

Достижение адекватного осознания болезни — необходимый этап психотерапии зависимостей

ПАВЛОВ И.С.

к.м.н., доцент каф. психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО, Москва

Рассмотрена клинико-психотерапевтическая сущность, природа зависимостей, выделена и описана позиция больного зависимостью, что дает возможность психотерапевту, наркологу адресно влиять на сущность болезни, на ее отдельные компоненты, которыми она проявляется. Описаны варианты проявления неадекватного осознания болезни. Автор предлагает разработанный им вариант психотерапевтической тактики достижения адекватного осознания болезни, позволяющий перенести внешний конфликт больного на внутренний, дающий возможность больному разграничивать причину от следствия, позитивно строить тактику решения своих проблем, отношения с окружением. Автор предлагает дискуссию на эту тему, поиск улучшенного варианта достижения адекватного осознания болезни, что позволит развиваться психотерапии зависимостей в поступательном, прогрессивном движении.

Вследствие того, что психотерапия зависимостей раньше была в силу ряда причин в какой-то степени в стороне от общих путей развития психотерапии в целом, необходимо, во-первых, вкратце рассмотреть некоторые общие тенденции ее развития; во-вторых, общие тенденции и направления психотерапии зависимостей как составной части психотерапии в целом.

До настоящего времени психотерапия развивалась за счет расширения количества методик, техник, направлений в поисках наиболее эффективной, "абсолютной", что способствовало более глубокому познанию отдельных сторон природы человека, его многогранности. С другой стороны, абсолютной психотерапевтической методики быть не может, иначе человек станет рабом людей, владеющих этой методикой. Природа человека позаботилась о том, чтобы он мог сохранить свою индивидуальность, независимость, необходимую для развития автономии.

В настоящее время уже существует более 400 методик психотерапии, и их простое дальнейшее увеличение может создать у психотерапевтов ощущение неимоверной сложности положения дел, своеобразного тупика. Такое положение дел (отдельные направления, разрозненные методики, техники) создают сложность в развитии и трудности в преподавании. Требуется объединяющее начало, мировоззренческий подход, путеводная нить для психотерапевтов в поисках выхода из данной ситуации.

На наш взгляд, психотерапия будет развиваться по пути развития "технологии" превращения больного в здорового или относительно здорового при хроническом характере заболевания, что ни одна из отдельных методик в полном объеме сделать не может. По аналогии, в строительстве есть много видов кладки кирпича, но все дело в том, какое здание архитектор хочет построить, и в зависимости от этого, этапы и технология его построения. Также и в психотерапии — учет этапности процесса превращения больного человека в здорового, конкретное содержание этой работы.

Психотерапевтическую "технология" и тактику нельзя формализовать, как техническую технологию, даже как хирургическую. Каждый психотерапевт индивидуален, неповторим, и для себя, и для больного является "своей особенностью". Но психотерапевт, чтобы иметь право использовать свою индивидуальность, свой особый творческий путь, должен не только знать механизмы психотерапевтического воздействия основных школ и направлений, но и иметь (и это важно) в своих профессиональных представлениях общие закономерности, этапы тактики превращения больного в здорового. Выработать у себя осо-

бый "психотерапевтический здравый смысл" — основа этой цели. Такой подтекст изучения психотерапии дает возможность психотерапевту реализовать свою творческую индивидуальность в работе, придерживаясь терапевтической целесообразности.

Случившийся разрыв в развитии психотерапии в нашей стране между клинической психотерапией и зарубежными, в основном западными, методиками, техниками и концепциями носит искусственный, надуманный характер. Психотерапия в реальности развивается плавно, ускоряя или замедляя свое развитие в целом и в отдельных странах в частности. Так психоанализ был порожден гипнозом, его феноменами. В то же время своеобразный "экстремизм" классического психоанализа породил многие школы, которые компенсировали его "односторонность" взгляда на сущность человека. Когнитивная психотерапия как трансформация рациональной психотерапии — направление, которое придерживается мнения, что образ мышления, стиль восприятия окружающей действительности определяют настроение, самочувствие человека, а не наоборот. Нейролингвистическое программирование (НЛП) базируется на феноменах самовнушения, внушения, принципах построения лечебных внушений в гипнозе, условных рефлексах ("якорение") и т.д. Гештальт-терапия зиждется на таких понятиях, как доминанта, установка, напряженность поля, на феноменах неоконченных действий (катарсис). Терапевтические сообщества до боли напоминают нам знакомые принципы Макаренки. Психосинтез состоит из фрагментов дыхательной медитации и разотождествления в поиске истинного "Я", отбрасывая "не-Я", что явилось адаптацией индийской йоги, в частности раджи-йоги, к европейской культуре. Так что привнесенные западные техники, методики для отечественных клинических психотерапевтов не являются чем-то инородным, так как фрагменты их присутствовали в их повседневной работе, откуда они и вышли (представив их выпукло, формализовав, придав им форму отдельных направлений). Если на таком генетическом уровне посмотреть на них, понять их терапевтические механизмы, проанализировав свою практическую работу, то тогда они легко усваиваются, утилизируются в практическое применение.

