

## Современные модели реабилитации наркозависимых

ВЕШНЕВА С.А.  
БИСАЛИЕВ Р.В.

психиатр-нарколог Астраханского областного наркологического диспансера  
к.м.н., доцент кафедры морфологии человека Астраханского государственного университета

*Анализируются современные модели реабилитации лиц, страдающих наркотической зависимостью. Обсуждаются концепции, программы реабилитации, проблемы организации лечебно-реабилитационного процесса. Проведенный анализ литературы свидетельствует о насущной необходимости разработки и внедрения в наркологическую практику единых критериев как по оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, так и по продолжительности ремиссии.*

В целом по стране наметилась стабилизация показателей учтенной распространенности наркоманий. Вместе с тем, в 32 субъектах России отмечается увеличение этого показателя, а высокие темпы его прироста — более 10% в год — имеют место в 26 субъектах Российской Федерации, что может свидетельствовать о начавшемся новом всплеске наркотизации населения [33]. Общемировое число лиц, страдающих наркоманиями, уже в 2004 г. составило 185 млн. Другими словами, это 3% населения в целом, или 4,7% населения в возрасте 15—64 лет [13]. Весьма пристальное внимание специалистов к проблеме наркологических заболеваний обусловлено тем, что любая форма наркотической зависимости сопровождается выраженными медицинскими последствиями (сопутствующей соматической патологией, нарушениями эмоциональной, интеллектуально-мнестической и морально-этической сфер, психопатизацией личности, агрессивным и суицидальным поведением) и явлениями социальной дезадаптации (такими, как безработица, внутрисемейные конфликты, разводы, противоправные деяния) [2, 8, 14, 16, 28, 31, 32, 37, 40, 43].

В современной наркологии достаточно подробно изложены принципы диагностики и терапии абстинентного синдрома при наркоманиях. Синдром отмены рассматривается многими отечественными и зарубежными авторами в качестве квалифицирующего признака, т.е. симптома, а точнее, симптомокомплекса сформированной физической зависимости [3, 15, 26, 40, 42, 44, 45]. Именно в этот период наиболее четко виден весь спектр психопатологической и соматической симптоматики. К сожалению, рынок услуг по оказанию наркологической помощи в России часто ограничен купированием клинических проявлений абстинентного синдрома медикаментозными методами без дальнейшего психофармакологического и психотерапевтического сопровождения. На этом фоне низкая эффективность проводимых мероприятий формирует в отдаленной перспективе недоверие к психиатрам-наркологами и ко всему медицинскому сообществу. Существующее положение, на наш взгляд, объ-

ясняется несколькими обстоятельствами: элементарной медицинской безграмотностью пациентов и их родственников («возможность полного излечения за короткий промежуток времени»); стремлением некоторых специалистов к быстрому обогащению; высокой обращаемостью больных за медицинской помощью к лицам без соответствующего медицинского образования, например к представителям оккультных наук (72%) [7]. И, наконец, весьма важным фактором является малоизученность психологических, психопатологических, клинко-динамических особенностей наркоманий в различные сроки ремиссии.

Статистические данные о продолжительности периода ремиссии при наркоманиях колеблются в широких пределах. Согласно данным мировой статистики, ремиссии длительностью не менее года при наркоманиях не превышают 10%. Продолжительность терапевтических ремиссий составляет в среднем 5,8 мес. П.Д. Шабанов [51], а также В.А. Гавенко с соавторами [14] считают, что при лечении период воздержания от наркотических средств более года отмечается у 10—50%. Противоположной точки зрения придерживается Т.А. Киткина [29, 30], которая полагает, что почти в 40% случаев течение наркоманий безремиссионное. В подавляющем большинстве случаев (68%) рецидивы заболевания отмечаются в первые 6 мес. после курса лечения [18]. Перерывы в наркотизации обычно бывают вынужденными (отсутствие наркотиков, арест, госпитализация под давлением родственников).

