

Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресс-психотерапии при лечении больных синдромом алкогольной зависимости

ЭНТИН Г.М.
КОПОРОВ С.Г.

д.м.н., профессор, гл. научный сотрудник Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, Москва
к.м.н., главный врач наркологического диспансера №1 Управления здравоохранения ЮАО г. Москвы

Высокий уровень потребления алкоголя в России в послереформенный период, значительный процент которого составляют нелегализованные изделия, содержащие ядовитые примеси, приводит к значительному увеличению числа алкогольных психозов и смертности, связанной с отравлением суррогатными алкогольными изделиями, а также косвенными причинами, связанными с пьянством и алкоголизмом. После отмены принудительного лечения алкоголиков в 1993—1994 гг. увеличилось число лиц, злоупотребляющих алкоголем и уклоняющихся от лечебно-реабилитационных мероприятий. В амбулаторных и стационарных наркологических учреждениях Минздрава России практически не используются активные методы лечения (условно-рефлекторные, сенситизирующие с алкогольными пробами, гипнотерапия и др.). Одновременно с этим растет роль коммерческих наркологических фирм и частнопрактикующих врачей-наркологов. Большой популярностью в этих учреждениях пользуются методики опосредованной стресс-психотерапии — так называемые кодирования, применявшиеся впервые А.Р. Довженко и представляющие комплекс психотерапевтических мероприятий, направленных на укрепление в сознании пациента доминанты, запрещающей употребление даже минимальных доз алкоголя под страхом неминуемых тяжелых расстройств здоровья вплоть до смертельного исхода.

Приводятся данные 16-летнего применения этой методики при лечении более 10 тыс. больных алкогольной зависимостью в модифицированном варианте с использованием введения пациентов в гипнотический транс по М. Эриксону.

Для оценки эффективности лечения обследовано 100 больных мужчин, лечившихся данным методом неоднократно: 65 — второй раз, 27 — третий раз и 8 — четвертый. Для сравнения обследованы 100 первичных больных, поступивших в этот же период времени. По возрасту среди первичных больных преобладал сравнительно молодой возраст — 33 чел. до 40 лет, 56 чел. — 41—50 лет и 11 чел. — 51—60 лет. Среди повторных больных — соответственно 24, 46 и 30 чел. Среди первичных по давности злоупотребления алкоголем до 15 лет было 65 чел., 16—20 лет — 35 чел., среди повторных — соответственно 28 и 72 чел. Из числа первичных больных 71 чел. обратился за помощью по поводу алкоголизма первый раз в жизни и 29 лечились другими методами, обратились в связи с возобновлением злоупотребления алкоголем. Из 100 повторных больных 41 чел. после первого лечения кодированием алкоголь не употреблял и обратился для продления действия "кода", 8 чел. возобновили употребление алкоголя после снятия "кода" и 51 чел. — после окончания его действия. Длительность терапевтических ремиссий на время обращения у повторных больных составила менее одного года у двух человек (после снятия "кода"), 1—2 года — у шести человек, 2—3 года — у 15 чел., 3—5 лет — у 45 чел. и свыше 5 лет — у 32 чел.

Приведенные данные не только подтверждают сообщавшиеся другими авторами результаты лечения этим методом — 85—95% ремиссий свыше одного года, — но и свидетельствуют о высокой эффективности по отдаленным результатам — свыше 3 лет 77% ремиссий, в том числе свыше 5 лет — 32%. Однако эффективность стресс-психотерапии зависит от уровня подготовки специалистов и тщательного отбора больных.

Формирование совершенно новых экономических и общественно-социальных отношений в России после распада Советского Союза, рыночных реформ, расслоения общества привело практически к новой ситуации в сфере потребления алкоголя, формирования синдрома алкогольной зависимости и проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Потребление безводного алкоголя на душу населения в год, достигавшее в 1984 г. 14,5 л [16, 38], снизилось в связи с противоалкогольными мероприятиями 1985 г. до 10,8 л в 1986 г., но уже в 1993 г. вернулось к 14,9 л и остановилось на этом уровне до 2003 г. При этом лицензируемого алкоголя выпускается 7,6 л, а остальное — подпольное производство (70—80% алкоголя потребляется в виде крепких напитков — 40% водки). Косвенные данные [16, 38] указывают, что на самом деле неучтенного алкоголя (разбавленный технический спирт, самогон, различные суррогаты и пр.) потребляется еще 7—8 л и общее количество его не менее 22 л, как это было установлено в 1993 г. комитетом экспертов ВОЗ для Латвии, где алкогольных психозов, по данным стационаров, регистрировалось 67,8 на 100 тыс. чел. населения, а в России в тот же период — 83,2 на 100 тыс. чел. населения.

Это свидетельствует о не меньшем, чем в Латвии, потреблении алкоголя в России в расчете на душу населения.

В 1993—1996 гг. Россия оказалась буквально затопленной низкокачественной суррогатной водкой, производимой на основе технического спирта с ядовитыми примесями, доступной потребителям в любое время суток. Реальная цена низкокачественной водки упала в 2—3 раза. При этом резко увеличилась смертность от отравления алкоголем и косвенных последствий его потребления. Эти потери достигли 400 тыс. чел. в год, а средняя продолжительность жизни мужчин сократилась до 58 лет [16, 38].

Смертность от непосредственного отравления алкоголем увеличилась с 26 640 чел. в 1992 г. до 56 240 чел. в 1994 г., однако в дальнейшем (1997—1999 гг.) вернулась к 26 000 чел. в год [9, 38]. Это же подтверждают наши данные [34]. В 1994—1996 гг. в наркологическом диспансере №1 г. Москвы больных алкогольной зависимостью состояло на учете соответственно: 17 254 чел., 17 126 чел. и 17 039 чел. и было снято с учета: в 1994 г. — 1972 чел. (11,4% от всех состоявших), в 1995 г. — 1793 чел. (10,5%), в 1996 г. — 1999 чел. (11,7%). В том числе в связи со смертью соответственно в 1994, 1995 и 1996 гг.: 666 чел. — 819 чел. — 951 чел., что со-

ставляет 3,9%; 4,8% и 5,6% от всех состоявших на учете. Таким образом, при столь высокой ежегодной смертности получается, что все состоявшие на учете в 1995 г. больные алкогольной зависимостью могут умереть к 2015 г.

