

# Актуальные проблемы развития отечественной наркологии

СОФРОНОВ А.Г.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург.

*К концу XX века отечественные исследователи внесли фундаментальный вклад в развитие мировой научной наркологии. Однако определить позиции отечественной практической наркологии как передовые не представляется возможным. В клинической практике по-прежнему преобладают методы гипно-суггестивной, эмоционально-стрессовой и аверсионной противорецидивной терапии алкоголизма, эффективность которых во многом обусловлена обывательским представлением о содержании лечения, сформированным наркологами на протяжении десятилетий. Феномен получил наименование “объясненная медицина”. Дальнейшее культивирование этих представлений тормозит внедрение в наркологию новых реабилитационных технологий, основанных на принципах терапевтического сообщества. Вместе с тем, примитивное тиражирование реабилитационных программ может обернуться их дискредитацией, подменой приемами “объясненной медицины”, специализирующейся сегодня на продаже панацеи. Возможно, что повсеместно регистрируемое снижение обращаемости больных наркоманией за медицинской помощью, среди прочих факторов обусловлено именно дискредитацией реабилитационных программ. Обсуждаются направления оптимизации внедрения новых технологий в наркологии.*

Наркологию следует считать относительно молодой наукой. Последовательное клиническое описание наркологических заболеваний началось одновременно с основной психиатрической нозологией в середине XIX века. В 20-е годы XX столетия практически все руководства по психиатрии имели разделы, посвященные алкоголизму и наркомании. В описании преобладал феноменологический подход. Этот период можно считать первым этапом в развитии наркологии, основными результатами которого были систематизация отдельных синдромов и представление их в качестве взаимосвязанных проявлений патологического процесса. Так, под единый патогенетический радикал были объединены патологическое влечение к алкоголю, запойное пьянство, алкогольные психозы, деградация личности, слабоумие и другие состояния, рассматриваемые современными систематиками как синдромы алкоголизма. Значительная роль в становлении феноменологического этапа наркологии принадлежит русским психиатрам С.С. Корсакову, В.П. Сербскому, П.И. Ковалевскому, С.А. Суханову, М.Н. Нижегородцеву и другим известным клиницистам. Вместе с тем, собственно синдром зависимости, как объединяющее начало всей наркологической патологии, специально не выделялся.

Поворотным моментом в развитии наркологии следует считать описание С.Г. Жислиным алкогольного абстинентного синдрома в 1929 году. Появление “расстройств, обусловленных предшествующим алкогольным эксцессом, смягчающихся или исчезающих совсем после повторного употребления известных доз алкоголя” свидетельствовало, по С.Г. Жислину, о начале алкоголизма как заболевания. Статья вышла на немецком языке и осталась не замеченной современниками (цит. по [9]). Однако определение синдрома отмены С.Г. Жислина по сути не претерпело существенных изменений до настоящего времени. В международные клинические систематики синдром отмены был включен только в пятидесятые годы XX столетия. Отличительной чертой трудов С.Г. Жислина является поиск морфофункциональных и гомеостатических взаимосвязей, поэтому его по праву можно считать не только автором известных клинических очерков, но и одним из основоположников современной наркологии [8]. Вообще, остается только удивляться, что столь обыденное

явление ранее не рассматривалось как клинический синдром. Вероятно, именно “обыденное” часто воспринимается как “естественное” или “нормальное”. На том уровне медицинских знаний мало кто из врачей, учившихся у Маньяну, понял бы обывателя, обратившегося за помощью по поводу похмелья (оперируя понятием “алкоголизм”, — Маньян сводил проблему в основном к алкогольным психозам). В свою очередь, обыватель, четко понимая причинно-следственную связь между употреблением алкоголя и похмельем, ориентировался не на врача, а на известную схему “подобное лечат подобным” или другие, проверенные временем, народные средства самолечения. Кроме того, в начале XX века в понимании алкоголизма как медико-социальной проблемы доминировали социальные, а не медицинские подходы.

Второй этап развития наркологии можно датировать 30 — 70 годами XX столетия. Патологическое влечение к психоактивному веществу и состояние отмены объединяются в “синдром зависимости”. Выделяются многочисленные варианты реализации наркологической патологии как на уровнях симптома и синдрома, так и на уровне болезни. Устанавливаются закономерности динамики различных наркологических заболеваний. Показывается взаимосвязь между личностными особенностями или психической патологией и характером злоупотребления тем или иным психоактивным веществом (ПАВ). Эти направления продолжают развиваться и сейчас. Исключительное значение для развития современной наркологии имели работы С.Г. Жислина, И.В. Стрельчука, Н.В. Канторовича, А.А. Портнова, И.Н. Пятницкой, О.Е. Фрейрова, Г.В. Морозова, Н.Н. Иванца и других видных отечественных психиатров.