С одной стороны, значительный статистический разброс объясняется некоторой терминологической неоднозначностью определения *ремиссия* [52]. С другой стороны, эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, а, следовательно, продолжительность ремиссионного периода во многом зависят не только от терапевтических подходов, возможностей лечебного учреждения, но и от уровня реабилитационного потенциала пациента, включающего в себя преморбидный, соматоневрологический, психический и социально-психологический статус больного.

Отмечено множество факторов, влияющих на формирование этапа ремиссии. К таковым относятся: личностные особенности больного в преморбиде, возраст начала формирования зависимости, длительность и тяжесть заболевания, установка больного на лечение и дальнейший отказ от наркотиков, полная критика к заболеванию, положительное влияние микросоциального (семейного) окружения, наличие в анамнезе «спонтанных» и терапевтических ремиссий, продолжительность непрерывного терапевтического воздействия [18, 29]. Кроме того, имеются работы, в которых факторы, определяющие продолжительность ремиссии, меняются в зависимости от стадии заболевания. В манифестной стадии длительное воздержание от наркотических веществ обусловлено ситуационно-средовыми влияниями (чаще всего это — длительная искусственная изоляция в местах лишения свободы). К концу первого — началу второго десятилетия болезни на передний план выступают эндогенно обусловленные ремиссии. Во втором десятилетии растет доля терапевтических ремиссий [48].

Безусловно, указанные особенности могут быть факторами, способствующими/препятствующими становлению ремиссии. К последним помимо изложенных можно отнести частоту и выраженность суицидальных тенденций.

Определенная взаимосвязь прослеживается между этапами ремиссии и патологическим влечением к наркотику (ПВН). М.А. Винникова [12] при формировании ремиссии выделяет два этапа: становления (созревания) и стабильной ремиссии.

Характеристиками первого этапа являются следующие: выраженная редукция аффективных, астенических, вегетативных расстройств, снижение интенсивности периодов обострений и затуханий ПВН. Данные периоды становятся кратковременными, удлиняются светлые промежутки. Этот этап следует за постабстинентным состоянием и составляет не менее 6 мес.

Этап стабильной ремиссии характеризуется полной завершенностью ее структуры: психическое состояние пациента достигает максимума стабильности, проявления ПВН отсутствуют и не провоцируются внешними факторами. По мнению автора, длительность второго этапа определяется биологическими факторами. К таковым относятся: обострение ПВН вследствие спонтанного повышения уровня дофамина, возраст, личностные особенности пациента, длительность заболевания и соматические последствия, адекватная психофармакотерапия [12].

Несомненно, интенсивность патологического влечения к наркотику является определяющим фактором становления ремиссии, поэтому все имеющиеся в арсенале медикаментозные средства, применяемые в наркологии, направлены, прежде всего, на купирова-

ние аффективных, психопатоподобных и других расстройств, являющихся психопатологическим оформлением ПВН. В связи с этим длительное применение психофармакотерапии в сочетании с другими методами существенно повысит эффективность лечения наркомании.

Что касается терапевтических методов, то в последние 15—20 лет прошлого столетия акцент в лечении наркологических заболеваний в России и за рубежом делался на медикаментозную терапию. Традиционно на этапе становления ремиссии для подавления ПВН, коррекции психопатоподобных и поведенческих нарушений, купирования депрессивных расстройств, снижения антивитальной активности используются нейролептики, антидепрессанты и нормотимики, антагонисты опиатных рецепторов. Дополнительно используются ноотропы, иммуномодуляторы, витамины, метаболические и другие средства [12, 18]. Отличительной чертой зарубежных терапевтических программ является практика «заместительной терапии» с применением синтетических агонистов опиоидных рецепторов (метадона, бупренорфина) [45, 59, 61]. В ряде стран Западной Европы практикуется даже выдача героина в специализированных лечебных и реабилитационных учреждениях [57]. Замещение запрещенных наркотиков наркотическими анальгетиками, по мнению сторонников подобных программ, призвано способствовать снижению вероятности нестерильного парентерального введения наркотиков, уменьшению риска смертельных, в том числе с суицидальной целью, передозировок наркотика, устранению потребности в запрещенных наркотиках, снижению криминальности больных, улучшению здоровья потребителей инъекционных наркотиков [45]. Вместе с тем, накопленный к настоящему времени обширный статистический и клинический материал свидетельствует о наличии негативных последствий применения заместительной терапии [62]. В России применение наркотиков для лечения наркомании запрещено законодательством. Большинство ведущих отечественных наркологов выступает против внедрения метадоновых программ, а также за одномоментный отказ пациентов от приема наркотических средств [27, 36, 50].

