сфере занимает влечение к алкоголю, тогда как личностные характеристики не претерпевают существенных изменений. Выработанный способ алкоголизации способ удовлетворения потребностей переносится с влечением к алкоголю на другие побуждения и человек теряет способность продуктивно решать даже привычные для него проблемы.

Во втором случае на личность оказывается большее влияние, чем на характер. Формируется патологическая мотивационная система, в которой большая часть индивидуально значимых потребностей удовлетворяется путем обращения к алкоголю, а относительно сохранная система средств достижений целей эффективно обслуживает патологическую личность.

В третьем варианте нарушения проявляются и в личности, и в характере. Глубокая психическая декомпенсация выражается в том, что субъект не в состоянии определить цель деятельности, которая могла бы реально удовлетворить его потребности, и лишен средств, которыми пользовался ранее. Ведущую роль в деятельности человека играет влечение к алкоголю, поведение характеризуется выраженными нарушениями, неспособностью к опосредованию удовлетворения даже самого влечения к алкоголю. Так как отмечается глубокая социальная дезодаптация проявляющаяся в снижении профессионализма, охлаждении к родным и близким и нарастающем эгоизме больного алкоголизмом, то алкоголизм этого типа называется социопатическим.

Для характеристики психического дефекта при алкоголизме важную роль играет определение степени выраженности и типа личностных изменений. Информативный материал дают экспериментальные методики: личностный опросник Айзенка, исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн, а также изучение присущего этому типу уровня притязаний.

В. М. Блейхер и И. В. Крук (1986) по патопсихологическим показателям выделяют четыре основных типа личности больных алкоголизмом:

I - интровертированно-нейротический (неврозоподобный) тип. Этим лицам присуще значительное увеличение показателя по шкале нейротизма, выраженная интровертированность, ситуационно-депрессивная самооценка со склонностью к самообвинению, нестойкость, хрупкость уровня притязаний. Возникновение неврозоподобных проявлений связано как с интоксикацией и ее астенизирующим влиянием, так и с реакцией больного на изменение его социального статуса и присущей ему системы отношений при известной сохранности критичности к своему состоянию;

II - экстравертированно-нейротический (психопатоподобный) тип характеризуется выраженной экстравертированностью, высоким показателем нейротизма. Здесь также часты неадекватные ситуации, личностные реакции. Личностные изменения более стабильны и носят характер стойких аномальных поведенческих реакций. При этом типе личностных изменений в процессе исследования самооценки обнаруживаются своеобразные проявления механизма психологической защиты, сводящиеся к клише типа "все пьют" и "я не такой уж пьяница". Экстравертированность таких больных необычна, она не только чрезмерна, как об этом пишет Т. К. Чернаенко (1970), но и изменена качественно, носит патологический характер в связи с присущими этим больным изменениями системы потребностей и мотивов;

III - экстравертированно-анозогнозический тип. Здесь на первый план выступает беспечное отношение к своему настоящему состоянию и будущему (алкогольная анозогнозия). Самооценка становится грубо неадекватной. Особенно выражены механизмы психологической защиты, приобретающие явно патологический характер и заключающиеся в безоговорочной тенденции к самооправданию. "Непьющих я не встречал", "Были ссоры дома, у кого не бывает, но вообще, и на работе, и дома все нормально".

IV - апатически-интровертированный тип является выражением грубой алкогольной деградации личности и характеризуется аспонтанностью в сочетании с "пустой" интровертированностью, свидетельствующей об утрате социальных контактов, об уходе от реальной действительности, о совершенном отсутствии интереса к происходящему.

Предлагаемая В. М. Блейхер и И. В. Крук (1986) систематика типов личностных изменений отражает картину алкогольной психической деградации в диике. Выделение этих типов личностных изменений может способствовать определению стадии заболевания, степени и характера психического дефекта.

Следует особо выделить такие черты алкоголиков, как подозрительность, недоверчивость, повышенная мнительность, необоснованная ревность, готовность к болезненной фиксации ошибочных утверждений. В мотивационной сфере изменяется содержание потребностей и перестраивается иерархия мотивов. Как отмечает В. С. Братусь, алкоголь становится мерилом для оценки успешности действий ради удовлетворения потребности в нем, для того или иного отношения ко все большей части окружающей действительности. Со временем оценка того, что окружает больного, начинает более или менее зависеть от того, помогает или нет данный предмет, действие, человек удовлетворению потребности в алкоголе. Алкоголь становится ведущим мотивом поведения.

Перестройка системы мотивов сопровождается возрастанием психической зависимости от алкоголя и нарушением структуры деятельности, которая все больше подчиняется необходимости приобретать спиртные напитки. Потребность в алкоголе становится доминирующей в мотивационной сфере. Исчезают дальние мотивы, а поведение регулируется ближними, среди которых основной и смыслообразующий - алкоголь. Развиваются нарушения опосредования потребности в алкоголе, в связи с чем становится необходимой немедленная выпивка. Это толкает алкоголика на получение нужных материальных средств всеми доступными ему способами, в том числе противоправными.

Необходимо сказать, что изменения личности на поздних этапах алкоголизма, по мнению Ю. М. Антоняна, носят отпечаток конституциональных особенностей, хотя и в меньшей степени, чем на ранних. В частности, психопатоподобный вариант алкогольной деградации чаще развивается у лиц, имевших в преморбидном периоде возбудимые и истерические особенности, вариант с эйфорической установкой - у синтонных (общительных, коммуникабельных) личностей, а вариант с преобладанием аспонтанности (случайности, импульсивности) - у неустойчивых, астенических и шизоидных личностей.

Барнес обобщил многочисленные исследования личности алкоголика и сгруппировал их следующим образом: 1) нарушения сексуальной идентификации; 2) негативная самоконцепция; 3) психопатические черты; 4) враждебность; 5) незрелость в целом; 6) импульсивность; 7) низкая толерантность к фрустрациям; 8) преимущественная ориентация на настоящее время; 9) повышенная чувствительность; 10) ипохондричность (сенсорная); 11) страх смерти; 12) пассивность; 13) зависимость; 14) недифференцированность ощущений; 15) тревожность; 16) склонность к депрессиям; 17) истероидностъ; 18) ипохондричность.

Таким образом, основные характеристиками больного алкоголизмом являются: слабый уровень развития внутреннего самоконтроля, чувствительность к любой внутренней и внешней стимуляции, низкие адаптационные способности, перемены настроения в течении дня без видимых причин, неадекватная самооценка, завышенный уровень притязаний, неумение перестроить свою деятельность в соответствии с изменившимися обстоятельствами, согласовать притязания с возможностями.

## Алкогольная деградация личности

Одной из главных черт алкоголика авторы называют моральную деградацию. В ходе своих действий по удовлетворению потребности в алкоголе больной решает жизненную задачу, переступить или не переступить свои моральные нормы. Постепенно эти поступки перестают быть случайными. Они становятся неизбежным, закономерным следствием логики развития жизни этих пациентов.

Алкогольная деградация, развивающаяся на отдаленных этапах алкоголизма, включает в себя аффективные расстройства, психопатоподобные симптомы, этическое снижение, утрату критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом, стойкие изменения памяти и интеллекта.

