

АЛКОГОЛИЗМ.

20 РАБОТАЮЩИХ МЕТОДОВ БРОСИТЬ ПИТЬ (И НЕ СОРВАТЬСЯ)

Доктор Гагарин Ю.И.



Юрий Гагарин

Алкоголизм. 20 работающих методов бросить пить (и не сорваться)

<https://litres.ru/73941081>

SelfPub; 2026

Аннотация

Алкогольная зависимость – это хроническое заболевание мозга, но оно поддаётся контролю. Автор, практикующий невролог, предлагает читателю не один «волшебный» способ, а целый арсенал из 20 работающих методов, проверенных наукой и клиническим опытом. В книге вы найдёте подробное описание фармакотерапии (налтрексон, акампросат, новые агонисты GLP-1), современных нейротехнологий (транскраниальная магнитная стимуляция, биологическая обратная связь), эффективных психотерапевтических подходов (КПТ, мотивационное интервью, программа «12 шагов»), а также восточных практик (йога, цигун, точечный массаж, иглоукалывание) и даже гомеопатии. Отдельные главы посвящены замещающему поведению и мягким стратегиям снижения и новейшим данным о влиянии кишечной микробиоты на тягу. Книга не обещает чудес – она даёт реальные инструменты.

Администрация сайта Литрес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста

Содержание

Предисловие	5
Введение	7
Глава 1. Налтрексон: как обмануть центр удовольствия	9
Глава 2. Акампросат: восстановление баланса нейромедиаторов	19
Глава 3. Агонисты GLP-1: новое слово в лечении зависимости	29
Глава 4. Когнитивно-поведенческая терапия: как изменить автоматические мысли, ведущие к бутылке	38
Глава 5. Мотивационное интервью: как перестать спорить с самим собой	49
Конец ознакомительного фрагмента.	53

Юрий Гагарин Алкоголизм. 20 работающих методов бросить пить (и не сорваться)

Предисловие

Эта книга написана не для того, чтобы убедить вас в чём-либо силой слов. Она написана для того, чтобы вы получили инструменты, которые реально работают. Как невролог я каждый день вижу последствия алкогольной зависимости: поражение нервной системы, эпилепсию, энцефалопатию, полинейропатию, когнитивные нарушения. И я каждый день вижу людей, которые смогли остановиться. Не чудом. Не усилием воли. А с помощью конкретных методов.

Методов много. Но только часть из них имеет смысл использовать. Я отобрал двадцать. Они разные: от высокотехнологичных медицинских вмешательств до древних восточ-

ных практик. От жёсткой фармакологии до мягких гомеопатических средств. В этой книге нет оценок в духе «это научно, а это нет». Есть практический подход: помогает это конкретному человеку или нет. Моя задача дать вам карту. А по какой дороге идти решать вам.

Введение

О чём эта книга и как ею пользоваться

Вы держите в руках руководство по отказу от алкоголя. В нём двадцать глав каждая посвящена одному работающему методу. Методы сгруппированы по разделам: медицинские, психосоциальные, восточные практики, спорные методы и экспериментальные. Но вы не обязаны читать всё подряд. Можете начать с того, что вам ближе по духу или по доступности.

Важное замечание. Я не призываю вас бросать пить самостоятельно если у вас уже сформировался абстинентный синдром (похмелье с тремором судорогами или галлюцинациями). В таких случаях нужна помощь врача и часто детоксикация в стационаре. Эта книга для тех кто уже принял решение или только думает о нём. А также для тех, кто уже пробовал бросать и срывался.

Как читать эту книгу

Каждая глава построена одинаково. Сначала краткое описание метода. Потом механизм действия (как он работает с

точки зрения физиологии или психологии). Затем практические шаги что конкретно делать. И в конце раздел «кому подходит, а кому нет». Вы можете читать главы в любом порядке. После прочтения всех двадцати глав в заключении я предлагаю алгоритм как собрать свою индивидуальную комбинацию методов.

Ещё одно важное замечание. В книге есть глава о гомеопатии. Многие врачи доказательной медицины считают гомеопатию плацебо. Я как невролог и клиницист имею иное мнение, основанное на наблюдениях и результатах у моих пациентов. Гомеопатия работает. Не для всех и не всегда. Но когда работает это часто тот самый ключ, который не смогли дать другие методы. Поэтому я включил её в список работающих методов без скидок.

Если эта книга оказалась для вас полезной, пожалуйста, оставьте честный отзыв на сайте, где вы её приобрели, – это поможет другим читателям сделать правильный выбор и поверить в своё выздоровление. Также не забудьте подписаться на страницу автора, чтобы получать информацию о новых книгах. Ваша поддержка и обратная связь вдохновляют меня продолжать писать и помогать людям.

Теперь приступим.

Глава 1. Налтрексон: как обмануть центр удовольствия

Налтрексон – это препарат, который блокирует опиоидные рецепторы в головном мозге. Если объяснять совсем просто: он мешает алкоголю приносить то самое эйфорическое удовольствие, к которому привык зависимый человек. Вы выпиваете, но не получаете привычного кайфа. Постепенно мозг перестаёт связывать алкоголь с наградой, и тяга снижается. Это не волшебство и не гипноз. Это чистая нейрофармакология.

Механизм действия препарата уже изучен очень хорошо. В мозге есть так называемая система вознаграждения. Её ключевые структуры – прилежащее ядро (*nucleus accumbens*) и вентральная покрышка (VTA). Когда вы пьёте алкоголь, он стимулирует выброс эндорфинов – естественных опиоидов. Эти эндорфины связываются с μ -опиоидными рецепторами, и вы чувствуете расслабление, тепло, приятную лёгкость. Алкоголь также повышает уровень дофамина, что закрепляет поведение: «выпил – хорошо – надо повторить».

Налтрексон садится на те же μ -опиоидные рецепторы, но

не активирует их, а просто занимает место. Как если бы в замок вставили сломанный ключ – настоящий ключ уже не войдёт. Эндорфины, которые выделились после выпивки, не могут связаться с рецепторами. В результате эйфории нет, дофаминовый всплеск сглажен. Алкоголь перестаёт быть подкреплением. Вы можете выпить, но мозг не получит сигнала «это было приятно, повтори». И тогда пропадает смысл пить много, или пить вообще.

Что важно понимать: налтрексон не вызывает отвращения к алкоголю, как дисульфирам. Он не делает вас больным после рюмки. Вы просто не чувствуете привычного удовольствия. Поэтому многие пациенты, принимающие налтрексон, сообщают: «алкоголь стал каким-то пустым, безвкусным, зачем его пить?». Это именно то, что нужно.

Кому подходит налтрексон в первую очередь? Тем, у кого ярко выражен поиск опьянения. Такие люди пьют, чтобы получить удовольствие, расслабиться, почувствовать подъём, уйти от скуки. У них часто бывают запои длительностью несколько дней, они не могут остановиться после первой или второй рюмки – запускается механизм «тяга-подкрепление-ещё тяга». Налтрексон разрывает этот круг. Он также помогает при коморбидном ожирении, так как влияет на пищевое поведение, и при некоторых формах импульсивного поведения (патологические покупки, переедание). Но у

алкоголизма есть разные подтипы. Если человек пьёт не для эйфории, а чтобы заглушить тревогу, снять стресс или избавиться от скуки – налтрексон может работать хуже. В таких случаях лучше подходит акампросат или другие методы.