Весьма широк перечень психотерапевтических методов, используемых в практической наркологии. В частности, наиболее распространенными методами являются психодрама, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование, транзактный анализ, гиносуггестивная, голотропная терапия, танатотерапия, логотерапия, бьютитерапия, арт-терапия и многие другие психотехнологии [21, 23, 35]. Наиболее актуальным и продуктивным в наркологической психотерапии считается сочетание когнитивно-поведен-

ческого, гуманистического и психодинамического подходов. Важное место занимает семейная психотерапия [6, 11, 49].

Малая эффективность наркологической помощи, оказываемой зависимым пациентам, связана с тем, что акцент делается на краткосрочные лечебные мероприятия. При этом не уделяется должного внимания расстройствам личности, появляющимся и прогрессирующим в процессе наркотизации, психологической и социальной реабилитации. Отечественные психотерапевты при проведении лечебных сеансов отдают предпочтение гипнотическим методикам, существенно меньше внимания уделяется поведенческой и психоаналитической психотерапии. Психиатры-наркологи ограничиваются лишь медикаментозным вмешательством, полагая, что работа психологическими и другими не связанными с психофармакотерапией методиками выходит за рамки их профессиональной компетенции. К сожалению, практически незадействованными в терапии и реабилитации остаются близкие родственники больных. Известно, что участие родственников в терапевтическом сотрудничестве является залогом успеха всего лечебно-реабилитационного процесса для данного контингента. В то же время негативное (в том числе неосознанное) влияние микросоциального окружения не только провоцирует срывы в динамике заболевания [49], но и активизирует у больных скрытые суицидальные намерения. Только благодаря системному подходу к проблеме и комплексным лечебно-реабилитационным мероприятиям достигаются стабильные терапевтические ремиссии и обеспечивается профилактика рецидивов заболевания [43].

Долгосрочная психофармакотерапия, а также перестройка личности больного наркоманией в позитивном направлении стали возможными благодаря созданию в наркологии нового направления — реабилитологии. Практическим воплощением этого научного направления стала реабилитация наркологических больных [10, 19, 20, 25]. Реабилитация в наркологии — это сложная медико-психо-социальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья больного, его личностного и социального статуса, способности полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ (ПАВ) [21, 22, 23, 24]. Ю.В. Валентик [10] рассматривает реабилитацию в наркологии как «системный и многоаспектный процесс». По его мнению, основными составляющими такого процесса являются медицинская реабилитация (третичная профилактика), психологическая (личностная), в том числе духовная, социальная реабилитация. Компоненты реабилитации должны быть направлены не только на восстановление психофизиологического и социально-психологического статуса хи-

мически зависимого, но и на расширение всех сфер жизнедеятельности с последующей реинтеграцией (интеграцией) индивидуума в общество, на основе полного отказа от употребления ПАВ.

В 2000 г. в НИИ наркологии МЗ РФ была создана Концепция реабилитации наркологических больных в учреждениях здравоохранения [47]. В этой коллективной работе отмечено, что цель реабилитации — восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Задачи реабилитации определяются необходимостью достижения ее конечной цели с учетом важнейших аспектов жизненной ситуации больного — медицинских, личностных, социальных — путем ее активной направленной реорганизации.

Из принципов реабилитации выделены следующие:

- 1) добровольность участия больного в лечебно-реабилитационном процессе (ЛРП);
- 2) доступность и открытость реабилитационных учреждений;
- 3) доверительность и партнерство;
- 4) единство социально-психологических и медико-биологических методов целевого воздействия;
- 5) многообразие и индивидуализация форм (моделей) реабилитационных мероприятий.