Очевидно, что к этому времени при столь высокой смертности и уменьшении продолжительности жизни число больных алкогольной зависимостью и алкогольными психозами должно стабилизироваться и несколько уменьшиться, несмотря на высокий уровень потребления алкоголя населением.

К началу 2004 г. в России число состоящих на диспансерном учете больных синдромом алкогольной зависимости снизилось с 2 758 500 в 1984 г. до 2 030 000 в 2003 г., а перенесших алкогольные психозы снизилось с 52 500 чел. 1984 г. до 27 879 чел. в 1991 г., что можно рассматривать как следствие противоалкогольных мероприятий 1985 г. К 1994 г. снова резкий подъем алкогольных психозов до 101 950 чел., что в 2 раза больше, чем в 1984 г. при том же уровне потребления алкоголя, и в 1999 г. — снижение числа алкогольных психозов до 81 826 чел. [9, 13, 38], но все же почти в 3 раза больше, чем в 1984 г.

В зарубежной литературе [19] отмечается, что учитывается лишь до 30% больных синдромом алкогольной зависимости. Нами [3] был разработан расчетный коэффициент соотношения числа состоящих на учете и общего числа больных хроническим алкоголизмом (синдромом алкогольной зависимости), который составлял в 1980 г. — 3,01, в 1985 г. — 2,33, в 1991 г. — 4,08. В среднем он соответствует зарубежным данным и в 1999—2003 гг. по уровню потребления алкоголя приближается к 3,0 с небольшими отклонениями в ту или иную сторону. Таким образом, в настоящее время в России с населением 147 млн чел. насчитывается около 6 млн алкогользависимых больных, нуждающихся в лечении. Женщины из них составляют 335 тыс. чел. (2000 г.), или 17% [13]. Неучтенных женщин несколько больше, чем неучтенных мужчин, коэффициент учтенных и неучтенных для женщин следует взять 3,5, т.е. среди населения их 1,2 млн чел., мужчин остается 4,8 млн чел. Поскольку алкогользависимые мужчины — это в подавляющем большинстве люди 30—60 лет (что приблизительно составляет 40% всех мужчин, т.е. около 29 млн чел.), то 4,8 млн составят 16,6% мужчин этой возрастной группы. Таким образом, из каждых 5—6 мужчин 30—60 лет — не менее одного алкогользависимого, нуждающегося в лечении и реабилитации. В женской группе аналогичного возраста — одна из 25—30 женщин.

Понятно, что этот расчет приблизительный, так как многое зависит от пребывания в различных регионах. В крупных административных и промышленных центрах, с большим количеством учебных заведений, развитой промышленностью, учреждениями науки и культуры, процент алкогользависимых меньше, а в отдаленных от центров районах, особенно в сельской местности — значительно больше.

Возникает вопрос, почему, несмотря на установившийся высокий уровень потребления алкоголя, число алкогользависимых не растет, а уменьшается.

Прежде всего это свидетельствует о более злокачественном течении алкоголизма — высокий уровень отравлений суррогатами алкоголя, алкогольных психозов, тяжелых форм алкогольного опьянения, как следствие этого высокая смертность и сокращение жизни алкогользависимых — в среднем это 20 лет от начала зависимости (утраты контроля, потребности в опохмелении и запойного пьянства).

Этому способствует раннее начало злоупотребления алкоголем молодежью и подростками вследствие практической легализации и активного рекламирования пива и других слабоалкогольных напитков в средствах массовой информации наряду с популяризацией алкогольных обычаев и традиций (телевизионные передачи, кинофильмы, Интернет, дискотеки и пр.). Все это происходит при практически полном прекращении противоалкогольной пропаганды и воспитательной работы с подростками, молодежью.

Если антинаркотическому воспитанию подрастающих поколений еще уделяется определенное внимание, то противоалкогольное практически забыто. Борьба с наркотизмом проводится общегосударственными силами и средствами, а борьба с пьянством и алкоголизмом практически сведена к минимуму. Не пресекается пьянство на улицах и в общественных местах, к пьяницам и алкоголикам не применяется никаких мер административного и общественного воздействия. В законодательстве осталась лишь одна статья — о принудительном лечении алкоголиков, осужденных за различные преступления, в период отбывания ими наказания в местах лишения свободы. Это мероприятие носило чисто формальный характер и в советские времена, а в настоящее время практически не осуществляется, учитывая дефицит мест в соответствующих учреждениях Минюста РФ и отсутствие в них квалифицированного медицинского персонала.

Практически единственной реальной формой противоалкогольной деятельности в настоящее время является лечение психических расстройств, обусловленных алкоголизмом — алкогольных психозов, — и сугубо добровольное лечение и реабилитация больных алкогольной зависимостью в наркологических стационарах и диспансерах, как государственных, так и в частных клиниках и частнопрактикующими врачами-наркологами.

К 1991 г. в России была создана достаточно развитая система наркологической помощи. Специализированные наркологические диспансеры были организованы практически во всех центрах регионов (субъектов) Российской Федерации, в крупных городах и в районных центрах — всего 215, из которых 169 — со стационарами [13, 22, 30]. Занятых должностей врачей-наркологов было в 1991 г. — 7010 (физических лиц — 4850), т.е. одна врачебная должность на 393 больных, а в 2000 г. — 6824 должности (физических лиц — 4785) — одна должность на 424 больных. Амбулаторный прием в 2000 г. велся в кабинетах на 4505 ставках — одна должность на 451 больного. Всего было 1987 наркологических кабинетов, из которых 248 подростковых, 183 анонимных и лишь 33 хозрасчетных. Кабинетов антиалкогольной профилактической помощи — 85, экспертизы алкогольного опьянения — 271 [13].

Таким образом, амбулаторная наркологическая сеть в России в учреждениях Минздрава в настоящее время сохранена и вполне может обеспечить амбулаторной наркологической помощью всех зарегистрированных больных алкогольной зависимостью (2030 тыс. чел.) и наркотической зависимостью (273 тыс. чел.) — всего 2303 тыс. чел. на 4505 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием. При этом 511 наркологических больных приходится на одну действующую ставку амбулаторного врача-нарколога [13].

