

Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур

МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.

д.м.н., профессор, Институт исследований проблем психического здоровья
Казанский государственный медицинский университет

Продолжая знакомство со взглядами известных российских специалистов на сегодняшнее состояние наркологии в нашей стране, предлагаем Вашему вниманию статью профессора В.Д. Менделевича, критически оценивающего существующую наркологическую практику. Мы, как всегда, готовы разместить мнения по обсуждаемому вопросу нынешних руководителей отечественной наркологии. Дискуссия открыта.

Современная российская наркология пребывает в кризисе, в системном кризисе, охватившем многие сферы практической деятельности, науку и теоретические основы профессии и обострившемся с появлением проблемы наркомании. В отличие от многих иных медицинских дисциплин наркология не только не прогрессирует, но и регрессирует в сторону паранауки и парапрактики. Антинаучное мировоззрение стало для нее чуть ли не нормой. Можно, конечно же, не замечать очевидного факта наличия кризиса, можно пафосно и популистски сообщать обществу о собственных достижениях, погружаться в эйфорию от, казалось бы, оптимистических данных о снижении заболеваемости наркоманией и повышении эффективности ее терапии [32, 55]. Но можно те же данные трактовать не как успех, а как поражение. И испытывать пессимизм из-за того, что на деле наркозависимых не становится меньше [6, 12, 13, 18, 44, 45, 50, 52, 71, 76]. Количество конфискуемого героина растет, а предложение не существует без спроса. При этом реабилитационные центры опустели. Происходит реальный отток из наркологических учреждений больных, которые в массе своей разучились в результативности лечения и перестали доверять врачам.

Очевидно одно: проблема наркомании за последние годы стала латентной и оттого более сложной. Она ускользнула из поля зрения специалистов, из явной превратившись в тайную. И тут возник вопрос о готовности и желании отечественной наркологии сделать эту проблему реально открытой, повернуться к ней лицом, изменив тактику и стратегию лечебно-реабилитационного процесса, стать методически разнообразнее и тактически гибче, вызвать, в конце концов, доверие пациентов и общества.

Следует признать, что в этом отношении отечественная наркология существенно отстала от достижений мировой наркологии и продолжает движение в тупик, отвергая опыт других стран. Конечно, «у советских собственная гордость», но гордиться все же нечем. Факт налицо — преобладающая часть наркозависимых находится вне сферы досягаемости специалистов и не желает идти на контакт с официальной наркологической службой. Имеются данные о том, что соотношение учтенных (явных) и неучтенных (скрытых) наркозависимых составляет 1 к 10. Другими словами, наркологи работают лишь на 10%. Специалисты при этом склонны пассивно ожидать прихода «своего контингента» и свысока смотреть на тех, кто еще «дозревает». Мотивационные программы для привлечения больных существуют преимущественно на бумаге. Ведь мотивационная парадигма не может сочетаться с па-

радигмой принуждения, из которой исходит большинство наркологических процедур в России. Пациентов отпугивает негуманность применяемых методов лечения, невозможность получить помощь в полном объеме (к примеру, в период купирования абстинентного синдрома использовать весь арсенал необходимых и эффективных медикаментов, включая наркотические анальгетики) и беспределенная неприкрытая коммерциализация наркологии.

Российское наркологическое научное сообщество увязло в нескончаемых спорах и околонучных дискуссиях, идеологизировало практику и взяло на себя несвойственные функции — нравственную, воспитательную, карательную и прочие. Рассуждать о том, что наркомания — производное от бездуховности [55, 66] и что следует в связи с этим «вводить в школах и других детских учреждениях религиозное образование» [53], конечно, проще, чем каждодневно лечить и реабилитировать больных.

Как это ни обидно, но отечественная клиническая наркология даже не заметила, как скатилась к ремесленничеству и менторскому тону, отдав помощь страждущих на откуп всем, кто ринулся на наркологический рынок. Незаметно, стихийно образовался дикий рынок наркологических услуг. Вслед за этим посыпались предложения от официальных лиц регулировать его, но старым дедовским способом — запретами и сентенциями, а не созданием справедливых правил и прозрачных принципов.

Сегодня уже непонятно, от чьего имени выступают чиновники — руководители российской наркологии. От имени церкви, насаждая в клинике религиозные практики (к примеру, рекламируя «потрясающие результаты» лечения наркомании небызывестного иеромонаха или «программу 12 шагов») [27, 53]; от имени политической организации, предлагая вернуться к авторитарным традициям все решать наказаниями и карами, — попытка породить принудительное лечение в лечебно-реабилитационных профилакториях тому очевидное доказательство [5, 17, 22, 29, 53, 70, 72—74, 79, 81]; от имени фармацевтических корпораций, протезируя одни лекарства и закрывая дорогу другим, лицензируя антинаучные методики типа «25 кадра» или активно не противостоя внедрению в заведениях Российской академии наук ложных и антигуманных процедур «лечения» наркомании, таких, как, например, стереотаксические операции.

Уже минимум как 10 лет российская наркология живет в новых условиях. С одной стороны, существенно и кардинально изменилась структура наркологической заболеваемости — наркомания дала о себе знать и стала преобладающей. С другой, изменились требования общества ко

всей системе оказания медицинской помощи, в том числе и наркологической, появилось понятие *права пациента на информированное согласие на лечение, право на гуманное отношение* и пр. Однако отечественная наркология продолжает жить старыми наработками, традициями, принципами и не желает учитывать реальность.

Фактически с точки зрения глубины анализа, проработанности темы и эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий алкогольная проблематика должна была отступить на второй план. В то время как проблематика, связанная с наркоманией, стала главенствующей. Несмотря на аксиоматичность позиции о том, что лечение алкоголизма не тождественно терапии наркомании в силу различий механизмов психогенеза [44—46, 48, 50], мало что предпринимается для того, чтобы воплотить этот тезис в жизнь. В известных отечественных монографиях практически не делается разделения между принципами терапии алкоголизма и наркомании [2—4, 8, 11, 15, 16, 20, 23, 29, 33, 37, 62, 63, 65, 71, 74, 80, 82]. Патологическое влечение предлагается лечить вне зависимости от того, чем оно вызвано — алкоголем или наркотиком. Судя по количеству научных публикаций в центральных российских наркологических журналах, сообщество профессионалов продолжает изучать вполне понятное заболевание (алкоголизм) и игнорировать малоизученное (наркоманию). Соотношение числа публикаций на эти темы 5 к 1 в пользу алкоголизма. У заинтересованного читателя может сложиться неправильное впечатление, что проблема наркомании успешно решена или не столь актуальна.