Основные условия, или требования, проведения ЛРП:

- 1) отказ больного от употребления ПАВ;
- 2) личная ответственность за успешную реализацию ЛРП;
- 3) опора на позитивные, личностно-значимые для пациента социальные ценности;
- 4) обеспечение правовой и организационной регламентации ЛРП;
- 5) создание в реабилитационном учреждении единой «бригады» («команды») специалистов.

Мы полагаем, что понятия *реабилитация* и *реабилитационный потенциал* тесно взаимосвязаны. Без этого невозможно представить динамику и прогноз реабилитации. Т.Н. Дудко [20] сформулировал концепцию реабилитационного потенциала (РП) наркологических больных, описал его основные диагностические критерии, личностные и социально детерминированные варианты его уровней (УРП): высокий, средний и низкий. Распределение больных по УРП позволяет не только дифференцировать их по степени тяжести и медико-социальным последствиям заболевания, но и обосновать направление их в то или иное реабилитационное учреждение, оптимально использовать возможно-сти реабилитационной среды, рекомендовать объем

медицинских, психотерапевтических, трудовых и других социально-восстановительных мероприятий.

Введены следующие понятия, широко используемые в практической наркологии: *реабилитационная среда, реабилитационный потенциал, реабилитационные технологии, реабилитационная наркологическая бригада*; предложены этапы и сроки реабилитации. Кроме того, выделены этапы реабилитации, рекомендованы оптимальные лечебно-реабилитационные вмешательства. Реабилитация больных наркоманией при отсутствии противопоказаний предусматривает обязательное получение больными комплексной лечебно-реабилитационной помощи в условиях стационара и амбулатории [38].

Наркологической службой Российской Федерации используются следующие типовые модели реабилитации:

- 1) модифицированная Миннесотская модель групповой стационарной и амбулаторной 12-шаговой реабилитационной программы;
- 2) модифицированная модель «терапевтического сообщества» в стационарном и амбулаторном вариантах;
- 3) смешанная модель, основанная на сочетании двух упомянутых с дополнительными элементами народной медицины и религиозным подходом (на базе различных конфессий), когда первостепенное внимание уделяется психологической и духовной поддержке пациентов реабилитационного учреждения, а также их трудовой занятости.

Важная роль при любой модели реабилитации отводится созданию оптимальной реабилитационной среды [4].

Формирование терапевтической (реабилитационной) среды — основная задача терапевтических сообществ (ТС), широко распространенных на Западе [54, 56, 58, 60]. Признаками ТС являются неформальная обстановка, совместная работа персонала и больных по обеспечению жизнедеятельности сообщества, а также само- и взаимопомощь больных. В России это направление реабилитации используется в эклектических, усеченных вариантах, несмотря на то, что, по оценкам отечественных специалистов, эффективность ТС позволяет достигнуть 75% годичных ремиссий [17].

Реабилитационная работа в структурах различных конфессий — Русской Православной Церкви (РПЦ), ислама, буддизма — ведется в двух направлениях: амбулаторном и стационарном. В храмах или других религиозных учреждениях для больных установлен четкий распорядок дня, обеспечивается трудовая занятость, обязательны участие в богослужениях, причащение, покаяние, посещение храмовой или монастырской библиотеки. Предусмотрены четкие поведенческие нормы, в том числе ограничения, «запреты», например абсолютное воздержание от алкоголя,

наркотиков, а иногда и от курения табака, соблюдение диеты и постов, отказ от мясной пищи и др. Согласно мнению священников РПЦ, в основе реабилитации должны лежать «вера, молитва и труд». С этой точки зрения, избавиться от своего пристрастия к алкоголю и наркотикам верующему человеку легче. Католическое обследование больных наркоманиями, прошедших реабилитацию в Свято-Иоанно-Богословском мужском монастыре в течение трех—шести месяцев, выявило стойкие ремиссии продолжительностью свыше одного года у 70% больных с высоким и средним УРП [22]. Вместе с тем, известно, что большинство наркологических больных не относится к числу верующих людей. Следовательно, их реабилитация требует иных, сугубо светских подходов, на которые и ориентируются учреждения здравоохранения [22].

