

Героиновая наркомания, развивающаяся у больных с различными особенностями личности (условия формирования, клиническая картина, терапевтический подход)

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, рук. отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

ТУЗИКОВА Ю.Б.

к.м.н., научный сотрудник ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В процессе исследования нескольких групп больных героиновой наркоманией были разработаны схемы и принципы лечения, наиболее эффективные для каждого типа личности. Преобладание биологической терапии или социально-реабилитационных мероприятий, рациональной или суггестивной терапии, либо воздействия со стороны семьи зависело от текущего психического статуса больного и данных патопсихологического обследования. Так, наиболее эффективной психофармакотерапия была для пациентов стенического и астенического круга. Ограничительные мероприятия выходили на первый план у неустойчивых и в контрольной группе. Рациональная терапия была наиболее адекватной для больных контрольной группы и стенических, а суггестивная — для больных астенического и истерического круга. Полученные результаты позволяют уточнить диагностические, клинико-динамические и прогностические критерии героиновой наркомании, развивающейся у больных с расстройствами личности, а также подтверждают и развивают положения об определяющем значении измененной “почвы” для патопластики стержневых симптомов наркологического заболевания. У больных с различными характерологическими типами течение героиновой зависимости существенно отличается, а у психопатических личностей наркомания протекает заметно тяжелее. Это позволяет индивидуализированно, с учетом как характера аномалии личности, так и тяжести наркотической зависимости, разрабатывать меры терапевтического и социально-реабилитационного воздействия на больных.

Как известно, в последнее десятилетие произошел скачкообразный рост числа лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. В период с 1991 по 2000 г. в России показатель числа больных наркоманиями, состоящих на учете, вырос с 21,2 до 185,8 человек на 100 тыс. населения; заболеваемость же за эти годы увеличилась с 3,9 до 50,6 (Кошкина Е.А., 2001). При этом в число лиц, приобретающих к приему наркотиков, в первую очередь относятся индивидуумы с теми или иными психическими отклонениями.

Данные о высоком уровне отягощенности наркозависимых больных различной преморбидно проявляющейся психической патологией неизменно предваряют многие работы по наркологии (Личко А.Е., 1977; Сирота Н.А., 1989; Воронин К.Э., 1993; Hirsch D., Paley J., Renner J.A., 1998; Rahav M., Rivera J.J., Nuttbrock L. et al., 1995; Friedman S., Fleming F., Roberts H. et al., 1998 и др.). Подчеркивается тяжесть течения зависимости, ее неблагоприятный исход при преморбидном наличии психопатий (Рохлина М.Л., Врублевский А.Г., 1990; Пятницкая И.Н., 1994 и др.).

В исследованиях, посвященных проблемам опийной наркомании, анализируются ее отдельные аспекты в зависимости от преморбидных личностных особенностей. Это касается: терапевтических ремиссий (Киткина Т.А., 1993), расстройств эмоциональной сферы (Благов Л.Н., 1994), синдрома патологического влечения к наркотикам (Клименко Т.В., 1996), постабстинентного синдрома (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000), формирования специфической “наркоманической личности” (Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2000), а так же склонности к формированию полизависимости (Врублевский А.Г., 1987; Даренский И.Д., Ровенская О.А., Чирко В.В., 2000).

Настоящая работа выполнялась на базе наркологического отделения ГНЦ ССП им. В.П. Сербского в 1997—2001 г.г. За этот период стационарное и амбулаторное лечение по поводу героиновой зависимости прошло более трехсот

больных (в исследование вошли 343 чел.). Средний возраст обследованных — 23,5 года (от 16 до 33 лет). К моменту наблюдения средняя длительность систематической наркотизации составляла 3,6 года (от 4 месяцев до 6 лет). Средняя длительность катамнестического наблюдения — 1,5 года (от 3 месяцев до 3 лет).

Применялись следующие методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, психологическое обследование (тесты ММРІ и УСК), математико-статистические (Statistica 5.5). При обработке данных использовались только те результаты, достоверность разницы между которыми по группам не превышала $p=0,1$.

