

В современной российской наркологии нет парадоксальных принципов, а методики лечения наркологических больных отвечают социально-экономической ситуации в стране и по эффективности не уступают зарубежным

ЭНТИН Г.М.
КОПОРОВ С.Г.

д.м.н., профессор, гл. научный сотрудник Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, Москва
к.м.н., главный врач Наркологического диспансера №1 Управления здравоохранения ЮАО г. Москвы

Дискуссию с автором статьи «Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур» проф. В.Д. Менделевича¹ можно разделить на две части: первую, посвященную проблеме алкогольной зависимости и вторую — наркотической зависимости.

Раздел, посвященный проблеме алкоголизма, практически почти дословно повторяет положения статьи, опубликованной в американском журнале «Алкоголь и Алкоголизм» за 1994 г. английского нарколога П. Флеминга и петербургских наркологов А. Мейрояна и И. Климовой под одиозным названием «Службы лечения алкоголизма в России: нарастающий кризис»².

Перевод этой статьи был опубликован в журнале «Вопросы наркологии»³, а на последующих страницах этого журнала был опубликован ответ на эту статью сотрудников отдела наркологии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ Г.М.Энтина, А.Г.Гофмана, А.В.Граженского, Е.Н.Крылова, А.Ю.Магилифа, И.А.Носатовского и В.Яшкиной «О современном состоянии наркологической помощи в России (в связи с ее тенденциозной оценкой в некоторых западных публикациях)» [35].

К главным недостаткам лечения больных алкоголизмом в России авторы статьи в американском журнале отнесли отсутствие групповой и семейной терапии, групп самопомощи, таких как «Анонимные алкоголики», «12 шагов» и др., недостаточную психотерапевтическую подготовку врачей-наркологов и плохое материальное состояние наркологических учреждений.

В то же время авторы были вынуждены признать популярность и распространение в России методов стресспсихотерапии и даже указывали, что для лечения по методу Доуженко больным приходится ездить за тысячи километров.

Утверждения авторов статьи в американском журнале о необходимости внедрения в России распространенных в Западной Европе и США психотерапевтических методик и психотехники — это всего лишь иллюзия и эффективны эти методики не более чем у 5% больных алкоголизмом, наблюдаемых российскими наркологами. И внедрить эти методики в России возможно лишь на основе партнерства, а не агрессивности, с которой выступали авторы указанной статьи. Таков был ответ на эту статью группы российских наркологов.

Прошло более 10 лет. Значительно изменилась социально-экономическая ситуация в стране, вместе с ней и наркологическая ситуация. Потребление алкоголя, достигшее максимума — 14,9 л на душу населения в 1984 г.,

после известных мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом (май 1985 г.) снизилось до 10—11 л в год (1986—88 гг.), но в дальнейшем, после распада Советского Союза вновь начало расти, достигнув в 1993—94 гг. 15 л и на этом остановилось на последующие 10 лет — до 2004 г. По последним данным 9,2 л из этого количества приходится на регистрируемую алкогольную продукцию и более 5 л — на контрафактную, в том числе суррогатную, и всего около 80% потребляемого алкоголя в виде крепких напитков — 40%-ной водки. Это свидетельствует о некоем «потолке» потребления алкоголя при подавляющем большинстве его — в крепких напитках [42, 44].

В соответствии со стабилизацией уровня потребления алкоголя стабилизировалось и даже несколько снизилось число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, как впервые взятых на наркологический учет, так и состоящих на учете.

К 2005 г. состоящих на учете было около 2 млн. чел., а поступивших в стационары по поводу алкогольных психозов 118 тыс. чел., т.е. 17% от всех состоящих на учете.

За этот период (1993—2003 гг.) значительные изменения претерпела и база наркологической службы. Были ликвидированы лечебно-трудовые профилактории МВД, в которых находилось на принудительном лечении около 150 тыс. человек. Практически полностью ликвидированы наркологические отделения на промышленных предприятиях, в которых в 1991 г. было 29 334 койки, а в 2003 г. осталось лишь 370, в связи с чем общее число наркологических коек сократилось за этот период с 58 800 до 28 718 [18, 42].