Аффективные расстройства при развитии алкогольной деградации становятся неотъемлемым свойством личности больных, отличаются чрезвычайной стойкостью, обнаруживаются не только в связи с алкогольными эксцессами, но и при длительном воздержании от алкоголя. Аффективные нарушения проявляются особой эмоциональной лабильностью, неустойчивостью настроения, подверженностью ситуационным влияниям, обидчивостью, пессимизмом с экспрессивным выражением своих чувств. Эмоциональная неустойчивость всегда сочетается с возбудимостью, поэтому аффективные вспышки сопровождаются бурными проявлениями раздражения и гнева. В большинстве случаев аффективные колебания поверхностны.

У небольшой части больных аффективные нарушения выражены отчетливее. На отдаленных этапах алкоголизма развиваются клинически очерченные расстройства, выходящие за рамки абстинентных состояний, которые можно квалифицировать как алкогольное слабодушие, алкогольные дисфории или даже кратковременные депрессии с эндогенными компонентами. В пролонгированной психотравмирующей ситуации депрессивные нарушения возникают значительно раньше и занимают особо важное место в клинической картине алкоголизма. Обычно выравнивается при уменьшении психотравмирующей ситуации. Из-за эмоционального огрубения и снижения критики нет глубокого переживания неприятных событий, не появляется истинного чувства вины, понимания своих поступков. У больных отмечается (несмотря на изменения настроения) эйфорическая установка — наклонность к эйфории, беспечности, недооценке жизненных трудностей, плоскому юмору. Эти особенности настолько свойственны многим больным алкоголизмом на отдаленных этапах, что обычно выделяют тип алкогольной деградации с эйфорической установкой.

Психопатоподобные симптомы в структуре алкогольной деградации на данном этапе уже не укладываются в какой-либо из вариантов, поэтому часто выделяют недифференцированный психопатоподобные вариант алкогольной деградации. Для этих состояний характерны мозаичность, полиморфизм проявлений. Поведенчески это выражается в неадекватности, непредсказуемости поступков больных. Одна и та же ситуация может то вызывать бурную реакцию, то оставлять больных совершенно спокойными. Несмотря на полиморфность картины, чаще всего отмечаются эксплозивные, эпилептоидные, истерические психопатоподобные проявления. В наиболее грубой форме, с бурными аффективными и двигательными разрядами, эти расстройства могут возникать в состоянии опьянения. После больших периодов трезвости (например, в ремиссии) психопатоподобные симптомы смягчаются, но не исчезают.

Этическое снижение тесно связано с указанными выше аффективными и психопатоподобными симптомами, поэтому некоторые стороны поведения больных алкоголизмом пытаются объяснить не моральными изъянами, а эмоциональными изменениями. В частности, быстрые переходы больных от грубого тона к заискивающему связывают не с исчезновением моральных принципов, а с огрубением и лабильностью эмоций. Готовность больных ко лжи или заведомо невыполнимым обещаниям объясняют эйфорической установкой. Тем не менее, при описании алкогольной деградации используют моральные категории. Этическое снижение по-разному проявляется в поведении больного алкоголизмом в кругу родственников, партнеров по выпивкам, среди товарищей по работе, медицинских работников и просто нейтральных лиц. Обращают на себя внимание особая грубость, неспособность сдерживать эмоции в домашней обстановке, стремление унизить и оскорбить близких, вплоть до прямой агрессии или изощренного мучительства. Однако больные могут быстро перестраиваться (особенно при необходимости что-то получить от близких) и любыми путями добиваться прощения, даже если им приходится унижаться, лгать, демонстрировать крайнее раскаяние.

В кругу партнеров по выпивкам такие больные беззаботны, бахвалятся сексуальными связями, способностью выпить много спиртного. Типично стремление приукрасить положение вещей, лживость. Часто наблюдаются цинизм, алкогольный юмор: плоские однообразные шутки на серьезные темы. В другое время больные могут докучать окружающим сентиментальными излияниями, назойливой откровенностью. Эти лица в кругу партнеров по выпивке склонны к взаимному восхвалению, подчеркиванию бескорыстности, преданности друг другу; в то же время в неприязненном тоне обсуждаются общие знакомые, особенно игнорирующие их компанию. На производстве больных отличают недостаточное чувство долга, поверхностность, стремление при случае уклоняться от обязанностей, но получать материальные выгоды от производства, даже если это противоречит существующим нормам. Иногда преобладает формальное отношение к делу, иногда — попытки замаскировать свою бездеятельность демагогией, «круговой порукой».

Подчеркивая узко корыстные интересы таких лиц, еще в 1920 г. известный психиатр Е. Блейлер отмечал, что среди больных алкоголизмом очень много типичных филистеров. В достаточно тяжелых случаях он считал таких лиц настолько социально индифферентными, что у них «нельзя возбудить ни гордость, ни самолюбие, ни чувство достоинства».

Утрата критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом служит очень важным феноменом для разработки методов лечения больных алкоголизмом, в первую очередь, психотерапевтических. Эти нарушения выделяются при описании динамики психического состояния больных в процессе психотерапии. Ряд авторов пытаются объяснить некритичность больных к заболеванию психологической защитой. Полное понимание больным своего заболевания и его последствий слишком «эмоционально насыщено». Больной вольно или невольно преуменьшает значение этого факта и создает систему «алкогольных алиби». Концепция психологической защиты позволяет объяснить снижение критики к заболеванию не только простой ложью или нарушением понимания событий из-за органического снижения, но и воздействием промежуточных функциональных механизмов.

Главным элементом утраты критики при алкоголизме является неспособность больных оценить тяжесть злоупотребления алкоголем. В беседе с врачом отсутствие критики не обязательно имеет вид активного несогласия. Иногда (особенно, если больные поступили на лечение повторно) они внешне охотно признаются в пьянстве, но в душе остаются при своем мнении. Утрату критики можно определить обычно не в прямой беседе, а в иной обстановке, например, на сеансах групповой «недирективной» психотерапии. Отрицая у себя алкоголизм, больные прибегают к определенной шаблонной аргументации. Как подчеркнул Е. Блейлер, она используется всеми пациентами одинаково, независимо от их образования и культуры. Сравнивая свое состояние с состоянием других больных, больной не находит у себя тех тяжелых проявлений алкоголизма, которые есть у других, либо объясняет свои выпивки особыми обстоятельствами: «нельзя было не выпить». Снижение критики редко становится тотальным; обычно к каким-то обсуждаемым вопросам больные более критичны, а к другим — менее. В частности, больные достаточно хорошо осознают ущерб, наносимый алкоголем их физическому и психическому здоровью или материальному благосостоянию. Однако они гораздо хуже понимают отрицательные последствия выпивок для семьи или продвижения по работе.

Ответственность за семейные и служебные неприятности больные перекладывают с себя на окружающих или объясняют их случайными обстоятельствами. Еще великий отечественный психиатр С. С. Корсаков отметил, что «алкоголик винит всех: жену, детей, службу, но только не самого себя». Хотя некритичность к злоупотреблению алкоголем и накладывает определенный отпечаток на понимание больными всего происходящего, общее резкое снижение критики при непсихотических вариантах алкоголизма наблюдается редко. Снижение критики тесно связано с интеллектуально-мнестическим снижением, которое на отдаленных этапах алкоголизма может принимать клинически очерченные формы, хотя обычно, и не достигает степени слабоумия. В качестве наиболее ранних признаков интеллектуально-нестического снижения отмечаются неспособность осваивать новое и шаблонность в профессиональной деятельности.