Трудности в становлении врача как психотерапевта в том, что он недостаточно усваивает общие тенденции развития психотерапии, ему чаще преподаются разрозненные отдельные методики, тогда как справедливо то, что обучение специалиста в данной ситуации должно носить ориентирующий характер, дающий врачу информацию о многочисленных методиках, техниках и литературе о них.

Мы начинали свою практическую и научную деятельность, когда вышла в свет (1968 г.), к сожалению, уже забытая многими врачами, монография Г.В. Зеневича и С.С.Либиха "Психотерапия алкоголизма".

Несмотря на множество публикаций по психотерапии алкоголизма, С.С. Либих в 1969 г. обратил внимание на то, что усвершенствуется, развивается главным образом техническая сторона методик, в то время как содержание психотерапевтического воздействия, его клинико-психологическое соответствие состоянию больного и особенностям личности изучены недостаточно.

П.Ф. Ветров [3] не без основания констатировал то факт, что "психотерапевтические приемы наркологов чаще всего в существе своем поверхностны" и носят характер "душеспасительных бесед и уговоров", тогда как "в основу лечения должны быть положены именно психотерапевтические методики".

К сожалению, анализ литературных данных показывает, что в настоящее время методы лечения зависимости носят парциальный характер, не учитывающий сложность, целостность и глубину проблемы, ее комплексность. Самое главное, что почти не разрабатывается конкретное содержание психотерапевтической работы. Как раньше писали: проведено лечение гипнозом, проводилась рациональная психотерапия, так и сейчас — проводился Эриксоновский гипноз, НЛП и т.д., но нет конкретной работы: какие внушения делались, с какой целью, какие техники из НЛП проводились и с какой целью. Процесс лечения больных с зависимостью психотерапевт должен дешифровать для себя, как и психотерапевтическую тактику "превращения" человека с зависимостью в трезвенника. Даже хорошие ремиссии в своей сущности носят характер воздержания, запрета, и анализ более длительного катамнеза больных не дают основания радоваться, так как сохраняется сущность болезни, и хотя ее воздействие временно затормаживается, но она своей сущности не меняет, а после срока лечения еще больше актуализируется.

Анализ ситуации в наркологии, данные наблюдений показывают, что прогресса не будет, ситуация не изменится, если не менять парадигму в психотерапии зависимости: не ремиссия, воздержание, а превращение больного с зависимостью в трезвенника. Разработка и внедрение этой новой парадигмы — трудная и временнoемкая работа и должна включать три этапа. *Первый* — разработка конкретного содержания этого процесса, его этапов, целей и задач на каждом этапе, механизмов и методов реализации этой тактики. *Второй этап* — адаптация к такому характеру проведения психотерапии больных с зависимостью, общества в целом и тому, что есть категория людей, которой следует быть трезвенниками по своей сущности. *Третий этап* — усовершенствование этой психотерапевтической работы на фоне адекватного, доброжелательного отношения к ней больных с их пониманием необходимости лечиться, спастись, повышение ее эффективности.

Мы перешли на МКБ-10, но важно помнить, что при изменении названия заболеваний, расстройств природа и сущность их не меняются, и алкогольная зависимость "унаследовала" все свойства хронического алкоголизма только с более выраженной упорядоченностью для статистической стандартизации расстройств по рубрикам. Алкогольная, наркоманическая зависимости особо подчеркивают характер заболевания (зависимость), дают возможность посмотреть на эти расстройства под новым углом. Однако не надо упускать из виду прогрессивность этих расстройств, их хронический, необратимый характер. Важно отметить, что тактика лечения зависимостей отличается от лечения других хронических заболеваний, при лечении которых основные усилия направлены на ре-

дукцию симптомов и синдромов. При других хронических заболеваниях редукция и новое возникновение симптомов и синдромов (обострение заболевания) прямо не зависят от произвольных намерений самих пациентов.