Как принимать налтрексон? Стандартная схема: 50 мг один раз в день. Лучше всего начинать после полного прекращения употребления алкоголя. Идеально, если вы уже трезвы хотя бы 5-7 дней – тогда препарат действует максимально эффективно. Однако существуют исследования, показывающие пользу налтрексона и у пациентов, которые продолжают пить: он снижает количество выпитого и частоту запоев. Но всё же полная трезвость на фоне приёма – цель номер один.

Есть две формы налтрексона: пероральная (таблетки 50 мг) и пролонгированная (вивитрол – внутримышечные инъекции раз в месяц). Таблетки нужно принимать каждый день, что требует дисциплины. Инъекции делаются врачом, и вы на месяц забываете о препарате – это плюс для тех, кто забывает пить таблетки или тайком их пропускает. Минус инъекций – цена (в России около 20-25 тысяч рублей за укол) и необходимость хранить препарат в холодильнике. Также существуют импланты (например, «налтрексоновый имплант»), которые вшивают под кожу живота; они работают до трёх месяцев. В России импланты используются реже,

чем инъекции, но найти можно.

Побочные эффекты. Чаще всего встречаются тошнота (около 10% пациентов), головная боль, утомляемость, бессонница или, наоборот, сонливость. Тошнота обычно проходит в первую неделю приёма. Чтобы её снизить, можно начинать с половины таблетки (25 мг) в течение первых 3-5 дней, а затем переходить на полную дозу. Принимайте налтрексон во время или после еды – это тоже уменьшает желудочно-кишечные расстройства. Серьёзные побочные эффекты редки: повышение печёночных ферментов (обычно обратимо), аллергические реакции, асептический менингит (случаи единичные). Главное противопоказание – острый гепатит или печёночная недостаточность. Перед назначением налтрексона обязательно сдают анализ крови на АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин. При лёгком или умеренном повышении ферментов препарат можно принимать, но с контролем каждые 1-3 месяца.

Кому налтрексон не подходит? Во-первых, людям, которые принимают опиоидные обезболивающие (морфин, трамадол, кодеин, метадон, бупренорфин). Налтрексон спровоцирует у них острую абстиненцию. Поэтому перед началом терапии нужно убедиться, что пациент не принимает опиоиды и не зависим от них. Во-вторых, налтрексон не рекомендуется при суицидальных мыслях или тяжёлой депрес-

сии – препарат может усилить дисфорию. Хотя некоторые исследования показывают, что у пациентов с депрессией и алкоголизмом налтрексон безопасен, но начинать нужно под наблюдением психиатра. В-третьих, при выраженной почечной недостаточности (клиренс креатинина менее 30 мл/мин) дозу снижают или отменяют.

Эффективность: что говорят цифры. Десятки рандомизированных клинических исследований показывают, что налтрексон снижает количество дней с запойным употреблением на 20-25% по сравнению с плацебо. Это не 80% и не 100%. Но важно понимать, что речь идёт о тяжёлой зависимости. В реальной клинической практике, когда налтрексон сочетают с психотерапией (например, КПТ или мотивационным интервью), эффект выше: до 50-60% пациентов достигают ремиссии длительностью не менее 6 месяцев. Однако примерно каждый третий пациент не ощущает эффекта от налтрексона. Почему? Потому что у них другой биологический подтип зависимости: преобладает не опиоидная система, а ГАМК-ергическая или глутаматергическая. Для таких пациентов лучше работает акампросат или баклофен.

Как понять, работает ли налтрексон лично у вас? Через 2-4 недели регулярного приёма (в трезвом состоянии) вы заметите, что мысли об алкоголе стали реже и слабее. Если вы всё же выпьете, то либо не почувствуете удовольствия, ли-

бо оно будет очень слабым. Некоторые пациенты сообщают, что алкоголь стал вызывать необычные ощущения – лёгкое головокружение без эйфории или просто «пустоту». Это хороший знак. Если через месяц вы не заметили никакой разницы в влечении и в реакции на алкоголь, возможно, налтрексон вам не подходит. Обсудите с врачом смену препарата или повышение дозы (иногда используют 100 мг в день, но это требует осторожности).

Практические рекомендации для тех, кто решил попробовать налтрексон.

1. Найдите врача-нарколога или психиатра, который выпишет рецепт. Самолечение налтрексоном возможно, но нежелательно – нужен контроль печени и исключение опиоидной зависимости.

2. Начните с малого: 25 мг (половина таблетки) в первые 3-5 дней. Лучше принимать вечером, чтобы утренняя тошнота не мешала работать. Если тошнота сильная, добавьте приём пищи и, возможно, противорвотное (метоклопрамид – проконсультируйтесь с врачом).

3. Не пейте алкоголь в первые 2-3 дня начала терапии – дайте организму привыкнуть к препарату. Затем, если вы не в запое, можно пить, но вы увидите, что удовольствия нет.

Многие пациенты после этого добровольно перестают пить.

4. Ведите дневник. Каждый день записывайте: по шкале от 0 до 10 – насколько сильно вам хочется выпить; выпили ли вы; если выпили – сколько; отметили ли снижение удовольствия. Через месяц покажите дневник врачу.

5. Не пытайтесь «пересилить» налтрексон, увеличивая дозу алкоголя. Это бесполезно и опасно для печени. Препарат блокирует рецепторы, и никакое количество этанола не пройдёт блокаду – вы просто напьётесь до токсического уровня без эйфории и заработаете отравление.

6. Планируйте принимать налтрексон не менее 3-6 месяцев. Краткосрочные курсы не дают стойкого эффекта – мозгу нужно время, чтобы перестроить систему вознаграждения. Через полгода можно попробовать снижать дозу или переходить на приём только в дни высокого риска (например, в пятницу), но лучше консультироваться с врачом.

7. Будьте готовы к тому, что в первые недели может усиливаться тревога или снизиться настроение. Это не побочный эффект в чистом виде, а скорее результат того, что вы лишились привычного «костыля» – алкоголь больше не успокаивает. Используйте дыхательные упражнения, прогулки, или обсудите добавление антидепрессанта (например, сертрали-

на) – иногда комбинация налтрексона и СИОЗС работает лучше, чем монотерапия.

Реальные истории из практики

Пациент А., 42 года, пил каждый день по 0,5-0,7 л водки на протяжении 10 лет. Трижды кодировался дисульфирамом, срывался после первых же трудностей. Начал принимать налтрексон 50 мг после 3 дней трезвости. Первую неделю жаловался на лёгкую тошноту и «странное чувство – алкоголь как вода». Через месяц он пил только по выходным, по 2-3 бокала пива, но без удовольствия. Ещё через два месяца полностью прекратил. Ремиссия длится уже 2 года.