Основным признаком разделения больных героиновой наркоманией (F11.2, по МКБ-10) на группы являлось наличие у них до развития зависимости личностных особенностей, соответствующих следующим типам: стеническому — 85 чел., 24,8% (включая гипертимных, возбудимых, эпилептоидных), астеническому — 34 чел., 11,3% (включая собственно астеников и сенситивных пизоидов), истерическому — 54 чел., 15,8%, неустойчивому — 103 чел., 30,1% (включая больных с расстройствами влечений и патологически конформных). Примерное соответствие традиционных для отечественной наркологии типов личности с расстройствами личности (F60.1-8) МКБ-10 приведено в таблице 1.

Таблица 1

Соотнесение приведенных выше типов личности с соответствующими рубриками МКБ-10

Группа личностей
стенического круга (33 чел., 24,8%)
F.60.2 — Диссоциальное расстройство личности
(и подрубрика “психопатическая личность”);

F.60.3 — Эмоционально неустойчивое расстройство личности:

F.60.30 — импульсивный тип,

F.60.31 — пограничный тип

Группа личностей

астенического круга (15 чел., 11%)

F.60.7 — Зависимое расстройство личности (и подрубрика “астеническая личность”)

F.60.6 — Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

F.60.1 — Шизоидное расстройство личности

Группа личностей

неустойчивого круга (40 чел., 30,1%)

F.60.2 — Диссоциальное расстройство личности (подрубрика “асоциальное”)

F.60.7 — Зависимое расстройство личности (и подрубрика “пассивная личность”)

F.60.8 — Другие специфические расстройства личности

Группа личностей

истерического круга (21 чел., 15,8%)

F.60.4 — Истерическое расстройство личности

Преморбидные личностные особенности ограничивались уровнем акцентуации у 34,0% всех больных (117 чел.) или достигали глубины психопатии (расстройства зрелой личности, F60 по МКБ-10) у 48,0% (165 чел.). Контрольной группой послужили больные, не имевшие до развития героиновой зависимости черт характера, позволявших соотнести их с каким-либо определенным типом (62 чел. — 18,0% от всех больных). Данные представлены на рисунках 1 и 2.



Средний возраст начала приобщения к психоактивным веществам в разных группах колебался в пределах от 15,2 до 16 лет без достоверных различий. У 42,2% всех обследованных наблюдался период “первичного поискового полинаркотизма” с пробами до 10 видов различных веществ (более, чем у половины больных стенического круга, у каждого 3-го больного неустойчивого круга и контрольной группы, у каждого 4-го больного истерического и астенического круга). Зависимость от других психоактивных веществ чаще всех наблюдалась у больных стенического круга, реже — неустойчивого и астенического. Зависимость от алкоголя обнаруживалась у 18,3% всех обследованных, от каннабиноидов — 26,6%, от стимуляторов — 6,4%. У лиц с психопатиями поисковый период наблюдался в 2 раза чаще, чем у остальных. Они обнаруживали признаки алкоголизма в 3 раза чаще, чем остальные, а зависимость от каннабиноидов — примерно с одинаковой частотой.

Наиболее распространенными мотивами приобщения к психоактивным веществам (по классификации Завьялова В.Ю., 1990) были гедонистические, к которым в разных группах присоединялись и другие разновидности потребности в ПАВ, уже связанные с теми или иными личностными особенностями. Для возбудимых и эпилептоидных личностей были характерны атарактические мотивы (нейтрализация внутреннего напряжения); для гипертимных и неустойчивых с расстройствами влечений — потребность в гиперактивации сенсорно-моторной сферы; для истерических — гиперактивация поведения с демонстративностью; для астенических — атарактические (нейтрализация тревоги, страха) и, отчасти, субмиссивные мотивы; для патологически конформных мотивация была субмиссивной. Лица контрольной группы стремились к приему веществ по наиболее характерным для всех пациентов причинам гедонистического характера и лишь иногда — по субмиссивным.

Дальнейшие патодинамические и феноменологические особенности наркомании приобретали значительное разнообразие в зависимости от типа личности и глубины коморбидных личностных расстройств. Как интегративная характеристика тяжести героиновой зависимости была использована прогрессивность, при установлении которой учитывались такие параметры, как: длительность периода поискового полинаркотизма, наличие зависимости от других психоактивных веществ до формирования героиновой зависимости, возраст начала систематической наркотизации, ее длительность, степень тяжести абстинентного синдрома (АС) после отмены героина, критика к заболеванию, наличие спонтанных или терапевтических ремиссий до наблюдения, длительность ремиссии в период наблюдения, последующее формирование зависимости от других психоактивных веществ, степень социального снижения.