Ввиду всего вышеперечисленного, а также на основании сравнительных данных можно утверждать, что объем и разнообразие наркологической помощи, эффективность терапии и реабилитации наркозависимых в России существенно ниже мировых стандартов. И тому есть не объективные, а субъективные причины, которые следует осознать.

Нежелание современной российской наркологии меняться — именно нежелание, а не невозможность — носит, несомненно, субъективный и системный характер. Не существует ничего кроме предвзятости и пристрастности профессионального сообщества, что могло бы препятствовать реальной эволюции наркологии. Субъективизм, к примеру, проявляет себя в неискренности доморощенного патернализма. По-прежнему пациент лечится, а врач лечит, решая за больного, что для него есть благо и чего тот «на самом деле хочет». Конечно же, так легче для медика, но не эффективнее для пациента. Отсутствуют партнерские отношения в диаде врач—пациент, которые считаются единственно правильными, гуманными и эффективными в терапии наркозависимых.

Яркий пример патернализма в отечественной наркологии — постыдное доминирование «методик кодирования» (фактически банального запугивания), оцениваемых во всем цивилизованном мире как этически не оправданная, научно не обоснованная и даже противозаконная манипуляция [44, 47, 75]. По данным опроса больных алкоголизмом и наркоманиями и их родственников, среди всех предлагаемых официальной и неофициальной российской наркологией методов лечения «кодирование» разного рода занимает до 80%. Российскую наркологию в пору назвать «кодирологией». В данном случае следует признать, что субъективизм носит не эмоциональный характер, а замешан на финансовом интересе «специалистов». Ведь «кодирование» не входит в перечень бесплат-

ных медико-психологических лечебно-реабилитационных услуг в отличие от некоторых иных психотерапевтических способов. Месяцами, годами заниматься рутинной реабилитацией пациента — тяжелый и часто малооплачиваемый труд, а «кодирование» и выгодно, и быстро. Особо стыдливые врачи о гарантиях при этом предпочитают не говорить, напирая на то, что они «дают пациенту шанс».

Как показывает теоретический анализ, субъективные системные причины кризиса российской наркологии коренятся в некоторых ошибочных, но ставших непререкаемыми и обыденными, «истинах-принципах», на которых базируются наука и практика. Их можно рассматривать как парадоксы и утопии. Как известно, парадокс — это суждение, резко расходящееся с общепринятым, противоречащее здравому смыслу. В этом отношении многие принципы российской наркологии противоречат здравому смыслу и расходятся с принятыми в мировом профессиональном сообществе устоями. Весь мир критикует практику принудительного лечения наркозависимых, мы — за. Все активно внедряют программы «снижения вреда», мы — против. Все осуждают патерналистские и манипулятивные методы в наркологии, мы — поддерживаем.

Не вызывает сомнений тот факт, что без беспристрастного критического анализа и оценки этих парадоксов невозможно эффективное развитие отечественной наркологии. Парадоксами пронизаны практически все сферы науки и практики: декларируемые и реализуемые цели наркологической помощи, способы и методы терапии, реабилитации и профилактики, оценка эффективности и даже этические принципы.

Парадоксальность принципа цели

Одним из основных ошибочных постулатов российской наркологии следует признать ориентацию исключительно на излечение от наркомании [4, 8, 16, 20, 23, 24, 29, 62, 65, 78, 81]. Заострив проблему, можно назвать этот принцип «излечение любой ценой». Ведь, по данным социологических исследований в отношении больных наркоманией и алкоголизмом доминирует максималистская позиция — «все или ничего». Позиция наркологов в этом отношении сходна с позицией обывателей. 76% населения и 57% врачей-наркологов не склонны признавать смерть пациента от передозировки наркотиками однозначно отрицательным фактом. Видимо, многие видят в этом положительное явление: «нет человека — нет проблем».

Иногда ученые вместо термина *излечение* используют эвфемизм *полная реадaptация* [78], под которой можно понимать все что угодно, но, судя по всему, все же возврат и приспособление к доболезненной абстиненции, т.е. вновь ориентация на выздоровление и ни на что иное.

Позиция о главенствующем направлении отечественной наркологии в сторону полного излечения пациента, конечно же, открыто не декларируется, поскольку противоречит здравому смыслу и реальности. Однако имеются косвенные признаки, указывающие на то, что именно на достижение этой цели направлены усилия российских наркологов. Ведь трудно себе представить и понять, на какую иную цель (если не на излечение) направлены многократные безуспешные попытки терапии и реабилитации от наркозависимости пациентов, которые имеют длительный многолетний стаж болезни, неоднократно проходили всевозможные методы терапии, десятки раз переносили срывы, болели гепатитами В и С, ВИЧ-инфицированы. Эта позиция подкрепляется распространенным

мнением о том, что «недопустимо, чтобы врач не пытался лечить болезнь, понимая, что она продолжается» [24]. Но ведь «пытаться лечить» не означает быть убежденным в выздоровлении и добиваться этого, несмотря ни на что. Лечение — это, помимо всего прочего, и процесс оказания качественной и профессиональной помощи. Симптоматическое лечение — тоже лечение. К тому же следует иметь в виду, что понятие *этиопатогенетическое лечение наркомании* пока остается гипотетическим, а не реалистичным.

Удивительным является то, что в головах российских врачей-наркологов продолжает существовать альтернатива: лечить или не лечить, и упускается из виду, что спектр целей лечения значительно шире. Он включает в себя наряду с собственно терапией и реабилитацией еще и патронаж, о котором в российской наркологии стыдливо умалчивают. Под патронажем понимается своеобразное сопровождение труднокурабельного, часто — неизлечимо больного, по отношению к которому постановка цели излечения некорректна, ненаучна и неэффективна. Некоторые ортодоксальные наркологи с иронией оппонировали патронажу, задавая каверзный вопрос: «Куда же врач в таком случае должен сопровождать больного, к смерти»? Но ирония в данном случае неуместна. Лучше уж пусть врач сопровождает пациента, проявляет участие и помогает чем может в его последние месяцы или годы, нежели брезгливо бросает больного на произвол судьбы или лживо обещает ему выздоровление.