В быту обращают на себя внимание утрата всех интересов, исключая утилитарные, появление косности в привычках; сужается круг представлений, мышление становится рутинным. В более тяжелых случаях больные не могут отделять главное от второстепенного, обстоятельны. Характерны резкая истощаемость и неспособность к концентрации внимания. У некоторых больных общая вялость и пассивность выражены настолько значительно, что изменения личности у них относят к аспонтанному или апатическому типу алкогольной деградации. Утрачивается способность понимать тонкий смысл складывающихся ситуаций. Оценка больными своего состояния, положения, перспектив все более расходится с действительным положением вещей. Из-за этого их поведение становится все более бестактным, вызывающим недоумение и насмешки. Снижение памяти подчиняется общим закономерностям: в первую очередь страдает память на вновь приобретаемые сведения. Тем не менее при «чистом» алкоголизме интеллектуально-мнестическое снижение не становится настолько выраженным, чтобы помешать больным выполнять простую работу или, тем более, обслуживать себя в быту.

Социальное снижение больных алкоголизмом очень тесно связано с алкогольной деградацией и иногда рассматривается как ее составной элемент. Касаясь диагностического значения изменений личности при алкоголизме, необходимо отметить, что они играют важную роль при клинической оценке заболевания на средних и отдаленных этапах. В частности, наиболее тяжелая форма изменения личности — алкогольная деградация — служит неоспоримым признаком перехода заболевания в III стадию. Особенно важно учитывать изменения личности при подборе наиболее рациональной тактики психотерапии и социальной реабилитации, больных алкоголизмом, что позволяет индивидуализировать лечебные мероприятия и заметно повышает их эффективность.

Изменения личности при алкоголизме нельзя клинически охарактеризовать без учета терапевтического патоморфоза, изученного рядом авторов. Оказалось, что алкогольные изменения личности более динамичны, чем это предполагали. Чем больше то или иное проявление связано с социальными, психореактивными факторами, тем больше оно подвергается обратной динамике. В частности, в течение длительных ремиссий весьма обратимы морально-этические дефекты и эйфорическая установка. Более устойчивы психопатоподобные симптомы, которые заметно уменьшаются в ремиссиях, за исключением тех случаев, когда личностные отклонения соответствуют конституциональному фону. Еще менее обратимы интеллектуально-мнестические изъяны, но и они, как показывают исследования, могут частично сглаживаться. В длительных ремиссиях часто наблюдается полное социальное восстановление статуса больных, как в семейной, так и в профессиональной сфере. Исходя из изложенных выше соображений по клинической оценке изменений личности при алкоголизме, можно предложить следующую клиническую классификацию.

Заострение личности. На начальных и, как правило, средних этапах алкоголизма изменения личности ограничиваются заострением изначальных личностных особенностей. Ниже приведены наиболее распространенные типы заострения личности.

- Синтонный тип. Преобладает несколько повышенное настроение с оптимизмом, жизнерадостностью, довольством окружающими и самим собой. Больные общительны, в отношениях с окружающими грубоваты, в знакомствах неразборчивы. Легко говорят о себе, излишне откровенны после непродолжительного общения.

- Неустойчивый тип. Главной особенностью является подверженность внешним влияниям, зависимость от окружающих. Характерны нестойкость интересов и целей, стремление уклониться от любых трудностей, неспособность к активному систематическому труду, жажда развлечений и в силу этого стремление к асоциальным группам.

- Астенический тип. Раздражительная слабость, типичная для астении вообще, проявляется преобладанием возбудимости над истощаемостью. После вспышек раздражения быстро наступает успокоение, часто с чувством сожаления о происшедшем. Больные ранимы, впечатлительны.

Эксплозивный тип. Наиболее часто возникают аффекты неприязни, придирок, недовольства, обиды, раздражения, сменяющиеся при дальнейшем усилении аффектами злобы, гнева, а в ряде случаев и агрессивными поступками. При вязкости аффекта больные напоминают эпилептоидных психопатических личностей.

- Прочие типы. В отдельных случаях заострение личности можно квалифицировать как дистимическое, истерическое, шизоидное и др. Они встречаются реже, чем упомянутые выше.

Алкогольная деградация. Наиболее отчетлива на отдаленных этапах алкоголизма. Определяется эмоциональным огрубением, психопатоподобными симптомами, этическим снижением, утратой критики, ухудшением памяти и интеллекта. Различные привходящие моменты накладывают отпечаток на основные симптомы деградации, что позволяет выделить несколько ее типов.

- Алкогольная деградация с псцхопатоподобными симптомами. Психопатоподобные расстройства не удается соотнести с конкретным типом психопатии, что позволяет говорить об их мозаичности. Из психопатоподобные нарушений наиболее часто наблюдаются возбудимость, истерические реакции, депрессивные эпизоды.

- Алкогольная де градация с хронической эйфорией. Преобладает беспечное, благодушное настроение с резким снижением критики к собственному положению и окружающему. Характерны излишняя откровенность (вплоть до обнаженности) в общении с окружающими, шутливый тон и изобилие шаблонных оборотов речи.

- Алкогольная деградация с аспонтанностью. Отмечаются вялость, пассивность, снижение побуждений, утрата интересов и инициативы. Больные становятся активными только тогда, когда речь идет о покупке спиртного.

# Психологическая защита больных алкоголизмом

## Отношение к болезни при алкоголизме

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.

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:

1. тревожно-сенситивный,
2. эргопатический,
3. апатический,
4. ипохондрический,
5. эгоцентрический,
6. 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.

## Механизмы психологической защиты

В механизмах психологической защиты больных алкоголизмом Ю. Е. Рахальский (1977) выделяет две стороны: "внутренняя" объясняется первичными изменениями критичности, эмоциональности, воли; "внешняя" связана с влиянием группы - компания алкоголиков, с принятой в ней аргументацией, оценочными стереотипами.

Б. С. Братусь (1974) видит в объяснениях больных алкоголизмом не только проявление защитных личностных механизмов. Основную причину их он усматривает в присущих этим больным изменениях мотивационной сферы. Алкоголь в глазах больного воспринимается уже не только как средство, удовлетворяющее его личные потребности, но и как средство, необходимое для удовлетворения определенных потребностей всех людей. Поэтому к оправданиям больной алкоголизмом прибегает обычно при особых обстоятельствах после эксцессов или в связи с госпитализацией, а в остальном его позиция относительно употребления спиртных напитков носит скорее наступательный характер. Это является проявлением характерных для больных алкоголизмом нарушений иерархии мотивов и потребностей.

С механизмами патологической психологической защиты, несомненно, связан своеобразный алкогольный юмор - плоский, грубый, циничный. Явления алкогольного юмора, характерной для этих больных бравады обнаруживаются в целенаправленной беседе с ними, но еще легче они выявляются при исследовании самооценки по Дембо-Рубинштейн.

В юморе алкоголиков часто виден элемент агрессивности, направленной против окружающих. Этому явлению придается большое значение, в частности, при различении благодушия больных алкоголизмом и лиц с органической патологией лобных отделов головного мозга (Б. С. Братусь, 1974). Именно компонент агрессивности, по Б. С. Братусю, придает алкогольному юмору мрачный характер. Высмеиваются близкие, сослуживцы, друзья, нередко перед случайным слушателем беззастенчиво обнажаются интимные моменты семейной жизни больного. Более того, Б. С. Братусь отмечает, что больные алкоголизмом вовсе не обладают развитым чувством юмора. С углублением алкогольной деградации личности они испытывают все большие затруднения, при необходимости понять смысл юмористического рисунка, шутку. Смешным в их глазах становится то, что не представляется смешным здоровому, и высмеивание этого "смешного" носит все более злой характер.

