

Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику

ПАВЛОВ И.С.

к.м.н., доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии,
Российская медицинская академия последипломного образования

Разработана и описана конкретная психотерапевтическая тактика по превращению больного с зависимостью в трезвенника. Методом «черного ящика» выявлена и описана «позиция зависимости», которая позволяет наркологам воздействовать на сущность и природу зависимости, а не просто на абстрактное понятие «больной с зависимостью», сделать воздействие на него целенаправленным и структурным. Оно включает в себя: 1) неадекватное осознание болезни; 2) алкогольную установку; 3) перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения; 4) механизмы психологической защиты; 5) алкогольный алгоритм жизни с астеническими проявлениями. Формирование модели трезвенника, то есть прививание свойств трезвенника как цели лечения зависимостей особенно актуально сейчас, когда больные наркоманией, перестав принимать наркотики, хотят быть как все, начинают употреблять по разным случаям спиртное. Алкогольное опьянение или возвращает их к наркотикам, или тут же происходит трансформация наркомании в алкоголизм.

Общеизвестным, но не декларируемым является тот факт, что наш век — это век технического прогресса и биологического и экологического варварства на фоне этого прогресса. Естественно, что в эту категорию входит и проблема алкоголизма.

С развитием цивилизации, научно-технического прогресса (обустройство быта, возможность перемещаться, получать информацию, ее перерабатывать и т.д.) жизнь человека в чем-то облегчалась, но в чем-то и усложнялась, за что человечество платит возрастанием нервных расстройств, алкоголизмом, наркоманией. Чем больше человек удовлетворен на материально-бытовом уровне, тем больше актуализируется проблема смысла жизни, экзистенции в целом.

Высокий материальный уровень достигается вследствие жесткости общественных отношений, большей степени формализованности, «машинности» жизни, ограничения индивидуальных возможностей рамок выбора и свободы действий. Наличие этих возможностей не всегда используется, но их отсутствие травмирует человека. Все это ведет к психической напряженности членов сообщества, истощению адаптивных возможностей, фрустрации, тревоге, агрессивности, депрессии, алкоголизации и наркотизации.

В настоящее время возрастает, получает новые нюансы актуальность смысла жизни, ее ценность. С одной стороны, — формализация жизни, массовая культура, стандартизация, а с другой стороны, — неповторимость, индивидуальность жизни каждого человека с его внутренним миром, неповторимостью.

Систематическую алкоголизацию, а тем более алкоголизм мы рассматриваем не как частный вопрос, а как составную часть природы человека, его сущности, особенностей экзистенции в ее инвариантных.

Анализ методов лечения алкогольной зависимости за последние 40 лет, их сопоставление показывают их терапевтическую противоречивость, в чем-то парадоксальность по характеру воздействия, в каких-то случаях локальность, парциальность, односторонность воздействия. В то же время при таком положении дел результаты лечения неплохие, а если учесть фактор отбора или спорадичности набора больных, то почти одинаковые. Такое положение дел обусловлено тем, что, во-первых, при воздействии на одно из звеньев такой сложной, многоуровневой, многофакторной системы, как человек с алкогольной за-

висимостью, наблюдаются положительные изменения, сбой в работе патологических связей, нормализация в системе в целом. Правда, часто эффект этого воздействия нестабилен по продолжительности, но при наличии каких-то внешних факторов может поддерживаться какой-то промежуток времени. Во-вторых, результат зависит от врача с его методикой лечения и эффекта подтекста, опосредованной психотерапии с установкой на поддержание, важно и ожидание этого эффекта членами семьи, реже — микросреды.

В настоящее время прицельно изучают алкогольную зависимость по сути дела только нейрофизиологи и биохимики, а наркологи и психотерапевты — только отчасти и больше стремятся достичь хороших ремиссий. Эти усилия наркологов и психотерапевтов, выражающие сущность социального заказа, затушевывают, закрывают, делают в какой-то степени нецелесообразной цель постичь природу зависимости. Ведь абсолютной истины, абсолютного знания нет и нельзя останавливаться только на клинической модели зависимости (симптомы и синдромы). Последствия интоксикации отражают физиолого-биохимическую сущность болезни и оставляют за пределами социально-психологические факторы, которые привели к систематической интоксикации.