Пациент Б., 35 лет, запойный тип пил запоями по 5-7 дней раз в 2-3 недели. Налтрексон не дал эффекта – он всё равно получал удовольствие от алкоголя. Перешли на акампросат, и результат появился. Это показывает важность индивидуального подбора.

Стоимость налтрексона в России. Таблетки 50 мг (упаковка 30 штук) стоят от 1500 до 2500 рублей в зависимости от производителя (отечественный «Налтрексон» дешевле, импортный «Ревиа» дороже). Вивитрол (инъекция) – около 20 000-25 000 рублей за укол. Импланты – 30 000-50 000 рублей. Налтрексон не входит в список жизненно необходимых лекарств для бесплатного отпуска по квоте при алкоголизме, но его могут выписать в частном порядке. В го-

сударственном наркодиспансере могут дать рецепт, но препарат придётся покупать самим.

Взаимодействие с другими методами. Налтрексон от-лично сочетается с КПТ, мотивационным интервью, про-граммой 12 шагов, йогой и цигун – любые немедикаментоз-ные методы усиливают его эффект. Не сочетайте налтрексон с опиоидами (противопоказано) и с большими дозами алко-голя (опасно). С гомеопатией никаких взаимодействий нет, можно принимать одновременно. С дисульфирамом теоре-тически можно, но такой комбинации обычно избегают из-за повышенной нагрузки на печень.

Главный миф о налтрексоне: «он вызывает зависи-мость и ломку». Это неправда. Налтрексон не вызывает эй-фории, не создаёт привыкания, и при его отмене не бывает синдрома отмены. Вы можете прекратить приём в любой мо-мент без физического дискомфорта. Единственное, что мо-жет произойти – возврат старой тяги к алкоголю. Поэтому отменять налтрексон лучше под контролем врача, постепен-но или с подстраховкой другими методами.

Резюме по главе. Налтрексон – это серьёзный и научно обоснованный метод, который помогает примерно двум тре-тям пациентов с определённым типом зависимости. Он не является волшебной таблеткой, но в сочетании с психосоци-

альной поддержкой и изменением образа жизни может стать краеугольным камнем трезвости. Если вы решили попробовать – найдите врача, сдайте анализы, начните с четверти дозы, ведите дневник. И помните: налтрексон не мешает вам работать, водить машину или заниматься спортом. Он лишь отключает ложный сигнал удовольствия от алкоголя, оставляя вам самому выбирать: пить или не пить. А когда нет удовольствия – выбор становится очевидным.

Глава 2. Акампросат: восстановление баланса нейромедиаторов

Если налтрексон работает с опиоидной системой, то акампросат (торговые названия «Кампрал», «Акампросат-фармаплан») действует совершенно иначе. Его задача – не блокировать удовольствие от алкоголя, а восстанавливать нарушенное равновесие между двумя главными нейромедиаторными системами мозга: глутаматергической (возбуждающей) и ГАМК-ергической (тормозной). Длительное употребление алкоголя меняет баланс этих систем, и когда человек резко бросает пить, возникает состояние перевозбуждения – отсюда тревога, бессонница, раздражительность и, главное, мучительная тяга. Акампросат гасит это перевозбуждение, не вызывая седации или эйфории.

Чтобы понять механизм, надо немного углубиться в нейрофизиологию. Алкоголь усиливает действие ГАМК (главного тормозного медиатора) и подавляет действие глутамата (главного возбуждающего медиатора). В присутствии алкоголя нейроны работают в режиме пониженной активности. Мозг привыкает к этому искусственному торможению и

компенсаторно увеличивает количество глутаматных рецепторов (особенно NMDA-типа). Когда алкоголь убирают, глутамат внезапно оказывается без противовеса – рецепторов много, торможения нет. Возникает глутаматная буря. Клинически это проявляется тревогой, бессонницей, потливостью, тремором, а в тяжёлых случаях – судорогами и делирием. Акампросат не является прямым антагонистом NMDA-рецепторов, он модулирует их активность, снижая гипервозбуждение. Также он влияет на ГАМК-рецепторы, усиливая торможение. В итоге баланс восстанавливается, и человек перестаёт мучительно хотеть алкоголь, чтобы снять тревогу.

Акампросат не даёт никакого опьянения, не вызывает эйфории, не лечит симптомы похмелья и не работает, если человек продолжает пить. Он предназначен исключительно для поддержания трезвости после того, как пациент уже прекратил употребление. Идеальный кандидат для акампросата – это человек, который прошёл детоксикацию, несколько дней или недель не пьёт, но страдает от остаточной тревоги, нарушенного сна и сильной психологической тяги. В отличие от налтрексона, который можно начинать и при продолжающемся употреблении алкоголя (хотя эффективность ниже), акампросат требует полного воздержания с первого дня приёма.

Как принимать акампросат? Стандартная дозировка

для взрослых с массой тела более 60 кг: 666 мг три раза в день. Обычно это две таблетки по 333 мг утром, две днём и две вечером – всего 6 таблеток в день. Препарат принимают во время еды, запивая достаточным количеством воды. Курс лечения – не менее 6 месяцев, а лучше 12 месяцев. Раннее прекращение (через 1-3 месяца) значительно снижает шансы на длительную ремиссию. Акампросат не метаболизируется в печени, он выводится почками в неизменённом виде. Это огромное преимущество: его можно назначать пациентам с алкогольным поражением печени, циррозом, гепатитом – в отличие от дисульфирама и многих других препаратов.

Побочные эффекты. Самый частый (примерно у 10-16% пациентов) – диарея. Она может быть умеренной или выраженной, иногда приводит к обезвоживанию. Диарея обычно возникает в первые 1-2 недели приёма и постепенно проходит. Чтобы снизить риск, начинайте с меньшей дозы (например, 333 мг два раза в день в первую неделю) или принимайте препарат строго во время еды. Если диарея не проходит через месяц, нужно обсудить с врачом снижение дозы или отмену. Другие побочные эффекты: тошнота, метеоризм, головная боль, кожная сыпь – все они встречаются редко (менее 5%). Серьёзных побочных эффектов, таких как гепатотоксичность, кардиотоксичность или угнетение костного мозга, не зарегистрировано. Акампросат не вызывает физической зависимости, не усиливает действие алкоголя и

не взаимодействует с большинством других лекарств (кроме потенциального влияния на всасывание некоторых антидепрессантов – но это редко).

Кому акампросат не подходит? Главное противопоказание – тяжёлая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин). При умеренной почечной недостаточности (30-50 мл/мин) дозу снижают до 333 мг два раза в день. Также препарат не рекомендуется при гиперчувствительности, беременности и кормлении грудью (исследований безопасности недостаточно). Детям и подросткам до 18 лет акампросат не назначают из-за отсутствия данных.

Эффективность: научные данные. Множество двойных слепых плацебо-контролируемых исследований показали, что акампросат увеличивает вероятность полного воздержания от алкоголя примерно на 10-15% по сравнению с плацебо. На первый взгляд, цифры скромные. Но важно понимать: речь идёт о пациентах с тяжёлой зависимостью, у которых без лечения ремиссия наступает лишь в 10-20% случаев. Акампросат повышает этот показатель до 20-35%. Более того, в реальной клинической практике, при хорошей приверженности и сочетании с психотерапией, эффективность может достигать 40-50%. В мета-анализе, опубликованном в Cochrane Library в 2010 году (обновлённом в 2015), акампросат был признан одним из двух (наряду с налтрексо-

ном) наиболее эффективных препаратов для поддерживающей терапии алкоголизма.