Течение героиновой наркомании у больных стенического круга отличалось самой высокой прогрессивностью, которую обуславливали следующие факторы. Зависимость формировалась самыми быстрыми темпами; стремительный рост толерантности приводил к установлению максимально высоких суточных доз героина (до 2 г). Социальное снижение в результате наркотизации было значительным, судимости — частыми (38,6% от группы), критика к заболеванию — самой низкой. АС после прекращения систематического употребления характеризовался лавинообразным нарастанием симптомати-

ки, самой тяжелой среди всех других групп степенью выраженности различных компонентов — алгического, сомато-вегетативного, психопатологического (с сужением сознания, самоповреждающим поведением, просоночными состояниями в период острых расстройств) — и наибольшей длительностью (до 7 суток). Влечение в периоды воздержания от героина было чаще компульсивным (у 66,7% больных), реже — обсессивным (33,3%). Обострения влечения носили смешанный характер. В результатах психопатологического обследования больные стенического круга характеризовались как аффектно ригидные, активно пренебрегающие общественными нормами, стремящиеся жестко утверждать свое превосходство. Срывы ремиссий на ранних сроках у больных этой группы отмечались чаще, чем у всех остальных (66,7% от группы), а ремиссии свыше года — реже всех (6,1%), средняя длительность ремиссии была наименьшей (5,1 мес.). При прекращении злоупотребления героином у них часто (в 34,6% наблюдений) формировалась зависимость от других психоактивных веществ (в основном, от алкоголя).

Наркомания у больных неустойчивого круга характеризовалась высокой прогрессивностью. Заболевание формировалось быстрым темпом, но рост толерантности был нестабильным и зависел от внешних обстоятельств; суточные дозы героина устанавливались на среднем уровне (около 1 г). Больные обнаруживали низкий уровень критики к своему состоянию; степень социального снижения как результат наркотизации по сравнению с другими группами была самой значительной, а количество судимостей — наибольшим по сравнению с другими группами (42,8% от группы). В структуре АС преобладали поведенческие нарушения, однако и другие — алгические, сомато-вегетативные, диссомнические — были выражены достаточно тяжело; АС протекал длительно (до 6 суток). Согласно данным психологического тестирования пациенты неустойчивого круга отличались преобладанием поведенческих расстройств, снижением способности к целенаправленным действиям, поверхностностью суждений, неумением делать должные выводы из собственного негативного опыта. В периоды воздержания стремление к изменению своего психического состояния проявлялось в небольшом преобладании влечения обсессивного типа (в 57,5% случаев) над компульсивным (42,5%); обострения влечения носили смешанный характер. В ранние сроки (до 3 месяцев) срывы ремиссий наблюдались в половине наблюдений (53,8%), ремиссии свыше года были единичными (7,5%), средняя длительность ремиссии была относительно небольшой — составляла 5,4 мес. В 19,3% случаев приобреталась зависимость от других психоактивных веществ.

У больных истерического круга прогрессивность наркомании также оценена как высокая. Темп формирования зависимости был быстрым, толерантность устанавливалась на среднем и высоком уровне (0,75—1 г); само влечение характеризовалось высокой интенсивностью. При умеренной степени социального снижения и небольшом числе судимостей (16,7% от группы) обнаруживался достаточно низкий уровень критики к наркологическому заболеванию. Сомато-вегетативный компонент АС и диссомнические нарушения чаще достигали средней степени выраженности; были резко выражены аффективные и поведенческие расстройства, в остром периоде отмечались сужение сознания, демонстративные самоповреждения, мнимые обмороки, астазия-абазия, просоночные состояния (более легкие, чем у больных стенического круга).