Естественно, более глубокие знания о природе зависимости определяют мировоззрение, миропонимание психотерапевта, его компетенцию в ситуации психотерапевтической помощи, в частности. В дальнейшем должна произойти перестройка реагирования больных на психотерапевтическое более прицельное воздействие: либо более конструктивное взаимодействие с психотерапевтом, либо проявится скрытое нежелание лечиться.

К сожалению, анализ литературных данных показывает, что в настоящее время методы лечения алкогольной 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, нейролингвистическое программирование (НЛП) и т.д., но нет конкретики: какие внушения делались, с какой целью, какие техники из НЛП проводились и с какой целью.

Анализ ситуации в наркологии, данные наблюдений показывают, что прогресса не будет, ситуация не изменится, если не менять парадигму целеполагания в психотерапии алкогольной зависимости: не ремиссия, воздержание, а превращение больного с алкогольной зависимостью в трезвенника. Разработка и внедрение этой новой парадигмы — трудная и времязатратная работа. Она должна включать 3 этапа:

первый — разработка конкретного содержания этого процесса, его этапов, целей и задач на каждом этапе, механизмов и методов реализации этой тактики;

второй — адаптация к такому характеру проведения психотерапии больных с зависимостью, адаптация нашего общества в целом и тому, что есть категория людей, которой следует быть трезвенниками по своей сущности;

третий — усовершенствование этой психотерапевтической работы на фоне адекватного, доброжелательного отношения к ней больных с их пониманием необходимости лечиться, спастись; повышение ее эффективности.

В наркологии отсутствовала концепция больного с алкогольной зависимостью, т.е. не была описана природа больного после купирования острой симптоматики и нормализации психосоматического статуса. Все сводилось к наличию временами обостряющегося первичного патологического влечения к спиртному.

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. Алкогольная 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, т.е. природы и сущности такого заболевания, как алкогольная зависимость. Какова природа, сущность этой болезни после снятия, купирования острой симптоматики (симптомов отмены, запоя) после полной нормализации психосоматического статуса? У больного нет жалоб, хороший сон, аппетит, хорошее настроение, нет влечения к спиртному, но он продолжает оставаться страдающим алкогольной зависимостью.

Мы поставили своей целью исследовать 500 больных алкогольной зависимостью, изучить 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 то, что не дает больному учесть свое реальное положение в жизни, начать по-настоящему лечиться, следовать советам врача ради спасения себя, внутренне принять трезвенничество.

Основные важные вопросы:

какие механизмы лежат в основе поведения больных с алкогольной зависимостью?

как происходит функционирование больного с алкогольной зависимостью как человека, личности со всеми атрибутами и закономерностями жизни без потерь смысла жизни, жизненных ценностей?

каково содержание психики человека с алкогольной зависимостью?

Целью являлось именно воссоздание внутренней функциональной структуры болезни. Здесь определенную роль может играть и феноменологический подход, в котором, по Карлу Ясперсу, психолог может:

а) трансформировать себя в психическую жизнь пациента и сопереживать тому, что переживает пациент;

б) сделать переживания пациента явными для себя, т.е. наблюдать за ними так, как будто ему эти переживания были даны непосредственно.

Здесь для психотерапевта важно понимание, постижение сущности больного с алкогольной зависимостью, вчувствование, сопереживание с его внутренним миром, проживание с ним этого.

Центральную проблему в клинике алкогольной зависимости, естественно, представляет алкогольное опьянение. Ведь именно оно является целью больного. При изучении хронического алкоголизма (алкогольной зависимости) произошло перемещение внимания врача с алкогольного опьянения на осложнения вследствие него (симптомы и синдромы). Именно состояние опьянения, стремление к нему (алкогольная мотивация) остаются центральной проблемой, а симптомы и синдромы (потеря контроля над количеством потребления спиртного, синдром лишения, истинные запои, амнезия состояния опьянения) являются результатом реализации этого патологического стремления, в какой-то мере самозащитой организма.