Важное уточнение: акампросат не снижает количество выпитого в дни употребления – он либо помогает полностью отказаться, либо не работает. Поэтому его не следует назначать пациентам, которые планируют «пить умеренно». Также он менее эффективен у пациентов, которые пьют эпизодически, с длительными периодами трезвости – им больше подходят другие методы. Зато акампросат идеален для пациентов с коморбидной тревогой, паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством, особенно если эти состояния возникли или обострились после отмены алкоголя.

Как понять, работает ли акампросат лично для вас? Через 2-4 недели регулярного приёма (при полной трезвости) вы должны заметить, что мысли об алкоголе стали менее навязчивыми, тревога снизилась, сон улучшился. Если вы всё же срываетесь и выпиваете, то не почувствуете облегчения или эйфории – скорее, будет просто седация, но без характерного для алкоголя «снятия напряжения». Некоторые пациенты сообщают, что после срыва на фоне акампросата они чувствуют себя «как будто не выпили» или «напились, но не успокоились». Это может быть дестимулирующим фактором. Однако если срыв повторяется, эффектив-

ность акампросата быстро падает – препарат не работает, когда алкоголь в крови. Поэтому важно избегать даже однократных срывов.

Практические рекомендации для тех, кто решил попробовать акампросат

1. Обязательно пройдите детоксикацию. Акампросат не лечит абстиненцию. Если вы всё ещё испытываете тремор, потливость, учащённое сердцебиение, сначала нужен курс бензодиазепинов или других средств (обычно 5-7 дней). Как только острый абстинентный синдром прошёл, можно начинать акампросат.

2. Найдите врача, который выпишет рецепт. Акампросат – рецептурный препарат в РФ. Врач должен оценить функцию почек (анализ на креатинин, расчёт клиренса). Если почки здоровы – доза стандартная. Если есть хроническая болезнь почек – доза корректируется.

3. Начинайте с полной дозы, если нет риска диареи. Если вы знаете, что у вас чувствительный желудок, начните с 333 мг два раза в день в первую неделю, затем добавьте третью дозу. Принимайте строго во время еды – это снижает раздражение кишечника.

4. Пейте много воды. Акампросат выводится почками, и диарея может вызвать обезвоживание, что повысит концентрацию препарата и риск токсичности. Не менее 1,5-2 литров чистой воды в день.

5. Планируйте принимать акампросат минимум 6 месяцев, лучше год. Это долгий курс, но именно он даёт стойкий эффект. Мозгу нужно время, чтобы уменьшить количество глутаматных рецепторов и восстановить нормальный баланс. Прерывание курса на 2-3 месяца часто приводит к возврату тяги.

6. Ведите дневник. Отмечайте уровень тревоги и тяги каждый день. Если через месяц нет никакого улучшения, а диарея невыносима, обсудите с врачом отмену или замену на налтрексон. Некоторые пациенты лучше реагируют на комбинацию акампросата с налтрексоном – но это должно быть под наблюдением врача.

7. Не пейте алкоголь. Даже один бокал пива может нарушить действие акампросата. Если вы сорвались, не отчаивайтесь: после возвращения к трезвости (через 2-3 дня) продолжайте приём. Но каждый срыв снижает общий шанс на успех.

Реальные истории из практики

Пациент В., 38 лет, врач по образованию, пил 15 лет, в основном по вечерам – от 3 до 6 бокалов вина или 0,5 л крепкого. Страдал выраженной тревогой, обсессивно-компульсивными чертами. Пытался бросать сам – на 3-5 день нарастала такая тревога, что он не мог спать и работал хуже, и срывался. Акампросат назначили после 7 дней трезвости (с помощью феназепама в низкой дозе). Первые 2 недели – лёгкая диарея, но тревога снизилась наполовину. Через месяц он спал 7 часов, тяга была 2-3 балла из 10. Продолжал приём 8 месяцев, затем самостоятельно прекратил – ремиссия сохраняется 1,5 года.

Пациент Г., 45 лет, с циррозом печени (алкогольный генез), пил запойно. Налтрексон ему был противопоказан из-за печёночной недостаточности. Акампросат переносил хорошо, диареи не было. Через 4 месяца ремиссия, но срыв был на 5-м месяце (потеря работы). После срыва акампросат не помогал – он выпивал, несмотря на приём. В итоге пришлось добавлять дисульфирам (под строгим контролем) – но это уже другая история.

Стоимость акампросата в России. Препарат не производится в РФ массово, его привозят по импорту. Упаковка 30 таблеток по 333 мг стоит около 5000-7000 рублей. Месячный курс (180 таблеток) – 30 000-40 000 рублей. Это дорого. Дешёвых аналогов нет, хотя есть попытки локализации производства. Если стоимость критична, обсудите с врачом

возможность использования акампросата в сокращённой дозе (333 мг два раза в день) или чередования с налтрексоном (налтрексон дешевле). В некоторых государственных наркологических стационарах акампросат могут выдать бесплатно по льготным рецептам – уточните в вашем регионе.

Взаимодействие с другими методами. Акампросат отлично сочетается с КПТ, мотивационным интервью, группами поддержки. Он не взаимодействует с налтрексоном – их часто комбинируют. С гомеопатией, йогой, цигун – безопасно. С дисульфирамом – можно, но нет преимуществ. С антидепрессантами (СИОЗС, ингибиторы МАО) – взаимодействия минимальны, но контроль не помешает.

Главный миф об акампросате: «это слабое лекарство, которое не помогает, потому что всего 15% эффекта». На самом деле, 15% – это клинически значимая величина. Для сравнения: многие антидепрессанты при большой депрессии дают 10-20% преимуществ перед плацебо. Акампросат спасает жизни – снижает риск рецидива, госпитализаций, цирроза, смертности. Но он не работает в одиночку. Пациент должен быть мотивирован, посещать терапию и менять образ жизни.

Резюме по главе. Акампросат – это препарат для тех, кто уже перестал пить и хочет закрепить результат. Он не вы-

зывает эйфории, не лечит похмелье, не работает при продолжающемся употреблении. Зато он безопасен для печени, эффективен при тревожной тяге и хорошо переносится большинством пациентов. Основные минусы – высокая цена и необходимость трёхразового приёма. Если вы готовы к длительному курсу (от полугода) и можете себе его позволить, акампросат может стать тем самым мостиком, который поможет пережить первые критические месяцы трезвости. Но помните: никакая таблетка не заменит изменения привычек, образа жизни и окружения. Акампросат – это инструмент, а не волшебная палочка.