При исследовании алкогольного психического дефекта большое значение приобретает оценка сохранности у больного критичности. Критичность, которая С. Л. Рубинштейном (1946) рассматривалась как вершинное образование личности, в патопсихологии расценивается как важный критерий оценки психической деятельности (Б. В. Зейгарник, 1962, 1969). По Б. В. Зейгарник (1968), критичность является фактором, свидетельствующим о личностной сохранности больных. Различают (И. И. Кожуховская, 1972) три аспекта критичности: к своим суждениям, действиям и высказываниям; к себе, к оценке своей личности; к своим психопатологическим переживаниям. Признавая взаимосвязанность перечисленных видов критичности, в условиях исследования и при подготовке заключения патопсихолог использует эти категории для уточнения характера преимущественного нарушения критичности.

В. А. Худиком (1982) было установлено, что в течении заболевания нарушения самооценки выявляются раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до сформирования выраженного алкогольного слабоумия. Нарушения критичности - важный объективный критерий алкогольной деградации.

Неадекватная самооценка и как итог отсутствие критики к своему состоянию связаны с феноменом психологических защитных механизмов при алкоголизме. Выделяют два механизма психологической защиты (Немчин Т. А., Цыцарев С. В.). Первый из них отрицание-неприятие себя и собственной реальной жизни, т.е. больные игнорируют негативные стороны и проблемы собственной жизни, связанные со злоупотреблением алкоголем. Отрицание играет существенную роль в формировании анозгнозии, которая выражается в полном или частичном отрицании больными алкоголизмом самого факта наличия у них этой болезни и связанных с ней нарушений здоровья, психологической деятельности и социального статуса. Второй психологический механизм защиты проекция, при которой существующие психологические проблемы и жизненные трудности проецируются на представителей ближайшего окружения. Поскольку мотивационная сфера больного алкоголизмом претерпевает изменения, то алкоголь воспринимается такими больными как средство не только как средство, удовлетворяющее их личные потребности, но и как средство необходимое для удовлетворения определенных потребностей всех людей.

## Алкогольная анозогнозия

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, возможно, 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 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.

Рядом отечественных авторов делались попытки классификаций видов или вариантов анозогнозии, однако конкретное содержание психологической защиты, действующей на этапе формирования анозогнозии, осталось мало разработанным. Чаще всего рассматривались искаженные или неполные представления больных о болезни, которые являются одним из мощных факторов формирования анозогнозии, так как участвуют в проводимой больным оценке своей личности и негативных фактов, связанных со злоупотреблением алкоголем. При этом индивидуальное представление о болезни складывается из обыденных (мнения, традиции) и научных (современные знания об алкоголизме) представлений, а также личного опыта. Подавляющая часть обыденных и недостаток научных знаний у больного приводит к тому, что содержание представлений об алкоголизме усиливается, утрируется, принимает подчас гротескный характер, а факты и последствия собственного злоупотребления алкоголем позволяют преуменьшать или игнорировать.

Непосредственно связанным с механизмами защиты оказывается также типология отношения к болезни, так как, несмотря на то, что личность в принципе обладает довольно широким ассортиментом защитных механизмов, существуют индивидуально-типологические различия в защитном реагировании. Например, можно говорить о «репрессорах», людях истероидного склада с «вытеснением» в качестве преимущественного типа защиты. Иной тип поведения отличает людей, склонных к изоляции или рационализации. В конфликтных ситуациях они не уклоняются от встречи с угрозой, а нейтрализуют ее, интерпретируя безболезненным для себя образом.

Келлерман считает, что для пассивных личностей характерно вытеснение, для параноидных личностей — проекция, а истерикам свойственно использовать отрицание.

Таким образом, на этапе формирования отношения к болезни следует рассматривать не только алкогольное отрицание в чистом виде, но и преморбидную личностную структуру, непосредственно связанную с определенными видами защитных механизмов.

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.

В свете исследуемых вопросов представляется важным обратить особое внимание на феномен сопротивления, так как в процессе преодоления анозогнозии большинство врачей сталкиваются с сопротивлением, но понимают это явление однозначно—как проявление анозогнозии. представляется, что эти понятия следует отграничить одно от другого, поскольку сопротивление в данном случае выступает не как синоним анозогнозии, а является результатом сочетания действия механизмов защиты и степени напряженности внутреннего конфликта. Оно проявляется по-разному и часто выражается в том, что простое информирование с целью «переучивания» оказывается неэффективным. При этом оказывается, что реально изменить систему установок больного директивными указаниями практически невозможно, часть советов врача понимается просто превратно, а чрезмерное запугивание возможными последствиями алкоголизма не вызывает у больного желания лечиться. Конфронтация с защитной системой, выражающаяся в сопротивлении, считается не только безрезультатной, но и терапевтически губительной.

Проявляется сопротивление по-разному, часто в откровенной пассивности с уходом и отказом от лечения. В процессе групповой психотерапии действие сопротивления рассматривается тогда, когда член группы не выполняет те упражнения, которые рекомендуются ему руководителем. Оно включает нежелание или ощущение неспособности делать или переживать что-то, избегание осознания, воплощение ролей. В психотерапевтических группах, в которых не оговаривается строгость посещения, оно выражается в значительном отсеве больных на начальных стадиях.

Сопротивление является общим понятием для многих психотерапевтических школ. Первоначально вопросы, связанные с сопротивлением, как непосредственно выражающие действие механизмов защиты, разрабатывались в рамках психоаналитических и близких к ним: теорий. При этом, несмотря на то, что ряд концепций психоаналитической теории подвергался критике, содержание основных положений, касающихся самого действия сопротивления, почти не изменилось. К этим основным положениям относятся следующие: защита, выдвигаемая «Я» против вытесненного представления, принимает форму прямой оппозиции самому психотерапевту; в действии сопротивления можно увидеть индивидуальную структуру механизмов защиты, свойственную данной личности, которая связана с ее преморбидными чертами; в процессе лечения сопротивление постоянно меняет свою интенсивность (оно всегда растет, когда приближаются к новой теме, достигает наибольшей силы на высоте ее разработки и снова снижается, когда тема исчерпана).

Очень важно не рассматривать сопротивление в качестве преграды, которую надо «повалить и разрушить», что часто встречается в практике преодоления алкогольной анозогнозии. Целью психотерапии должно являться преобразование позиции сопротивления в осознание самого себя, которое может быть достигнуто за счет осознания самого сопротивления. По мере его осознания формируется способность принимать ответственность за свое нежелание видеть, слышать и переживать особенно болезненные чувства.

Следует отметить, что в практике лечения алкоголизма наибольшего успеха в преодолении сопротивления добились группы «анонимных алкоголиков» (АА). Необходимым условием анонимности они обезличивают больного алкоголизмом, обходя тем самым основной конфликт, связанный с его самооценкой. В этих условиях основное требование признания «Я — алкоголик» не является столь травматичным для личности. Однако метод, предлагаемый группами АА, несмотря на свою эффективность, нельзя признать безоговорочно успешным, так как он предлагает все ту же защиту, без ее перестройки. Только в этом случае отрицается не сам факт болезни, а соотнесенность ее с данной личностью.

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.

