

# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА ПСИХИАТРАМИ И НАРКОЛОГАМИ В СССР

---

Равнодушие — самое страшное, греховное, чудовищно непростительное из всего, что можно помыслить. Егор Летов

Автор методики NoNarko

Рената Башарова  
тел **+7(953) 350-45-30**

Запись в ребцентр  
Купить уроки

Наш Форум NoNarko

Раздел ребцентра "NoNarko"  
Франшиза "NoNarko"

Пошаговая инструкция лечения дома

Задать вопрос в письме

Посмотрите наглядно, какими принципами руководствовались врачи раньше. И скажите: **зачем мы допустили то**, что нашу медицину просто «убили»?

Ведь всё же было придумано давно...

## Содержание статьи:

Рекомендации профессора Пятницкой

Видео нарколога Сергея Дегтяря по теме статьи

Аудиоверсия этой статьи на YouTube

## Рекомендации профессора Пятницкой

Принято считать, что лечение следует начинать тогда, когда алкоголик выскажет к этому желание. Подобный взгляд обосновывают меньшей эффективностью терапии в группе больных, не выразивших установки на лечение.

Однако мы не согласны с этим положением в силу ряда моментов. Если мы пришли к выводу, что **алкоголизм есть болезнь, подлежащая лечению у психиатров**, то почему решение о необходимости врачебного вмешательства, в отличие от других категорий наших больных, мы оставляем больному?

Можно ли ждать от пациентов, **страдающих расстройством влечения**, более разумного отношения к своей судьбе, нежели от больного, охваченного бредом?

Мысль о необходимости лечения часто не приходит алкоголикам или приходит тогда, когда целый ряд **личных и социальных конфликтов, соматические и нервнопсихические расстройства** приведут к невосполнимым потерям.

Следовательно, во многих случаях ждать согласия больного на лечение означает, прежде всего, **ждать утяжеления статуса**. Кроме того, алкоголизм в большей мере, чем многие другие заболевания, влечёт за собой моральный и материальный ущерб обществу, нарушает здоровье и целостность семьи, калечит психическое развитие детей.

Имеем ли мы нравственное право ждать согласия больного на лечение? **Милосердие, обязательное для врачебной профессии**, требует постоянно помнить о том, что последует за уходом больного из нашего кабинета.

Нам думается, что **гражданский долг врача**, лучше кого бы то ни было понимающего глубину трагедии, скрывающейся за пьянством одного человека, **требует активной** и определённой позиции.

Первой задачей психиатра является активное привлечение больного к лечению. Мы **должны применять все средства убеждения**, которые обычно мы используем для получения согласия или **для уменьшения негативизма душевнобольного** к принятию лечения.

Для достижения этой цели в случае алкоголизма **оправданы все средства**. Часто необходимо обращение врача по месту работы пациента, вызов друзей и лиц, пользующихся у него авторитетом.

Больной алкоголизмом **не должен считаться менее социально опасным**, чем лица, страдающие одной из особо опасных инфекций или венерических болезней: во всех этих случаях необходимо независимое от согласия пациента лечение.

Диагноз алкоголизма, поставленный специалистом, должен влечь за собой курс лечения. И как бы ни была мала эффективность терапии у больного, не желающего отказаться от пьянства, даже временное уменьшение или прекращение злоупотребления **стоят любых потраченных усилий**.

Однако, если врачом не диагностирован наркоманический синдром, принятие медицинских мер против пьянства не только нецелесообразно, но и опасно, поскольку **может создавать у пьющих паразитические установки**. Лишь один факт пьянства, без признаков зависимости, — основание для передачи такого лица исключительно в сферу воздействия общественных организаций.

**Лечение следует начинать до появления у больного желания отказаться от пьянства.** Достигнутая общими усилиями врача и семьи вынужденная трезвость алкоголика, даже кратковременная, даёт больному возможность более разумно оценить своё положение.

Жене больного следует объяснить, что её инициатива может вызвать **временное ухудшение отношений** с мужем.

При первом знакомстве с больным **осуществляется психотерапия**. И все поступки, слова врача, все его назначения в дальнейшем должны оцениваться с точки зрения их психотерапевтической — положительной или отрицательной — значимости.

Таким образом, **многосторонность помощи — один из принципов** нашего лечения. В эту многостороннюю систему помощи входит и психологическое, и ситуационное(микросоциальное), и социальное содействие больному.

Лечение каждого больного **требует наблюдения и контроля за поведением больного со стороны всех его окружающих**. Как правило, злоупотребление не является неизвестным для близких и сослуживцев. Поэтому, привлечение стороннего внимания к пациенту стоит вне понятий врачебной этики.

Исключение составляют немногие случаи первичных больных на начальной стадии, самих обратившихся за помощью, пьянство которых носит тайный характер.

Во всех остальных случаях **врач должен поддерживать постоянный контакт с семьёй**, соседями, сослуживцами пациента, не забывая, что алкоголизм в той же мере — проблема социальная, как и медицинская.

Для привлечения больного к лечению не всегда достаточно убеждения. **Очень часто необходимо принуждение**. Мы знаем, что расстройства сферы влечений и аффектов искажают способность адекватной оценки своих поступков, создают кататимный путь мышления, при котором рациональное психотерапевтическое воздействие может оказаться безрезультатным.

Репрессия, принуждение обладают способностью создавать иную эмоциональную настроенность, опасение наказания вызывает аффект, **способный подавлять** иным способом некорригируемое влечение.

Необходимость сочетанного воздействия терапевтических приёмов с мероприятиями общественно-воспитательного характера определяется, кроме того, **патологическим развитием личности алкоголиков** с характерным для них эгоцентризмом, аффективной неустойчивостью, эксплозивностью, угасанием трудовых навыков и т.д.

Таким образом, элемент принуждения — в виде постоянного стороннего контроля за больным и угрозы общественным наказанием — **должен вводиться как можно ранее**, а не только в запущенных случаях заболевания.

Поскольку алкоголизм есть болезнь, вызывающая **глубокий психологический конфликт** у больного и нарушение его социальных связей, нельзя полагать, что, оборвав злоупотребление пациента мы выполнили свой долг. Врач обязан оказать ещё один вид помощи пациентам: стать его внимательным слушателем и советчиком, **научить его жить в новых для него условиях** и новым для него способом, не прибегая к помощи такой панацеи, каким являлось для алкоголика спиртное.

Это — очень сложная задача, выполнение которой требует во многих случаях и **оздоровления семейной обстановки** больного, его микросоциальной среды, изменения круга интересов и занятий в часы досуга, постановки новых жизненных целей.

Один врач не в силах справиться со всем этим без помощи близких и окружающих пациента. Не только врач, но и **жена, товарищи по работе должны содействовать больному** в его новой жизни.

В беседах с этими лицами следует рекомендовать им не только контролировать поведение больного, но и помогать ему. Среда, как и врач, **должны стремиться к перевоспитанию больного**, будучи добрыми, но строгими педагогами. Внимательный контроль, разумная поддержка и советы, но не снисходительность, не всепрощение и не искусственное создание облегченной требованиями жизни.

Лечебные мероприятия, каким бы методом они не осуществлялись, должны производиться **одновременно с оздоровлением микросоциальной среды** больного. Больной, спустя продолжительное количество времени, поддаётся уговору «разрешить» себе рюмочку по настоянию дальних и близких родственников, друзей или товарищей.

Если окружающие, предлагая спиртные напитки нашему больному, искренне думают, что он уже поправился, то **в этом вина и того врачебного учреждения, которое не предостерегло** их от заблуждений.