Глава 3. Агонисты GLP-1: новое слово в лечении зависимости

Препараты, изначально разработанные для лечения сахарного диабета второго типа и ожирения, неожиданно показали мощный эффект в снижении тяги к алкоголю. Речь идёт о группе лекарств, которые называются агонистами рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1). Самые известные из них – семаглутид («Оземпик», «Вегови», «Рибельсус»), лираглутид («Саксенда», «Виктоза»), дулаглутид («Трулисити») и другие. Это относительно новые препараты, и их применение при алкоголизме – одно из самых горячих направлений современной наркологии. Механизм сложный, но, если объяснять коротко: эти лекарства влияют на центры вознаграждения в мозге через рецепторы GLP-1, которые там тоже присутствуют, и снижают ценность алкоголя как подкрепления.

История вопроса. В 2010-2020-х годах врачи, назначавшие семаглутид пациентам с диабетом и ожирением, начали замечать любопытный побочный эффект: пациенты не только худели и улучшали углеводный обмен, но и начинали меньше пить. Кто-то переставал хотеть алкоголь, кто-то сни-

жал дозу, кто-то бросал полностью. Причём это происходило без специальной мотивации – просто «перестало хотеться». Пошли сообщения на форумах, потом появились ретроспективные исследования, а затем и клинические испытания. К 2024-2025 годам накопилось достаточно данных, чтобы говорить о серьёзном потенциале этих препаратов при зависимостях.

Как это работает с точки зрения нейробиологии. GLP-1 – это гормон, который вырабатывается в кишечнике в ответ на приём пищи. Он стимулирует выработку инсулина, тормозит аппетит, замедляет опорожнение желудка. Но рецепторы GLP-1 находятся не только в поджелудочной железе и желудке – они широко представлены в мозге, особенно в тех областях, которые отвечают за вознаграждение и привыкание: в прилежащем ядре, вентральной покрышке, миндалевидном теле и гипоталамусе. Когда агонист GLP-1 активирует эти рецепторы, он снижает выделение дофамина в ответ на алкоголь (и на другие аддиктивные вещества, включая опиоиды, никотин, кокаин, амфетамины). То есть механизм частично похож на налтрексон, но с дополнительными эффектами: снижение аппетита, улучшение метаболизма, противовоспалительное действие, а также возможное влияние на ГАМК-ергическую систему.

Что говорят исследования. В 2024 году вышло круп-

ное ретроспективное исследование на основе медицинских записей почти полумиллиона пациентов с ожирением, которым назначали семаглутид. Те, кто принимал семаглутид, имели на 36% меньше обращений за медицинской помощью по поводу алкогольной зависимости по сравнению с теми, кто получал другие препараты для похудения (например, лираглутид или орлистат). Это очень сильный сигнал. Затем, в начале 2025 года, опубликованы результаты небольшого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования: 48 пациентов с ожирением и умеренной алкогольной зависимостью получали семаглутид или плацебо в течение 12 недель. Группа семаглутида показала достоверное снижение количества дней с тяжёлым употреблением алкоголя (с 4,2 дней в неделю до 1,7), а также снижение средней дозы алкоголя за раз. Тяга по шкале OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) снизилась на 40% в группе семаглутида против 15% в группе плацебо.

Важно отметить, что эти препараты работают даже у тех, кто не планировал бросать пить. Пациенты сообщают: «я просто перестал хотеть алкоголь, он стал мне безразличен». Такой эффект редок для других методов. Кроме того, семаглутид и его аналоги снижают потребление не только алкоголя, но и никотина, опиоидов, и даже компульсивное переедание. Это делает их потенциальными универсальными антиаддиктивными средствами.

Ограничения. Агонисты GLP-1 – дорогие препараты. В России «Оземпик» (семаглутид) стоит от 8 000 до 15 000 рублей за месяц в зависимости от дозировки, «Саксенда» (лираглутид) – от 20 000 рублей, «Трулисити» (дулаглутид) – около 12 000 рублей. Это серьёзные суммы. Кроме того, они не зарегистрированы в РФ специально для лечения алкоголизма – только для диабета 2-го типа и ожирения (индекс массы тела более 30 кг/м^2 или более 27 кг/м^2 с сопутствующими факторами). Назначение для лечения алкоголизма будет off-label (не по инструкции). Это законно, но требует от врача информированного согласия пациента и осторожности.

Побочные эффекты. Самые частые – тошнота, рвота, диарея, запоры, боль в животе. Они возникают у 20-40% пациентов в первые недели, особенно при быстром повышении дозы. Тошнота может быть достаточно сильной, чтобы отказаться от лечения. Редкие, но серьёзные побочные эффекты: панкреатит (воспаление поджелудочной железы, частота менее 1%), желчнокаменная болезнь, риск медуллярного рака щитовидной железы (теоретический, на основе исследований на животных; у людей не подтверждён). Также возможны тахикардия, гипогликемия (особенно при сочетании с инсулином или сульфонилмочевинной), обострение диабетической ретинопатии.

Кому подходят агонисты GLP-1 в первую очередь.

Пациентам с ожирением (ИМТ более 30) или избыточной массой тела (ИМТ 27-30) с сопутствующими факторами риска, у которых есть алкогольная зависимость. Идеально, если у них также есть сахарный диабет 2-го типа или преддиабет. Такие пациенты получают двойную выгоду: снижение веса, улучшение углеводного обмена и снижение тяги к алкоголю. Также эти препараты могут помочь пациентам с коморбидной никотиновой зависимостью или компульсивным перееданием.

Кому не подходят. Людям с нормальным весом (ИМТ менее 25) без нарушений углеводного обмена – риск побочных эффектов может превышать пользу, хотя исследования на этой группе активно проводятся.

Категорические противопоказания: личный или семейный анамнез медуллярного рака щитовидной железы, синдром множественной эндокринной неоплазии 2-го типа, острый панкреатит в анамнезе (относительное противопоказание), беременность, кормление грудью, тяжёлая почечная или печёночная недостаточность (хотя семаглутид можно применять при умеренной почечной недостаточности, с осторожностью).

Как начать приём, если вы решили попробовать. Это возможно только по рецепту врача – эндокринолога или нарколога, работающего в междисциплинарной команде. Врач должен оценить ваш вес, рост, индекс массы тела, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), функцию щитовидной железы (кальцитонин, УЗИ), функцию поджелудочной железы (амилаза, липаза). Стандартный протокол для семаглутида: начинают с 0,25 мг один раз в неделю подкожно в течение 4 недель, затем повышают до 0,5 мг на 4 недели, затем до 1,0 мг на 4 недели, затем до 2,0 мг (максимальная доза для лечения диабета). Для алкоголизма оптимальные дозы пока не определены, но чаще всего используют 0,5-1,0 мг. Лучше вводить препарат в один и тот же день недели, например, в воскресенье вечером.

Практические советы. Принимайте препарат на ночь, чтобы снизить тошноту. В первые недели избегайте жирной и жареной пищи – она усиливает тошноту. Пейте много воды. Если тошнота невыносима, обсудите с врачом назначение противорвотных (ондансетрон, метоклопрамид) или более медленное повышение дозы. Не прерывайте резко – эффект на тягу исчезает через 2-3 недели после отмены. Помните, что семаглутид может снижать всасывание оральных контрацептивов и других препаратов из-за замедления опорожнения желудка – используйте дополнительные методы контрацепции в течение месяца после начала терапии.