Длительность АС была обычной для всего контингента больных (в среднем, 5,8 суток). По результатам психологического обследования больные истерического круга обнаруживали неудовлетворенность потребности в контактах, сентиментальность, ориентация на внешнюю оценку, постоянную потребность в поддержке со стороны окружения, артистические наклонности. В ремиссиях почти одинаково часто встречалось и компульсивное (в 47,6% случаев), и обсессивное влечение (52,4%), преобладали обострения влечения смешанного типа. Больные этой группы чаще и раньше всех остальных пациентов обращались за наркологической помощью. 38,8% больных после героина начинали злоупотреблять другими психоактивными веществами (в основном, стимуляторами). Хотя срыв ремиссии в ранние сроки наблюдался у 61,2% больных, средняя продолжительность ремиссий в группе была наибольшей (9,7 мес.), и сравнительно часто наблюдались ремиссии свыше года (19,0% от группы).

Больным астенического круга был свойственен низкий темп формирования наркомании, медленный рост толерантности, самые малые суточные дозы героина (0,2—0,3 г), самый высокий уровень критики к заболеванию и сравнительно невысокая степень социального снижения (с отсутствием судимостей в отличие от больных других групп). В структуре АС средней степени тяжести преобладали затяжные вегетативные, диссомнические и аффективные нарушения, с идеями самообвинения, адинамией, раздражительной слабостью. Отмечался аналог алгического синдрома — парэстетические ощущения. Психологическое обследование выявило сохранение таких характерологических черт, как ранимость, замкнутость, ориентировка главным образом на внутренние критерии. Влечение в подавляющем большинстве случаев было обсессивным (в 73,3% случаев); обострения влечения существенно чаще, чем в других группах, протекали по эндогенному типу (40,0%), а не по смешанному, как в других группах. 15,4% больных приобрели зависимость от стимуляторов. При невысокой средней длительности ремиссий (5,2 мес.) больные этой группы чаще, чем все остальные, воздерживались от героина свыше года (26,7% от группы). Прогрессивность наркомании была самой низкой.

В контрольной группе героиновая зависимость формировалась с умеренным ростом толерантности, дозы наркотика устанавливались на среднем уровне (0,5 г). Больные обнаруживали сравнительно высокий уровень критики к наркомании, самую малую из всех степень социального снижения, небольшое количество судимостей (9,5% от группы). АС протекал легче и в более короткие сроки, чем у всех остальных (4,5 суток); приобретенные в результате наркотизации психопатоподобные, невротоподобные, аффективные и диссомнические нарушения редуцировались быстрее, чем у больных других групп. При психопатологическом тестировании у больных контрольной группы чаще других определялась способность вести себя в соответствии с социально одобряемыми нормами; они отрицательно относились к явной неконформности, высказывали большую, чем другие, тревогу по поводу своего здоровья. Влечение обсессивного типа (в 70,8% случаев) заметно преобладало над компульсивным (29,2%), обострения носили смешанный и экзогенный характер. На ранних сроках срывы ремиссий у больных контрольной группы отмечены реже, чем у остальных (38,1%), средняя длительность ремиссии — выше средней (8,5 мес.). Ни

один больной контрольной группы после прекращения наркотизации не приобрел зависимости от других психоактивных веществ. Прогрессиентность заболевания оценена как сравнительно низкая.

Что касается личностных особенностей, то при систематической наркотизации они заметно углублялись по сравнению с тем, что было до начала употребления героина. Как правило, изменения шли по пути заострения черт преморбидного типа. У пациентов, личностные особенности которых ограничивались акцентуацией, они стали соизмеримы с глубиной психопатии. Однако развивающаяся деформация структуры личности не укладывалась в рамки динамики психопатии, а имела специфический для наркомании характер. Заострялись далеко не все присущие тому или иному больному особенности, а лишь некоторые из них (в первую очередь, возбудимость, аффективные расстройства и признаки морально-этического снижения).

Были сравнены клинические особенности наркомании у пациентов с личностными аномалиями, достигающими степени психопатии (расстройств личности, по МКБ-10) и не достигающими такой степени. Оказалось, что у первых наркомания формировалась в более стремительном темпе, АС протекал дольше и тяжелее, сопровождался самоповреждающим поведением, просночными состояниями, сужением сознания на высоте абстинентных расстройств. У психопатических личностей в большей степени были выражены тревожное напряжение, раздражительность, лабильность настроения. Критика к наркологическому заболеванию была более поверхностной, чаще отмечалось раннее возобновление злоупотребления наркотиками после лечения. Хотя общее социальное снижение у больных с психопатией было выражено примерно в той же степени, что и у остальных, у первых чаще выявлялись антисоциальные и асоциальные установки и судимости.