В клинике алкогольной и наркоманической зависимостей в возникновении рецидива есть большая доля произвольности действия больного (запил назло жене, от горя, от радости, другие уговорили и т.д. и т.п.). Даже если и будет решен вопрос о полной редукции симптомов и синдромов зависимостей (то есть полное исчезновение, а не переход в латентное состояние), то станет вопрос о еще более ужасающих формах пьянства, при которых быстрее будут возникать нарушения на уровне соматического реагирования (цирроз печени, алкогольная кардиопатия, психоорганический синдром и т.д.). Поэтому важна новая концепция как в клинике, так и в лечении зависимостей, исходящих из особенностей природы заболевания.

Общепринятый научный принцип: "Вы никогда не узнаете, на что похожа мышь, если будете тщательно изучать ее отдельные клетки под микроскопом" — в наркологии, по сути дела, еще не реализован. Зависимость, больной этой зависимостью рассматриваются с точки зрения клинических проявлений (симптомы и синдромы), с позиции среды (сколько выпивает, какие напитки, как часто, даже какой объем одного глотка и т.д.), с точки зрения социального статуса (профессия, возраст, материальное, жилищное и семейное положение и т.д.), но не изучаются с точки зрения самого больного как главного действующего лица, то есть природы и сущности такого заболевания, как зависимость. Какова природа, сущность этой болезни после снятия, купирования острой симптоматики (синдром отмены, запоя, синдром зависимости и т.д.), полной нормализации психосоматического статуса? У больного нет жалоб, хороший сон, аппетит, хорошее настроение, нет влечения к спиртному, наркотику, но он продолжает оставаться страдающим зависимостью. В кабинете перед врачом сидит такой больной в таком состоянии, и насколько хорошо врач понимает глубинную и часто скрытую природу этого заболевания, настолько его действия будут адекватны, то есть от степени изученности этой природы зависят адекватность психотерапевтического воздействия, профилактика заболевания.

Мы поставили своей целью исследовать природу и сущность болезни клинико-психотерапевтическим методом, опирающимся в какой-то степени на принцип "черного ящика", который применяется в тех случаях, когда изучаемая система не вполне доступна непосредственному изучению, наблюдению. Психотерапевтически воздействуя на группы больных, используя групповой фактор, мы выявляли и фиксировали наиболее существенные и типичные проявления реагирования внутренней функциональной структуры болезни, личностного реагирования больных, отмечали, типологизировали (принцип типологизации) то, что не дает больному учесть свое реальное положение в жизни, начать по-настоящему лечиться, следовать советам врача ради спасения себя, внутренне принять трезвенничество.

Какие механизмы лежат в основе поведения больных с зависимостью? Как происходит функционирование больного с зависимостью как человека, личности со всеми атрибутами и закономерностями жизни без потерь смысла жизни, жизненных ценностей? Каково содержание психики человека с зависимостью? Важно именно воссоздание внутренней функциональной структуры болезни. Здесь определенную роль может играть и феноменологический подход: а) психолог может трансформировать себя в психическую жизнь пациента и сопереживать тому, что переживает пациент; б) сделать переживания

пациента явными для себя, то есть врач наблюдает за переживаниями пациента так, как будто ему эти переживания были даны непосредственно. Здесь важно понимание, постижение сущности больного с алкогольной зависимостью, вчувствование, сопереживание с его внутренним миром, проживание с ним этого.