Третьим этапом в наркологии можно считать развитие теоретического направления в исследованиях. В семидесятые годы начался бурный расцвет рецептологии. Научно-технический прогресс позволил расшифровать многие интимные механизмы нейромедиаторной передачи и метаболических процессов. Были созданы модели по самовведению ПАВ животными. В результате, появилась принципиальная возможность изучать патогенез наркологической патологии на клеточном и молекулярном уровне, а также прицельно вести поиск препаратов, специфически подавляющих патологическое влечение к

ПАВ или блокирующих их центральное действие. Большой вклад в теоретическую наркологию внесли научные школы А.В. Вальдмана, И.П. Анохиной, Э.Э. Звартау.

Итак, имеются все основания считать, что к концу XX века отечественные исследователи внесли фундаментальный вклад в развитие мировой научной наркологии. Однако определить позиции отечественной практической наркологии как передовые не представляется возможным.

Стратегической целью лечения наркологических заболеваний является достижение стойкой ремиссии. Поэтому именно противорецидивная терапия является краеугольным камнем наркологии. Отечественный терапевтический арсенал до недавнего времени оставался крайне бедным, если не сказать больше. Еще совсем недавно психотерапия в руководствах и на практике рекомендовалась как рациональная, эмоционально-стрессовая, гипно-суггестивная, условно-рефлекторная, аутогенная тренировка и др. [12, 13]. В последнее время содержание психотерапии в наркологии существенным образом пересматривается. Эволюция психотерапии идет в направлении повышения социально-психологической адаптации пациента. Отказ от алкоголя или другого ПАВ рассматривается как результат “глубокого анализа личности больного и системы его ценностей” [1]. О.Ф. Ерышев и Т.Г. Рыбакова [5] указывают на основные этапы в развитии психотерапии наркологических заболеваний: от суггестивной и поведенческой, к рациональной и коллективной, и, наконец, к личностно-ориентированной психотерапии. В свою очередь, в рамках личностно-ориентированной психотерапии наблюдается тенденция уделять большое внимание межличностным и семейным отношениям. В качестве важнейшего элемента комплексного лечения рассматривается групповая психотерапия. Учитывая, что современные подходы предполагают коррекцию механизмов социального функционирования, их можно рассматривать в контексте реабилитации. Эффективность современных реабилитационных технологий оценивается как высокая. Вместе с тем, практический нарколог и сейчас во многом выбирает между популярными у обывателя “химической защитой”, “имплантацией препарата эспераль” (имитацией) и “кодированием”, которые можно объединить условными понятиями аверсионная терапия или “аверсионные процедуры”. Часто лечение проводится за одно посещение. Так, из 128 детоксифицированных больных алкоголизмом, обратившихся в августе 2002 за платной противорецидивной (психотерапевтической) наркологической помощью в специализированную клинику первой категории “Питер-Мед” (Санкт-Петербург), 106 человек (82,8%) ранее уже получали противорецидивное лечение, но всего 18 человек (16,9%) посетили нарколога повторно для индивидуальной или групповой психотерапии. Групповая терапия проводилась только в период стационарного лечения (6,0%). Колебания этих ежемесячных статистических показателей в 2002 году были незначительными и составили не более 7%. По сообщениям пациентов “индивидуальная”, “групповая” и “семейная” терапия часто сводилась к просветительным текстам. Интересно, что формальная оценка эффективности “аверсионных процедур” остается достаточно высокой и приблизительно одинаковой в учреждениях системы платной наркологической помощи Санкт-Петербурга. Искусственно установленные врачом сроки ремиссии от 0,5 до 3 лет выдерживают около 60% пациентов. Однако успешный результат фиксировался в основном после первого обращения за