С нашей точки зрения, наиболее успешной и проработанной является комплексная гуманистическая программа реабилитации (КГПР) [20] — методологически обоснованный личностно-ориентированный и социокультуральный подход к оказанию помощи наркологическим больным, который характеризуется гуманистической направленностью, открытостью, комплексностью, этапностью и научной обоснованностью реабилитационных технологий, принципом гласности, гибкими коммуникативными связями, активным участием пациентов в ЛРП, ответственностью за эффективное функционирование реабилитационной среды, уважением и доверием между персоналом и больными, обязательной трудовой занятостью. КГПР позволяет объединить медицинские, психологические, психокоррекционные, психотерапевтические, социальные направления и мероприятия, объективно оценить результаты ЛРП. При осуществлении данной программы оценивается уровень реабилитационного потенциала, что позволяет определить продолжительность каждого этапа реабилитации, а также объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

ЛРП разделен на восстановительный и собственный реабилитационный этапы. Последний, в свою очередь, подразделяется на адаптационный, интеграционный и стабилизационный.

Применяются следующие технологии ЛРП:

- 1) терапия РС;
- 2) диагностические методы;
- 3) медицинские мероприятия;
- 4) психотерапия и психокоррекция;
- 5) терапия занятостью;
- 6) организация досуга;
- 7) арт-терапия;
- 8) социотерапевтические;
- 9) бьютитерапия;
- 10) духовно-ориентированные подходы;
- 11) система патронажа.

Из пациентов, оставшихся в программе реабилитации, продолжительность ремиссии более одного года достигнута у 29,7% больных с высоким УРП; у 17,1% — со средним и у 11,4% — с низким УРП. Помимо полного воздержания от наркотиков, алкоголя и других ПАВ, эти больные возобновили учебу или работу, у них нормализовались семейные отношения, повысился рейтинг морально-этической ориентации, самооценки и самоактуализации [24].

Миннесотская модель на основе стационарной и амбулаторной 12-шаговой реабилитационной программы, скооперированной с работой сообществ Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН), рассматривается как одна из хорошо проработанных психотерапевтических систем, благодаря которой больные добиваются эмоциональной, психической и духовной зрелости, в результате чего обеспечивается комфортная трезвая жизнь [60]. Именно поэтому Миннесотская модель была внедрена в большинстве реабилитационных центров России. Хорошие результаты отмечены при использовании ее у больных алкоголизмом: от 37 до 75% годовых ремиссий [5, 17, 39, 55]. Однако применение данной программы реабилитации у больных опийной наркоманией является низкоэффективным [23].

Как видно из представленного теоретического материала, эффективность применения Миннесотской модели у больных с различными формами наркоманий в нашей стране изучена немногими исследователями, поэтому требует дополнительных и углубленных исследований.

Большинство больных в связи с недооценкой тяжести своего заболевания не соглашается участвовать в продолжительных целевых программах, результатом чего стало повсеместное внедрение их краткими среднесрочных вариантов («психотерапевтические марафоны», «интенсивная реабилитация», а в случае религиозных структур — «отчитка от бесов» и др.). По-прежнему распространены такие методики, как кодирование наркомании по А.Р. Довженко, имплантация препаратов плацебо. Следует отметить, что подобные вмешательства не опираются на единую систему постепенных «поэтапных позитивных изменений», поэтому результат их использования не только недостаточен, но нередко наносит вред их участникам — больные перестают верить в возможность выздоровления и ресоциализации [22].