Таким образом, несмотря на то, что проблема анозогнозии, как одного из наиболее очевидных проявлений отношения к болезни при алкоголизме, наиболее часто рассматривается в исследованиях, посвященных алкоголизму, и преодолению ее придается наибольшее значение в формировании адекватного представления о болезни, только анозогнозией отношение больного к своему заболеванию исчерпываться не может. представляется целесообразным при изучении отношения к болезни рассмотрение и таких вопросов, как преморбидные личностные черты, влияющие как на сознательные, так и бессознательные компоненты этого отношения. Помимо этого, само рассмотрение анозогнозии у конкретного больного должно включать как ее структурную оценку, так и стадию алкогольного конфликта.

При этом предполагается решение следующих вопросов:

а) определение удельного веса алкогольного отрицания (анозогнозии), т. е. соотношение сознательного и бессознательного компонентов, в структуре отношения к болезни;

б) рассмотрение содержания этого отрицания в концептуальной модели механизмов защиты;

в) выявление преморбидных личностных черт, определяющих выбор защитных механизмов и придающих данному конкретному больному тот индивидуальный рисунок отношения к болезни, который отличает его от других больных;

г) разработка подходов по преодолению «сопротивления» данного больного с учетом избираемого им стиля защитного реагирования;

д) модификация и укрепление системы защиты для успешного функционирования личности больного на этапе ремиссии.

Решение этих вопросов имеет первостепенное значение для повышения эффективности психотерапии алкоголизма, прежде всего, ее личностно-ориентированных форм.

# Заключение

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

В современной патопсихологии алкоголизм определяется как экзогенное психическое заболевание, которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогредиентного органического психосиндрома и алкогольной деградации личности. Это заболевание характеризуется наличием синдрома зависимости (абстинентного синдрома), изменением толерантности к алкоголю, появлением соматических и психических нарушений, социальной деградации личности.

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.

Неадекватная самооценка и как итог отсутствие критики к своему состоянию связаны с феноменом психологических защитных механизмов при алкоголизме. Выделяют два механизма психологической защиты: отрицание-неприятие себя и собственной реальной жизни, т.е. больные игнорируют негативные стороны и проблемы собственной жизни, связанные со злоупотреблением алкоголем; и второй психологический механизм защиты - проекция, при которой существующие психологические проблемы и жизненные трудности проецируются на представителей ближайшего окружения. Поскольку мотивационная сфера больного алкоголизмом претерпевает изменения, то алкоголь воспринимается такими больными как средство не только как средство, удовлетворяющее их личные потребности, но и как средство необходимое для удовлетворения потребностей всех людей.

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

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.

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.

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.

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. В свете исследуемых вопросов представляется важным обратить особое внимание на феномен сопротивления, так как в процессе преодоления анозогнозии большинство врачей сталкиваются с сопротивлением, но понимают это явление однозначно — как проявление анозогнозии. Однако, представляется, что эти понятия следует отграничить одно от другого, поскольку сопротивление в данном случае выступает не как синоним анозогнозии, а является результатом сочетания действия механизмов защиты и степени напряженности внутреннего конфликта.

Таким образом, несмотря на то, что проблема анозогнозии, как одного из наиболее очевидных проявлений отношения к болезни при алкоголизме, наиболее часто рассматривается в исследованиях, посвященных алкоголизму, и преодолению ее придается наибольшее значение в формировании адекватного представления о болезни, только анозогнозией отношение больного к своему заболеванию исчерпываться не может. Представляется целесообразным при изучении отношения к болезни рассмотрение и таких вопросов, как преморбидные личностные черты, стадия алкогольного конфликта, действие иных механизмов психологической защиты.

# Список литературы

1. Альтман А.Л. Вопросы профилактики и лечения алкоголизма и алкогольных заболеваний М., 1980.- 352с.
2. Анучин В.В., Дудко Т. Н. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма М., 1986.- 440с.
3. Асмолов А. Г. Деятельность и установка. М., 1979.- 378с.
4. Бассин Ф.В. Психологические исследования М.: Эксмо-пресс,1993.- 355с.
5. Батурин Н.А. Алкоголизм и вопросы лечения нервно-психических заболеваний Челябинск, 2002.- 342с.
6. Бехтерев В.М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием\ Русский врач, 1912, т.11, N 22, с. 951-958.
7. Богдановская Б.Л. и др. Клиника, патогенез, и лечение алкоголизма Кишинёв, 1973.- 357с.
8. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме М., 1974.- 547с.
9. Братусь Б.С. Аномалии личности - М., 1988.- 569с.
10. Бэндлер Р., Гриндер Дж. «Рефрейминг». Воронеж, 1995.- 378с.
11. Бурно М.Е. Сила слабых, М.: Прогресс, 1999. – 420с.
12. Васильев И.А., Поплужный В.Л., Тихомиров О.К. Эмоции и мышление. М.: Изд-во Моск. Ун-та,1980. – 280с.
13. Василюк Ф.Е. «Психология переживания». М.: Изд-во Моск.ун-та,2004. – 346с.
14. Выготский Л.С. «Избранные психологические исследования». М., 1956. – 380с.
15. Гарифуллин Р.Р. Пограничный анализ. М.: Эксмо-пресс, 1997г.- 640с.
16. Жук А.А., Михлин В. М. Клиника, патогенез и лечение алкоголизма Кишинёв, 2000.- 590с.
17. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности М., 1971.- 480с.
18. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Соотношение биологического и социального в человеке М.., 1975.- 487с.
19. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции М.: Изд-во Моск. Ун-та, 2001г.
20. Игонин А.Л Вопросы клиники и лечения алкоголизма М., 1992.- 340с.
21. Кабанов М. М. Руководство по психотерапии Ташкент, 2000.- 478с.
22. Казанский А. Н. Материалы научных работ по невропатологии и психиатрии Краснодар, 1966.- 240с.
23. Короленко Ц.Н., Завьялов В. Ю. Проблемы алкоголизма М., 1983.- 126с.
24. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции М., 1971г.- 537с.
25. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность М., 1975.- 458с.
26. Леонтьев Д.А. Динамика смысловых процессов Психол. журнал, т.18, N 6, 1997.24 – 38с.
27. Мартынов В.С. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма М., 1976.- 423с.
28. Меньшикова Е.С., Ямпольский Я. Т. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976.- 348с.
29. Мустаева Л.К. Проблемы алкоголизма М., 1993.- 320с.
30. Мясищев В.Н. Личность и неврозы Л., 1960.- 620с.
31. Новиков Е.М. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма М., 1996.- 363с.
32. Нургалиев В.Н., Гатауллин М. Петровский А. В. История советской психологии М., 1994.- 520с.
33. Портнов А.А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма Л., 1973.-423с.
34. Пятов М.Д., Альтшулер В. Б. Проблемы алкоглизма М., 1974.- 354с.
35. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии М., 1946.- 630с.
36. Сегал Б. М. Алкоголизм М., 1967.- 520с.
37. Сегал Б. М., Ураков И. Г. Проблемы личности М., 1990.- 427с.
38. Сурнов К.Г. Анализ юмора как метод исследования личностных особенностей больных алкоголизмом \ Труды 2 ММИ. Серия: Организация здравоохранения. Вып. 7, М., 1981.- 440с.
39. Сурнов К.Г. Динамика установки на трезвость в процессе лечения больных алкоголизмом \ Вестник Моск. ун-та. Серия 14. Психология, 1981.N3
40. Сурнов К.Г. Некоторые принципы психологической реабилитации больных алкоголизмом \ Журн. невропатол. и психиат. им. С. С. Корсакова. 1981. вып.12
41. Терентьева А.В. Особенности развития ребенка в алкогольной семье и возможности реабилитационной работы. Семейная психология и семейная терапия М.: Прогресс, 1999.№3
42. Фрейеров О.Е. Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической сферы Ташкент, 1982. – 183с.
43. Шакуров Р.Х. Психология преодоления: контуры новой научной теории М., 2000.- 470с.
44. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи М.: Прогресс, 1979.- 289с.