Число наркологических коек в 1991 г. составляло 58 880, из которых 29 334, т.е. половина на промпредприятиях и 29 546 в наркологических диспансерах и больницах Минздрава. К 2000 г. на промпредприятиях осталось лишь 379 коек, остальные 28 955 ликвидированы в связи с экономическими реформами. В отделениях на промпредприятиях больные находились в среднем 2—3 мес., и длительность пребывания в стационаре тогда составляла 43,4 дня при го-

довом обороте койки 8,5. Это давало возможность проводить в стационаре на промпредприятии детоксикацию, активную терапию и реабилитационные мероприятия. В 2000 г. сроки пребывания больных в стационарах сократились практически вдвое, до 21,6 дня и годовой оборот койки составил соответственно 17,3 дня [13]. При таких сроках стационарного лечения оно ограничивается детоксикацией и лишь началом активного лечения и реабилитационных мероприятий. Соответственно и длительность ремиссий после стационарного лечения свыше 2 лет снизилась с 13,2% в 1991 г. до 10,3% в 2000 г. [18].

Крайне отрицательно на алкогольной ситуации в стране сказалось решение Верховного Совета РФ от 1993 г. о ликвидации лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП) в системе МВД для принудительного лечения и трудового перевоспитания алкоголиков. Эти учреждения были созданы в 1967—1991 гг. в большинстве регионов Российской Федерации с общим числом 150 тыс. мест. В них по решению суда помещались алкоголики с наиболее антисоциальными формами поведения и злостно уклонявшиеся от добровольного лечения или продолжавшие пьянствовать после лечения. Во всех ЛТП имелись медицинские части, в которых помимо принудительного противоалкогольного лечения осуществлялась общеоздоровительная санация. Срок пребывания — от 1 года до 3 лет, в среднем 1,5—2 года.

Хотя эффективность лечения в ЛТП была невысокой, у большинства имели место рецидивы в течение первого года после выписки, все же злокачественность течения алкоголизма уменьшалась, и у значительной части больных имела место социальная адаптация. После ликвидации ЛТП категории алкоголиков, которые в те годы направлялись на принудительное лечение, в настоящее время либо попадают в места лишения свободы, либо полностью деградируют и погибают вследствие несчастных случаев или заболеваний, обусловленных пьянством [24, 26].

За последнее десятилетие в России резко изменилась и методика противоалкогольной терапии, применяющаяся как в стационарах и амбулаторных наркологических учреждениях органов здравоохранения, так и в многочисленных частных фирмах и клиниках и частнопрактикующими врачами-наркологами.

Практически "вышли из моды" такие широко использовавшиеся в амбулаторной и стационарной практике методы активной противоалкогольной терапии, как условно-рефлекторные, гипносуггестивные, сенситизирующие к алкоголю с проведением алкогольных проб, а также различные методики групповой и коллективной психотерапии. Эти методики, подробно изложенные в наших руководствах как дореформенного времени, так и в изданиях последних лет [8, 22, 28, 38], практически не используются ни в стационарах, ни при амбулаторном лечении ввиду продолжительности курсов и больших затрат времени медицинского персонала. Не привились и широко используемые в Западной Европе, США и многих других странах длительные реабилитационные программы с созданием психотерапевтических сообществ "анонимных алкоголиков" на основе "12 шагов пути к трезвости".

Сложившаяся в России ситуация оказалась благоприятной почвой для широкого использования так называемой опосредованной психотерапии больных алкоголизмом. Опосредованная психотерапия представляется комплексом терапевтических мероприятий, направленных на укрепление в сознании пациентов психотерапевтической доминанты, запрещающей употребление даже минимальных доз алкоголя под страхом неминуемых тяжелых расстройств здоровья вплоть до смертельного исхода [7, 9, 15]. Такой, на первый взгляд "негуманный", способ подавления патологи-

ческого влечения к алкоголю оправдывается тем, что глубокий уровень психической зависимости от алкоголя делает недостаточно эффективными другие психологические воздействия (индукцию отвращения к алкоголю, тошнотно-рвотной реакции и пр.). Сами пациенты охотно идут на те методы лечения, которые, с их точки зрения, делают употребление спиртных напитков смертельно опасным, так как они сознательно ищут опору в этих обстоятельствах, не считывая на собственные возможности [7, 9, 15, 22, 28, 33, 35, 38].

Эффективным методом опосредованной психотерапии является использование отдельных препаратов или их комплексов, вызывающих кратковременные, но достаточно ощутимые и неприятные для пациентов последствия. Под условным названием "Торпедо" используется внутривенное введение препаратов, вызывающих при приеме спиртного бурные вегетативно-сосудистые реакции, сопровождающиеся ощущениями жара в теле, сердцебиением, повышением температуры тела, затруднением дыхания, возникновением чувства страха смерти. Одновременно проводится внушение, запрещающее употребление спиртных напитков в связи с неизбежностью возникновения таких реакций [4, 6, 8, 9, 21, 29, 30, 33].

Данные методики ввиду их простоты широко используются в настоящее время в амбулаторных и стационарных учреждениях, популярны среди больных и их родственников [4, 6, 14, 17, 21] и, по нашим данным, у больных, лечившихся данными методами, ремиссии свыше одного года составляют 44,8%, а при только симптоматическом лечении — 8,5% [27].

Из всех многочисленных методик опосредованной психотерапии больных алкогольной зависимостью наибольшее распространение получила методика стресс-психотерапии, предложенная впервые врачом-практиком из Феодосии А.Р. Довженко (1918—1995) и названная им *кодированием*. Это название вполне обоснованно, так как по принятой терминологии кодом является система условных знаков (символов) для передачи, обработки, хранения (запоминания) различной информации и реализации закодированных действий при получении соответствующего сигнала [35, 38].