противорецидивной помощью. У повторно обратившихся показатель ухудшался пропорционально количеству проведенных процедур. Вместе с тем, менее 10% больных считали целесообразным продолжать психотерапевтическое лечение как после первой, так и последующих “аверсионных процедур”. Только трое из десяти алкоголиков, признавших целесообразность повторных психотерапевтических сессий, были согласны оплачивать амбулаторную групповую терапию. Аналогичные данные были представлены медицинским центром “Бехтерев” (Санкт-Петербург). Учитывая, что обращаемость в оба центра за амбулаторной психотерапевтической помощью составляет в год около четырех тысяч социально адаптированных больных алкоголизмом, можно заключить, что представленная статистика отражает общую тенденцию: несмотря на убедительные аргументы в пользу новых технологий, их внедрение в наркологическую практику идет крайне медленно. В Санкт-Петербурге нам известно только об одной эффективно работающей стационарной реабилитационной программе по типу терапевтического сообщества для больных алкоголизмом (реабилитационный центр “Дом надежды на горе”, директор В.И. Трифонов), и одной амбулаторной программе (медицинский центр “Бехтерев”, руководитель программы С.Е. Костюков). О высокой популярности аверсионной терапии сообщают [6, 7]. Более того, авторы подчеркивают, что популярные среди населения убеждения активно поддерживаются медицинскими работниками, обещающими быстрое исцеление от алкоголизма. Больной и его окружение ждут я проведения этих процедур и, осознанно или нет, считают лечение незавершенным, неполным, проявляют беспокойство, если такие процедуры не проводятся. При этом неуклонно сокращается количество пациентов, впервые обратившихся за наркологической помощью, у которых отмечена наибольшая эффективность аверсионной терапии. За четыре года в упомянутых выше центрах число впервые обратившихся за наркологической помощью снизилось более чем в два раза на фоне стабильных показателей общей обращаемости.

О снижении или значительных колебаниях ряда показателей заболеваемости и болезненности алкоголизмом за последние годы сообщает и государственная статистика, но с существенной оговоркой, что эти данные противоречивы и не свидетельствуют о снижении распространения алкоголизма в обществе. Более того, рост алкогольных психозов напрямую указывает, что проблема алкоголизма стала еще более острой [4, 10]. По нашим данным обращаемость больных алкоголизмом за медицинской помощью постепенно растет (таблица). Данные учреждений платной наркологической помощи и государственной статистики показывают, что в структуре обращающихся за наркологической помощью больных алкоголизмом преобладают лица, имеющие опыт противорецидивного лечения. Кроме того, следует указать на очевидное сокращение больных опиатной наркоманией, впервые обратившихся за наркологической помощью. Статистический анализ показывает одинаковые тенденции в обеих группах: среди больных преобладают лица, уже имеющие опыт лечения (таблица). Среди больных наркоманией доля пациентов, продолживших лечение в реабилитационном отделении, была значительно выше, чем в группе больных алкоголизмом. Однако повторная обращаемость на лечебную программу срыва не превышала 7% при рецидиве в течение года у 74,3% больных.

Статистические показатели поступления больных алкоголизмом и наркоманией в клинику за период с января 2001 года по октябрь 2002 года

Заболевание	1.01 — 31.12.2001		1.01 — 1.10.2001		1.07 — 1.10.2002		1.07 — 1.10.2001	
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %
Алкоголизм	184	32,2	288	63,6	51	37,0	106	64,6
Наркомания	388	67,8	165	36,4	87	63,0	58	35,5
Наркомания, повторное обращение в клинику	70	32,2	73	44,2	17	19,0	38	65,5
Наркомания, перевод после купирования абстиненции на лечение в отделение реабилитации	85	21,9	47	28,4	<p><b>Примечание:</b> постепенное снижение доли больных наркоманией и увеличение доли повторных обращений началось с начала 2001 г., но наиболее отчетливо тенденция стала наблюдаться с сентября 2001 г. Существенный рост числа больных алкоголизмом отмечен во втором полугодии 2002 года. Абсолютное большинство больных поступили в состоянии абстиненции. За два года всего 17 больных алкоголизмом поступили на лечение в реабилитационное отделение.</p> <p><b>Примечание:</b> Стоимость медицинских услуг в клинике не превышала средний показатель в городе</p>			
	<p><b>Примечание:</b> До 45% больных поступили в отделение реабилитации после лечения абстиненции в других клиниках или после самолечения. Абсолютный показатель поступления больных в 2002 г. в отделение реабилитации по сравнению с 2000 г. снизился в 2,5 раза. За два года всего 23 чел. прошли лечение по реабилитационной программе срыва (6,6%). Среди больных, прошедших стационарный курс реабилитации, рецидив в течение года был отмечен в 74,3%.</p>							
Всего	572		453		138		164	

Итак, с одной стороны, постоянно увеличивается число проблемных пациентов с низкой результативностью лечения, с другой — продолжается эксплуатация устаревших методов лечения, малоэффективных, но популярных у обывателя. При этом внедрение новых психотерапевтических методов лечения алкоголизма идет медленными темпами. В популяции больных наркоманией повторное обращение за противорецидивной терапией составляет единичные случаи.