Анализ и синтез материала, полученного клинико-психотерапевтическим методом, позволили нам выделить "алкогольную или наркоманическую позицию больного", которая включает в себя:

1. Восприятие своей формы алкоголизации и наркотизации, ее нюансов и особенностей (неадекватное осознание болезни в силу аффекта, нежелательности противоположного);

2. Алкогольную, наркоманическую установку (с учетом ее структурных особенностей и смыслового содержания, включающих в свою структуру и первичное влечение, то есть определенную предуготованность действовать так, чтобы постоянно, в любом случае были обеспечены приобретение и прием спиртного, наркотика;

3. Сформированные механизмы психологической защиты своей алкогольной или наркоманической позиции, алкоголизации, наркотизации;

4. Смещение, переход реализации своей концепции "Я", перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения;

5. Сформированный алкогольный, наркоманический стиль жизни, на который наложились клинические проявления заболевания (потеря контроля над количеством потребления спиртного, состояние лишения, запой, анорексия в запое и т.п.) и в том числе астенический синдром алкогольного или наркоманического генеза, понятийные нормы, закономерности и представления о необходимых ему атрибутах жизни, которые дают чувство того, что он живет.

Общеизвестно, что углубление научных знаний происходит путем расширения общепринятого, введения нового понятийного аппарата, других взглядов. Именно "алкогольная или наркоманическая позиция" дает нам тот симптомокомплекс, который роднит зависимость с другими заболеваниями, при которых основная тактика лечения направлена на обратное развитие (редукцию) симптомов и синдромов. Но, к сожалению, остается то, что не дает возможность сравнивать полностью зависимость с другими хроническими заболеваниями. Этим является тот факт, что в причине возникновения рецидива заболевания усматривается большая доля произвольности, произвольных действий больного.

"Алкогольная или наркоманическая позиция" дает врачу четкое представление о тех факторах, которые в трезвом состоянии больного определяют его поведение, ведут к алкоголизации или наркотизации, составляют сущность болезни, то есть воздействие не просто на больного, а на его "позицию". Термин *зависимость*, *алкогольно-зависимые* или *наркозависимые люди* имеет большую познавательную и диагностическую ценность, а уже психотерапевтический подход больше отражен в понятии *алкогольная или наркоманическая позиция*, которая служит целью психотерапевтического воздействия, имеет четкие структуры и содержание, отражающие сущность болезни. Правильно пишут в предисловии к русскому изданию МКБ-10: "Следует подчеркнуть, что МКБ-10 предназначена, прежде всего, для статистических целей (большое значение при работе над ней придавалось достижению высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами), и она не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики". Алкогольная или наркозависимость тем и отличается от инсу-

линовой зависимости, что при инсулиновой зависимости нет личностного компонента, и больной сахарным диабетом готов в любую минуту с радостью отказаться от этой зависимости, если этот вопрос будет решен на биологическом уровне. Именно "алкогольная или наркоманическая позиция" больного делает его добровольно-лично-алкогольно- и наркозависимым больным. Редукция, обратное развитие этого симптомокомплекса является первой задачей лечения больных с алкогольной или наркоманической зависимостью.

В данной работе мы касаемся более подробного освещения вопроса неадекватного осознания болезни и одной из задач психотерапии зависимостей — достижение адекватного осознания болезни. Как показали наши наблюдения, такая психотерапевтическая тактика способствует переводу внешнего конфликта больного с родными, близкими, средой на внутренний между больным и болезнью, который делает больного более курабельным, способствует осознанию причины и следствия его положения.

Неадекватное отражение болезни в переживаниях больного при зависимости обусловлено рядом факторов. Во-первых, выраженные соматические изменения, которые могли бы заставить больного изменить свое отношение к алкоголю, наркотику, возникают на более поздних этапах заболевания. Во-вторых, в результате воспитания, влияния микросреды, традиций и самой специфики алкогольного заболевания не обнаруживается сплошь и рядом отчетливого сознания того, что болен алкогольной зависимостью, что пьянство приобрело болезненную форму. Наоборот, часто у больного при немалом участии соответствующей среды формируется антирезвенническая установка ("все пьют и я пью, как все"). Действительно, как показывают наблюдения, даже в условиях развившейся алкогольной зависимости больные воспринимаются окружением по-разному. Одни смотрят осуждающе, другие снисходительно, третьи как на баловство, шалость, четвертые считают больных компанейскими людьми, любителями повеселиться, шутниками, пятые смотрят на больных как на людей потерянных, которым уже невозможно помочь, и т.п. Такое противоречивое восприятие алкогольной зависимости окружением, такое неоднозначное отношение к больным также создают тенденцию к субъективному, нереалистическому отношению больного к своей форме алкоголизации.