Под излечением в наркологии понимается не полное и окончательное избавление от зависимости от психоактивного вещества — ПАВ (выздоровление), а лишь длительная и стойкая ремиссия. Но это не меняет сути проблемы терапевтического целеполагания. В связи с этим логично задаться вопросом о вероятности достижения стойкой ремиссии при наркомании. По данным российских специалистов, подобная вероятность колеблется от 2 до 98% [4, 8, 21, 23, 37, 54, 65, 68, 70, 81]. Следует ли считать такой фантастический разброс данных рекламной продукцией (т.е. обманом заинтересованных лиц или самообманом заблуждающихся) или же проблема коренится в реальном различии эффективности разных способов и методов терапии, уровне квалификации специалистов?

Парадоксальность ситуации с оценкой эффективности лечения заключается в сосуществовании двух взаимоисключающих точек зрения. Первая отражает общественное (в том числе, врачебное) мнение о том, что «бывших наркоманов не бывает», базирующееся на наблюдениях за пациентами в социуме (здоровом смысле). Второе упорно настаивает на высокой эффективности и результативности лечения, связанных с практикуемыми методиками. По данным дипломированного врача Назаралиева, этот показатель достигает 90%, Маршака — более 60%, доктора-иеромонаха Берестова — около 50%. Удивительно же то, что обычные врачи-наркологи также оценивают эффективность своей работы крайне оптимистично, несмотря на то, что их пациенты возвращаются к ним в массовом порядке. 73% наркологов в России отмечают, что шансы их пациентов на излечение от наркомании высоки. Возможно, что часть из них искренне заблуждается. Нельзя же в трезвом уме и твердой памяти не видеть очевидного.

Возникает еще ряд вопросов. Если российские наркологи на основании данных повторной (многократной) обращаемости своих пациентов за наркологической помощью видят малую эффективность терапии, то почему они

раз за разом продолжают ставить своей целью полное излечение от наркомании? Разве не утопично достижение такой цели, разве гуманно это по отношению к большинству неизлечимых пациентов?

Сравним в связи с этим деятельность наркологов с работой врачей иных специальностей, в которых болезни малокурабельны и также на деле плохо поддаются полному излечению. В качестве тривиального примера можно сопоставить терапевтические цели онкологов и наркологов. Известно, что в онкологии вопрос часто ставится не об излечении, а об «индексе выживаемости». Понятно, что врачи данной специальности стараются помочь человеку вернуть здоровье. Однако они отдают себе отчет в том, что такая вероятность при злокачественных новообразованиях отнюдь не стопроцентная. Вследствие этого происходит естественная переориентация целей, не отрицающая цель на выздоровление. Помимо цели излечения выдвигается цель сохранения, продления жизни и улучшения ее качества.

В наркологическом ракурсе для многих труднокурабельных пациентов целью могло бы стать «снижение вреда» от употребления наркотиков путем заместительной терапии, которую правильнее отнести не к лечебным методикам, а патронажу [6, 10, 12, 13, 18, 19, 36, 38, 40, 44, 47, 52, 61, 67, 75—77]. Под снижением вреда понимается уменьшение вероятности летального исхода от передозировок ПАВ, заболеваемости ВИЧ-инфекцией, гепатитами и иной соматической и психической патологией, улучшение качества их жизни. Помимо этого — снижение вреда для общества от криминального и противоправного поведения наркоманов.

Следует признать, что российская наркология фактически отказывается от такого вида реальной помощи своим пациентам. Обосновывается же отказ не перечисленными причинами, а тем, что будто бы программы «снижения вреда» неэффективны. Непонятно только, как можно сравнивать эффективность патронажа с эффективностью лечения. Шкалы оценки принципиально различны.

Несмотря на очевидность малой продуктивности выдвигания цели излечения, исключительно большие средства в отечественной наркологии (государственные и личные) тратятся на необоснованные попытки достичь выздоровления пациентов. Но, где тратятся, там и приобретаются. Система работает исключительно на саму себя. Стационары и реабилитационные центры работают по принципу «вращающихся дверей». И это оказывается доходным.

Чего больше в российской наркологической «утопии излечения» — выгоды или наивности, — разобраться трудно.

В мировой наркологической практике (в том числе странах СНГ) имеется более гибкий и рациональный подход к определению целей лечебно-реабилитационного процесса. Декларируется, что целью является «помощь пациентам в прекращении употребления всех ПАВ, или, как минимум, значительное снижение частоты употребления и количества потребляемых ПАВ, и/или отказ от внутривенного употребления (для не абстинентных пациентов)» [77], т.е. фактически существует две цели: цель-максимум и цель-минимум. И если недостижима одна, то пытаются достичь другую.

Мы же — неисправимые максималисты. Нас не устраивают половинчатые, неокончательные решения. Нам нужно только «все или ничего». Мы не хотим мириться с реальностью. Нас это оскорбляет. Хотим, чтобы от наркомании выздоравливали — и все тут.

Еще более парадоксально в плане анализа целей отечественной наркологии звучит стремление ввести принудительное лечение от наркомании. В связи с этим непонятным становится вопрос об основополагающих задачах такого «лечения». Если статистика указывает на низкий процент излечения при добровольном оказании помощи, то логично предполагать, что в условиях принуждения следует ожидать нулевой эффективности. Значит, можно предположить, что недекларируемой целью «принудительного лечения» является все же не повышение эффективности терапии, а социальная изоляция пациента. Но это уже совсем иная цель. Вслух о ней в приличном обществе не говорят.

Цель изоляции наркозависимого пациента от общества может ставиться, но только в медицинском, а не социальном ракурсе. И только в условиях судебной процедуры, а не медико-диагностического решения. Значит, если кто-то желает возродить принудительное лечение, то пусть открыто называет его целью изоляцию и не прикрывается красивыми словами о цели повысить эффективность лечения.

Кстати, действующий «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [26] позволяет осуществлять госпитализацию пациента в психиатрический (наркологический) стационар в недобровольном порядке в случае, если у больного обнаруживается «тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Для психиатров является аксиомой, что действие приведенной статьи Закона распространяется исключительно на пациентов с психотическим уровнем психических расстройств, к которым наркомания не относится. Если у больного наркоманией появятся признаки психоза (делирий, паранойя и пр.), то в совокупности с критериями опасности он может быть госпитализирован в стационар недобровольно: по решению суда. В равной степени противоправна недобровольная госпитализация в больницу как психически здорового (или даже человека с легкими психическими расстройствами, т.е. без психотических симптомов) с признаками социальной опасности, так и пациента с тяжелым психическим заболеванием, но без признаков опасности.