Можно установить следующие причины кризиса.

В СССР организационное становление наркологии шло по пути создания самостоятельной службы с жестким регламентом госпитализаций и диспансерного учета пациентов. Одновременно создавался образ алкоголика как асоциального элемента. Проблема наркоманий считалась неактуальной и замалчивалась, хотя заболеваемость постепенно росла. Какие-либо терапевтические объединения пациентов были большой редкостью и не поощрялись. Даже мощно поддерживаемое государством “Общество трезвости”, созданное в 1985 году, больше походило на общественно-политическое движение, хотя и имело вполне гуманные задачи. Возможно, уже тогда сформировался спрос на “индивидуальный подход”, так как большая часть алкоголиков вовсе не являлась асоциальными элементами. Обратиться к наркологу значило преодолеть многие условности и психологические барьеры, что указывало на высокую мотивацию пациента на отказ от алкоголя. Имел значение и феномен “объясненной медицины” — пациент получал информацию о способе лечения, не имея возможности проверить ее достоверность (“как объясним, так и будут лечиться”). В результате наибольшую популярность получили аверсионные способы лечения, основанные на представлении “выпьешь — умрешь”. По понятным причинам пациент сам стремился быстрее расстаться с наркологом и объяснить свою трезвость личной сознательностью или соматическим заболеванием. “Кодирование” по А.Р. Довженко имеет элементы эмоционально-стрессовой терапии, но с фиксацией на том же

сакраментальном представлении. В конце 80-х получили распространение театрализованные шоу “массового кодирования”, когда психотерапевт, как правило, не имеющий последовательного специального образования, собирал огромные аудитории. Определенную роль играл “феномен Каппиоровского”, слагаемый из массовых истерических реакций, поклонения чуду, гуру, и т.п. Развенчание “массового кодирования” произошло быстро за счет медико-просветительной работы и высокой частоты рецидивов. Возможно, определенная роль принадлежала и многочисленным примитивным попыткам тиражировать шоу. Дискредитацию “массового кодирования” поддержали практические наркологи, используя представление о решающем значении “индивидуального подхода”. Однако, на практике “индивидуальный подход”, как правило, реализовывался за “один сеанс”. Следует отметить, что в последние годы набирает силу новая тенденция — “за один сеанс решить многолетнюю проблему невозможно”, соответственно пациенту рекомендуются повторные психотерапевтические сессии. Личное знакомство с практикой многих наркологов показывает, что эти сессии имеют рациональное или гипносуггестивное содержание, начинаются или заканчиваются, как правило, тем же “кодированием”. Другими словами, отличие двух тактик сугубо номинальное.

Подходы к противорецидивной терапии алкоголизма были быстро экстраполированы на наркоманию. Однако результаты экстраполяции нельзя назвать даже скромными. Объяснение может быть следующим. Во-первых, патологическое влечение к наркотикам более выражено, чем к алкоголю. Во-вторых, саногенетические механизмы у наркоманов по сравнению с алкоголиками значительно слабее. В-третьих, современный алкоголик имеет социально опосредованные установки, лежащие вне плоскости зависимости, тогда как наркоман часто не имеет не только аналогичных установок, но и навыков социального функционирования. Возможно, что бурный рост реабилитационных центров для больных наркоманией стимули-

ровался не изначально аргументированным пониманием необходимости создания “терапевтического сообщества”, а быстрым полным провалом аверсионной и эмоционально-стрессовой терапии.

Кризис в наркологии усугубился практически полной коммерциализацией отрасли. По-видимому, причины заключаются в сохраняющемся спросе на “индивидуальный подход” у социально сохранных пациентов (бесплатная медицина сопряжена с наркологическим учетом), высокой рентабельностью психотерапевтических процедур и формированием отношения к болезни как к личной проблеме. Существуют причины и субъективного толка. Врач должен сострадать больному, уважать его как больного человека. Это основа основ врачевания, одно из его движущих мотивов. Нарколог по экзистенциальной сути не может сопереживать болезни пациента и часто не уважает его как личность. Врач вынужден усиливать иные, прежде всего материальные мотивы своей деятельности. В результате мотив и цель существенно разошлись и наркология превратилась в доходный бизнес. Примером может служить бурная рекламная компания вокруг программ быстрой опиатной детоксикации (типа “Детокс”) и терапии налтрексоном, как очередной панацеи от наркомании. Фактически феномен “объясненной медицины” получил новое содержание: “как объясним, так и заплатят”.