Сущность психотерапевтического метода А.Р. Довженко заключается в том, что путем эмоционально-стрессового воздействия на пациента вводится "программа" возникновения тяжелых, опасных для жизни и здоровья пациента последствий под действием "кода", т.е. при попадании алкоголя в его организм. "Код" вводится на строго определенный срок, устанавливаемый самим пациентом, т.е. пациент сам "программирует" себя на определенный срок воздержания от алкоголя под страхом тяжелых расстройств здоровья при нарушении запрета воздержания [3, 5, 10, 11, 12, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 37, 38]. Однако пациент не остается "закованным в неразрывные цепи трезвости", по его желанию, "код" в любое время может быть снят, после чего употребление спиртных напитков — неопасно.

В первые годы использования методика А.Р. Довженко вызвала возражения и недоверие со стороны многих специалистов по трем позициям.

Во-первых, за один сеанс алкоголика вылечить нельзя.

Во-вторых, преувеличена роль психотерапевта как человека, обладающего особыми, не свойственными другим людям способностями.

В-третьих, что самое существенное, под сомнение ставились приводимые автором данные о 90 случаях смертельных исходов лечившихся у него больных вследствие нарушения режима трезвости во время действия "кода". Всего смертельных исходов было 90 за 30 лет использования автором данной методики, т.е. в среднем по 3 случая в год.

При обсуждениях в печати [5, 7, 10, 11, 12, 23, 32] и на научных конференциях по докладам А.Р. Довженко в 1984 г. все эти возражения были опровергнуты. Ранее всего высказывалось мнение, что больного алкогольной зависимостью нельзя вылечить не только за один день, но и за один месяц, за один год и за 10 лет. Можно только добиться длительной терапевтической ремиссии, которая и создается за один сеанс по данной методике.

Несомненно, нарколог-психотерапевт, проводящий лечение по данной методике, должен иметь определенные личные качества и опыт работы, позволяющие вводить достаточно большую аудиторию пациентов (30 чел. и даже больше) в состояние гипнотического транса с первого же сеанса.

Наконец, смертельные исходы пациентов, нарушивших режим трезвости во время действия "кода", имели место, хотя и крайне редко, и у других специалистов, использовавших данный метод, в частности и в нашей практике [21, 25, 32, 33, 37]. Все это позволило после утверждения методических рекомендаций А.Р. Довженко Министерством здравоохранения СССР от 20 апреля 1984 г. [10] широко распространить его в России, Украине и в других республиках бывшего СССР. Организована подготовка врачей-наркологов по этой методике. Особенно широко она используется в частных наркологических клиниках и фирмах и частно-практикующими врачами-наркологами в качестве платных услуг.

Таким образом, давно окончился "фактор новизны", обеспечивающий более высокую эффективность метода [1, 2, 7, 9], внедрились в практику его модификации и усовершенствования.

Данная методика используется нами с 1988 г., за это время она в значительной степени нами модифицирована [25, 28, 29, 32, 33, 35, 38], проведено лечение более 10 тыс. больных алкогольной зависимостью.

Прежде всего значительно изменена вводная часть сеанса, которую мы называем *внушением в бодрствующем состоянии в присутствии родственников*. Длительность этого внушения 1–1,5 ч, и оно делится на 2 раздела — разъяснение понятия *синдром алкогольной зависимости* и сущности методики лечения.

Больным разъясняются основные симптомы привыкания, болезненного пристрастия и, главное, зависимости от алкоголя вследствие утраты количественного контроля его потребления. Подчеркивается, что утраченный контроль никогда не восстанавливается и поэтому каждый алкогользависимый должен быть готов к тому, чтобы жить в окружении пьющего общества, являясь абсолютным трезвенником до конца своей жизни, несмотря на силу алкогольных традиций и обычаев в окружающей его среде. Приводится высказывание выдающегося отечественного психиатра XIX века С.С. Корсакова о том, что каждый врач при лечении больных алкоголизмом должен убедить своих пациентов в невозможности умеренного употребления алкоголя до конца жизни. И если пациент не усвоил это и не взял его как основное правило своей жизни, у него нет никаких шансов излечиться от алкоголизма. И это подтверждено зарубежными учеными в середине XX века и введено рекомендацией Всемирной Организации Здравоохранения от 1955 г., гласящей: "Врачи при лечении больных алкоголизмом должны ориентировать своих пациентов на невозможность умеренного употребления спиртных напитков до конца жизни" [33].

Далее разъясняются принципы применяемого лечения, при котором "кодирование" сравнивается с взрывным устройством, детонатор которого запрограммирован на радиосигнал определенной длины волны. При получении

сигнала (кода) происходит взрыв. По аналогии при данном виде лечения пациент программируется на тяжкие расстройства здоровья, вплоть до смертельного исхода, если во время действия "кода" (один год, два года, три года, четыре года, пять лет) в его организм попадет алкоголь, даже в самых незначительных количествах. Таким образом, "кодирование" обеспечивает полное воздержание от алкоголя на срок, определенный самим пациентом [33, 35, 38].

Приводятся печальные примеры смертельных исходов наших пациентов, нарушивших режим трезвости во время действия "кода" и погибших [33, 37]. За 16 лет нашей практики таких случаев было 9 (8 мужчин и 1 женщина). Больные предупреждаются об опасности употребления даже минимальных доз алкоголя во время действия "кода", содержащихся в так называемых безалкогольных винах и пиве, квасе, фруктовых напитках, особенно в жаркое время года, даже в конфетах с коньяком, лекарствах на спирту, некоторых кисломолочных продуктах и пр.

После ответа на вопросы пациентов и родственников родственники удаляются, а пациентам проводится сеанс внушения в состоянии гипнотического транса. Текст его изложен в наших работах [25, 28, 33, 35, 38].

Использование "классического" группового гипноза имеет тот недостаток, что лишь 30% пациентов удается ввести в достаточно глубокий гипнотический сон с первого сеанса, 60% — в неглубокий, а 10% — полностью резистентны к гипнотерапии [22, 26, 35, 38]. При проведении многократных сеансов негипнабельные и малогипнабельные больные отсеиваются. При однократном сеансе такая методика не годится. Это учитывал и А.Р. Довженко, проводивший внушение в бодрствующем состоянии. Нами с успехом используется методика краткосрочного введения в гипнотический транс по М. Эриксону [25, 28, 33, 35, 38]. Преимуществом эриксоновского гипноза перед "классическим" является замена внушения ощущений, соответствующих погружению в сон, императивными указаниями психотерапевта, которые пациенты выполняют под непосредственным его контролем. Психотерапевт следит за выполнением его команды: "Глаза закрыты!" и пациенты волей-неволей подчиняются ему. Более того, когда введенным в транс пациентам психотерапевт говорит: "Глаза закрыты, но вы не спите, сознание совершенно ясное", — даже те пациенты, которые находились вне гипнотического транса, не смогут утверждать, что "гипноз на них не подействовал", так как они не спали.