Тем не менее, основная сеть наркологических учреждений сохранилась и даже несколько увеличилась. Число наркологических больниц осталось 11, наркологических диспансеров сократилось лишь на 4 — в 1995 г. их было 215, в 2003 г. — 211, в том числе со стационарами — 169. Число наркологических кабинетов увеличилось с 1947 до 1991, в том числе подростковых — с 176 до 243. Число хозяйственных кабинетов сократилось с 44 до 33. Несколько увеличилось число анонимных наркологических кабинетов — с 176 до 183, в то же время сократилось число кабинетов антиалкогольной и профилактической помощи — с 97 до 88. Число кабинетов экспертизы алкогольного опьянения увеличилось с 210 до 271. В них же осуществляется и экспертиза наркотического опьянения.

Число врачей-наркологов (физических лиц) сократилось незначительно с 4858 до 4803, также и занятых должностью — с 7018 до 6824, а число занятых должностей врачей-наркологов, ведущих диспансерный прием, даже увеличилось с 4345 до 4505.

Важным мероприятием в организации наркологической помощи в последнее десятилетие было создание отделений неотложной наркологической помощи в нарко-

¹ Наркология. — 2005. — №1. — С. 56—64.

² J. Alcohol and Alcoholism. — 1994. — Vol. 29, №4. — P. 357—362.

³ Вопросы наркологии. — 1997. — №1. — С. 61—67.

логических и психиатрических больницах, в стационарах наркологических диспансеров, в которых осуществляется неотложная помощь при алкогольном опьянении, тяжелых формах алкогольной абстиненции, алкогольных психозах, наркотическом опьянении и тяжелых проявлениях наркотической абстиненции [29, 37].

За этот период стихийно сформировались частные наркологические центры и клиники в форме обществ с ограниченной ответственностью и появились частнопрактикующие врачи, работающие по специально выдаваемым им лицензиям.

За этот же период вышло большое число монографий, руководств, методических рекомендаций по вопросам наркологии, увеличилась периодичность журналов «Вопросы наркологии» и «Наркология», статьи по вопросам наркологии постоянно публикуются в психиатрических журналах и сборниках.

Значительно улучшилась подготовка врачей-наркологов. Созданы кафедры наркологии для специализации и повышения квалификации врачей-наркологов. Активно ведется работа по подготовке кандидатских и докторских диссертаций по вопросам наркологии.

На этом фоне опубликована статья профессора В.Д. Менделевича из Казанского Института исследования проблем психического здоровья и Казанского Государственного Медицинского университета.

Статья начинается громовыми раскатами: «Современная российская наркология пребывает в кризисе, в системном кризисе, охватывающем 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».

Вот так! Громовые раскаты, по сравнению с которыми критические замечания в американском журнале за 1994 г. — не более комариного писка.

Далее автор демонстрирует свое невежество в понимании проблемы наркомании. Он ссылается на работы отечественных авторов последних лет, в которых якобы приводятся ложные данные о снижении заболеваемости наркоманией и повышении эффективности ее лечения. В качестве аргумента он приводит азбучную истину: «Количество конфискуемого героина растет, а предложение не существует без спроса». При этом автор совершенно не учитывает, что если алкоголизм и является в значительно большей степени государственной проблемой, чем медицинкой, то наркомания является уже полностью государственной проблемой. В отношении алкоголизма можно вспомнить эпизод, когда академик А.В. Снегневский, став директором Института психиатрии АН СССР, ликвидировал отдел наркологии в институте, заявив, что алкоголизм — проблема чисто полицейская, а не научная. В отношении алкоголизма он, конечно, преувеличил, а вот наркомания — проблема не только «полицейская», но и общегосударственная. А в России она в настоящее время является государственной проблемой первостепенной важности. И не случайно Президент сформировал Федеральную службу по контролю за оборотом наркотиков, включающую 40 тыс. чел. личного состава, в основном офицеров. А в наркологической медицинской службе работают около 5 тыс. врачей.