Наблюдения показывают, что любой человек может заболеть алкогольной зависимостью (возникновение симптомов и синдромов) при условии систематического пьянства. И действительно, после формирования у человека систематического пьянства в возникновении клинических проявлений заболевания играют роль только лишь физиологические и биохимические механизмы организма. Но те особенности, которые способствовали становлению систематического пьянства, действуют на всех этапах болезни и зачастую препятствуют появлению ремиссии, часто делают больных некурабельными.

В специальной наркологической литературе стыдливо умалчивается роль алкогольного опьянения в жизни человека. В крайнем случае говорят об эйфоризирующем эффекте, а в последнее время все чаще упоминается антистрессовое воздействие опьянения. Но если проанализировать все то, что испытывают люди в состоянии опьянения, или то, что они творят в этом состоянии, то мы придем к выводу, что здесь дело в другом, в других механизмах.

Анализ показывает, что состояние опьянения рвет жесткую связь внутреннего мира человека с его реальностью, дает внутреннему миру человека своеобразную автономию, и он может программировать свое внутреннее состояние по своему желанию, потребности (как положительное, так и отрицательное; релаксацию; как спокойствие, так и взвинчивание, агрессивность; как снимает, так и повышает действие моральных факторов, условности среды). Один и тот же человек в одних условиях пьет для того, чтобы успокоиться, забыться; в других, наоборот, для того, чтобы взвинтить себя, вызвать состояние агрессии; в-третьих, чтобы усилить чувство веселья, радости;

в-четвертых, чтобы усилить чувство обиды, горя, утраты, еще сильнее все это перестрадать; в-пятых, чтобы снять с себя фактор совести, чувство стыда, неловкости и действовать, добиваясь желаемого, и т.д. и т.п.

Здесь важно учитывать, что у каждого человека есть определенное мнение о самом себе, мысли и чувства о своей сущности, потребностях, стремлениях, чаяниях, т.е. определенная концепция самого себя, концепция своего “Я”. С этой точки зрения анализ показывает, что если человек начинает реализовывать свою концепцию “Я”, свои чаяния, стремления, жизненные потребности уже не только в состоянии трезвости, но и в состоянии опьянения, то он в большинстве случаев рано или поздно начинает злоупотреблять алкоголем. Состояние опьянения становится все более желанным, реализация своей концепции “Я” смещается из состояния трезвости в состояние опьянения, человек в состоянии опьянения почти полностью удовлетворен своей жизнью. При этом влияние администрации, родных и близких часто не имеет успеха. Ведь в таких случаях смысл его жизни, его концепции “Я”, которые соответствуют общечеловеческим понятиям (чувство собственного достоинства, гордости, самолюбия, личной значимости), реализуются. Человек продолжает жить сообразно своей концепции “Я”, своей сущности, образованной еще до начала злоупотребления алкоголем, но лишь с той особенностью, что она реализуется в состоянии опьянения. В этом состоянии удовлетворяются все личностные ценностные потребности, повышается чувство собственного достоинства и снимается личностный кризис, кризис в субъективном понимании больного. Это подтверждается еще и тем, что лица, злоупотребляющие алкоголем, больные хроническим алкоголизмом в психологических тестах, в беседах переоценивают себя, свои возможности, свое реальное положение в семье, обществе.

Момент начала реализации человеком своей сущности, своей концепции “Я” в состоянии опьянения является одним из краеугольных камней начала пути систематического пьянства и соответственно становления в дальнейшем алкогольной зависимости. Затем этот перенос превращается в амнезию состояния опьянения, т.е. происходит разграничение жизни в состоянии опьянения и в трезвом состоянии. Более подробная разработка профилактических и воспитательных мер, ставящих преграды на пути реализации больным (находящимся на лечении) своей сущности, своей концепции “Я” в состоянии опьянения, явится важным моментом в решении вопроса повышения эффективности лечения алкогольной зависимости, а также в профилактике алкоголизма.