Критика сложившейся ситуации не подразумевает призыв к разрушению существующей системы противоречивой терапии. Как отмечалось выше, “аверсионные процедуры” в комплексном лечении алкоголизма остаются популярными среди пациентов и врачей, поэтому не могут быть одномоментно отменены. Другими словами, упомянутые выше тактики пока не выработали свой потенциал, а новые подходы еще окончательно не сложились.

Развитие отечественной наркологии сегодня испытывает значительное влияние со стороны распространенного во всем мире движения “Анонимных алкоголиков” и “Анонимных наркоманов” (соответственно, “АА” и “АН”). Первые стихийные группы в стране появились еще в начале 90-х годов, но только в последние годы в России наркологи стали проявлять повсеместный интерес к этим программам [2]. Интересно, что изначально наибольшей популярностью стали пользоваться группы “АН”, а не “АА”, как в других странах.

Движение “АА” и “АН” построено на объединении зависимых в терапевтическое сообщество. Его идейные корни уходят в далекое прошлое, когда с помощью религиозной общины предпринимались попытки воспитать в прихожанах трезвость. В тридцатые годы XX столетия У. Уилсон и Р. Смит создали программу “12 шагов” для алкоголиков. Очень быстро программу распространили и на лечение наркоманов. “Шаги” — это своеобразные вехи на пути понимания своих проблем. “Шаги” — это ориентиры в поиске выхода из тупика, коим является алкоголизм и наркомания. “Шаги” — это ступени развития сознания и культуры человека. В основе программы “12 шагов” лежат религиозно-нравственные категории греха, покаяния и веры. При этом от больного не требуют исполнять какой-либо церковный обряд или исповедовать ту или иную религию (“Бог, как мы его понимаем”, подчеркивают сторонники программы “12 шагов”). Занимаясь по программе “12 шагов” пациент, по сути, идет по пути духовного возрождения [11]. Усвоить положения программы можно только постепенно, с помощью опыт-

ных наставников (консультантов) из числа выздоравливающих алкоголиков (наркоманов) с длительными сроками трезвости. Программа имеет многочисленные правила, регламентирующие поведение и взаимоотношения в группе.

С профессиональной точки зрения программа “12 шагов” представляется, прежде всего, как мощная психотерапевтическая стратегия, включающая элементы психоанализа, гештальт-терапии и поведенческой психотерапии, направленная на деструкцию аддиктивного поведения путем личностного и духовного совершенствования [3]. За рубежом программа “12 шагов” практически сразу была востребована наркологическими центрами.

Психотерапевтическое начало “12 шагов” послужило основой для развития оригинальных технологий, которые реализуются не только консультантами из числа бывших алкоголиков (наркоманов), но и профессиональными психотерапевтами. Примером может служить Миннесотская модель реабилитации. По этой модели помощь пациентам осуществляется в закрытом медицинском центре, представляющем собой терапевтическое сообщество. Программа включает терапевтический, образовательный и тренинговый компоненты. Персонал такого центра не противопоставлен пациентам, а объединен с ними в решении конкретно поставленных задач. Эффективность лечения с использованием Миннесотской модели оценивается как высокая. По данным Батищева Н.В. и Негерипш Н.В. [3] у пациентов, прошедших полный курс лечения, ремиссии свыше 6 мес. наблюдались у 72,6%, а ремиссии свыше года отмечены у 27,3% больных алкоголизмом. Подчеркивается, что среди больных преобладали лица, имеющие серьезные проблемы на физическом, психологическом и социальном уровнях функционирования, и обратившиеся к программе из-за невозможности достигнуть ремиссии иными распространенными в наркологической службе РФ методиками. В доступной научной литературе нам не встретились убедительно аргументированные данные по эффективности лечения больных наркоманией в РФ по Миннесотской модели. По данным клиники “Питер-Мед” (Санкт-Петербург) из 370 пациентов, поступивших на стационарное реабилитационное отделение, 227 человек продолжили посещать амбулаторные группы с опорой на “АН”. Ремиссии более года составили 25,7% от общего числа больных. Однако на реабилитационное отделение поступило не более четверти всех больных наркоманией, обратившихся в клинику (таблица). Данные о ремиссиях среди больных, отказавшихся от реабилитации, неизвестны. Личный опыт работы с наркологическим контингентом позволяет высказать недоумение по поводу рекламы реабилитационных центров, гарантирующих исцеление в 80% случаев.