Эффективность в реальной жизни. Пока нет крупных многоцентровых исследований, которые бы подтвердили эффективность агонистов GLP-1 как средства лечения алкоголизма у широкой популяции. Большинство данных получено из ретроспективных анализов и небольших пилотных исследований. Однако опросы пациентов и сообщения врачей свидетельствуют о том, что у 60-70% людей с ожирением и алкогольной зависимостью семаглутид вызывает заметное снижение тяги. У 20-30% тяга исчезает почти полностью. Но у 30% эффекта нет или он минимален. Как и в случае с налтрексоном, важна индивидуальная чувствительность.

Важное предупреждение. Агонисты GLP-1 не одобрены ни в одной стране мира в качестве основного средства лечения алкоголизма. Они не входят в клинические рекомендации. Это экспериментальный метод. Решение об их применении должно приниматься индивидуально, с учётом всех рисков. Не пытайтесь достать препарат через знакомых или купить в интернете без рецепта – вы рискуете нарваться на подделку, неправильную дозировку или скрытые примеси. Только врач может оценить соотношение пользы и риска в вашем случае.

Взаимодействие с другими методами. Агонисты

GLP-1 можно комбинировать с налтрексоном, акампросатом, КПТ, группами поддержки, гомеопатией, йогой – никаких известных серьёзных взаимодействий. Однако не стоит комбинировать их с дисульфирамом без контроля врача – оба могут влиять на печень и поджелудочную железу. С бензодиазепинами (например, феназепамом) – осторожно, так как семаглутид может замедлять всасывание и усиливать седативный эффект.

Реальные истории

Пациент Д., 52 года, ожирение II степени (ИМТ 36), сахарный диабет 2-го типа, алкогольная зависимость средней тяжести (пил 3-4 раза в неделю по 0,5-1 л пива и 200-300 мл водки). Эндокринолог назначил семаглутид для снижения веса и гликемии. Через 2 месяца пациент пришёл на приём и сообщил: «Доктор, я перестал хотеть пить. Я и не планировал бросать, но сейчас водка у меня вызывает отвращение, а пиво кажется безвкусным». Вес снизился на 8 кг. Пациент продолжил приём, через 6 месяцев ремиссия от алкоголя, вес минус 15 кг.

Пациент Е., 44 года, нормальный вес (ИМТ 23), алкогольная зависимость, запойный тип, безуспешно лечился налтрексоном и акампросатом. Решил попробовать лираглутид off-label. Перенёс тяжело: сильная тошнота, рвота, через 3 недели отказался. Эффекта на тягу не заметил. Это показывает, что не всем и не всегда всё подходит.

Будущее метода. Уже проводятся клинические испытания семаглутида для лечения алкогольной зависимости у пациентов без ожирения. Результаты ожидаются в 2026-2027 годах. Возможно, через несколько лет агонисты GLP-1 станут стандартным средством второй или третьей линии. Пока же они остаются перспективной, но дорогой и off-label опцией.

Практическое резюме. Если у вас есть ожирение или избыточный вес, а также алкогольная зависимость, и вы безуспешно пробовали другие методы, обсудите с эндокринологом или наркологом возможность назначения семаглутида или лираглутида. Будьте готовы к побочным эффектам в первые недели, к высокой стоимости и к тому, что эффект не гарантирован. Но если он наступит, вы получите не только снижение тяги к алкоголю, но и улучшение фигуры, здоровья и, возможно, полное избавление от зависимости. Это один из самых многообещающих методов современной наркологии – при условии разумного и контролируемого применения.

Глава 4. Когнитивно-поведенческая терапия: как изменить автоматические мысли, ведущие к бутылке

Когнитивно-поведенческая терапия, или КПТ, – это не просто «разговор по душам» и не ободряющие беседы. Это структурированный, научно обоснованный метод психотерапии, который учит человека выявлять и менять автоматические мысли, убеждения и поведенческие паттерны, ведущие к употреблению алкоголя. КПТ исходит из простой, но мощной идеи: не ситуации сами по себе вызывают у вас желание выпить, а то, как вы их интерпретируете. Измените интерпретацию – изменится и поведение. И делать это можно не годами, а за сравнительно короткий срок – от 12 до 20 сеансов.

Как это работает на практике. Представьте: вы приходите с работы, устали, начальник накричал, впереди вечер. Старая автоматическая мысль: «Я заслужил выпить, это поможет расслабиться». За ней следует эмоция (напряжение, жалость к себе) и действие (открыть холодильник, достать

пиво). КПТ учит вас встроить между триггером (усталость, стресс) и реакцией (выпивка) паузу, в течение которой вы задаёте себе вопросы: «А правда ли, что алкоголь расслабляет? Может быть, он только на час снимет тревогу, а потом усилит её? Есть ли другие способы расслабиться?». Вы учитесь распознавать свои искажённые мысли (когнитивные искажения) и заменять их на более реалистичные и здоровые.

Основные когнитивные искажения, характерные для людей с алкогольной зависимостью

Первое – катастрофизация: «Если я не выпью, я не выдержу этого стресса, я сойду с ума». Второе – дихотомическое мышление (чёрно-белое): «Я либо идеально трезв, либо полный алкоголик – если я сорвался один раз, всё пропало». Третье – сверхобобщение: «Я всегда срываюсь, я никогда не смогу бросить». Четвёртое – долженствование: «Я должен пить, потому что все мои друзья пьют». Пятое – предсказание будущего: «Если я пойду на вечеринку и не выпью, все подумают, что я скучный и больной». Шестое – эмоциональное обоснование: «Я чувствую, что мне нужно выпить – значит, это правда».

КПТ учит вас не верить этим мыслям автоматически. Вы учитесь относиться к ним как к гипотезам, которые можно проверить. Например, вы боитесь, что не справитесь с бессонницей без алкоголя. КПТ предлагает эксперимент: одну

неделю вы не пьёте перед сном, а используете дыхательные упражнения и тёплую ванну. Что происходит? Оказывается, вы засыпаете не хуже, а наутро чувствуете себя лучше. Так рушится искажение.

Структура типичного курса КПТ при алкоголизме. Обычно это 12-20 сеансов по 50-60 минут один-два раза в неделю. Можно в индивидуальном формате или в группе. Курс делится на три этапа. Первый этап (1-4 сеансы): оценка и психообразование. Терапевт собирает детальный анамнез вашего употребления, триггеров, мыслей, последствий. Вы узнаете о модели зависимости, о том, как мысли и чувства связаны с выпивкой. Вам дают дневник самонаблюдения. Второй этап (5-15 сеансы): активная работа. Вы учитесь идентифицировать автоматические мысли, оспаривать их, заменять на адаптивные. Тренируете навыки преодоления тяги, отказа от алкоголя в социальных ситуациях, управления стрессом. Третий этап (16-20 сеансы): закрепление и профилактика рецидивов. Вы анализируете ситуации высокого риска, планируете действия при срыве, создаёте «план на случай шторма».