При наркоманиях на неадекватное осознание болезни влияют принадлежность к определенной субкультуре с ее ценностными ориентирами поведения, с негативистическим отношением к родителям, средовой культуре, особым отношением к людям не их субкультуры.

С точки зрения особенностей больных, отрицающих у себя заболевание, не чувствующих аномальности в своей форме алкоголизации, приему наркотиков (отсутствие правильного отражения болезни в переживаниях больного), условно можно разделить на четыре категории.

А. Больные, которые ничего не знают об алкогольной или наркоманической зависимости как о болезни. Весь их жизненный путь, опыт, микросреда не сформировали понятие об алкогольной зависимости и не допускают трезвеннический образ жизни.

Б. Больные, у которых наличие алкогольной и наркоманической доминанты, резко выраженного влечения к алкоголю и наркотику, значимых переживаний (стыд, позор быть алкоголиком, наркоманом или, наоборот, несмотря на болезнь, еще хорошая репутация на социальном уровне и т.п.) поддерживает отсутствие адекватного отражения болезни в переживаниях больного по механизму психологической защиты.

В. Больные, которые отличаются от предшествующей группы тем, что обладают склонностью к образованию сверхценных идей и вязким, тугоподвижным мышлением. Слова, противоречащие алкогольной, наркоманической позиции, не вызывают у больных этой группы эмоциональной реакции в отличие от больных второй группы. При беседе с такими больными создается впечатление, что они не слышат наших доводов, разъяснений, убедительно доказывающих несостоятельность их позиции. Ярким примером здесь является так называемый алкоголик-резонер.

Иногда эта категория больных придерживается собственных концепций (суть смысла жизни: гедонизм - человек должен жить так, чтобы получать максимум удовольствия; "теория" постепенного бросания пить, которая практически сводится к продолжению алкоголизации; "концепция" пить на фоне витаминотерапии и т.д. и т.п.). Это является тем "рациональным", на что больные опираются с целью оправдания перед самим собой и реже перед окружением своей алкоголизации. "Теории" и "концепции" распространяются среди больных, и вторая категория больных часто с удовольствием подхватывает их.

Г. Деградированные больные, у которых психотерапия затруднена, но возможна.

Такое понимание природы неадекватного отражения болезни в переживаниях больного дает возможность разрабатывать психотерапевтическую тактику достижения адекватного осознания болезни.

На наш взгляд, термин *неадекватное отражение болезни в переживаниях больного* более точно соответствует сущности данного явления, предлагает терапевтическую перспективу и построение психотерапевтической тактики взамен термина *алкогольная анозогнозия*, так как анозогнозия наблюдается при органических нарушениях ЦНС, но не при обратимых, функционально-обусловленных механизмах психологической защиты случая.

В настоящее время, по нашему мнению, важно сосредоточить внимание ученых и практиков именно на разработке и усовершенствовании этой тактики, нюансов психотерапевтического воздействия, отталкиваясь от уже сделанного, обеспечить продвижение вперед, более эффективное воздействие на больных, помогая им с помощью врачей спасаться, а не констатировать и описывать анозогнозию наркологических больных, ее варианты.

На конференциях, симпозиумах, декадниках можно услышать в докладах фразы: "Мы считаем", "Наши исследования показывают", "Мы думаем", но никто не говорит, что думают, как воспринимают свою ситуацию больные. Ведь важно посмотреть на проблему с точки зрения больного, а не только ученых, так как именно больной — главное действующее лицо, он самопроизволен при таких заблуждениях, как зависимости.

В данном случае важно, чтобы психотерапевтическая тактика была направлена на понимание пациентом своей жизненной ситуации, природы заболевания, с которым он столкнулся. Здесь важно не просто формальное знание, наличие информации, а глубокое осознание, которое меняло бы жизненные тенденции больных, стремления не упорствовать в тенденциях, порожденных позицией зависимости, а поступать разумно. Разумеется, здесь необходимо преодолевать механизмы психологической защиты (рационализации, вытеснения, проекции, наделяния, низведения и т.д.). Естественно, это только фрагмент работы из целого психотерапевтического процесса превращения больного в зависимость в трезвенника. Мы подразумеваем три уровня психотерапевтического воздействия на больных:

1) нозиса, то есть уровень свойственный всем больным с данной зависимостью, то, что их объединяет;

2) типологии, то есть типы личности, учет их в психотерапевтической работе;

3) индивидуальности, то есть единичность, неповторимость личности больного.