Демонстрируя свое незнание и непонимание наркологической ситуации в России в настоящее время, автор

упоминающейся статьи утверждает, что как в практической работе, так и в научных исследованиях основное внимание уделяется проблеме алкоголизма, а не наркоманий. А как может быть иначе, если на учете в наркологических учреждениях за последние 5 лет состоит 2 млн больных алкогольной зависимостью и лишь около 300 тыс. — наркотической, т.е. алкоголиков в 6,7 раз больше, чем наркоманов. В наркологические стационары в течение года за этот период поступало до 360 тыс. больных непсихотическими формами алкоголизма и 115 тыс. больных алкогольными психозами, а в сумме — 475 тыс. чел. В то же время больных синдромом зависимости от наркотических веществ поступало в течение одного года до 95 тыс. чел., т.е. в 5 раз меньше [18, 42]. Автор статьи указывает, что имеются данные о том, что соотношение учетных (явных) и неучтенных (скрытых) наркозависимых составляет 1 к 10. Есть такие данные зарубежных авторов. Также и в России: на 300 тыс. наркозависимых, учетных в наркодиспансерах, в органах здравоохранения и в правоохранительных органах зарегистрировано около 3 млн потребителей наркотических и других психоактивных веществ. Естественно, что далеко не все они наркозависимые. В то же время, и зарубежные и отечественные авторы [16, 35] считают, что число учетных алкогользависимых относится к неучтенным как 1:2, т.е. около 4 млн, причем 20% из них — женщины [18, 21]. И это совсем не означает, что никто из этих 4 млн. алкогользависимых, не состоящих на учете в государственных наркологических учреждениях, не пользуется наркологической помощью. Напротив, именно в последние 10 лет, в связи с организацией и функционированием негосударственных наркологических учреждений, как стационарных (клиник), так и амбулаторных, а также выездов врачей-наркологов на дом, значительно увеличился объем и улучшились возможности лечения больных алкогольной зависимостью.

Платные услуги на основе анонимности оказываются и в государственных наркологических учреждениях.

В какой-то степени можно согласиться с автором рецензируемой статьи, что в этих вопросах еще много недоделок. Недостаточен контроль местных органов здравоохранения за подготовкой врачей, занимающихся лечением наркологических больных на основе платных услуг. Не организована проверка применяемых ими лекарственных средств и методов лечения, объективная оценка эффективности и пр.

Рассуждая о методиках лечения больных алкоголизмом, автор демонстрирует полную неосведомленность в этих вопросах. Возникает сомнение, занимался ли когда-нибудь проф. В.Д. Менделевич наркологической практикой. Совершенно не понимая сущности опосредованной психотерапии больных алкоголизмом, называет эту методику «патернализмом», т.е. навязыванием больному позиции врача, с которой пациент не согласен. На самом деле опосредованная психотерапия в наркологической практике заключается в запретительных в отношении алкоголя и других психоактивных веществ формулировках, которые вызывают у пациентов стойкое опасение тяжелых расстройств здоровья, вплоть до смертельного исхода, в случае употребления этих веществ. Пациенты должны сознательно идти на это лечение, зная, что употребление этих веществ будет для них опасно, и тем самым они находят опору, не надеясь на собственные возможности противостоять внешним обстоятельствам и внутренним побуждениям [6, 7, 34, 38].

В отечественной практике такая методика была впервые использована известными отечественными психиатрами И.Г.Равкиным (1956 г.), Л.Г.Гамбургом (1980 г.), а также многими другими [1, 4, 5, 26]. Широкое распространение эта методика в России получила за последние 20 лет, оно связано с именем врача-практика А.Р. Довженко [2, 9—13, 30, 45, 46]. В настоящее время методика значительно модифицирована [3, 13, 19, 31—35], она выдержала испытания временем. Появились различные модификации этой методики, объединенные названием «кодирование», которые пользуются популярностью у больных и их родственников. Сам же проф. В.Д. Менделевич указывает: «По данным опроса больных алкоголизмом и наркоманией и их родственников, среди всех предлагаемых официальной и неофициальной российской наркологией методов лечения «кодирование» разного рода занимает до 80%». А по нашим данным [31, 32, 34, 44], наиболее длительные ремиссии при наблюдении больных алкоголизмом до 5 лет и более бывают при повторном использовании методов опосредованной психотерапии.