У представителей российской прокуратуры иное мнение: «Уклонение больных наркоманией от медицинской помощи (отказ от госпитализации, выписка до окончания курса лечения, неявка к участковому наркологу) может быть следствием болезненного расстройства психики», что, с их точки зрения, дает основание госпитализировать пациента в стационар в недобровольном порядке [22, 79]. По их разумению об этом же пишут психиатры, которые в «Законе о психиатрической помощи» дали прямое указание, как реализовать принудительное лечение в ЛТП. Смотри и применяй ст. 29. При тяжелом психическом расстройстве — недобровольная госпитализация. Но дипломированные юристы должны были бы понять суть закона. Для слова «тяжелое» есть психиатрическая, а не бытовая трактовка. Невроз в такой трактовке тоже тяжелое психическое расстройство. Что же срочно вызывать санитаров, если пациент уклоняется от лечения?

Удивительно, что с бытовым, а не профессиональным подходом к диагностике выступают наркологи [54, 55]. С научной точки зрения нет никаких научных свидетельств и оснований считать, что наркомания, проявляющаяся синдромом зависимости, является расстройством психотического регистра (тяжелым в собственно психиатрическом смысле) [26, 31, 41–44, 47, 63, 73, 77]. В связи с этим, ничем кроме парадокса непрофессионализма называть вышеприведенную позицию нельзя.

На деле в отношении принудительного лечения больных наркоманией предлагается внедрить все же не госпитализацию (данный термин обозначает помещение пациента в медицинское учреждение — больницу для лечения), а именно изоляцию, так как госпитализировать можно только в лечебные учреждения, к которым ЛТП относиться не могут. Это все же не лечебные, а исправительно-трудовые учреждения [44, 74]. Следовательно, если цель изоляции и может существовать в наркологии, то только в ракурсе госпитализации.

Парадоксальность этических принципов

Известно, что к основным базовым принципам био-медицинской этики относят принципы автономности, справедливости, «не навреди» [41, 42, 59, 60]. Помимо этого, в ракурсе наркологической помощи значимыми называются вопросы о «добре и зле», приоритете личности или общества, праве пациента на выбор лечения и отказ от него.

Право решать, что является вредом, а что — нет, до определенного момента считалось исключительной прерогативой врача. По мере того, как расширялся состав участников терапевтического процесса, имеющих право голоса (пациент и его родственники, общество, страховая компания), принцип «принося пользу, не навреди» стал рассматриваться в широком контексте.

Сегодня принцип «не навреди» должен охватывать многие процедуры наркологической практики. В частности, он должен быть приложен к обоснованности введения принудительного лечения от наркомании. Как указывалось выше, по мнению многих российских наркологов и особенно руководителей здравоохранения [5, 24, 28, 29, 53, 55, 70, 74, 81], при решении вопроса о необходимости лечения от наркомании необходимо исходить из того, что пациент представляет общественную опасность, не осознает и не понимает в полной мере характер своих действий, не может ими руководить, и, тем самым, наносит вред и себе, и окружающим. Этическая сторона данного вопроса заключается в оценке того, насколько морально оправданным может считаться принуждение при оказании медико-психологической помощи. Что признать этически приоритетным: права больного или права его родственников и общества? Апологеты данной позиции оправдывают свою позицию высшими целями защиты здоровых людей от больных, а не наоборот.

Обоснование необходимости внедрения принудительного лечения базируется на этическом представлении о том, что «врач-психиатр (нарколог) не может оставаться в стороне от проблем семьи наркозависимого». По мнению Ю.Л. Шевченко [81], ЛТП являются благом, поскольку, «обеспечивают пациента необходимым лечением и полноценным питанием, а также позволяют на 2 года физически изолировать больного наркоманией и алкоголизмом от возможности потребления наркотиков и алкоголя. А семью и общество — от наркомана». Факт, по мнению

бывшего министра здравоохранения РФ, немаловажный, ведь «в большинстве случаев для этой категории больных характерно крайне асоциальное поведение, обусловленное их болезнью». Непонятно лишь: все-таки предлагается изоляция от наркотиков и наркодилеров или изоляция от общества? Это не одно и то же. Предлагается насильственная изоляция во благо самого пациента или ради спокойствия его родственников?

Как видно из приведенной и достаточно распространенной в среде российских наркологов точки зрения, упор в обосновании необходимости принуждения к лечению делается на том факте, что больной наркоманией своим поведением может оказывать разрушающее действие на членов собственной семьи, проживающих с ним рядом. Но понятие *может оказывать* — субъективное и сослагательное. Человек с любой болезнью — это крест для семьи, который приходится нести близким родственникам. Если человек совершает (совершил) правонарушение — это юридическое основание для его наказания. Если же он только «может оказывать разрушающее действие» (т.е. опасен, но потенциально), то взаимоотношения должны регулироваться на основании этических принципов.

Контраргументом необходимости принудительного лечения от наркомании служит позиция биомедицинской этики о том, что врач в своей профессиональной деятельности, в первую очередь, должен руководствоваться принципом справедливости и действовать во благо больному. Своей профессией он приписан оказывать помощь не государству, не обществу, не родственникам, а пациенту. Несомненно, гражданская позиция врача важна. Но вне службы. Она не может быть инверсной, когда ориентация на защиту прав и здоровья окружающих здоровых перекрывают нацеленность на охрану благополучия больного. Этическая подоплека этой позиции состоит в том, что, ориентируясь на защиту общества, а не пациента, нарколог фактически признает больного преступником (или безнравственным человеком), а не больным в полном понимании этого слова. Ведь в последнем случае вопрос о нравственности поведения переходит в иную плоскость. Те поступки, которые внешне выглядят аморальными, но совершены больным, не могут считаться аморальными. Пациентом владеют патологические мотивы. Он не в силах самостоятельно управлять своими действиями. Следовательно, речь о безнравственности психически больного идти не может. Это не означает, что такие поступки следует поощрять. Их просто надо понимать сквозь призму болезни.