Такой подход позволяет более дифференцированно воздействовать на больного, экономить время, проводя работу в группе.

Конечно, целесообразнее проводить психотерапевтическую работу по достижению адекватного осознания болезни в группах, так как происходит экономия времени и помогает в этом процессе осознания эффект группы.

Предлагаем вниманию читателей нашу психотерапевтическую тактику, ее конкретное содержание, по достижении адекватного осознания болезни больных зависимостью, которая была разработана и опубликована в 1980 г. с последующим усовершенствованием.

Не сразу, проводится психотерапевтическая работа с зависимостью, исходя из ее проявлений, а издали, формируя понятие болезни вообще как феномена и таким способом формируем базис для адекватного осознания болезни, воздействуя ассоциативно на бессознательные факторы понимания факта соприкосновения с болезнью, ее природой, то есть с законами биологии и психофизиологии.

На одном из сеансов групповой психотерапии констатируется факт попадания членов группы в среду влияния медицины. Поднимается вопрос о том, на чем основывается медицина? Завязывается дискуссия, больные высказываются в духе помощи людям, лечению и т.д. Психотерапевт констатирует тот факт, что это цель медицины, а основывается она на болезни: не было бы болезни, не было бы и медицины.

В этих дискуссиях просим больных настроиться на познание реальности, фактов, с которыми имеют дело, которые действуют слепо, не считаясь с их желаниями, мнениями и важно их учитывать, чтобы разобраться в своих проблемах, спасти себя.

Подчеркивается, что жизнь многогранна и сложна, и человек может попасть в любую ситуацию, но он обязан разобраться в ней и с честью и достоинством попытаться выйти из нее.

Так вот в какую ситуацию они попали! Ведь они имеют дело с болезнью! Болезней много, но все они имеют общие свойства, природу. Завязывается дискуссия о природе и сущности болезни в целом. В дискуссию вовлекаются все члены группы с подтекстом, что это к ним относится, имеет прямое отношение к их жизни, судьбе, а не просто абстрактная дискуссия на отвлеченную тему. Дискутируется, обсуждается, уточняется каждое свойство болезни с подтекстом, что каждый больной имеет с этим дело.

1. Нарушение нормальной жизнедеятельности организма человека (как физическое, так и психическое, временное обратимое или стойкое необратимое). Разобраться с больными в доступных для них формах, аналогиях, что такое нормальная жизнедеятельность организма с таким подтекстом, чтобы было возможно опереться на это, когда будут анализироваться особенности хронического алкоголизма.

2. У больных по отношению болезни нет произвольности, болезнь не зависит от того, хочет человек этого или нет, то есть не соотносится с его желаниями, а также не зависит от того, сознает человек, что он болен, или нет.

3. Болезнь не считается с тем, кого она поражает и не зависит от положения, должности, образования, национальности, возраста и т.д.

4. От болезни нельзя откупиться. Если возможно было бы откупиться, то миллиардеры жили бы вечно и не боле-

ли. Даже они могут только лечиться, учитывая природу болезни, ее закономерности.

5. Болезнь нельзя обмануть, обойти, пренебрежительно к ней относиться. Можно обмануть того, кто имеет сознание или хотя бы его элементы (например, животных), а болезнь нельзя обмануть, так как она не имеет сознания и действует слепо, подчиняясь своим закономерностям.

6. Проблемы болезни не решаются налаживанием хороших отношений с окружением или сменой его (что больные нередко пытаются делать), а лечением болезни. Болезнь всегда и всюду с больным, внутри его организма.

7. Болезнь, к сожалению, развивается, усугубляет положение человека и имеет печальный для него исход. Поэтому важно своевременное лечение с целью приостановить ее или хотя бы замедлить ее развитие.

Зависимость, как вообще болезнь, имеет те же общие особенности. Разбираться на примерах, как больные с зависимостью подчиняются тем же общим закономерностям болезни. Многократно подчеркивается, что члены группы имеют дело с законами биологии, что они бессильны в своем упорстве против болезни. Больные часто путают причину и следствие, выдают следствие за причину, и свои житейские трудности они смогут решить только после того, как решат проблему болезни.