Можно с удивлением констатировать, что данные методики, основанные в значительной степени на принципах нейро-лингвистического программирования (NLP) по М. Эриксону [20, 44], не привились ни в США, ни в Европейских странах. Это в значительной степени объясняется тем, что и подтверждали наркологи из Германии, Польши, Чехии, с которыми мы общались на международных конференциях, что после кратковременного сеанса пациент «отрывается» от врача на длительный срок — год и более, что, в общем-то, невыгодно для частнопрактикующих врачей с финансовой точки зрения.

В статье В.Д. Менделевича красной нитью проходит позиция, утверждающая, что объем и разнообразие наркологической помощи, эффективность терапии и реабилитации наркологических больных в России существенно ниже «мировых стандартов». И тому, по его мнению, есть не объективные, а субъективные причины, которые следует осознать. Откуда автор почерпнул эти сведения — не указывается. По нашим данным, ситуация как раз обратная. В обзорах зарубежной литературы по этому вопросу указывается на крайне низкую эффективность лечения больных как алкогольной, так и наркотической зависимостью. Данные об эффективности лечения больных алкоголизмом в зарубежной литературе завышены и при объективной проверке оказалось, что ремиссии в 3—4 раза короче, чем сообщают авторы [23, 24].

Методики лечения больных алкоголизмом в зарубежных странах однообразны. Так, например, в переведенном и опубликованном в 1998 г. в Санкт-Петербурге сборнике «Source Book of Substance Abuse and Addiction» (Наркология), составленном большой группой специалистов Гарвардского университета в Бостоне и психиатров других штатов США (Нью-Йорк, Калифорния, Мэриленд, Чикаго, Вашингтон, Миннесота), из 304 страниц текста лечению больных хроническим алкоголизмом посвящена лишь одна страница, где рекомендуются приобщение пациентов к участию в обществе АА (анонимные алкоголики), работа с семьями пациентов и использование дисульфирама, как средства «устраняющего эффекта».

Основное внимание в материалах сборника обращено на купирование острых последствий пьянства (синдром отнятия, психосоматические нарушения и пр.).

Такая же система медицинской помощи больным алкоголизмом в США из первых рук была сообщена нам в

конце 80-х годов во время визита в Москву большой группы АА во главе с руководителем одной из протестантских религиозных общин, патронирующих деятельность АА. В числе делегации были директор Нью-Йоркского муниципального центра по лечению и реабилитации больных алкоголизмом и врачи этого Центра, одна из которых — русскоязычная, являлась переводчиком. При посещении ими Московского наркологического диспансера №1 со стационаром на 300 коек, обслуживавшего район с более чем 1 млн. чел. населения, выяснилось, что на 10-миллионный Нью-Йорк имеется также только один подобный центр (300 коек) и отдел профилактики. В Центре работает лишь один психиатр, он же директор, 10—12 врачей — терапевтов в стационаре, а в отделе профилактики — психологи, а также «советники» — из бывших алкоголиков, лечившихся в Центре, прошедшие соответствующую подготовку и в качестве платных сотрудников занимающиеся амбулаторной реабилитацией под руководством психологов.

Пройдя курс детоксикации (2—4 нед.) пациенты переводятся на амбулаторную реабилитацию (4—6 нед.) после чего зачисляются в соответствующую их социальному и профессиональному статусу группу АА.

Директор Нью-Йоркского Центра утверждала, что полный курс реабилитации с переходом в АА проходят около трети пациентов, поступивших на лечение, и они имеют ремиссии более трех лет. Такой срок они находятся под наблюдением Центра.

Аналогичные реабилитационные центры для больных синдромом алкогольной зависимости имеются и в других штатах и крупных городах США, а общества АА, формирующиеся по религиозной, профессиональной и материальной принадлежности, насчитывают до 2 млн. чел. И быть алкоголиком, прекратившим употребление алкоголя, в США не только не зазорно, но даже почетно, никто этого не скрывает. В частности, в делегации анонимных алкоголиков из США, о которой мы упоминали, был конгрессмен — член палаты представителей Конгресса США, а один из участников — бизнесмен, который прилетел из Америки в Москву на собственном самолете с собственным экипажем.