# Приложение

Экспериментальный опрос

С целью выявления факторов, влияющих на возникновение алкоголизма, были проведены экспериментальные исследования с использованием сбора первичной информации, основанной на вербальном взаимодействии интервьюера и респондента, в форме анкеты.

 Цель опросника - определить :

 1) Отношение опрашиваемых к алкогольным напиткам и их употреблению, алкоголизму, больным, страдающим алкогольной зависимостью.

2) Отношение к алкоголю, алкоголизму, больным, страдающим алкогольной зависимостью.

5) Провождение свободного времени, организация досуга.

6) Взаимоотношение с окружающими (семья, близкие, друзья, противоположный пол).

7) Степень осведомленности граждан о лечении, борьбе и профилактике алкоголизма.

Анкета состоит из 43 вопросов (Приложение). Опрос проводился анонимно. В проведенном исследовании приняли участие 50 человек. Из них 27 человек - мужчины в возрасте от 19 до 59 лет и 23 человека - женщины в возрасте от 18 до 56 лет. Люди, принявшие участие в исследовании, с разным уровнем образования, с разной профессиональной квалификацией.

Результаты опроса показали следующее: негативное отношение к алкоголю высказали 38% опрошенных, из них 26% определили алкоголь как яд, отравляющий организм человека и 12% - как слабость для ненормальных людей. Средством для расслабления и отдыха алкоголь считают 38% опрошенных и 24% видят в нем прежде всего получение удовольствия.

Отношение опрашиваемых к алкоголизму показало, что большинство респондентов рассматривают алкоголизм как болезнь - 49%. Как к дурной, вредной привычке относятся к алкоголизму 32% респондентов, 16% определили алкоголизм как «увлечение спиртными напитками», и лишь 3% опрошенных считают алкоголизм обычной привычкой, не хуже остальных.

Отрицательное отношение к людям, страдающим алкогольной зависимостью высказали 34% опрашиваемых, в том числе считая их людьми пропащими, без стимула в жизни (25%) и опасными для окружающих (9%). Согласных с утверждением, что человек, страдающий алкогольной зависимостью это больной человек, нуждающийся в лечении, оказалось 42% от общего числа респондентов. 24% опрашиваемых считают алкоголика человеком, настроение и самочувствие которого зависит от принятия алкоголя. Как людей безответственных, легкомысленных охарактеризовали их 35% опрошенных, раздражительных, неуравновешенных - 21%, заторможенных, замкнутых - 34%. и только 10% опрошенных считают алкоголиков людьми веселыми и общительными.

85% респондентов coгласны с тем, что алкоголь оказывает пагубное влияние на организм, отрицают это 13% и не знают о влиянии алкоголя на организм человека всего 2% опрошенных.

71% опрошенных считают, что употребление плохо сказывается на развитии будущего потомства, 17% утверждают, что это никак не повлияет на развитие ребенка и 12% не знают, что произойдет в случае, если родители будущего ребенка будут употреблять алкогольные напитки.

Из общего числа респондентов 38% согласны с тем, что алкоголь отрицательно влияет на умственные способности человека, а 44% считают, что принятие алкоголя снижает производительность труда. 33% опрошенных отрицают влияние алкоголя на умственные способности человека, 26% считают, что факт принятия алкоголя снижает производительность труда лишь в незначительной степени, а 21% опрошенных вообще отрицают его влияние в этой сфере.

Самой уязвимой категорией, подверженной алкоголизму, опрошенные считают подростков ( 47% респондентов ). 28% респондентов считают самой уязвимой категорией женщин, и 25% - мужчин.

Между тем, только 3% из общего числа опрошенных вообще не употребляли спиртные напитки. 24% респондентов считают алкоголь обязательным атрибутом любого праздника, 50% считают его необязательным, но иногда возможным, и 26% опрошенных не видят в нем особой необходимости.

Предпочтение крепким спиртным напиткам (водка, коньяк) отдают 20% респондентов, более слабым напиткам (вино, пиво) - 30% и в одинаковой мере и тем и другим категориям напитков - 50% опрошенных.

На вопрос «как часто на Ваш взгляд человек может употреблять алкогольные напитки?» 39% опрошенных ответили, что 1-2 раза в месяц, по праздникам, 30% считают, что употреблять алкоголь можно 1 раз в неделю, по выходным, 23% считают употребление алкоголя возможным 2 раз в полгода, 7% респондентов считают, что употреблять алкоголь возможно хоть каждый день, по желанию, и лишь 1% oпрошенных считают, что употребление алкоголя вообще недопустимо.

Впервые интерес к алкоголю появился из желания испытать новые ощущения у 42% опрошенных, чтобы не быть «белой вороной» в компании, впервые употребили алкоголь 40% респондентов, попробовали алкоголь по примеру друзей, родственников старшего возраста 18% респондентов.

В детстве (в возрасте до 14 лет) попробовали алкоголь 8% респондентов, в юном возрасте (от 15 до 18 лет) попробовали спиртное 44% опрошенных, 35% опрошенных впервые употребили алкоголь в возрасте от 18 до 21 года и только 13% попробовали алкоголь после 21 года.

Человек употребляет спиртные напитки, чтобы быть как все, быть «своим» в компании ровесников - так считают 65% опрошенных, от скуки, безделья - 16%, хочется казаться взрослым - 11 %, хочется выделиться в компании - 8%.

Постепенно, все чаще люди начинают употреблять алкогольные напитки в соответствии с традициями, принятыми в обществе - 48%, из-за непонимания людей и отчуждения - 21 %, как средство избавления от стресса и напряжения - 24% и только 7% считают спиртные напитки жизненной необходимостью.

Причиной употребления спиртных напитков 33% опрошенных считают влияние окружающей среды (для свободного общения), немаловажным здесь является и то, что люди связывают принятие спиртного с получением удовольствия - 25% (что возможно ассоциируется с различными праздниками, юбилеями и т.д.). Сюда можно добавить опять же влияние различных стрессовых ситуаций - 24% и неумение организовать свой досуг ( от скуки, безделья) - 18%.

Факторами, способствующими возникновению алкоголизма считают: отсутствие силы воли, слабохарактерность - 46% , влияние ближайшего окружения - 32%, наследственный фактор - 22%.

Большое значение развитию алкоголизма приписывается неумению организовать свой досуг или отсутствию такой возможности - 57% (нечем заняться в свободное время). Очень значительными в этом вопросе являются экономическая и политическая нестабильность, так считают 31 % опрошенных. Влиянию старшего поколения в формировании алкогольной зависимости отдали свои голоса 12%.

С тем, что доступность спиртных напитков влияет на общую алкоголизацию страны согласны 35% респондентов, 51% считает, что все зависит от самого человека и доступность алкоголя не играет определяющего значения.