Публикации по проведению реабилитационных мероприятий носят в основном краткий описательный и статистический характер. Так, В.Г. Тактаров и И.А. Новиков [46] считают, что длительное пребывание пациентов в реабилитационном отделении нежелательно в связи с возможностью формирования у них различных форм госпитализма. С целью профилактики

этого авторы предлагают проводить совместно с психологами психокоррекцию, рекомендуют дозированные физические нагрузки, психотерапию (арт-терапию, эриксоновский гипноз, транзактный анализ, телесно-ориентированную терапию, групповую терапию). И.Е. Бульгина и М.Г. Цетлин с соавторами [9], напротив, считают, что внедрение реабилитационного звена в схему оказания наркологической помощи повышает длительность ремиссий, улучшает их качество. Опубликованы данные по эффективности проведения программы амбулаторной реабилитации наркозависимых (совместный российско-голландский проект), динамике социального статуса пациентов [1]. Важными элементами программы были мотивационное консультирование, уличная работа. В процессе реабилитации применялись методы индивидуальной, групповой, семейной, экзистенциальной, когнитивно-поведенческой психотерапии. Проводились тренинги социальных навыков, включая тренинг ассертивности. Пациенты обучались методам психической саморегуляции. Социальные работники помогали решить пациентам проблемы с трудоустройством, образованием, правоохранительными органами. В результате реализации проекта из 63 пациентов 51 находился в состоянии устойчивой (более года) ремиссии, которая характеризовалась нормализацией социально-психологического статуса пациентов. Столь высокая эффективность, на наш взгляд, связана с особенностями контингента пациентов. Критериями отбора участников данной программы были: возраст от 16 до 25 лет; диагноз *пагубное употребление героина или опийная наркомания*, стаж употребления — не более трех лет; наличие постоянного места жительства, семьи, ремиссий в анамнезе; готовность пациента к участию в проекте; отсутствие суицидального поведения и более двух судимостей в прошлом. Подобные характеристики соответствуют среднему и высокому уровням реабилитационного потенциала по Т.Н. Дудко [20].

Вопросы организации и проведения реабилитационных мероприятий также заслуживают внимания. Практическое решение методологических и организационных проблем, несомненно, повысит эффективность ЛРП. Данные литературы и собственные многолетние исследования позволили нам выделить ряд проблем, связанных с организацией и проведением лечебно-реабилитационных мероприятий:

- 1) проведение всей лечебно-реабилитационной работы одними и теми же специалистами;
- 2) необученность сотрудников амбулаторного звена методикам реабилитации;
- 3) производственная перегруженность врачей и психологов реабилитационных стационаров;
- 4) распространенность синдрома выгорания у специалистов;
- 5) низкая оплата труда.

Обращает на себя внимание, что в большинстве стационарных реабилитационных учреждений отсутствуют систематическая трудовая занятость, юридическая и социальная помощь с трудоустройством после выписки из реабилитационного отделения.

Особого внимания заслуживает вопрос подготовки консультантов-волонтеров (сотрудники из числа бывших пациентов с ремиссией не менее одного года), работа которых достаточно широко используется в реабилитационных наркологических учреждениях, но подготовка их проводится вне структуры наркологической службы. В результате страдают качество психологической и психотерапевтической подготовки, умение работать в системе гуманитарных знаний и принципов ресоциализации, где должны преобладать нормативные социальные установки и пути выхода из наркоманической/алкогольной среды. Консультант как бы остается в среде больных и не видит свою жизнь вне болезни, ибо чаще всего не имеет профессиональной занятости вне наркологического учреждения.

Таким образом, анализ изученной литературы свидетельствует об актуальности проблем реабилитации в современных условиях. Обращает на себя внимание небольшое число публикаций и значительный статистический разброс по показателям продолжительности периода воздержания от наркотических веществ. Дискуссионным остается и вопрос, касающийся понятия *ремиссия*. Недостаточно изучены психологические, психопатологические, клинко-динамические и социальные аспекты опийной наркомании на различных этапах формирования ремиссии. Предлагаемые модели реабилитации наркозависимых наряду с преимуществами имеют ряд недостатков. При их реализации недостаточно учитываются индивидуально-личностные, культурно-психологические, этнические, национальные и другие особенности пациентов. Кроме того, некоторые реабилитационные программы акцентированы либо на психофармакотерапии, либо на психотерапевтических методах.

Вышеизложенное свидетельствует о насущной необходимости разработки и внедрения в наркологическую практику единых критериев оценки как эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, так и продолжительности ремиссии.