Более того, бывшим алкоголиком является и нынешний, 43-й президент США, Джорж Буш младший. Еще до ноябрьских выборов 2004 г. его супруга Лора презентowała свою книгу о нем. Эта процедура транслировалась по российским телеканалам, и мы слышали перевод ее выступления. Она сказала: «В свое время Джорж сильно пил. Он, конечно, не был алкоголиком, но, начав пить, остановиться уже не мог». Нам по этому поводу оставалось только воскликнуть: «О, святая простота», как воскликнул Ян Гус, когда некая богомольная старушка подкинула охапку хвороста в костер, на котором Яна Гуса сжигали по приговору папского суда, как еретика. Правда, Лора Буш тут же уточнила: «Зато теперь он пьет только безалкогольные коктейли». Более того, нам прислали вырезку из зарубежной русскоязычной газеты от 18 февраля 2004 г., в которой приводится интервью американского миллионера Дж. Сороса с президентом Дж. Бушем в Белом доме: «Мне, собственно, — сказал Буш, — надо было бы сидеть в каком-нибудь баре в Техасе, а не в Белом доме. Я ведь был алкоголиком. Единственная причина, почему я оказался в Овальном кабинете, а не в баре: я обрел веру. Я обрел Бога». И, зная все это, американские избиратели отдали ему свои голоса, переизбрав на второй срок в ноябре 2004 г. Правда, остается неизвестным, ле-

чился ли Дж. Буш младший от алкоголизма или прекратил пьянство под влиянием возникших семейных обстоятельств, когда избрался президентом его отец.

Тем не менее, необходимо признать, что сложившаяся в США система перехода больных алкоголизмом на социальную реабилитацию с участием общественных и религиозных структур достаточно эффективна.

К сожалению, в Советском Союзе и в России она не привилась. Попытки создания обществ типа «анонимных алкоголиков», как при наркологических учреждениях, так и самостоятельных (типа «Оптималист») не были массовыми и развалились. Но, может быть, эта идея еще не исчерпала себя. Может быть, г-н Менделевич, так рьяно ратуящий за внедрение «передовых зарубежных методов организации лечения и реабилитации алкоголиков», возьмет ее на себя. Обратится к Президенту и правительству Татарстана, к общественности и религиозным конфессиям (как мусульманской, так и православной) о создании такого рода учреждения на базе Республиканского наркологического диспансера, тем более, что нам известно, что материальная база диспансера и медицинский персонал для этой деятельности там имеются и больших материальных затрат для создания в нем подобного рода деятельности не потребуется. Может быть, самому г-ну Менделевичу придется слетать в творческую командировку в США для более детального ознакомления с проблемой на месте. И на это можно изыскать средства за счет благотворительности. И когда он организует такую лечебно-реабилитационную систему и получит положительные результаты, тогда он будет иметь право ратовать за внедрение зарубежного опыта.

Что касается лечения больных алкогольной зависимостью в странах Западной Европы, то хорошо известна на основании личных наблюдений организация его в Германии. В Германии нет специальности врача-нарколога, лечением больных алкоголизмом и наркоманией занимаются психиатры, а психотерапией и реабилитацией — медицинские психологи. Психозы и тяжелые абстинентные проявления лечатся в общих отделениях психиатрических больниц. Поддерживающее лечение и реабилитация у частнопрактикующих врачей и медицинских психологов — за наличные деньги или по страховым полисам, а также в специализированных реабилитационных стационарах. Такие стационары на 40—60 мест имеются во всех землях (областях) Германии. Направление в них осуществляется через единый для всей Германии центр. Решение о направлении больного на реабилитационную программу на 3 или 6 мес. (имеются различные стационары, где программа рассчитана на 3 или 6 мес.) по направлению местных медицинских учреждений или правоохранительных органов. Направленный проходит полное медицинское обследование (амбулаторно или стационарно) в местных медицинских учреждениях и документы на него поступают в единый центр, откуда пациенту приходит извещение с указанием в какой город, в какой день и час он должен явиться в центр на 3-х или 6-месячную программу. Германия по территории сравнительно небольшая страна и добраться из любого пункта по назначению на поезде, в автобусе или автомобиле можно за полдня. В течение 3—5 дней в стационаре производится «пересменка» и он заполняется больными, направленными на соответствующий 3-х или 6-месячный курс.