Непосредственное введение "кода" практически не отличается от методики, предложенной А.Р. Довженко [10, 11], и является достаточно мощным суггестивным воздействием на пациента. Наша модификация [33, 38] заключается в том, что "кодирование" производится в отдельной комнате, но не "один на один" с пациентом, а с помощником (врач или медсестра), который орошает полость рта больного безвредным лекарственным средством, вызывающим соответствующую вегетативно-сосудистую и защитную реакцию. Психотерапевт до применения этого средства, предложив пациенту откинуть голову назад и, прикрыв его лицо принесенным пациентом полотенцем, произносит: "Введу код, запрещающий употребление спиртных напитков на такой-то срок, до такого-то числа, месяца и года". После этого предлагает пациенту открыть рот и высунуть язык, нажимает через полотенце на точки Валле — руки у врача свободны, так как язык и полость рта орошает помощник, а психотерапевт повторяет фразу "кодирования", заменив слово "Введу" словом "Ввожу". Нередко у пациентов при применении препарата-посредника возникает достаточно бурная защитная реакция и он может не расслышать полной формулы введения "кода", но это несущественно, так как он слы-

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Группы больных	23—30 лет	31—40 лет	41—50 лет	51—60 лет	Старше 60 лет	Всего
Первичные	2	31	56	11	—	100
Повторные	—	24	46	26	4	100

Таблица 2

Распределение больных по стадии заболевания

Группы больных	I	I—II	II	II—III	III	Всего
Первичные	—	6	92	2	—	100
Повторные	—	2	91	7	—	100

шал всю фразу, начинавшуюся словом "Введу". Когда пациент успокаивается, психотерапевт прекращает давление на точки Валле и произносит: "Код введен!". После этого пациент отпускается из кабинета и может вернуться в свое отделение или уехать домой после 15—20-минутного отдыха.

Эффективность лечения данным методом оценивалась, как правило, по ремиссии свыше одного года [3, 5, 11, 12, 39, 40]. При этом катamnестические данные были получены в начале внедрения данного метода, когда большую роль играет фактор новизны [1, 2, 4, 20, 21] далеко не на всех больных, а избирательно. Подавляющее большинство больных, лечившихся данным методом, были анонимными пациентами, получившими лечение в качестве платных услуг, и длительное наблюдение за ними не проводилось. Поэтому катamnез ограничивался одним — двумя годами. Отдаленный катamnез практически не мог быть получен и следовательно данные, приведенные указанными авторами — ремиссия свыше одного года у 85—95%, — могут рассматриваться как завышенные, но при этом все же достаточно высокие. Необходимо также учитывать фактор установки на лечение и тщательность отбора больных.

С целью более объективной оценки данной методики мы провели катamnестическое обследование пациентов, лечившихся у нас повторно. Без выбора мы обследовали в течение 15 мес. (с января 2003 г. по май 2004 г.) 100 больных мужчин, ранее уже прошедших у нас лечение методом "кодирования". С целью сравнения мы одновременно обследовали 100 мужчин, обратившихся к нам первично. 100 таких больных набралось несколько раньше — к апрелю 2004 г., т.е. первичных больных обращалось несколько больше, чем повторных.

По возрасту (табл. 1) первичные и повторные больные различаются незначительно. В молодом возрасте (до 40 лет) больше первичных, ранее не лечившихся, в среднем возрасте (41—50 лет) первичных больше, чем повторных. Это можно объяснить тем, что первичные раньше если и лечились другими способами, но без длительных ремиссий, а повторные,

лечившиеся кодированием 2-, 3- и 4-й раз, имели более длительные ремиссии и обращались повторно уже в более старшем возрасте. Это подтверждается в старшей возрастной группе (51 год и более), куда вошли 11 первичных и 30 повторных. Этим же можно объяснить и несколько большее число повторных больных в группе II—III стадии алкоголизма и меньшее — в группе начальной стадии — I—II (табл. 2).

Особенно заметно различие в группах больных, распределенных нами по давности злоупотребления алкоголем ко времени лечения (табл. 3). Большинство первичных больных (65 чел.) до лечения злоупотребляли алкоголем до 15 лет, большинство повторных (59 чел.) в возрасте 16—20 лет, а 13 человек — свыше 20 лет.

Как следует из табл. 4, большинство первичных больных (71 чел.), несмотря на большую давность злоупотребления алкоголем (10—20 лет), ранее от алкоголизма не лечились. Из табл. 5 следует, что из 29 лечившихся ранее от алкоголизма первичных больных 19 чел. лечились опосредованными методами психотерапии, в том числе четверо — кодированием по А.Р. Довженко, но у других специалистов и лишь 10 из 29 лечившихся первичных больных применялись методы, не связанные с опосредованной психотерапией, т.е. как правило, медикаментозное купирование алкогольной абстиненции или вывод из запоя.

Несомненный интерес представляет анализ сроков действия "кода", которые устанавливали себе как первичные больные, так и повторные, которым "кодирование" проводилось 2-й, 3-й и 4-й раз (табл. 6).