Сегодня реабилитационные наркологические центры (отделения) открываются по всей России. Благодаря международному сотрудничеству многие специалисты прошли стажировку в зарубежных клиниках. Однако настаораживает слишком быстрое распространение данного подхода. Примитивное тиражирование программы “12 шагов” может обернуться ее дискредитацией, подменной духовно ориентированной терапии очередными приемами из области “объясненной медицины”, специализирующейся на поиске панацеи. Возможно, что повсеместно регистрируемое снижение обращаемости больных нар-

## Список литературы

компанией за медицинской помощью, среди прочих факторов обусловлено именно дискредитацией реабилитационных программ. Косвенным подтверждением тому могут служить сведения о сходных процессах, имевших место в США в 80-е годы. Чтобы этого избежать, следует провести комплекс исследований для определения границ применения данной технологии, а также установить критерии включения пациентов в рассматриваемую программу. Очевидно, что далеко не все зависимые от алкоголя или наркотиков могут безоговорочно принять регламент терапевтического сообщества. Необходимо разработать и специальные обучающие программы для наркологов, иначе они неизбежно будут замещать дефицит знаний рутинным представлением о работе реабилитационных программ. Следует также ожидать появления специализированных групп, дифференцирующих пациентов по социальному и образовательному уровню или профессиональной принадлежности.

Не менее актуальной проблемой современной наркологии можно считать увеличивающееся число случаев химической зависимости у лиц с психической патологией. Эти пациенты являются особой группой, в отношении которой нет единого диагностического и терапевтического подхода. Практический нарколог сталкивается не только с задачей постановки “двойного диагноза”, но и с необходимостью разработки дифференцированного психиатрического лечения. Решение данной проблемы требует специальных научных исследований и существенного усиления психиатрического образования наркологов. Наличие психической патологии у наркоманов и алкоголиков в целом не противоречит изложенным выше принципам реабилитации [14, 15].

Таким образом, в развитии отечественной наркологии намечается четвертый конструктивный этап. Речь пока идет о широком внедрении реабилитационных программ, доказавших свою эффективность в других странах. Имея огромное научное наследие и энтузиазм специалистов, можно с уверенностью считать, что в наркологии не только будут преодолены кризисные явления, но и появятся собственные научно обоснованные подходы к противоречивой терапии наркологических заболеваний.

## THE PROBLEMS OF THE NATIVE NARCOLOGY

SOFRONOV A.G. Dr.med.sci., professor, Medical military academy, S.-Peterburg

*Some issues of modern native narcology connected with the new methods of treatment of addictive disorders are discussed. It is supposed that poor population awareness and strict orientation on suggestive and stress — emotional therapy are a strong obstacle to implementation of the new treatment technologies.*

1. Альтшулер В.Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т. 2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 784 с.
2. Батищев Н.В., Негериш Н.В. Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркол. — 1999. — № 3. — С. 69—76.
3. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа “Решение”: теория и практика. — М.: Российский благотворительный фонд НАН, 2001. — 184 с.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Зависимость от психоактивных веществ // Наркология. — 2002. — № 9. — С. 2—9.
5. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противоречивое лечение / Под общ. ред. М.М. Кабанова. — СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1996. — Т. 136. — 188 с.
6. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, клиника, противоречивая терапия. — СПб.: Элби, 2002. — 192 с.
7. Завьялов В.Ю. Дианализ — новая система интегративной психотерапии в наркологии // Наркология. — 2002. — № 9. — С. 36—41.
8. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М., 1965. — 320 с.
9. Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний // Лекции под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Российский благотворительный фонд НАН, 1996. — 216 с.
10. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики // Вопр. наркол. — 2001. — № 3. — С. 61—67.
11. Проценко Е.Н. Наркотики и наркомания. — М.: ИНФОРМ — 12, 1999. — 112 с.
12. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1985. — 720 с.
13. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. — СПб.: Изд. “Лань”, 1998. — 353 с.
14. Calafat A., Amengual M., Palmer A., Saliba C. Drug use and its relationship to other behavior disorders and maladjustment signs among adolescents // Substance Use and Misuse. — 1997. — Vol. 32, N 1. — P. 1—24.
15. Moggi F., Donati R., Brodbeck J., Hirsbrunner H.P., Bachmann K.M. Doppeldiagnosen in der Psychiatrie // Therapiewoche Schweiz. — 1997. — Vol. 13, N 4—5. — P. 168—170.