Дневник самонаблюдения – ключевой инструмент КПТ. Каждый день, а особенно в моменты, когда возникает желание выпить, вы записываете в тетрадь или в приложение на телефоне следующие пункты. Дата и время. Ситуация (где

вы были, с кем, что делали за 5-10 минут до желания). Мысли (что именно пришло вам в голову – дословно). Эмоции (тревога, злость, скука, одиночество – и их интенсивность по шкале 0-10). Поведение (выпили вы или нет, если да – сколько). А затем, когда вы уже успокоились или на сессии с терапевтом, вы анализируете: были ли в ваших мыслях искажения? Как можно было подумать иначе? Что можно сделать по-другому в следующий раз?

Пример работы с дневником

Пациентка Ж., 34 года, записывает: «Ситуация: вечер пятницы, муж ушёл к друзьям, я одна дома. Мысль: "Мне скучно и одиноко, бокал вина сделает вечер приятнее". Эмоция: скука 8/10, грусть 6/10. Поведение: выпила два бокала вина». На сессии разбирают: какое искажение? Сверхобобщение – «вино сделает вечер приятнее», хотя на самом деле через час вино вызовет сонливость и головную боль. А что можно сделать вместо? Позвонить подруге, включить фильм, начать вязать, приготовить что-то вкусное. На следующую пятницу пациентка пробует: вместо вина она идёт на прогулку 30 минут, затем смотрит комедию. Скука снижается до 3/10. Она понимает, что алкоголь не нужен.

Техники КПТ, специфичные для алкогольной зависимости

Первая: функциональный анализ. Вы подробно разбира-

ете последний эпизод употребления: что было до (предшествующие события), что во время (как вы пили, с кем, сколько), что после (негативные последствия). Цель – увидеть, что краткосрочное облегчение не стоит долгосрочных проблем.

Вторая: тренировка навыков отказа. Вы репетируете с терапевтом или в группе, как сказать «нет» на предложение выпить. Фразы: «Нет, спасибо, я сегодня за рулём», «Я на антибиотиках», «Я в сухом январе», «Мне просто не хочется».

Третья: управление тягой («сёрфинг желания»). Вы учитесь наблюдать за тягой как за волной: она нарастает, достигает пика, а затем идёт на спад. Вместо того чтобы действовать под влиянием импульса, вы просто «сидите на волне» – дышите, замечаете ощущения в теле, не боретесь с тягой, но и не поддаётесь ей. Через 15-20 минут волна обычно спадает.

Четвёртая: профилактика срыва. Вы составляете список ситуаций высокого риска (ссора, день зарплаты, встреча с друзьями). Для каждой ситуации прописываете стратегию: например, перед встречей с друзьями позавтракать плотно, взять с собой безалкогольное пиво, договориться с другом о поддержке, иметь план побега (можно уйти в любой момент).

И пятая: когнитивная реструктуризация убеждений, касающихся алкоголя. Вы работаете с глубинными убеждениями вроде «Я слабак, если не могу пить как все» или «Без алкоголя я не могу общаться». Эти убеждения формировались годами, и их нужно постепенно заменять на альтерна-

тивные: «Я сильный, потому что могу обходиться без алкоголя», «Общение без алкоголя более искреннее, я лучше помню разговор».

Эффективность КПТ: что говорят исследования. Когнитивно-поведенческая терапия – один из самых изученных методов психотерапии. Мета-анализы (объединяющие данные десятков исследований) показывают, что КПТ значительно снижает употребление алкоголя и риск срыва по сравнению с отсутствием лечения. В одном из крупнейших мета-анализов (2015 год, 53 исследования, более 9 000 участников) КПТ показала преимущество перед контрольными группами на всех временных отрезках: сразу после лечения, через 6 и 12 месяцев. Эффект был умеренным (Cohen's d около 0.4-0.6), что сопоставимо с эффектом фармакотерапии. А при сочетании КПТ с налтрексоном или акампросатом эффективность возрастает до большой ($d > 0.8$). Важно, что эффект КПТ сохраняется после окончания терапии, потому что вы приобрели навыки, которые остаются с вами на всю жизнь.

Кому КПТ подходит лучше всего. Тем, кто готов к активной работе, кто не ждёт пассивного исцеления, кто может вести дневник и выполнять домашние задания. КПТ подходит при любом уровне зависимости, от умеренного до тяжёлого, но при остром абстинентном синдроме или психозе

сначала нужна стабилизация. Она особенно полезна людям с коморбидными тревожными и депрессивными расстройствами – КПТ лечит и их одновременно. Также КПТ эффективна при наличии конкретных триггеров (стресс на работе, конфликты в семье). И она незаменима для профилактики рецидивов после того, как другие методы (например, детоксикация или кодирование) уже помогли достичь начальной трезвости.

Кому КПТ может не подойти. Людям с тяжёлыми когнитивными нарушениями (например, после алкогольной энцефалопатии, черепно-мозговых травм, деменции) – им трудно вести дневник и выполнять сложные мыслительные операции. Также КПТ менее эффективна у пациентов с психотическими расстройствами (шизофренией, бредом) в активной фазе. Некоторым людям не нравится структурированный, «домашний» характер КПТ – они предпочитают более свободную психоаналитическую или гуманистическую терапию. И, наконец, если у человека нет никакой мотивации меняться, а он пришёл на терапию под давлением семьи, КПТ будет работать плохо – сперва нужно мотивационное интервью.

Где найти КПТ при алкоголизме. Варианты: государственные психоневрологические диспансеры (ПНД) и наркологические диспансеры – там могут быть бесплатные груп-

пы или индивидуальная КПТ, но очереди и ограниченное количество сеансов. Частные психотерапевты и психологи, сертифицированные по КПТ (стоимость сеанса от 2000 до 6000 рублей, курс 12-20 сеансов – итого 24 000 – 120 000 рублей). Онлайн-платформы (например, «Ясно», «Зеркало», «Ментал»), где можно найти КПТ-терапевта дешевле – от 1500 рублей за сеанс, и не нужно никуда ехать. Программы самопомощи на основе КПТ: книга «Преодоление алкогольной зависимости» (Деннис Далли) или рабочая тетрадь «КПТ при алкоголизме» (можно найти в интернете). Однако с терапевтом будет эффективнее, особенно на старте.

Можно ли заниматься КПТ самостоятельно? Да, но это сложнее и медленнее. Есть проверенная программа SMART Recovery (Self-Management and Recovery Training) – это бесплатные группы самопомощи, основанные на КПТ и мотивационном интервью. SMART Recovery есть и в России (онлайн и очно в крупных городах). Принципы SMART: вы научитесь управлять мыслями и поведением, а не полагаться на «высшую силу». Это светская альтернатива АА. Также можно использовать мобильные приложения: CBT-i Coach (для сна), QuitThat (для отслеживания трезвости), «Дневник КПТ» (есть в Google Play). Но самостоятельная работа требует высокой дисциплины.

Практические упражнения из КПТ, которые можно

делать уже сегодня

Упражнение 1: таблица автоматических мыслей. Возьмите лист бумаги, разделите на пять колонок: ситуация, автоматическая мысль, эмоция (0-10), адаптивный ответ, новая эмоция. Заполните для последнего случая, когда хотелось выпить.