В вопросах провождения свободного времени и организации досуга, которым отдают большое значение в причинах распространения алкоголизма, процентное соотношение распределилось следующим образом. На вопрос «хватает ли Вам свободного времени?» 56% ответили «не всегда», 32% ответили «да, вполне» и 12% тех, у кого «абсолютно нет свободного времени». 45% опрошенных предпочитают проводить свободное время дома, в окружении близких, 29% - в одиночестве, 16% - вне дома, 10% - в шумной компании. При этом предпочтение отдается следующим занятиям: чтению, просмотру телевизионных передач - 47%, просто отдыху -24%, хождению в гости -15%, занятиям спортом, хобби -14%.

Из всего количества опрошенных за последние полгода посещали кафе, бары, рестораны 21 %, 16% - ходили в театр, музеи, кинотеатры, 7% - побывали на дискотеках, различных шоу-программах и 56% ничего не посещали.

Из общего количества опрошенных живут со своей семьей (жена или муж, дети) - 72%, одна (один) с ребенком - 12%, одиноко проживающих - 9%, живущих с родителями-7%.

Отношения в своей семье характеризуют как дружеские, теплые - 26% респондентов, скорее натянутые - 6%, часто ссорятся - 10%, довольно разнообразные ( «иногда все хорошо, иногда мы ругаемся» ) - 58% .

По мнению опрошенных отношения с противоположным полом складываются удачно у 39%, на 46% респондентов часто обращают внимание лица противоположного пола, на 27%, обычно внимания не обращают и всего 4% опрошенных считают, что им никогда не везет в этом вопросе.

Свое материальное положение как высокое охарактеризовали 4% респондентов, как достаточно обеспеченное – 52%, 32% опрошенным денег хватает только на самое необходимое и денег абсолютно не хватает, приходится занимать в долг 12% респондентов.

Среди близких родственников опрошенных есть больные алкоголизмом у 23 %, таковые отсутствуют у 69% и ничего не знают об этом 8% респондентов.

Считают, что можно помочь человеку, страдающему алкоголизмом 42%, наверно, нет - 34% нет, практически не возможно помочь - 19% и не знают - 5% опрошенных.

Знают, где это можно сделать - 58%, имеют очень слабое представление об этом - 23% и абсолютно не знают, где могут оказать помощь больному алкоголизмом - 19% опрошенных.

Хорошо организованной наркологическую службу нашего города считают 14 %, таковой ее не считают 48%, не имеют об этом никакого представления - 38%.

На вопрос «можете ли Вы назвать какие-либо акции по борьбе и профилактике алкоголизма, проводимые в Башкирии в последнее время?» утвердительно ответили лишь 19% респондентов.

Мероприятиями, необходимыми для снижения уровня алкоголизма в нашей стране респонденты считают следующие: усиление наркологической службы, принудительное лечение бoльных алкоголизмом, организацию досуга, особенно подрастающему поколению, более широкую пропаганду здорового образа жизни и введение «сухого закона» - 41%, остальные 59% опрошенных не смогли назвать мероприятия, значимые в этой сфере. Сторонниками «сухого закона» оказались 28% респондентов, а 54% опрошенных считают, что введение «сухого закона» проблемы алкоголизма не решит.

Учитывая изложенное выше, мы приходим к следующему выводу. В целом у опрошенных отношение к алкоголю двоякое: с одной стороны, люди определяют его как яд, отравляющий организм и слабость для ненормальных людей, а с другой стороны опрошенные считают алкоголь необходимым средством для расслабления, отдыха и получения удовольствия.

При этом половина опрошенных понимает , что алкоголизм это прежде всего болезнь и больные алкоголизмом нуждаются в лечении.

Также большинство опрошенных высказали отрицательное отношение, как к алкоголизму, так и больным, страдающим этим заболеванием.

Уровень осведомленности граждан о влиянии алкоголя на физическое, умственное и психическое здоровье, на развитие будущего поколения достаточно высок, так как большая часть опрошенных согласна с пагубным влиянием алкоголя на здоровье и будущее потомство.

Намного хуже обстоят дела со знаниями о влиянии алкоголя в сфере обучения и производственного труда. Более половины принявших участие в опросе не знают о том, что факт принятия алкоголя значительно снижает сложные мыслительные процессы, и отрицают пагубное влияние алкоголя на производительность труда в последующем.

Между тем, степень алкоголизации среди опрашиваемых достаточно высока. Лишь 3% из общего числа респондентов вообще не употребляют спиртные напитки, а более 80% связывают проведение праздников (в том числе и встреч с друзьями) с распитием спиртных напитков.

Из ответов опрашиваемых можно сделать следующие выводы о влиянии различных факторов на причину употребления алкоголя и развитие алкоголизма в целом. Анализ причин возникновения алкоголизма показал, что на первом месте стоят социальные причины. К ним относятся:

1) Употребление спиртных напитков, связанное с традициями, принятыми в обществе.

2) Влияние ближайшего окружения (алкоголизирующие семьи, влияние референтных групп, асоциальных группировок).

3) Безработица, падение жизненного уровня.

4) Доступность алкогольных напитков.

На втором месте по значимости стоят биологические причины. Предпочтение биологическому фактору отдали 22% опрашиваемых. При этом следует отметить, что у 23% респондентов есть близкие родственники, страдающие алкоголизмом.

На третьем месте находятся причины психологического характера. К ним можно отнести следующие факторы:

1) Неумение справляться со стрессами и напряжением.

2) Застенчивость и низкая самооценка.

3) Отсутствие «силы воли», слабохарактерность.

4) Личностная предрасположенность (акцентуация характера).

Самой уязвимой категорией, подверженной алкоголизму, опрашиваемые считают подростков, затем женщин и мужчин.

Сравнивая показатели наркодиспансера с результатами опроса, мы можем сказать о том, что реально подвержены алкоголизму прежде всего мужчины, затем подростки и женщины.

Предрасположенности к алкоголизму среди мужчин, по мнению специалистов, способствует меньшая нагрузка в семейных и бытовых отношениях, меньшая ригидность в стрессовых ситуациях и большая эмоциональная уязвимость в трудных жизненных ситуациях.

К причинам подросткового алкоголизма специалисты относят:

1) Возрастные, индивидуальные особенности.

2) Групповую психологическую зависимость (потребность выпивки возникает в результате подражания референтной группе).

3) Семейно-бытовые трудности (отсутствие внимания и контроля со стороны родителей, алкоголизм родителей).

О степени осведомленности жителей нашего города в вопросах лечения, профилактики борьбы с алкоголизмом можно судить по ответам респондентов как о достаточно низкой. Более половины опрашиваемых считают, что больным алкоголизмом помочь практически невозможно или вообще не имеют об этих вопросах должного представления. Считают, что знают, где можно помочь таким больным 58%, но лишь 14% считают наркологическую службу города достаточно организованной, а 38% вообще ничего не знают об этой системе. Более 80% опрашиваемых не смогли назвать никаких акций и мероприятий по борьбе и профилактике алкоголизма, проведенных в Башкирии за последнее время. И лишь 19% смогли предложить немногочисленные мероприятия, возможные на их взгляд в этом плане.

**АНКЕТА-ОПРОСНИК**

1. Укажите, пожалуйста, Ваш:

а) пол

б) возраст

в) профессию

2. На Ваш взгляд алкоголизм это:

а) болезнь

б) увлечение спиртными напитками

в) дурная, вредная привычка

г) обыкновенная привычка, не хуже остальных

3. Наиболее уязвимой категорией, подверженной алкоголизму, являются:

а) подростки

б) женщины

в) мужчины

4. Согласны ил Вы с тем, что алкоголь пагубно влияет на здоровье?