При рассмотрении сроков действия "кода", который устанавливают первичные больные, бросается в глаза "не любовь" пациентов к четным срокам — 2 и 4 года (15 чел.) и "любовь" к нечетным — 40 чел. выбрали 3 года. Наиболее привлекательный срок — 3 года (40 чел.), далее 5 лет (24), 1 год (21), 2 года выбрали лишь 4 чел. Все-таки велико число больных, устанавливающих 1—2 года воздержания — 25 чел. Эти пациенты, вероятно, надеются на возможность начала "умеренного" употребления алкоголя или решают:

Таблица 3

Распределение больных по давности злоупотребления алкоголем

Группы больных	До 10 лет	10—15 лет	16—20 лет	21—25 лет	Свыше 25 лет	Всего
Первичные	3	62	35	—	—	100
Повторные	—	28	59	11	2	100

Таблица 4

Распределение больных соответственно кратности лечения от алкоголизма

Группы больных	Не лечились	Лечились 1 раз	Лечились 2 раза	Лечились 3 раза и более	Всего
Первичные	71	15	11	3	100
Повторные(только кодированием по А.Р. Довженко)	—	65	27	8	100

Таблица 5

Распределение больных по методам лечения, применявшимся ранее

Группы больных	Только амбулаторно	Стационар и амбулаторно	В том числе			Всего
			Опосредованная психотерапия	"Псевдокодирование"	Кодирование по А.Р. Довженко	
Первичные	18	11	8	7	4	29
Повторные (кроме кодирования по А.Р. Довженко)	9	2	—	—	—	11

Таблица 6

Распределение больных по определенным ими срокам действия "кода"

Установленные больными сроки действия "кода"	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет
Первичные больные — 100 чел.	21	4	40	11	24
Повторные больные при 1-м лечении — 65 чел.	13	6	17	7	22
Повторные больные при 2-м лечении — 27 чел.	—	—	15	4	8
Повторные больные при 3-м лечении — 8 чел.	—	—	1	—	7
В сумме повторные больные при 1—3-м лечении (100 больных)	13	6	33	11	37

"Подожду, а там видно будет". В то же время достаточно велико число больных (35 чел.), прогнозирующих длительные сроки — 4—5 лет.

У больных, обратившихся повторно, выяснялось, на какой срок они "кодировались" предыдущий раз и на какой они намерены закодироваться в настоящее время (табл. 6). Из таблицы следует, что среди больных, лечившихся второй раз, число назначавших небольшие сроки кодирования уменьшилось: на 1 год — с 13 чел. до 8 чел., на 2 года — с 6 чел. до 4 чел. На срок 3 года — практически не изменилось — 33 чел. и 31 чел. В то же время число желающих "закодироваться" на 4 и 5 лет возросло с 48 чел. до 57 чел.

При сравнении сроков кодирования первичных и повторных больных видно, что среди повторных больных уменьшается число "кодирующихся" на короткие сроки (1—2 года) с 25 при лечении первый раз до 12 — во второй и увеличивается число желающих "кодироваться" на длительные сроки (4—5 лет) с 35 до 57. Естественно, что это свидетельствует об укреплении веры больных в эффективность лечения.

Интерес также представляет число больных, обратившихся с просьбой снятия кода (табл. 7).

Как следует из табл. 7, из 65 больных после 1-го лечения ранее обращались с просьбой снятия "кода" 5 чел., из них 3 чел. в связи со "срывом", т.е. попыткой употребления алкоголя и 2 чел. — без срыва, по желанию пациентов.

Без нарушения режима трезвости, по желанию пациентов, "код" был ранее снят у двух больных из 27 чел. по-

сле 2-го лечения и одного — из 8 чел. после 3-го лечения (табл. 7). Всего из 100 повторных больных "код" ранее снимали у 8 человек.

О недостаточной эффективности лечения свидетельствуют обращения трех больных в связи с нарушением ими режима трезвости, причем один из них в 1-й год после кодирования, один — через 1—3 года и один — через 3—4 года. Во всех случаях рецидива это была "проба" небольшой дозы алкоголя с целью "проверки, что будет". В двух случаях у пациентов возникли боли в области сердца, затруднения дыхания, страх смерти. После вызова "Скорой помощи" и введения соответствующих медикаментов состояние их улучшалось. После этого алкоголь они не употребляли и вскоре после снятия "кода" обратились для повторного кодирования, без рецидива. У одного пациента нарушения здоровья были незначительными, он пытался употреблять алкоголь и после срыва, но по настоянию родственников снял "код", пытался пить "умеренно", но вскоре возобновлялось запойное пьянство и через несколько месяцев он был вынужден вновь обратиться для повторного кодирования.

Нарушения режима трезвости во время действия "кода", к сожалению, до сих пор имеют место, и тяжкие расстройства здоровья, вплоть до смертельного исхода, не всегда регистрируются. В нашей практике с 1988 г. по 2004 г. имели место 9 достоверно установленных случаев смертельных исходов, подробно нами описанных в публикациях [33, 37].

Таблица 7

Снятие кода при нарушении режима трезвости и прерывание его действия по просьбе пациента

Группы	"Срыв" — употребление алкоголя во время действия кода			Снятие кода по просьбе пациента без срыва			Всего
	До 1-го года	Через 1—3 года	Через 3—4 года	До 1-го года	Через 1—3 года	Через 3—4 года	
Повторные больные после 1-го лечения (65 чел.)	1	1	1	1	—	1	5
После 2-го лечения (27 чел.)	—	—	—	1	1	—	2
После 3-го лечения (8 чел.)	—	—	—	—	—	1	1
Всего (100 чел.)	1	1	1	2	1	2	8

Таблица 8

Длительность терапевтических ремиссий у больных, повторно лечившихся в 2003—2004 гг.

Длительность ремиссий	Менее 1-го года	1—2 года	2—3 года	3—5 лет	Более 5 лет
После 1-го лечения — 65 больных	2	6	13	28	16
После 2-го лечения — 27 больных	—	—	2	16	9
После 3-го лечения — 8 больных	—	—	—	1	7
Все 100 больных	2	6	15	45	32

Первый случай имел место в сентябре 1989 г. Пациент 38 лет через 3 мес. после "кодирования" на территории завода, где он работал, в подвале в подсобном помещении, в компании сослуживцев, знавших, что он "закодирован", схватил стакан водки, несмотря на их предупреждения, что пить ему опасно, он воскликнул: "Кодирование — туфта, и ничего мне не будет!", выпил залпом стакан водки. Через 2—3 мин потерял сознание, упал. Вызванной бригадой скорой помощи был отправлен на носилках в больницу, но по дороге в больницу скончался от обширного кровоизлияния в головной мозг с полным разрушением левого полушария.