Упражнение 2: проверка реальности. Запишите все причины, по которым вы считаете, что алкоголь вам помогает. Например: «помогает заснуть», «снимает стресс», «делает меня более общительным». А теперь напротив каждой причины напишите контраргумент, основанный на фактах: «алкоголь нарушает структуру сна, я просыпаюсь ночью», «после выпивки стресс возвращается с удвоенной силой», «на следующее утро я испытываю стыд и тревогу из-за того, что наговорил лишнего».

Упражнение 3: поведенческий эксперимент. Выберите одну ситуацию, в которой вы обычно пьёте (например, пятница вечером). Вместо выпивки сделайте что-то другое (прогулка, ванна, игра с детьми). Запишите, что произошло на самом деле. Оправдались ли ваши страхи? Вы смогли расслабиться без алкоголя? Это упражнение самое мощное – оно разбивает старые убеждения конкретным опытом.

Реальная история из практики

Пациент З., 40 лет, пил ежедневно по 3-4 банки пива в течение 12 лет. Мотивация низкая – пришёл по настоянию

жены. На первых сессиях мотивационного интервью (сочетаемого с КПТ) сформулировал свои причины: «хочу лучше спать, хочу перестать чувствовать утреннюю тревогу, хочу, чтобы жена не пилила». Начали с дневника. Выяснили, что ключевой триггер – время около 18:00, когда он возвращается с работы и садится в кресло перед телевизором. Автоматическая мысль: «Без пива вечер не вечер». Искажение: ритуализация. Адаптивный ответ: «Вечер – это просто время после работы, его содержание определяю я». Поведенческий эксперимент: в понедельник вместо пива он выпил стакан томатного сока и посмотрел фильм. На удивление, вечер не показался пустым. Сон был глубже. Затем он научился «сёрфингу тяги»: когда желание возникало, он не боролся, а наблюдал за ним, делал дыхательные упражнения. Через 4 недели он пил только по выходным, по 1-2 банки. Через 8 недель – полностью трезв. Ремиссия 8 месяцев. Срыва не было.

Ограничения и критика КПТ. Некоторые исследования показывают, что эффект КПТ может уменьшаться со временем, если пациент перестаёт применять навыки. Поэтому важны «бустерные» сессии через 3, 6, 12 месяцев после основного курса. Также КПТ требует достаточно высокого уровня интеллекта и рефлексии – людям с низким образованием или когнитивными нарушениями она подходит хуже. И, наконец, КПТ фокусируется на симптоме (алкоголизм), а

не на глубинных личностных проблемах. Некоторым пациентам нужна более долгая психотерапия для работы с травмой или расстройством личности.

Резюме по главе. Когнитивно-поведенческая терапия – это рабочий, научно доказанный метод, который даёт вам конкретные инструменты для управления своими мыслями и поведением. Она не требует приёма лекарств (но хорошо с ними сочетается). Она даёт результаты уже через несколько недель. Она учит вас быть самому себе терапевтом на всю жизнь. Если вы готовы взять ручку и бумагу, честно анализировать свои мысли и выполнять домашние задания – КПТ может стать тем самым ключом, который откроет дверь к трезвости. Найдите КПТ-терапевта, или начните с групп SMART Recovery, или хотя бы заведите дневник самому себе. Это инвестиция, которая окупится сторицей.

Глава 5. Мотивационное интервью: как перестать спорить с самим собой

Мотивационное интервью (сокращённо МИ) – это метод, который был специально разработан для работы с амбивалентностью. Амбивалентность – это когда в вас борются две противоположные силы. Одна часть вас хочет бросить пить, потому что страдает здоровье, семья, работа. Другая часть хочет продолжать, потому что алкоголь снимает тревогу, помогает общаться, заполняет скуку. Традиционный подход (врач или близкий говорит: «Ты должен бросить, алкоголь – это яд, посмотри, что ты с собой делаешь») часто вызывает сопротивление. Человек защищается, приводит контраргументы, и мотивация не растёт, а падает. Мотивационное интервью работает иначе: оно не навязывает решение, а помогает человеку самому найти и усилить свои собственные причины для изменений.

История метода. Мотивационное интервью разработали психологи Уильям Миллер и Стивен Роллник в 1980-х годах для работы с людьми, страдающими алкогольной зависимостью. Они заметили, что прямой конфронтационный подход

часто бесполезен, а иногда вреден. Вместо этого они предложили стиль беседы, который уважает автономию пациента, исследует его собственную мотивацию и помогает разрешить амбивалентность. С тех пор МИ прошло сотни исследований и доказало свою эффективность не только при алкоголизме, но и при других зависимостях, при изменении образа жизни (диета, спорт), при лечении тревоги и депрессии, при работе с хроническими заболеваниями.

Четыре основных принципа мотивационного интервью

Первый принцип: выражение эмпатии. Терапевт (или вы сами себе) принимает ваши чувства и переживания без осуждения. Не «Как ты мог так напиться?», а «Я вижу, что тебе было очень трудно, и алкоголь казался единственным выходом».

Второй принцип: развитие несоответствия. Вы помогаете человеку увидеть разрыв между тем, как он живёт сейчас (пьёт, страдает от последствий), и тем, как он хотел бы жить (быть здоровым, иметь хорошие отношения, быть продуктивным).

Третий принцип: избегание споров. Вы не спорите, не доказываете, не убеждаете. Если человек говорит: «Я могу бросить в любой момент», вы не говорите: «Неправда, вы же пытались и срывались». Вы говорите: «Расскажите, что для вас значит "бросить в любой момент"? Что бы вы сделали в

первую очередь?».

Четвёртый принцип: поддержка самоэффективности. Вы вселяете веру в то, что человек способен измениться. «У вас уже были трезвые периоды по две недели – это значит, вы умеете это делать. Давайте будем опираться на ваш опыт».

Техники мотивационного интервью

Самая известная техника – OARS (акроним от Open questions, Affirmations, Reflections, Summaries).

Открытые вопросы: вместо «Вы пьёте каждый день?» (закрытый) – «Как часто вы пьёте в последнее время и как это влияет на вашу жизнь?».

Утверждения: вы подкрепляете позитивные высказывания пациента. «Вы сказали, что хотите быть хорошим отцом – это очень важно».

Рефлексии: вы повторяете услышанное своими словами, часто с добавлением эмоционального оттенка. Пациент: «Я устал от этих похмелий». Терапевт: «Тебя изматывает утреннее состояние, ты хочешь от него избавиться».

Резюме: вы периодически подводите итог сказанному: «Итак, ты говоришь, что алкоголь помогает тебе расслабиться после работы, но при этом ты не высыпаешься, ссоришься с женой и потерял интерес к хобби. Я правильно понял?».

Ключевая концепция МИ – «язык изменений» (change talk). Когда человек говорит фразы, выражающие желание,

способность, причины, потребность измениться, это предсказывает реальное изменение поведения. Терапевт учится слышать «язык изменений» и усиливать его, задавая уточняющие вопросы.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.