Отношение специалистов к больным наркоманией как к аморальным и безнравственным людям [30], нуждающимся в мерах трудовой терапии в ЛТП, следует признать этическим парадоксом российской наркологии. Единственно этически оправданной позицией врачей может считаться безусловное безоговорочное принятие пациентов такими, какие они есть, исходя из их патологической, неосознанной мотивации наркоманического поведения.

Еще одной стороной парадоксальности этических принципов современной отечественной наркологии является понятие *мифологизации мышления*. Оно включает в себя допустимость применения в рамках психотерапии или иных манипуляционных техник, основанных на прямой или косвенной суггестии (разных видов так называемого кодирования), внушение пациенту антинаучных догм или ложных установок, видоизменение его мировоз-

зрения. Фактически при таких методах терапии пациент вводится в заблуждение. Специалист создает у больного неверное представление о том, как осуществляется лечебное действие методики или препарата [14]. Грубо нарушается принцип информированного согласия, требующий от врача предоставления всей полноты сведений о болезни и механизмах действия лекарств или процедур. Пациенту фактически лгут, прикрываясь дипломом врача, о том, что «разрушают центр удовольствия», «блокируют опиатные рецепторы», «программируют на дозу», «разрушают подсознательный образ болезни». Обоснование данного приема «ложью во спасение» не может быть признано соответствующим этическим требованиям.

Официальные лица наркологии отмачиваются и фактически не принимают никаких мер по отношению к подобным практикам. Поддержка же таким процедурам со стороны официальной академической науки выглядит выходящей за пределы не только этики, но и закона. У адептов стереотаксических операций своя этика: «Потенциальная возможность облегчить состояние больного более гуманна, чем бездействие, в результате которого больной на долгие годы остается в безвыходном состоянии и каждый день рискует погибнуть» [25]. То есть антинаучный, опасный эксперимент на больных людях гуманнее? Все равно ведь мучаются. А так будет мучаться за деньги. Вот такая гуманность за их счет.

Отметим, что запрет на проведение стереотаксических операций в Институте мозга человека РАН был инициирован не руководителями отечественной наркологии, а пациентами, их родственниками, психиатрами и правозащитными организациями, подавшими в суд на негуманность и противоправность действий врачей [1].

К одним из важных этических принципов относится, помимо перечисленных, принцип конфиденциальности и анонимности. В российских условиях и он носит оттенок парадоксальности. Голоса наркологов звучат строго: «Бесплатное, т.е. за счет других больных наркологическое лечение должно быть прекращено». Почему? Потому, что те сами виноваты в своей болезни.

Может быть, вследствие той же позиции в государственных медицинских учреждениях анонимность лечения предлагается гарантировать исключительно на платной основе, т.е. считается допустимым не ставить больного наркоманией на диспансерный учет, если он оплачивает собственное лечение. В случае же бесплатного лечения пациент регистрируется для диспансерного наблюдения со всеми вытекающими из этого поражениями в правах. Этический парадокс. Только ли этический?

В настоящее время российская наркология работает в соответствии с принципами, которые сформулировал Н.Н.Иванец [29]. К основополагающим принципам терапии наркологических заболеваний он относит следующие: добровольность, индивидуализация, отказ от употребления ПАВ. Проанализируем их с позиции рационализма и парадоксальности, а также с точки зрения соответствия процедур принципам.

Парадоксальность принципа «отказа от употребления ПАВ»

Одной из противоречивых в настоящее время является позиция официальной отечественной наркологии по отношению к лечению пациента, который продолжает употреблять ПАВ. Эта позиция настаивает на категорическом отказе в лечении и реабилитации тем пациентам, которые

не прекратили употребление ПАВ. Сегодня в России ситуация усугубляется еще и тем, что многие врачи-интернисты отказывают в полноценной терапии соматической патологии больному, у которого обнаруживается наркомания и/или который находится в состоянии наркотического опьянения или абстиненции. Не будем вдаваться в вопрос об этической стороне отказа или ограничения в объемах лечения больному человеку. Понятно, что данные действия нарушают принципы биомедицинской этики.

Существенным становится вопрос о том, что следует предпринять наркологам по отношению к пациентам, которые в силу глубины и тяжести наркомании не способны отказаться от приема ПАВ? Не лечить или лечить принудительно? Учитывая мировые данные эффективности лечения от наркозависимости, указывающие на показатель 30% как максимальный [9, 10, 44, 45, 51, 52, 70, 77], следует признать, что большей части больных наркоманией отечественная наркология не только не способна помочь, но и не пытается этого сделать, поскольку фиксирована на принципе отказа от ПАВ. Получается, что отечественная наркология нацелена исключительно на «хороших, мотивированных пациентов» и игнорирует, оставляя «на произвол судьбы», без медицинской помощи, всех остальных. Несомненно, методики оказания медико-психологической помощи по отношению к тем больным, которые готовы и хотят лечиться, но не могут отказаться от употребления ПАВ, должны отличаться от методик по отношению к тем, кто способен воздерживаться. Но их следует применять вне связи с принципом отказа от ПАВ.

Парадокс заключается еще и в том, что в рамках подавляющего большинства реабилитационных программ больных наркоманией могут исключить из числа пациентов (выписать) не только за употребление наркотиков, но и за распитие спиртных напитков или курение сигарет. Непонятным становится, направлен ли в таком случае лечебно-реабилитационный процесс на избавление от наркомании или его целью является формирование человека без вредных привычек вообще? Попытка достижения цели формирования гармоничного человека из наркозависимого утопична и тому имеются научные доказательства [43–45, 50].

Некоторые авторы указывают на неэтичность и нарушение принципа «не навреди» действий врача, участвующего в лечебно-реабилитационных программах, которые допускают участниками-больными употребление ПАВ (при так называемой несухой реабилитации). Отмечается, что такой врач «не предлагает людям, в действительности продолжающим болеть, той помощи, которую он мог бы им оказать, проводя лечение» [24]. В связи с этим указывается на необходимость отстранения от подобной деятельности врачей с передачей ее в руки социальных работников или бывших наркопотребителей. Парадоксально, что российские наркологи как собаки на сене — и не хотят участвовать в таких программах («марать руки»), напирая на неэтичность деятельности, и не дают возможности иным специалистам расширять подобные программы, упрекая их в «потакании наркоманам, извлечении вторичной выгоды от наркотизации, распространении наркомании и непрофессионализме» [24]. Получается, что и недостойно, вроде бы, использовать программы снижения вреда, и пусть кто угодно, но только не мы, это делает.