Последний случай — 31 декабря 1998 г. Пациент 28 лет в сентябре 1998 г. закодирован на 3 года. В компании молодежи при встрече Нового года (1999 г.), прощаясь со "Старым годом" схватил бокал шампанского и выпил, пока никто из присутствующих не успел ему помешать. Тут же потерял сознание, упал, не дышал. Был вызван реанимобиль. Прибывшая через 10 мин бригада не смогла восстановить дыхание и сердцебиение, пациент погиб.

Эти примеры приводятся нами на каждом сеансе внушения. Но, к сожалению, нарушения режима трезвости все же имеют место, хотя с 1999 г. смертельных исходов не было. У всех восьми пациентов, которым до обращения к нам был снят "код" (табл. 7), в том числе двоим после ремиссии 3—4 года, в ближайшее время после снятия "кода" возобновилось запойное пьянство и через 1—1,5 года они вновь пришли на лечение. Таким образом, снятие "кода", хотя и способствует возникновению рецидива, но предупреждает последствия нарушения режима трезвости во время его действия с опасными для здоровья и жизни последствиями.

Возобновление употребления алкоголя после окончания срока действия "кода" или после его снятия имело место у 59 чел. из 100 повторно обратившихся. 41 чел. обратился для продления "кода" — без срыва или рецидива.

В большинстве случаев мотивом для возобновления употребления алкоголя являлось чувство неполноценности — так называемый *симптом белой вороны* в среде окружения пьющих, надежда на возможность пить "хоть понемногу, хоть изредка", сохраняя контроль за дозой. Действительно, почти половина возобновивших употребление алкоголя, — 26 чел. из 59 удерживались на "доопьяняющих" дозах алкоголя в течение нескольких месяцев и даже более одного года при употреблении этих доз "по большим праздникам" и очень редко — не более 1—2 раз в месяц.

В то же время 41 чел. из 100 повторно обратившихся больных обратился через несколько месяцев и даже лет полного воздержания от алкоголя после окончания действия предыдущего "кода".

Несколько лет назад еще обращались пациенты, которые "кодировались" у А.Р. Довженко в Феодосии на 10 лет, а после его смерти, когда срок действия "кода" заканчивался, обращались к нам для продления его. Таким пациентам, в порядке исключения, вводился "код" на 10 лет.

Длительность терапевтических ремиссий после последнего введения "кода" у 100 обследованных нами больных представлена в табл. 8.

Из табл. 8 следует, что ранние рецидивы, т.е. в первый год после "кодирования", имели место лишь у двух больных, в обоих случаях после преждевременного снятия "кода". У одного больного при нарушении режима трезвости, у второго — по его просьбе, без срыва (табл. 7).

Кратковременные ремиссии — от одного года до двух лет — имели место у шести больных, все лечились второй раз, у всех срок действия "кода" был один год.

Ремиссии от двух до трех лет — у 15 больных, двое из которых лечились уже третий раз. В этой группе 3 больных кодировались повторно без предыдущего срыва, с целью продления воздержания от алкоголя и общая длительность ремиссий составляла у них фактически 4—5 лет.

Самая многочисленная группа — ремиссии 3—5 лет — включает 45 чел., из которых 28 лечились второй раз, 16 — третий и 1 — четвертый. В эту группу входили 9 чел. с безрецидивным течением, правда, у большинства из них имелись повторные срывы, поэтому продолжительность ремиссии у них нельзя считать более 5 лет.

В группу ремиссии свыше 5 лет входят 32 больных, из которых 16 чел. лечились второй раз, 9 — третий и 7 — четвертый. В этой группе безрецидивное течение — у 29 чел. и полные сроки воздержания от алкоголя достигают 7—9 лет. Следует полагать, что имеются и больные с большей давностью безрецидивного течения, поскольку первые больные, лечившиеся этим методом, относятся к 1988—1989 гг., а наибольшее число их было в 1993—1997 гг. Если учесть, что средняя длительность течения синдрома алкогольной зависимости составляет 20 лет [34], то столь длительные терапевтические ремиссии без сколько-нибудь длительных рецидивов свидетельствуют о весьма высокой эффективности данной методики.

Наши данные не только подтверждают данные других авторов, использовавших этот метод [3, 5, 7, 11, 12, 39, 40], о высокой эффективности по ближайшим результатам лечения — ремиссии в первые 2 года после лечения 85—95%, но и позволяют рассматривать данную методику как пролонгированный многолетний курс, обеспечивающий многолетнее воздержание от алкоголя с восстановлением здоровья и социального статуса пациентов. Одновременно необходимо учитывать, что данный метод не может полностью заменить или вытеснить другие методики как лекарственной терапии и психотерапии, социально-семейной реабилитации и пр. Однако для определенной и немалой группы больных алкогольной зависимостью он остается методом выбора.

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных — 2-е изд. — М.: Медицина. 1988. — 528 с.
2. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Концептуальный подход к психотерапии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1994. — №3. — С. 8—12.
3. Галкин В.А. Эмоционально-стрессовая терапия больных алкоголизмом // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией — Московский НИИ психиатрии — М.— Орел, 1994. — №3. — С. 130—132.