Как указывает К. Ясперс, в противоположность животным человек не наделен врожденной, совершенной способностью к адаптации. Ему приходится самому искать путь в жизни. Человек не есть готовая форма, он формирует себя сам, т.е. каждый человек — хозяин своего опыта. Картина мира человека — это та часть окружающего мира, которая осознается человеком, является для него значимой и обладает реальностью.

Что человек берет из объективной среды (все то, что присутствует с точки зрения наблюдателя, т.е. мир, общий для всех) в свой внутренний, личностный мир, ведь один из первофеноменов жизни — бытие в собственном мире? Общеизвестен тезис Гегеля, согласно которому “личность тождественна своему миру”.

Особенность больных с алкогольной зависимостью в том, что их адаптация к миру имеет еще один дополните-

льный этап. На первом, как у всех людей, создается, формируется из объективного мира, мира, общего для всех, свой внутренний, личностный мир. На втором этапе происходит перенос жизни в собственном мире в состояние опьянения, чтобы не было нежелательного для больного субъективного переживания несоответствия реальности. Вот почему больные с алкогольной зависимостью упорствуют против лечения, сопротивляются ему явно или тайно, скрывая от окружения свои истинные намерения, так как отнятие спиртного, вернее лишение их состояния опьянения, означает лишение их способности жизни, существования, которое может сделать их “душевыми инвалидами”. Вот почему больные терпят лишения, унижения, жертвуют своим здоровьем, репутацией, страданиями детей, родных и близких ради спиртного. Вот почему окружение, родные и близкие, видят трагедию, трагическое положение больного, а он счастлив и сердится на них за то, что такими своими реакциями они портят ему настроение. Вот почему наблюдательные и старающиеся понять алкоголизм родственники говорят: “Они (больные хроническим алкоголизмом) живут как будто бы на другой планете, “инопланетяне”, и “возвращаются” на Землю для решения каких-то возникших трудностей в алкоголизации”.

Приведенные факторы ведут к систематическому пьянству, после становления которого идет параллельное формирование определенными темпами и клиники алкогольной зависимости (в связи с физиологическими и биохимическими особенностями), и алкогольной позиции больного. Клиника алкогольной зависимости (симптомы и синдромы) формируется как адаптация организма к систематической алкоголизации (интоксикация как защита и одновременно адаптация организма к систематическому опьянению).

Анализ и синтез данных, полученных клинико-психотерапевтическим методом обследования 500 больных алкоголизмом, позволили нам выделить “алкогольную позицию больного”, которая включает в себя:

- 1) восприятие своей формы алкоголизации, ее нюансов — особенностей (неадекватное осознание болезни в силу аффекта, нежелательности противоположного);
- 2) алкогольную установку (с учетом ее структурных особенностей и смыслового содержания, включающих в свою структуру и первичное влечение к спиртному), т.е. определенную предуготованность действовать так, чтобы постоянно, в любом случае были обеспечены приобретение и прием спиртного;
- 3) сформированные механизмы психологической защиты своей алкогольной позиции, алкоголизации;
- 4) смещение, переход реализации своей концепции “Я”—перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения;

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

Общеизвестно, что углубление научных знаний происходит за счет расширения общепринятого, введения нового понятийного аппарата, других взглядов. Именно понимание “алкогольной позиции” дает нам тот симпто-

комплекс, который роднит алкогольную 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 возможности сравнивать полностью алкогольную зависимость с другими хроническими заболеваниями: в причине возникновения рецидива заболевания усматривается большая доля произвольности, произвольных действий больного.

“Алкогольная позиция” дает врачу четкое представление о тех факторах, которые в трезвом состоянии больного определяют его поведение, ведут к алкоголизации, составляют сущность болезни. Это представление и определяет воздействие не просто на больного, а на его “алкогольную позицию”. Процесс лечения больных с алкогольной зависимостью психотерапевт должен дешифровать для себя, как и психотерапевтическую тактику “превращения” человека с алкогольной зависимостью в трезвенника. Даже хорошие ремиссии в своей сущности носят характер воздержания, запрета, и анализ более длительного катамнеза больных не дает оснований радоваться, так как *алкогольная позиция* сохраняется, и хотя ее воздействие временно затормаживается, но она своей сущности не меняет, а после лечения еще больше актуализируется.