В дальнейшем вкратце разбираются признаки зависимости (симптомы и синдромы), но не столько с целью просвещения, сколько осознания ими своего тупикового состояния, и выход из него один — лечиться и жить трезво.

Такая тактика является попыткой переноса внешних конфликтов больных на внутренний, то есть конфликтовать не с родными, близкими, окружением, администрацией, а с болезнью. Объем статьи не дает нам возможности на более полное освещение этого вопроса, но он является первым этапом психотерапии больных зависимостью. Ведь человек относится к тому или другому явлению, исходя из своих представлений о нем, его природе. Здесь важно воздействие на уровне обыденного сознания, которое определяет поступки людей, их действия. Важно, чтобы больные не просто имели сведения о болезни вообще и о зависимости в частности, а четко осознавали, с чем имеют дело. Ведь никто не хватается за провода под током, так как четко осознает природу и сущность электричества. Правда, наш век — это век технического прогресса и биологического и экологического варварства.

Конечно, только нормальное и адекватное осознание болезни без перестройки всей позиции больного не является долговременным, так как другие составляющие позиции восстанавливают равновесие. Одним из таких мощнейших факторов влияния на позицию зависимости больного вообще и на адекватное осознание болезни в частности является "установка зависимости".

Так, например, наблюдения над больными зависимостью указывают, что рецидив у части пациентов может наступить и при отсутствии выраженного первичного влечения к спиртному, наркотикам. Клинический анализ этих явлений показал, что мы имеем дело не просто и не только с патологическим влечением, а с явлением более сложным, в структуру которого входит также и патологическое влечение к ПАВ.

Список литературы

1. Бабаян Э.А. Актуальные задачи организации наркологической помощи // Патогенез, клиника, лечение алкоголизма. — М., 1976. — С. 8—11.
2. Бехтерев В.М. Лечение алкоголиков // Прожектор. — 1928. — № 1.
3. Ветров П.Ф. О месте психотерапии в лечении хронического алкоголизма. Вопросы психотерапии в общей и психоневрологии. — Харьков, 1968. — С. 242.
4. Вяземский И.В. Алкоголизм и лечение его гипнотическим внушением // Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова. — 1904. — № 1—2.
5. Макаров В.В. Некоторые принципиальные вопросы современной психотерапии: Материалы международной конференции психиатров. — М., 1998. — С. 218—219.
6. Павлов И.С. Коллективная психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии: Методические указания МЗ СССР. — М., 1975.
7. Павлов И.С. Психотерапевтическая тактика при выработке трезвеннической установки у больных хроническим алкоголизмом: Методические указания МЗ СССР. — М., 1976.
8. Павлов И.С. Алкогольная установка, ее структура, особенности и механизмы психологической защиты у больных хроническим алкоголизмом: Методические указания МЗ СССР. — 1980.
9. Павлов И.С. Систематическое пьянство как этап формирования хронического алкоголизма. 4-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1980. — Т. 2. — С. 219—222.
10. Павлов И.С. Трезвенник как главная цель при лечении больных хроническим алкоголизмом: Учебное пособие. — М., 1997.
11. Павлов И.С. Алкогольная позиция как важнейший симптомокомплекс хронического алкоголизма // Успехи теоретической и клинической медицины. — Вып. 2. — М., 1997.
12. Павлов И.С. Пути развития психотерапии больных хроническим алкоголизмом // Вестник последипломного медицинского образования. — М., 1998. — С. 37.
13. Павлов И.С. Формирование мотива к трезвенничеству как этап психотерапии алкогольной зависимости // Вестник последипломного медицинского образования. — М., 1999. — С. 79.
14. Клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости: Методические рекомендации МЗ РФ. — М., 1999.
15. Павлов И.С. Роль феноменологического подхода в изучении хронического алкоголизма и формирование адекватной психотерапевтической тактики лечения // Независимый психиатрический журнал. — 1998. — № 4. — С. 9.

ATTAINMENT OF ADEQUACY CONSCIOUSNESS OF DISEASE IS NECESSARY STAGE OF PSYCHOTHERAPY OF ADDICTIONS

PAVLOV I.S. cand. of med. sci., Russian medical State postgraduate education academy, Moscow

Manifestations of inadequacy realization of own disease by alcohol abused patients is described. The methods of attainment of adequacy perception of dependence state as a progressive and perspective psychotherapeutic technology are proposed.