Некоторые ученые осознают нездравомыслие принципа категорического отказа от употребления ПАВ и вводят понятие *немедицинское употребление*, справедливо проти-

вопоставляя его медицинскому [78]. Но их позиция также противоречива. Так как, во-первых, целью лечебно-реабилитационных мероприятий они признают «восстановление (или формирование) нормативного личностного статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала» (что невозможно даже при медицинском употреблении наркотических веществ), во-вторых, если они считают, что реабилитация возможна на базе медицинского употребления наркотиков, то почему эти специалисты настаивают на незыблемости принципа «отказа от ПАВ» [78]? Парадокс.

Парадоксальность принципа добровольности

Как указывалось выше, в последние годы из уст многих российских наркологов стали слышны призывы к внедрению (возобновлению) практики недобровольного лечения от наркомании. Это происходит, несмотря на декларацию приоритетности принципа добровольности [4, 29, 74]. Получается очередной казус.

По мнению Э.А. Бабаяна [3], заявления многих больных наркоманией о желании лечиться «могут быть неискренними, преследовать цель избежать каких-либо грозящих неприятностей или при высокой толерантности перенести абстиненцию в больничных условиях, облегчив страдания, и тем самым снизить дозу, необходимую для желаемого эффекта». Перечисленное оценивается автором как негативная сторона устремлений больного, которую врачам следует пресекать. Получается, что оказание помощи в виде симптоматического лечения абстиненции пациенту, не имеющему устойчивой мотивации к противорецидивному лечению, не следует расценивать как благо для него. Непонятна тогда альтернатива медико-психологическим мероприятиям — что делать (и делать ли вообще что-нибудь) с пациентом, который стремится только «снять ломку» в больничных условиях? По мнению Э.А. Бабаяна, наркозависимого, видимо, надо в прямом и переносном смысле «выводить на чистую воду». Зачем облегчать его страдания. Пусть помучается.

Н.Н. Иванец [28] указывал на то, что не следует наркоманов «избавлять от так называемых ломок» с помощью ПАВ, поскольку «тем самым снижается их социальная опасность». Заметим, это мнение врача. Главного врача российской наркологии.

Принцип добровольности может, конечно же, иметь редкие исключения. Но исключения не могут стать правилом. Внедрение принудительного лечения от наркомании на основании медико-диагностических оснований перечеркивает этот принцип.

Парадоксальность принципа эффективности

Российская наркология в целях оправдания собственной деятельности перед государством и гражданами ввела в оборот и фетишизировала понятие *эффективность*. Основным критерием положительной работы наркологической службы является эффективность терапии, которая оценивается на основании числа пациентов, достигших годовой ремиссии. Именно за достижение высокого показателя ремиссий борются наркологические диспансеры. Поощряют лучших, журят худших.

Парадокс же заключается в том, что невозможно улучшить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий при наркомании бесконечно. Научно доказано, что есть предел эффективности (около 30%). Хорошо бы

хоть приблизиться к нему. Логично в связи с этим произвести переориентацию принципа «эффективности» на принцип «охвата» медико-психологической помощью, принцип «качества жизни» и принцип «снижения вреда» [44, 45, 47]. По крайней мере, ввести эти принципы в действие для наркозависимых, относимых к группе труднокурабельных, т.е. для большинства из них.

Важны не только и не столько процент пациентов, достигших ремиссии, столько «качество их жизни», отражающее, в том числе, временной показатель — сколько недель или месяцев в году больной наркоманией не употребляет и сколько употребляет ПАВ, присутствуют ли у него коморбидные заболевания (ВИЧ, гепатиты, психозы и пр.), имеет ли он мотивацию и стремится ли к возврату в лечебно-реабилитационные программы. В таком случае получается, что возврат больного после рецидива наркомании в программу (диспансер, реабилитационный центр) не должен однозначно расцениваться как отрицательный момент [39, 44]. Важно постараться излечить излечимого больного или удлинить ремиссию его заболевания и удерживать в программах, не предусматривающих отказ от ПАВ, труднокурабельных (неизлечимых) пациентов. При этом в признаки некачественности (неэффективности) работы нарколога следует, с нашей точки зрения, включить процент суицидального поведения вследствие передозировок наркотиками у проходивших до этого противорецидивное лечение пациентов, заболеваемость ВИЧ и гепатитами, коморбидными психическими и поведенческими расстройствами, охват и привлечение новых пациентов.

В связи с вышеизложенным здравомыслящим следует признать опору на точку зрения американских наркологов [77], открыто признающих, что «опиатная наркомания является хроническим, рецидивирующим заболеванием. Изучение этого вида наркомании показывает, что прекращение применения наркотика — процесс очень медленный и большая часть пациентов не заканчивает лечения». Следовательно, эффективность терапии не должна быть фетишем, основополагающим принципом оценки работы нарколога. Ведь не требует же никто от психиатра, чтобы все его подопечные больные шизофренией выздоравливали. Ожидают, что тех, кого можно вылечить, следует вылечить, а тех, кого нельзя, следует опекать и проводить поддерживающую терапию.

Парадоксальность применения принципа индивидуализации лечения

Не вызывает сомнений правильность существования самого принципа «максимальной индивидуализации лечения». Однако на практике в российских условиях можно говорить о том, что его применение не только затруднено, но и не поддерживается в силу доминирования «принципа метода и методики». Чем владею, тем лечу. Как правило, в своей работе наркологи исходят из методики, а не из принципа индивидуализации, основанной на изучении личности пациента. Проведение стереотаксических операций, назначение психофармакотерапии и многие другие формы оказания помощи не используют дифференциацию и индивидуализацию.

Для того, чтобы говорить о реальном применении принципа дифференциации лечения наркозависимых необходимо, чтобы каждый специалист, имея широкий арсенал средств оказания помощи, владел бы несколькими методиками, а не одной единственной, был бы феномено-

логически-ориентированным. Для воплощения в жизнь этого принципа должно быть также разнообразие теоретико-методических подходов к лечебно-реабилитационному процессу. В частности, расширение целей этого процесса (включение в цели, помимо цели излечения от наркомании, еще и патронажа — программ до «снижения вреда») способно на деле претворить в жизнь принцип максимальной индивидуализации. Ведь парадоксальность существующего в российской наркологии принципа «цели на излечение» блокирует процесс индивидуализации, мешает «лечить не болезнь, а больного».