Основные этапы психотерапевтического процесса

А. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию “алкогольной позиции” больного с алкогольной зависимостью.

1. *Достижение адекватного осознания болезни.* В групповой дискуссии психотерапевтом подчеркивается, что жизнь многогранна и сложна и человек может попасть в любую ситуацию, но он обязан разобраться и с честью и достоинством попытаться выйти из нее. 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; разбирается на примерах, как больные с алкогольной 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. Ведь болезнь нельзя обмануть, обойти, пренебрежительно к ней относиться, даже откупиться от нее нельзя. Больные часто путают причину и следствие, выдают следствие за причину, и думают, что свои житейские трудности они смогут решить только после того, как решат проблему болезни. В дальнейшем вкратце разбираются признаки алкогольной зависимости (симптомы и синдромы), но не столько с целью просвещения в этом вопросе, сколько осознания ими своего тупикового состояния, выход из которого один — лечиться и жить трезво. Ведь человек относится к тому или другому явлению, исходя из своих представлений об этом явлении, его природе. Ведь никто не хватается за провода под током, так как четко осознает природу и сущность электричества. Здесь важно воздействовать на уровне обыденного сознания, которое определяет поступки людей, их действия. Такая тактика является возможностью переноса внешних конфликтов больных на внутренних, т.е. к осознанию необходимости конфликтовать не с родными, близкими, окружением, администрацией, а с болезнью.

2. *Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию алкогольной установки,* т.е. определенной предуго-

тованности действовать так, чтобы постоянно, в любом случае и ситуации были обеспечены приобретение и прием спиртного. С целью редукции алкогольной установки важны воздействие на ее познавательный, эмоциональный и поведенческий компоненты, которые обеспечивают видение окружающего под алкогольным углом, и перестройка этого видения на обычное, неалкогольное восприятие окружающей действительности. Алкогольная установка проявляется на уровне сознания алкогольными смыслами, определяющими содержание и течение психических процессов (первичное влечение к спиртному, желание не отличаться от других в плане приема спиртного, чувство особого долга употреблять спиртное, формирование особой престижной группы алкогольной направленности и др.), которые надо низводить и перестраивать.

3. *Преодоление механизмов психологической защиты* путем сопоставления аналогий, метафор с сопротивляющимся поведением больного в процессе проведения психотерапии.

4. *Низведение ценности жизни в состоянии опьянения,* показ суррогатности такой жизни, ничтожности чувств и переживаний в состоянии опьянения в противоположность ценности жизни и переживаний в естественном для человека трезвом состоянии.

5. *Низведение алкогольного стиля жизни,* на который наложился клинические проявления зависимости, в том числе и астенический синдром алкогольного генеза, который осознается больным не как раздражительная слабость, а как неинтересность жизни в трезвом состоянии.

Б. Формирование мотива к трезвенничеству. Важно различать мотив к поступлению на лечение (который формирует микросреда или психосоматическое состояние больного) и мотив к трезвенничеству (который должен формироваться психотерапевтом совместно с больным на основании осознания последним сложившейся ситуации — наличия зависимости). Естественно, такая форма работы проводится в процессе индивидуальной психотерапии, хотя нельзя исключить в редких особых ситуациях проведение ее в групповой дискуссии.

Как показали наши исследования, высшая форма сознания — самосознание, т.е. осознание себя как личности у больных с алкогольной зависимостью слабо развито или же болезненно извращено, не соотносится с реальностью. Именно коррекция самосознания, самопредставления формирует мотив к самоизменению, изменяет и перестраивает личность больного, его бытие в собственном мире. Для этой цели мы анализируем с больным анамнез его жизни и заболевания, характер взаимоотношений в микросреде, рассматриваем вопросы:

- а) каким он себя считает;
- б) каким он хочет, чтобы его считали;
- в) каким его считают друзья (члены семьи, родственники, сослуживцы и т.д.);
- г) какой урон наносит ему болезнь;
- д) каков он на самом деле есть.