а) да, совершенно верно

б) да, в какой-то мере

в) нет, если у человека крепкое здоровье пара рюмок ему не повредит

г) не знаю

5. Ваше отношение к алкоголю:

а) это яд, отравляющий организм

б) средство для расслабления, отдыха

в) слабость для ненормальных людей

6. Можете ли вы совсем отказаться от алкоголя:

а) не употребляю

б) думаю, что да

в) откажусь, если существует веская причина

г) нет, не думаю

7. Как часто на Ваш взгляд человек может употреблять алкогольные напитки?

а) по желанию, хоть каждый день

б) 1 раз в неделю, по выходным

в) 1-2 раза в месяц, по праздникам

г) 1 раз в полгода

д) никогда

8. В Вашем понимании алкоголик это:

а) больной человек, нуждающийся в лечении

б) пропащий человек без стимула в жизни

в) человек, настроение самочувствие которого зависит от принятия ал-

г) опасный для окружающих человек

9. Как Вы думаете, легко ли бросить «пить» для «пьющего» человека?

а) да, легко

б) довольно легко, если человек захочет

в) думаю, что трудно

г) трудно, практически невозможно

10. Считаете ли Вы, что алкоголик - это ненормальный человек?

а) да, считаю

б) нет, я так не считаю

в) не знаю

11. Если родители будущего ребенка употребляют алкоголь, то:

а) это повлияет на его дальнейшее развитие и он будет неполноценным

б) это не повлияет на развитие ребенка)

в) это поможет ребенку легко адаптироваться в обществе

г) я не знаю, что произойдет

12. Считаете ли Вы алкоголь обязательным атрибутом любого праздника?

а) да, считаю

б) необязательно, иногда возможно

в) нет, не считаю

13. С какими чертами характера у Вас ассоциируется слово «алкоголизм»?

а) безответственный, легкоранимый

б) заторможенный, замкнутый

в) веселый, общительный

г) раздражительный, неуравновешенный

14. Согласны ли Вы с тем, что алкоголь отрицательно влияет на ум­ственные способности человека?

а) да, согласны

б) нет, абсолютно не согласен

в) не знаю

15. Каким спиртным напиткам Вы отдаете предпочтение?

а) только крепким (водка, коньяк и т.д.)

б) более слабым (вино, пиво, шампанское и т.д.)

в) в одинаковой мере и тем, и другим

г) не употребляю

16. Как Вы считаете, влияет ли уровень образования человека на употребление алкоголя?

а) да, пьют обычно малообразованные люди

б) может быть в какой-то степени

в) нет, не влияет

17. Согласны ли Вы с утверждением, что факт принятия алкоголя снижает производительность труда?

а) да, человек начинает работать хуже

б) может быть, в какой-то незначительной степени

в) нет, если человек знает свое дело, он все равно будет хорошо работать

г) не знаю

18. Если Вы иногда употребляете спиртные напитки, то делаете это:

а) для получения удовольствия

б) чтобы снять стресс

в) из-за скуки

г) чтобы быть как все, для свободного общения

д) не употребляю никогда

19. Ваш интерес к алкоголю появился:

а) из-за желания испытать новые ощущения

б) пример друзей, родственников старшего возраста

в) чтобы не быть «белой вороной» в компании

г) не употреблял

20. Считаете ли Вы, что доступность алкоголя влияет на уровень алкоголизации страны?

а) да, полностью с этим согласен

б) нет, все зависит от самого человека

в) не знаю

21. Почему человек начинает употреблять алкогольные напитки?

а) в соответствии с традициями, принятыми в обществе

б) из-за непонимания людей и отчуждения

в) как средство избавления от стресса и напряжения

г) спиртные напитки - это жизненная необходимость

22.В компании Вы употребляете спиртные напитки, потому что:

а) это необходимо для общения

б) так делают все

в) меня заставляют

г) не употребляю

23. Что по Вашему мнению способствует возникновению алкоголизма?

а) наследственный фактор

б) влияние ближайшего окружения

в) отсутствие «силы воли», слабохарактерность

24. С чем на Ваш взгляд связаны причины широкого распространения алкоголизма?

а) нечем заняться в свободное время

б) влияние старшего поколения

в) нестабильность экономической и политической обстановки

25. Дайте характеристику процессам, происходящим в стране:

а) переходные

б) негативные

в) скорее положительные

г) не замечаю каких-либо перемен

26. В каком возрасте Вы впервые сознательно попробовали спиртное?

а) до 14 лет

б) от 15 до 18 лет

в) от 18 до 21 года

г) после 2! года

д) никогда не пробовал

27. Впервые Вы попробовали спиртное:

а) чтобы быть как все

б) хотелось казаться взрослым

в) хотелось выделиться в компании

г) от скуки, безделья

д) не пробовал

28. Хватает ли Вам свободного времени?

а) да, вполне

б) не всегда

в) у меня абсолютно нет свободного времени

29. Предпочитаете ли Вы проводить свое свободное время:

а) дома, в окружении близких

б) вне дома

в) в одиночестве

г) в шумной компании

30. Чем Вы обычно занимаетесь в свободное время?

а) просто отдыхаю

б) читаю, смотрю телевизор

в) хожу в гости, принимаю гостей

г) занимаюсь спортом, своим хобби

31. Где Вы бывали за последние полгода?

а) посещали театр, музей, кинотеатр и т.п.

б) ходили на дискотеки, шоу-программы

в) посещали кафе, бары, рестораны

г) ни куда не ходили

32. Вы живете:

а) один

б) со своей семьей (жена/муж, дети)

в) с родителями

г) один ( а) с ребенком

33. Отношение в Вашей семье можно охарактеризовать как:

а) дружеские, теплые

б) скорее натянутые

в) мы часто ссоримся

г) бывают разные, иногда все хорошо, иногда мы ругаемся

34. Отношения с противоположным полом у меня:

а) всегда складывались удачно

б) на меня часто обращают внимание

 в) обычно на меня не обращают внимания

 г) мне никогда не везет

35. Если Ваши дети (будущие дети) будут употреблять спиртные напитки, то:

а) я буду категорически против

б) если только очень редко, не возражаю

в) не вижу в этом ничего плохого

г) мне все равно, это их дело

36. Есть ли среди Ваших близких родственников алкоголики?

а) да

б) нет

в) не знаю

37. Как Вы считаете, можно ли помочь человеку, страдающему алкоголизмом ?

а) да, конечно

б) наверное нет

в) нет, это практически невозможно

г) не знаю

38. Знаете ли Вы, где можно пройти курс лечения от алкоголизма?

а) да

б) нет

в) имею очень слабое представление

39. Можете ли Вы назвать какие-либо акции по борьбе и профилактике алкоголизма, проводимые в Башкортостане за последнее время?

а) да, перечислите

б) нет, не знаю

40. Считаете ли Вы наркологическую службу нашего города хорошо организованной?

а) да, считаю

б) нет, я так не считаю

в) не имею представления

41. На Ваш взгляд необходимо ли введение «сухого закона»?

а) да, необходимо

б) нет, это Не решит проблемы

в) не знаю

42. Как Вы думаете, какие мероприятия могут снизить уровень алкоголизации в нашей стране?

а) перечислите

б) не знаю

43. Материальное положение Вашей семьи (Ваше собственное) Вы оцениваете как:

а) высокое, можете позволить себе практически все

б) достаточно обеспеченное

в) денег хватает только на самое необходимое

г) денег абсолютно не хватает, приходится занимать в долг