Подавляющее большинство отечественных специалистов-наркологов не изучает профиль личности пациента, не анализируют механизмы формирования наркозависимости у конкретного пациента (отметим, что сегодня в науке рассматривается, по крайней мере, пять таких механизмов, требующих действительно строго дифференцированного подхода [42, 43, 45, 46]). В первую очередь, это касается использования психотерапевтических методик (эмоционально-стрессовой, когнитивной, бихевиоральной, НЛП и пр.). Однако то же можно отметить и в отношении назначения психофармакотерапии. В настоящее время доминирующей является точка зрения о приоритете депрессивных симптомов в формировании комплекса патологического влечения к психоактивному веществу [2, 11, 69]. Именно поэтому в традиционно рекомендуемые схемы лечения предлагается, в первую очередь, включать антидепрессанты. Подобный подход нельзя признать исчерпывающим и индивидуальным, так как:

во-первых, база патологического влечения к наркотикам не всегда является аффективной. (Уточним, что в этом ракурсе зачастую вообще исключается психологический механизм, несмотря на теоретические и практические доказательства обратного [7, 35, 45, 50, 56, 58, 64, 71, 82]);

во-вторых, депрессивный синдром сам по себе не монолитен. Выделяется [49] 7 его вариантов с доминированием тоскливого, тревожного, дисфорического, гипопатического, эмотивного, лабильного радикалов. Каждый из них требует дифференцированной психофармакотерапии.

К сожалению, по-прежнему в отечественной наркологии преобладает биологическая парадигма, тогда как психологическая составляющая представлена скудно. Из наиболее широко практикуемых в России методик многие не выдерживают критики с позиции научной обоснованности и индивидуализации. К ним, например, относится программа «12 шагов», в которой вопрос о дифференцированном подходе не ставится вообще. Справедливости ради, следует отметить, что и иные традиционные методы психологической реабилитации опираются скорее на унификацию, чем на дифференциацию. Кроме того, отсутствуют серьезные научные исследования, посвященные изучению индивидуализации лечебно-реабилитационного процесса, построенные на учете собственно индивидуальных свойств и качеств (личностных, характерологических, темпераментальных). Пока принцип максимальной индивидуализации носит декларативный характер и не внедрен в практику в силу доминирования биологической парадигмы.

Таким образом, анализ действующих в современной российской наркологии принципов указывает на тот факт, что они пронизаны парадоксальностью и противоречивостью. Многие из них противоречат здравому смыслу, некоторые не соответствуют этическим требованиям.

Изменить принципы не составляет труда. Для этого необходим беспристрастный неидеологизированный взгляд на происходящее. Отечественное наркологическое сообщество способно эволюционировать лишь в случае кардинального пересмотра существующих принципов и процедур. Отстаивание же этих устаревших принципов приведет лишь к усугублению кризиса, ухудшению ситуации в сфере эффективности терапии и реабилитации наркозависимых и способно в еще большей степени дискредитировать российскую наркологию в глазах мирового профессионального сообщества.

Список литературы

1. Абель И.В. Психирургическое лечение — спекуляция надеждой// Независимый психиатрический журнал. — 2003. — №1. — С. 82—85.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994.
3. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1988. — С.169—218.
4. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
5. Бабаян Э.А. О применении метадона// www.medinternet.ru/.
6. Батлер У.Э. ВИЧ/СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России. Программы снижения вреда и российская правовая система. — Лондон, 2003. — 206 с.
7. Букановская Т.И. Анализ структуры личности и новые подходы к психотерапевтической работы с больными опийной наркоманией// Вопросы наркологии. — 1999. — №4. — С.46—49.
8. Буркин М.М., Горанская С.В. Основы наркологии. — Петрозаводск: Карелия, 2002. — 192 с.
9. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами// Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — №2. — С. 31—35.
10. Валентик Ю.В., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ/СПИД среди лиц, потребляющих наркотики (пособие для врачей). — М.: Каллиграф, 2003. — 157 с.
11. Винникова М.А. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к наркотику// Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 20—27.
12. Власенко Л., Полтавец Д. Заместительная терапия с точки зрения этики и современного украинского законодательства/ Материалы Международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии». — Казань, 2003. — С. 32—35.
13. Власенко Л.В. Заместительная терапия в Украине. Вопросы законодательства, медицинской этики и организации проведения// Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов. — Казань, 2004. — С. 40—48.
14. Галкин В.А. Эмоционально-стрессовая терапия больных алкоголизмом// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 234—235.
15. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
16. Гулямов М.Г., Погосов А.В. Наркомания. — Душанбе: Ирфон, 1987. — 112 с.
17. Гуртовенко В.М., Кошкина Е.А., Столпник Л.П. Отношение врачей-наркологов к некоторым сторонам проблемы лечения и профилактики алкоголизма// Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 709—711.
18. Должанская Н.А. Современные подходы к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в связи с употреблением наркотических и других психоактивных веществ// Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов. — Казань, 2004. — С. 99—121.
19. Должанская Н.А., Егоров В.Ф., Харьковская Н.В. Метадоновая терапия: обоснование применения, история внедрения, оценка эффективности (обзор)// Вопросы наркологии. — 1994. — №2. — С. 4—12.
20. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии// Вопросы наркологии. — 1999. — №2. — С. 28—34.
21. Дудко Т.Н., Радомская Н.В. Место пермиссивности в механизмах формирования алкогольной и наркотической зависимости// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 240.
22. Дьяченко А.П., Цымбал Е.И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 239.
23. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. — СПб.: Дидактика плюс, 2002. — 272 с.
24. Елшанский С.П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ «снижения вреда» среди потребителей наркотиков// Вопросы наркологии. — 2003. — №2. — С. 36—51.
25. Завьялова Н.В. Клинико-динамические особенности опийной наркомании при использовании в комплексной терапии нейростереотаксического метода// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 240.
26. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании// Постатейный комментарий к Закону РФ. Под редакцией В.П. Котова. — М.: Республика, 1993. — 238 с.
27. Зыков О.В., Цетлин М.Г. Духовно ориентированные методы лечения наркологических заболеваний// Лекции по наркологии. — М.: Нолидж, 2000. — С. 406—411.
28. Иванец Н.Н. Наркология без наркотиков// Фармацевтический Вестник. — 1998. — №10. — С. 161.
29. Иванец Н.Н. Наркология — предмет и задачи. Современная концепция терапии наркологических заболеваний// Лекции по наркологии. — М.: Нолидж, 2000. — С. 7—15, 134—148.
30. Иванов С., Скочиллов Р. К вопросу о статусе потребителей наркотиков// Русский журнал «ВИЧ/СПИД и родственные проблемы». — СПб., 2003. — Т. 7, №1. — С. 77—78.
31. Каплан Г., Сердок Б. Клиническая психиатрия (в 2-х томах). — М.: Медицина, 1994.
32. Киржанова В.В. Распространенность психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в Российской Федерации в 2002 году// Вопросы наркологии. — 2003. — №3. — С. 47—58.
33. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств/ Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. — М., 1999. — 223 с.
34. Козлов А.А., Рохлина М.Л. «Наркоманическая» личность// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — №7. — С. 23—27.
35. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект, 2000. — 460 с.
36. Леду И. Оценка лечения методом заместительной терапии в сети помощи наркоманам в 1989—1993 гг. — первые результаты// Вопросы наркологии. — 1994. — №2 — С. 15—23.
37. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — Л., 1991. — 304 с.
38. Лукомская М.И., Ферран И. Метадон как метод выбора в лечении опийной наркомании/ Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 758—759.
39. Магалиф А.А., Магалиф А.Ю. О некоторых принципиальных подходах в амбулаторном лечении больных наркоманией// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 252.
40. Матюшкин В.Н. Заместительное лечение метадоном с точки зрения потребителей инъекционных наркотиков// Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии». — Казань, 2003. — С. 102—104.
41. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: Медицина-ТЕХЛИТ, 1997. — 496 с.
42. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс, 1998 (1999, 2001, 2002). — 592 с.
43. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.