### Список литературы

1. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков: Методическое руководство / Под ред. Ф. Траутманна, Ю.В. Валентика, В.Ф. Мельникова. — Изд-во «Добро». — 314 с.
2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
3. Балашов А.М. Парадокс патогенетической терапии наркоманий // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 27—31.
4. Батищев В.В., Негерш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. — М., 2001. — С. 38—48.
5. Батищев В.В. Программа «12 шагов» и ее место в лечебно-реабилитационном процессе в стационаре для больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2002. — 24 с.
6. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных: Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 2. — С. 120—172.
7. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 108 с.
8. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинко-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
9. Булыгина И.Е., Цетлин М.Г., Павлова А.З., Захаров В.Н. Опыт организации системы реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ в республике Чувашия // Вопросы наркологии. — 2001. — №6. — С. 51—53.
10. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. — М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. — 34 с.
11. Валентик Ю.В. Психотерапевтические методы в реабилитации // 1-я Московская научно-практическая конференция по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии. Тезисы докладов. — М., 2002. — С. 26—27.
12. Винникова М.А. Профилактика рецидивов при опийной зависимости: общие подходы к терапии // Вопросы наркологии. — 2006. — №1. — С. 42—49.
13. Всемирный доклад о наркотиках 2004. Т/ 1. Анализ. Управление по наркотикам и преступности ООН. — 2004. — С. 2.
14. Гавенко В.А., Самардакова Г.А., Кожина А.М., Коростий В.И., Демина О.О. «Наркология»: Учебное пособие. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — 288 с.
15. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: МИКЛОШ, 2003. — 215 с.
16. Гришина Е.И., Панова Т.Н., Великанова Л.П. Диагностика и лечение поражений сердечно-сосудистой системы при опийной наркомании: Методическое пособие. — Астрахань, 2005. — 62 с.
17. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.А. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. — СПб., — 27 с.
18. Дифференцированные подходы к терапии опийной зависимости: профилактика рецидивов: Пособие для врачей. — М., 2004. — 23 с.
19. Дудко Т.Н., Валентик Ю.Н., Вострокнутов Н.В. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. — М., 2001. — 68 с.
20. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001.
21. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории: Методические рекомендации. — М., 2004. — 57 с.
22. Дудко Т.Н., Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Организационно-правовые и врачебно-этические принципы реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. — М., 2004. — 52 с.
23. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях стационара: Методические рекомендации. — М., 2006. — 74 с.
24. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Вопросы наркологии. — 2006. — №1. — С. 31—41.
25. Иванец Н.Н. Научные и организационные основы реабилитации в наркологии // Сб. материалов 1-й Московской научно-практической конференции по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии. — М., 2002. — С. 5.
26. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
27. Иванец Н.Н., Альтшулер В.Б. «Заместительная терапия» наркомании метадонном и другими опиоидными наркотиками