В стационаре работает один врач-психиатр, один психолог, средний и младший персонал. Занятиями по про-

грамме (6 ч в день) руководит врач-психиатр, психолог, приглашенные педагоги, юристы, священники. Лекарственное лечение — только симптоматическое. Оплата осуществляется за счет страхового полиса, а при его отсутствии — за счет государства.

Режим в отделении свободный. Через 1 месяц лечения больные отпускаются на выходные домой, правда, в сопровождении родственников. Бывают нарушения режима трезвости с досрочной выпиской. После реабилитационного курса пациент находится под наблюдением врача и социального работника по месту жительства. Рецидивы в этот период у 30—40% пациентов случаются в течение первого года.

В экономически богатой Германии, как и в нашей нищей России, имеются «бомжи» — деградированные алкоголики, потерявшие работу, семью и квартиру — как мужчины, так, к сожалению, и женщины. Но, в отличие от наших опустившихся бродяг, брошенных на произвол судьбы, германские могут стать на учет в местных органах власти, как не имеющие постоянного места жительства, естественно, при наличии документов, подтверждающих их гражданство Германии. Им предоставляется место в специализированном приемнике — кровать, постельное белье, где они должны находиться с 8—10 ч вечера до 9 ч утра. Одежду и обувь поношенные, но вполне приличные, они могут получить в обществе Красного креста или в церквях, где она выдается всем желающим. На день им дается 10 евро, на что можно поесть 2 раза и выпить кружку дешевого пива. Им разрешается подрабатывать — погрузкой мебели, разносом рекламы и пр. Но если они пьянствуют, не являются в приемник, их могут привлечь к уголовной ответственности за бродяжничество, что называется тюремным заключением.

Может быть, нам и стоит заимствовать такой опыт в связи с отменой принудительного лечения алкоголиков, но на это денег нет. Так что следует подумать о восстановлении определенных форм недобровольной реабилитации (не лечения, а именно реабилитации) алкоголиков, утративших социальные связи, о чем мы давно и много говорим и пишем [31, 34, 42, 44], но «воз и ныне там».

Что касается статьи проф. В.Д. Менделевича по разделу лечения и реабилитации больных алкогольной зависимостью, то раньше, чем уповать на внедрение, кстати, несуществующих «мировых стандартов» (где он увидел эти «стандарты?»), необходимо подтянуть к стандартам передовых зарубежных стран нашу экономику и социальную структуру государства.

В то же время автор без всякого на то основания утверждает, что «Все осуждают патерналистские и манипулятивные методы в наркологии, а мы поддерживаем». Как уже говорилось выше, под терминами «патерналистские и манипулятивные методы» автор подразумевает методики опосредованной психотерапии, но никто в зарубежной литературе их не осуждает, наоборот, ими пользуются, как, например, методом имплантации дисульфирама.

Далее автор утверждает, что «Весь мир критикует практику принудительного лечения наркозависимых — мы «за». Опять передержка. Принудительное лечение наркозависимых «весь мир» не критикует, и изоляцию их поддерживает, так как каждый наркоман втягивает в употребление наркотиков до 12—15 чел. в год. И если в России учтенных наркозависимых около 300 тыс. чел., а неучтенных потребителей наркотиков более 2 млн (около 90% из них потребители героина), то они создают взаимосвязанную агрессивную среду, заинтересованную не толь-

ко в вовлечении в употребление наркотиков новых лиц, но и сохранении армии старых, пытавшихся лечиться и прекратить употребление наркотиков.

Мы уже неоднократно писали о так называемой «наркотической пирамиде» [36, 40, 43], хотя на самом деле она более похожа на Эйфелеву башню в Париже. В современной ситуации в России в основании ее находятся 1,5–2 млн потребителей наркотиков, 90% из которых — потребители героина. Причем нижние ряды — это потребители наркотиков, которые лишь приобретают наркотики и не участвуют в распространении их, хотя и в ряде случаев добывают средства на их приобретение преступным путем (вымогательство, кражи, грабежи и разбойные нападения и пр.). Это в основном молодежь, при небольшой давности употребления наркотиков. Они, как правило, не состоят на наркологическом учете, хотя в правоохранительных органах зарегистрированы. Эта группа потребителей наркотиков опасна тем, что втягивает в регулярное потребление своих товарищей и нередко использует их средства для совместного приобретения наркотиков.