44. Менделевич В.Д. Заместительная терапия наркозависимости в России: перспективы и реальность. — Казань: Новый век, 2003. — 51 с.
45. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
46. Менделевич В.Д. Экспериментально-психологические маркеры формирования склонности к зависимости от психоактивных веществ// Наркология. — 2003. — №10. — С. 22—28.
47. Менделевич В.Д. Заместительная терапия наркозависимых в ракурсе медицинской и немедицинской аргументации// Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов. — Казань, 2004. — С. 4—19.
48. Менделевич В.Д., Макушина О.П. Специфика взаимосвязей наркотической и алкогольной зависимостей подростков с характером их отношений с родителями// Материалы научно-практической конференции «Наркомания и общество: пути решения проблемы». — Казань, 2003. — С. 87—90.
49. Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д. Психофармакологическая поддержка процесса реабилитации наркозависимого// Материалы межрегионального научно-практического симпозиума «Наркозависимость: профилактика, лечение, реабилитация». — Казань, 2000. — С. 77—84.
50. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности. — Казань: Марев, 2002. — 240 с.
51. Москаленко В.Д., Валентик Ю.В. Общество анонимных алкоголиков в США: подход и терапевтические возможности// Вопросы наркологии. — 1989. — №2. — С. 51—56.
52. Мошкова А. Заместительная терапия с позиции международной программы снижения вреда (МПСВ)// Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии». — Казань, 2003. — С. 232—235.
53. Надеждин А.В. Советская Россия, 19 октября 2000 г. — №121 (2016).
54. Надеждин А.В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией// Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 66—71.
55. Надеждин А. Антинаркотическая работа: взгляд участников конференции// Антинарк. — 2003. — №2. — С. 5.
56. Найденова Н.Г. Компulsive влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1975. — 22 с.
57. Найденова Н.Г. Метадон у больных опийной наркоманией// Вопросы наркологии. — 1994. — №2. — С. 25.
58. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ// Вопросы наркологии. — 1999. — №2. — С. 57—61.
59. Нежметдинова Ф.Т., Исланова Н.Н. Право и медицина: биомедицинские основы. — Казань: Дом печати, 1998. — 280 с.
60. Пелипас В.Е. Этические проблемы в практической наркологии// Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 75—94.
61. Пелипас В.Е. Метадоновая заместительная терапия больных наркоманией// Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов. — Казань, 2004. — С. 20—39.
62. Погосов А.В., Мустафетова П.К. Опийные наркомании: История учения, этнокультуральные аспекты, клиника, лечение. — М.: Белые альвы, 1998. — 192 с.
63. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб.: Экспертное бюро, 1997. — 496 с.
64. Психология и лечение зависимого поведения/ Под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2000. — 240 с.
65. Пятницкая И.Н. Наркомании. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.
66. Разуев В.А., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. Опыт сотрудничества наркологической службы с православной церковью// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 264.
67. Роде Т. Работа с труднодоступными наркоманами: принципы и практика. — Страсбург: Совет Европы, 1997.
68. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я. Клинико-социальные последствия наркоманий// Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 11—20.
69. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохначев С.О. Аффективные нарушения при героиновой наркомании// Вопросы наркологии. — 2002. — №1. — С. 20—26.
70. Рыбакова Л.Н., Калачев Б.П. Мнение врачей-наркологов о принципах наркологической помощи (по результатам анкетного опроса специалистов в области наркологии)// Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 822—823.
71. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков. — М.: Генезис, 2001. — 216 с.
72. Смирнов О.Г. Социально-медицинские аспекты наркологической помощи — иные принципы// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 268.
73. Соломоницина И.О., Пелипас В.Е. Проблемы правового положения наркологических больных// Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 830—831.
74. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. — М.: Медгиз, 1956. — 346 с.
75. Субата Э. Заместительная терапия метадонем. — Вильнюс, 2001. — 32 с.
76. Субата Э. Заместительное лечение в Восточной Европе и Центральной Азии// Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии». — Казань, 2003. — С. 173—179.
77. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркология: пер. с англ. — М., СПб.: БИНОМ, 2000. — 320 с.
78. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: Концепция и практическая программа. — М., 2000. — 36 с.
79. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Правовые основания оказания наркологической помощи// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 275.
80. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 240 с.
81. Шевченко Ю.Л. Интервью информационно-публицистическому сайту «Нет наркотикам». — 2001.
82. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании. — СПб., 2000. — 368 с.