- ми: происхождение суть и тенденции // Вопросы наркологии. — 2004. — №2. — С. 3—7.
28. Избранные вопросы наркологии: Учебное пособие / Л.П. Великанова, А.П. Меснянкин, О.В. Каверина, М.А. Чернова, Р.В. Бисалиев. — Астрахань, 2005. — 364 с.
29. Киткина Т.А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1993. — 24 с.
30. Киткина Т.А. Особенности терапевтических ремиссий у больных опийной наркоманией // Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии». — М., 2005. — С. 60.
31. Клименко Т.В., Дворин Д.В., Субханбердина А.С. Динамика противоправной активности у больных с различными психическими расстройствами на фоне злоупотребления опиатами // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии. — М., 2004. — С. 66—67.
32. Козлов А.А. Медицинские и социальные последствия наркоманий: Руководство по наркологии: в 2-х т. Т. 1/ Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 367—384.
33. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в России в 2003—2004 годах // Вопросы наркологии. — 2005. — №3. — С. 57—67.
34. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — 344 с.
35. Лопатин-Бремзен А.С. Гипно-аутосуггестивная методика стабилизации ремиссии у больных героиновой наркоманией // Сб. материалов международной научно-практической конференции «Современные проблемы наркологии», Москва, 18—20 ноября 2002 г. — М., 2002. — С. 39.
36. Надеждин А.В. О применении «заместительной терапии» у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 66—71.
37. Оруджев Н.Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — Т. 102, №3. — С. 59—64.
38. Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)». Приказ от 22 октября 2003 г. №500. — М., 2003. — 135 с.
39. Орлов А.М., Казаченко Е.О. Опыт психокоррекции в рамках программы «12 шагов» // Социальные, правовые и медицинские последствия алкоголизма и наркоманий: Сб. материалов областной научно-практической межведомственной конференции «Проблемы алкоголизации и наркотизации населения Читинской области». — Чита: Поиск, 2001. — С. 193—196.
40. Павловская Н.И. Распространенность инфекций, передающихся половым путем, и их связь с аддиктивным поведением // Вопросы наркологии. — 2003. — №4. — С. 63—73.
41. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — М.: Медицина, 1975. — 333 с.
42. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
43. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
44. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий: Руководство по наркологии: в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 269—367.
45. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. — 304 с.
46. Тактаров В.Г., Новиков И.А. Подходы к стационарной реабилитации наркологических больных // Вопросы наркологии. — 2001. — №6. — С. 48—50.
47. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепции и практическая программа. — М., 2000. — 36 с.
48. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикоманий: клиника, течение, терапия). — М.: Медпрактика-М, 2002. — 240 с.
49. Чирко В.В., Демина М.В. Родители больных наркоманией: психопатология созависимости (1 сообщение) // Вопросы наркологии. — 2005. — №2. — С. 19—29.
50. Чирко В.В. Международная конференция «Здоровье нации и борьба с наркотерроризмом» // Вопросы наркологии. — 2006. — №3. — С. 3—5.
51. Шабанов П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. — М.: Гэотар-Мед, 2003. — 560 с.
52. Шайдукова Л.К. Особенности «ремиссионных» психических расстройств у больных наркоманиями // Наркология. — 2006. — №11. — С. 53—58.
53. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П. и др. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 328 с.
54. Broekaert E., Van der Straten G., D'oosterlinck F., Kooyman M. The therapeutic community for ex-addicts: A view from Europe // In print. — 1997. — P. 7—23.
55. Cook C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part 1. The philosophy and the programmer // British Journal of Addiction. — 1988. — Vol. 83. — P. 625—634.
56. De Leon G. The therapeutic community: Study of effectiveness. Wash.: Government printing office. — 1984. — P. 36—71.
57. Fisher B., Rehm J., Kirst M. et al. Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence // Eur. J. Public Health. — 2002. — Vol. 12, №3. — P. 228—234.
58. Jones M. The therapeutic community, social learning and social change // Therapeutic communities. — 1979. — P. 1—10.
59. Hutchinson S.J., Taylor A., Gruer L. et al. One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in GP-centred programmer // Addiction. — 2000. — Vol. 95, №7. — P. 1055.
60. Kennard D. An introduction to therapeutic communities. L. etc.: Routledge & Kegan P. — 1983. — Vol. XII. — P. 196.
61. Reggers J., Annseu M. Recommendations dans le traitement des toxicomanes aux opiaces // Rev. Med. Liege. — 2000. — Vol. 55. — P. 409.
62. Seilder D., Schmeiser-Rieder A., Schlarp O. et al. Heroin and opiate emergencies in Vienna: analysis at the municipal ambulance service // J. Clin. Epidemiol. — 2000. — P. 734—741.

## MODERN MODELS OF ADDICTS' REHABILITATION

**VESHNEVA S.A.** psychiatrist-narcologist of Astrakhan regional narcologic dispensary

**BISALIEV R.V.** cand. med. sci., associate professor of the department of human morphology of Astrakhan State University

*In article are analyzed modern models to rehabilitations of the persons, suffering from narcotic dependency. They Are Discussed concepts, program to rehabilitations, problems to organizations medical-rehabilitation process. The Organized analysis of the literature is indicative of vital of need of the development and introduction in drug practical person of the united criterion as on estimation medical-rehabilitations action, so and on length of the remissions.*