При психологическом обследовании обнаружено, что больным с психопатиями в большей степени были свойственны враждебное отношение к окружающим, склонность подозрительно относиться к их поступкам. Было также характерно стремление возвыситься над другими людьми, продемонстрировав свою силу или их слабость. Пациенты чаще обнаруживали аффективную ригидность, тенденцию к сверхценным образованиям, стремление достичь своих целей в ущерб окружающим, использовать их для реализации своих намерений.

При работе с психопатическими личностями реабилитационные и психотерапевтические мероприятия осуществлялись с большим трудом по сравнению с остальными пациентами. В ремиссиях влечение к наркотикам существенно чаще носило у них компульсивный характер и проявлялось в постоянной форме. Периоды воздержания от психоактивных веществ у психопатических личностей были достоверно короче, чем у остальных пациентов. В целом, у больных с психопатиями зависимость от героина протекала более прогрессиентно, чем у пациентов с акцентуациями и вошедшими в контрольную группу.

Лечение больных героиновой наркоманией с коморбидной личностной патологией проводилось в соответствии с четырьмя основными принципами: этапность, комплексность, максимальная индивидуализация, условие полного отказа от любых психоактивных веществ.

Этапность лечения определялась последовательной динамикой клинической картины, в соответствии с чем выделялись следующие этапы:

а) терапия острых нарушений (включавшая купирование абстинентного и псевдоабстинентного синдромов, 2—3 недели),

б) поддерживающая терапия в рамках основного курса лечения героиновой зависимости (до 2 мес.),

в) поддерживающая терапия в рамках коррекции личностных расстройств (2 раза в год по 1—1,5 мес., а также по мере необходимости).

Комплексный подход подразумевал сочетание на всех этапах лечения психофармакотерапии с психотерапевтическим воздействием. Психофармакотерапия включала в себя препараты разных химических групп и была направлена на максимальное облегчение симптоматики, связанной как с отменой героина, так и с декомпенсацией личностных расстройств, что определяло выбор препаратов и их дозы. Дозы препаратов базовых схем могли отличаться в 2—4 раза (например, клофелина — от 0,3 до 0,9 мг, финлепсина от 0,3 до 1,2 г, трамала — от 0,15 до 0,4 г в сутки). Препараты поддерживающего курса назначались с учетом ведущего синдрома (депрессивного, астенического, дисфорического, апатического, тревожного и/или их сочетания); схема, как правило, включала антидепрессант (амитриптилин, анафранил, коаксил, мелипрамин, флуоксетин), нейролептик (азалептин, хлорпротиксен, соннапакс, галоперидол, тизерцин, флюанксол) и антиконвульсант (финлепсин).

Основные направления психотерапевтического воздействия были обусловлены типом личности больного и глубиной личностных расстройств. В психотерапевтической работе применялись индивидуальная рациональная, суггестивная, групповая интерперсональная и семейная психотерапия. Ее направления — активное и целенаправленное поддержание установки на отказ от психоактивных веществ; формирование правильного отношения больного и его родственников к наркологическому заболеванию и к личностным особенностям пациента; помощь в преодолении влечения к наркотикам и индивидуально-непереносимых ситуаций, вызывающих обострения данного психопатологического феномена; оптимизация межличностных отношений (включая семейные); социальная и трудовая реадaptация.

Были разработаны схемы и принципы лечения, наиболее эффективные для каждого типа личности. Преобладание биологической терапии или социально-реабилитационных мероприятий, рациональной или суггестивной терапии, либо воздействия со стороны семьи зависело от текущего психического статуса больного и данных патопсихологического обследования. Так, наиболее эффективной психофармакотерапия была для пациентов стенического и астенического круга. Ограничительные мероприятия выходили на первый план у неустойчивых и в контрольной группе. Рациональная терапия была наиболее адекватной для больных контрольной группы и стенических, а суггестивная — для больных астенического и истерического круга. Важность семейной психотерапии была обусловлена наличием у пациентов с личностными аномалиями деформации межличностных отношений.