4. Гамбург А.Л., Аранович А.Г., Раснюк В.А., Вольфсон В.Л. Некоторые варианты плацеботерапии больных алкоголизмом // Лечение алкоголизма. — Саратов, 1980. — С. 40—43.
5. Дроздов А.И. Опыт лечения методом стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко // Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — №1. — С. 15—16.
6. Гиндин В.П., Шпет С.В. Сочетанное применение психотерапии и рефлексотерапии при лечении больных алкоголизмом // Проблемы наркологии — 89. Республиканский сборник научных трудов Московского НИИ психиатрии. — М., 1989. — С. 37—40.
7. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю. Опосредованная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия. — 1991 — №1 — С. 71—74.
8. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М., Крылов Е.Н., Динеева Н.Р. Граженский А.В. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий. — М., 1999. — 106 с.
9. Гофман А.Г. Клиническая наркология — М. — 2003. — 214 с.
10. Довженко А.Р. Организация стресспсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях. Методические рекомендации Минздрава СССР. М., 1984. — 12 с.
11. Довженко А.Р., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н. и др. Стресспсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях // Журн. невропатол. и психиатрии. — 1988. — Т. 88, №2 — С. 94—97.
12. Зверев В.Ф. Некоторые клинические аспекты метода А.Р. Довженко // Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — №1. — С. 14—15.
13. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации. Пособие для врачей психиатров-наркологов — М., 2000. — 276 с.
14. Кузнецов О.Н., Энтин Г.М. Лечение больных алкоголизмом имплантацией таблеток радотера (дисульфирам-депо) // Актуальные вопр. реабилитации больных алкоголизмом. — М., 1979. — С. 122—128.
15. Магалиф А.Ю. Психогенные нарушения при опосредованной психотерапии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992. — №3-4. — С. 62—66.
16. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России — М., 1995. — 134 с.
17. Никитин Ю.И. Профилактика и лечение алкоголизма — Киев: Здоровье, 1990. — 166 с.
18. Никифоров И.А. Модификация модели наркологической помощи населению России в конце XX столетия // Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом. Республиканский сборник научных трудов — М., 1999. — С. 47—57.
19. Пятницкая И.Н. Современное лечение алкоголизма (по зарубежным данным) // Проблемы алкоголизма. Итоги науки и техники, серия токсикомания. — М., 1979. — Т. 11. — С. 90—129.
20. Рязанцев В.А. Психотерапия и деонтология при алкоголизме — Киев: Здоровье, 1983. — 142 с.
21. Сорока С.В. Метод медикаментозной эмоционально-стрессовой терапии алкоголизма — Харьков — 1985. — 155 с.
22. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
23. Энтин Г.М. Еще раз к вопросу стресспсихотерапии алкоголизма по методу А.Р. Довженко // Журн. невропатол. и психиатрии. — 1991. — Т. 91, №2. — С. 132—133.
24. Энтин Г.М. Проблемы организации принудительной социальной и медицинской реабилитации больных хроническим алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992. — №2. — С. 87—88.
25. Энтин Г.М., Овчинская А.С. Вариант эриксоновского гипноза при групповой психотерапии больных алкоголизмом // Вопр. медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями. Матер. республ. совещания психиатров-наркологов. — М., 1993. — С. 190—192.
26. Энтин Г.М., Динеева Н.Р., Беляева К.Н. Эффективность при- нудительного лечения больных хроническим алкоголизмом // Соци- альная и клиническая психиатрия. — 1993. — №4. — С. 71—75.
27. Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динеева Н.Р. Сравнительная эффективность различных методов опосредованной психотера- пии алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — №1. — С. 90—95.
28. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний/ Под ред. А.Г. Гофмана — М., 1994. — Т. 1 — 231 с. — Т. 11 — 171 с.
29. Энтин Г.М., Галкин В.А., Носатовский И.А. и др. Психотерапевтические аспекты при лечении алкоголизма в современ- ных условиях // Современная психиатрия и наркология. Проблемы, вопросы, решения. Сборник научных трудов. — М., 1994. — С. 132—138.
30. Энтин Г.М., Мухарлямова Ф.Г., Галкин В.А. Использо- вание различных методов лечения больных алкоголизмом в нарко- логических учреждениях России в 1991—1993 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. — М., 1995. — №3. — С. 114—119.
31. Энтин Г.М., Динеева Н.Р. Формализованная оценка рас- пространенности алкоголизма по социальным критериям // Вопр. наркологии. — 1996. — №3. — С. 77—80.
32. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Граженский А.В., Крылов Е.Н., Магалиф А.Ю., Носатовский И.А., Яшкина И.В. О современном состоянии наркологической помощи в России (в связи с ее тен- денциозной оценкой в некоторых западных публикациях) // Вопр. наркологии. — 1997. — №1. — С. 68—76.
33. Энтин Г.М. Опосредованная психотерапия больных алко- голизмом: Пособие для врачей наркологов и психотерапевтов. — М., 1997. — 100 с.
34. Энтин Г.М., Овчинская А.С. Динамика наркологических заболеваний населения Южного административного округа г. Москвы в 1994—1996 гг. Сообщение первое. Алкогольные психо- зы, хронический алкоголизм, злоупотребление алкоголем // Со- циальная и клиническая психиатрия. — 1998. — №1. — С. 30—35.
35. Энтин Г.М. Методика краткосрочной комплексной суте- стивной терапии для лечения алкоголизма и табакокурения // Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 21—25.
36. Энтин Г.М., Шамота А.З., Овчинская А.С., Ашихмин О.А. Ситуация с потреблением алкоголя и наркотиков в России в 1994-1997 гг.: динамика и прогноз // Вопросы наркологии. — 1999. — №1 — С. 71—78.
37. Энтин Г.М. Детальные исходы при нарушении режима трезвости после опосредованной стресспсихотерапии больных алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — №4. — С. 88—89.
38. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руко- водство для врачей. — М., 2002. — 327 с.
39. Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И. Характеристика рецидивов и прогноз эффективности при лечении больных алкоголизмом по методу А.Р. Довженко // Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — №1. — С. 18—22.
40. Эпштейн И.Ц. О некоторых критериях прогноза эффектив- сти при лечении больных алкоголизмом по методу А.Р. Довженко // Неврология и психиатрия. Республиканский межведомственный сборник Минздрава УССР — Киев, 1991. — В. 20. — С. 111—112.

ALCOHOLIC SITUATION IN RUSSIA AND EFFICIENCY MEDIATED PRESSING PSYCHOTHERAPY AT TREATMENT OF THE PATIENTS BY ALCOHOLIC DEPENDENCE

ENTIN G.M. Dr. med. ski., professor, chief researcher
of Moscow Scientific Research Institute for Psychiatry Ministry
of Russian Public Health Ministry

KOPOROV S.G. Cand. med. ski., chief of narcology dispensary 1, Moscow

The connection of an alcoholic situation in the country with political and economic reforms spent for Russia for last decade is investigated. The data in treatment of the patients by alcoholic dependence of a method mediated pressing psychotherapy for 16 years are resulted. High efficiency of a method, under condition of selection of the patients is shown: 85—95% remissions over one year, 77% remissions more than 3 years, 32% — more than 5 years.