Вторую группу наркозависимых составляют потребители наркотиков, которые одновременно являются и их распространителями. У них давность наркозависимости от 1–2 до 3–5 лет. Они имеют тесные связи с наркодилерами, приобретают у них определенное количество «доз» наркотиков, которые перепродают наркоманам — «клиентам» по повышенной цене, оставляя для себя необходимую дозу. Некоторые из них приобретают по весу чистый героин, смешивают его с индифферентными наполнителями и расфасовывают по «чекам». Для этого они имеют аптекарские весы и мерные ложечки. Как показали наши наблюдения, среди наркоманов, состоящих на наркологическом учете, неоднократно проходивших стационарное лечение, таких «специалистов» большинство — более 50–60%, хотя они, по понятным причинам, скрывают такого рода деятельность не только от правоохранительных органов, но и от своих родственников и, естественно, от врачей, так как за распространение наркотиков предусмотрено уголовное наказание.

Вполне понятно, что пока в населении существует эта огромная группа наркоманов-дилеров, активно вовлекающих молодежь, да и наркоманов со стажем в употреблении наркотиков, сохранится высокий спрос на наркотики, который и рождает предложение. И верхушка пирамиды, как верхняя часть Эйфелевой башни, включающая мелких наркодилеров, к которым относятся «профессиональные» торговцы наркотиками («барыги»), цыганские сообщества и пр., вся сеть производства и доставки наркотиков будет существовать и постоянно возрождаться, несмотря на все усилия 40-тысячного состава Федеральной службы по борьбе с оборотом наркотиков.

Таким образом, основной причиной приобщения к наркотикам является их доступность. Припоминается такой факт. В конце 60-х годов в Грузии возникла вспышка опийной наркомании. Героин тогда фактически не производился и использовались лекарственные анестетики — опиаты (морфин, пантопон, омнопон, промедол и пр.) в инъекционной форме. С целью пресечения хищений этих препаратов и спекуляции ими, Минздрав и правительство Грузии решили открыть в Тбилиси и других крупных городах при психиатрических больницах специальные пункты, куда мог прийти наркоман, зарегистрироваться, и где ему ежедневно вводилась определенная доза наркотика. Это привело к тому, что в эти пункты являлись молодые люди, в основном студенты и старшеклассники, заявлявшие, что

они наркоманы и им вводились наркотики, естественно, в возрастающих дозах. Буквально за несколько месяцев опийная наркомания среди молодежи приняла угрожающий характер. Кризис наступил, когда студентка медицинского института, девушка из обеспеченной семьи, лидер молодежного движения за употребление наркотиков, ввела себе в подъезде жилого дома большую дозу наркотиков и умерла от передозировки. Похороны ее превратились в массовую демонстрацию молодежи, на могилу ее принесли «миллион алых роз», как поется в популярной песне.

Выехавший после этого в Грузию начальник Управления Минздрава СССР Э.А. Бабаян дал указание немедленно закрыть эти пункты, а еще через некоторое время ЦК ВЛКСМ направил в Грузию комиссию по проверке воспитательной работы с молодежью по профилактике наркомании. В комиссию от Минздрава СССР был включен и автор данной статьи. Самое существенное, что было обнаружено при проверке органов здравоохранения Грузии, это чрезмерное количество опиатов (ампулированных и морфина в порошке) на складах медицинского снабжения. А по документам за год, предшествующий проверке, на одного жителя Грузии было получено в 16 раз больше опиатов, чем на одного жителя СССР. После представления в Минздрав СССР соответствующей справки, министр приказал в течение пяти лет не поставлять в Грузию ни одного грамма опиатных наркотиков. «Пусть экономят то, что есть». Вспышка опийной наркомании в Грузии после этого сошла на нет. Границы Советского Союза в то время были на замке, рубль неконвертируемый. Из-за рубежа наркотики не поступали, а взяты под контроль внутренний оборот наркотиков было вполне возможно. Сейчас, с нашими «прозрачными» границами, конвертируемыми рублями ситуация в России в отношении проникновения наркотиков из-за рубежа хуже, чем в любой другой стране.