Стиль психотерапевтического взаимодействия определялся типологическими и индивидуальными особенностями больных. Стеничные требовали к себе уважительного, спокойного отношения, истерики — повышенного внимания, неустойчивые — более жесткого, вплоть до директивного стиля, астеники — поддержки и мягкости.

При проведении групповой интерперсональной психотерапии оказалось целесообразным использовать подход к больным, учитывающий глубину имеющихся у них личностных аномалий. Если аномалии не достигали степени психопатии, такие пациенты включались в группы. Психотерапевтическая работа с пациентами, личностные

аномалии у которых достигали уровня психопатии, вельшь, в основном, в индивидуальных формах.

Психотерапевтическая работа с больными подразумевала полный отказ от любых психоактивных веществ, что было обусловлено наличием коморбидной личностной патологии, и, соответственно, особой легкостью возникновения у них перекрестной зависимости от веществ неопиоидной природы: как "легких" наркотиков (типа гашиша), так и алкоголя.

Таким образом, полученные результаты позволяют уточнить диагностические, клинко-динамические и прогностические критерии героиновой наркомании, развивающейся у больных с расстройствами личности, а также подтверждают и развивают положения об определяющем значении измененной "почвы" для патофизиологии стержневых симптомов наркологического заболевания. У больных с различными характерологическими типами течение героиновой зависимости существенно отличается, а у психопатических личностей наркомания протекает заметно тяжелее. Это позволяет индивидуализированно, с учетом как характера аномалии личности, так и тяжести наркотической зависимости, разрабатывать меры терапевтического и социально-реабилитационного воздействия на больных. Дифференцированный подход несомненно повышает эффективность лечения.

Список литературы

1. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореферат дисс. канд. мед. наук. — М., 1994. — 24 с.
2. Воронин К.Э. Фармакотерапия зависимости от психоактивных веществ: Автореферат дисс. докт. мед. наук. — М., 1993. — 49 с.
3. Врублевский А.Г. Методические рекомендации по раннему выявлению и профилактике наркоманий и токсикоманий среди учащихся общеобразовательных школ. — М., 1987.
4. Даренский И.Д., Ровенская О.А., Чирко В.В. О формировании героиновой наркомании у больных алкоголизмом // Сб. научн. трудов психиатров-наркологов. — Омск, 2000. — С. 68-71.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания: постабстинентное состояние: клиника и лечение. — М., Медпрактика, 2000. — 122 с.
6. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореферат дисс...докт.мед.наук. — М., 1996. — 33 с.
7. Копкина Т.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики // Журнал "Вопросы наркологии" 2001, № 3. — С. 61-67.
8. Киткина Т.А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореферат дисс...канд.мед.наук. — М., 1993. — 24 с.
9. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания // Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977. — С. 61-70.
10. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 526 с.
11. Личко А.Е., Врублевский А.Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания // Журнал "Вопросы наркологии", 1990 № 3. — С. 34-38.
12. Рохлина М.Л., Козлов А.А. "Наркоманическая личность" // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2000 № 7. — С. 23-26.
13. Сирота Н.А. Динамика психопатологических расстройств у наркотицирующихся подростков // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы совещания республиканских наркологов 24-25 апр. 1989 г. — Алма-Ата, 1989. — С. 45-46.
14. Feinsten A.R. The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease // J.Chronic Dis. — 1970. — 23. — D. 455-468.
15. Friedman L.S., Fleming N.F., Roberts D.H., Hyman S.E. Source book of substance abuse and addiction. — М.: Бином, 1998. — 302 с.
16. Hirsch D., Paley J., Renner J.A. Опийная зависимость // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера / Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
17. Pasnau R.O., Bystritsky A. On the comorbidity of anxiety and depression // Handbook of Depression and Anxiety: A Biological Approach / Den Boer A., Sitsen J.M., eds. — 1994.
18. Rahav M., Rivera J.J., Nuttbrock L., Ng-Mak D., Sturz E.L., Link B.G., Struening E.L., Pepper B., Gross B. Characteristics and treatment of homeless mentally ill, chemical-abusing men // J. Psych. Drugs. — 1995. — V. 27, № 1. — P. 93-103.