Такая коррекция самосознания, самопредставления выявляет для больного те эмоционально значимые переживания, которые создают тенденцию, мотив к изменению личности больного, а уже перестраивающаяся личность формирует мотив к трезвенничеству. Коррекция самосознания ведет к изменению бытия в собственном мире, так как “личность тождественна своему миру”.

В. Адаптация больного к его микросреде на уровне трезвенничества проводится в виде групповой дискуссии. Обсуждается вопрос о том, с чем сталкивается больной в

своей естественной среде, не употребляя спиртные напитки, т.е. реакция его микросреды на новшество в нем — трезвенничество, адаптация больных к этой реакции, к этому периоду его жизни.

Г. Формирование, прививание больному свойств трезвенника. Психотерапевту важно обсудить с больным процесс перестройки всех сфер жизни индивида при переходе его в новое состояние — состояние трезвенничества, т.е. не ремиссии, воздержания, а превращения больного с зависимостью в трезвенника. Затем все это необходимо закреплять в гипнотическом состоянии, самовнушением в состоянии аутогенной погруженности, применением других психотерапевтических техник, методик, способствующих закреплению у больных свойств трезвенника.

Некоторые свойства трезвенника:

1) безразличие к спиртным напиткам, процессу их приема, к самому состоянию опьянения, безразличие и равнодушие во всей глубине своих чувств и помыслов;

2) вера в трезвенническое благо. Трезвенник знает “цену” спиртному, алкогольному благу;

3) четкое осознание, что трезвенничество — это та основа, которая обеспечивает нормальную жизнь в обществе;

4) проявление стойкости, неуступчивости;

5) переживание радости, что себе в чем-то отказал и доставил радость другим, как бы поднимаясь над ситуационными моментами и мотивируя свое поведение не только ими, а и жизнью в целом;

6) радость, страдание, скука и т.д., но без желания уйти от этих состояний в эйфорию, в алкогольное забытие;

7) прогнозирование своих действий, учет возможных результатов планируемых действий;

8) учет диапазона реальных возможностей во всем, в том числе в эмоциональной сфере, предела эмоциональных состояний;

9) способность отсрочить удовлетворение своих потребностей с учетом особенности обстановки, переключаться на что-нибудь другое;

10) трезвенническая установка в синергизме с установкой на поддержание чувства собственного достоинства, на счастье, хорошую жизнь, так как сформированы соответствующие понятия о настоящей хорошей жизни, счастье, другие свойства трезвенника.

Разумеется, что модель трезвенника у каждого конкретного больного строго индивидуальна и вся эта работа проводится дифференцированно, с учетом типа личности больного.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994.
2. Бабаан Э.А. Актуальные задачи организации наркологической помощи. — М., 1976. — С. 8—11.
3. Бехтерев В.М. Лечение алкоголизма// Прожектор. — №1. — 1928.
4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. — М., 2000.
5. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом// Лекции по клинической наркологии/ Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Российский благотворительный фонд НАН, 1997. — С. 191—206.
6. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации МЗ РФ. — М., 2001.
7. Зиневич Г.В., Либих С.С. Психотерапия алкоголизма. — Л., 1965.
8. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма// Алкоголизм. — М.: Медицина, 1983. — С. 75—149.
9. Макаров В.В. Психотерапия нового века. — М., 2001.

PSYCHOTHERAPY OF XXI CENTURY: FROM ALCOHOL DEPENDENT TO ABSTINENT MEN

PAVLOV I.S. Cand.med.sci., docent, Russian State Postgraduated medical education academy, Moscow

The factor is described that is going to the formation of regular consumption of alcohol that is necessary condition of formation of the disease. “The alcoholic position of the patient” discovered, studied by clinico-psychotherapeutical method and described by us is showing nature and essence of the disease. The practical value of the “alcoholic position of the patient” is that it is giving the opportunity to the experts in narcotics, psychotherapists, psychiatrists to take into the account in it’s every day work difficult and hidden character of the disease, to have no effect not is general to the patient, but on the separate components in the structure of the disease single-minded, addressed, stage by stage. Described the concrete contents of the psychotherapeutical process of “transformation” of the patient with the alcohol dependence to the teetotaler.