При рассуждениях о «парадоксальности» принципов лечения больных наркотической зависимостью в современной отечественной наркологии автор буквально «утонул» в перечислении этих «парадоксальных» принципов:

- 1) этических;
- 2) отказа от употребления ПАВ;
- 3) добровольности;
- 4) эффективности;
- 5) применения индивидуального лечения.

Не вдаваясь в подробности, у компетентного читателя возникает впечатление, что автор в этих самых принципах, почерпнутых как из отечественных, так и зарубежных источников, разбирается очень слабо и практически манипулирует цитатами из отечественной и зарубежной литературы, стараясь возвысить зарубежных и очернить отечественных авторов. Из всего его многословия мы нашли лишь один достойный внимания факт — это то, что запрет на проведение стереотаксических операций, как не проверенного метода лечения больных наркоманией, проводившихся в Институте мозга человека РАН в Петербурге, был инициирован не отечественными специалистами-наркологами, а пациентами, их родственниками, психиатрами и правозащитными организациями, подавшими заявление в суд на негуманность и противоправность действий врачей, но отнюдь не наркологов, а нейрохирургов, взявшихся за проблему, в которой они некомпетентны.

Анализируя этические принципы отечественной наркологии, проф. В.Д. Менделевич высказывает два абсолютно ложных суждения.

Во-первых, говоря о принципах конфиденциальности и анонимности лечения, он не учитывает, что подавляющее большинство наркозависимых пациентов обращаются к врачу-наркологу не добровольно, с целью лечения от наркомании, а вынужденно, в связи с обстоятельствами (отсутствие средств на приобретение наркотиков, давление семьи, направление правоохранительных органов и пр.). Только человек, никогда не общавшийся с наркоманами, может не знать этого. Поэтому позиция врача-нарколога, требующая от пациента-наркомана безусловного и безотносительного прекращения употребления наркотиков, является единственно необходимой. Использование для этого запретительных психотерапевтических приемов, которые проф. В.Д. Менделевич с упорством, достойным лучшего применения, предает анафеме на протяжении всей своей статьи, являются единственной реальной возможностью и безусловно имеют успех у пациентов, а тем более у их родственников, которые понимают, что им не преодолеть свою зависимость от наркотиков без врачебной помощи.

Во-вторых, проф. В.Д. Менделевич позволяет себе на страницах журнала сделать грубое ложное и циничное заявление: «К одним из важных этических принципов относится, помимо перечисленных, принцип конфиденциальности и анонимности. В российских условиях 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». Откуда взяты эти «голоса наркологов»? Это уже пахнет прямым провокационным поклепом на отечественное здравоохранение. Выше уже говорилось, что в России в настоящее время на 2,5 млн зарегистрированных больных алкогольной и наркотической зависимостью насчитывается около 30 тыс. бесплатных наркологических коек в 11 наркологических больницах и 169 стационарах при наркологических диспансерах. Амбулаторный прием ведут 4,5 тыс. врачей-наркологов, в том числе в 183 кабинетах анонимного лечения, без взятия на наркологический учет. И все это — абсолютно бесплатно, за счет государства, с выдачей листов нетрудоспособности работающим больным алкоголизмом и наркоманией, хотя, естественно, таких пациентов немного.

Таким образом, бесплатное, в том числе и амбулаторное лечение, доступно практически каждому наркологическому больному — было бы у него желание лечиться. Платное лечение может скрыть от официального учета больных алкогольной зависимостью, но никак не наркотической, так как подавляющее большинство потребителей наркотиков сначала попадают на учет в правоохранительные органы, а уже после этого немногие из них добровольно обращаются за медицинской помощью, а большинство — направляются органами милиции или судом. Отсюда и такое соотношение зарегистрированных потребителей наркотиков в наркологических учреждениях и в правоохранительных органах — 1:10 [15—17, 22].

Принципы полного и добровольного отказа пациента от употребления алкоголя и наркотических веществ лежат в основе любых лечебно-реабилитационных мероприятий этих больных. В отношении алкоголизма впервые писал об этом еще в конце XIX века С.С. Корсаков, а в 50-е годы XX в. была принята соответствующая рекомендация ВОЗ. В отношении наркоманий этот принцип должен быть не только сохранен, но и усилен. Больной наркоти-

ческой зависимостью, в отличие от алкоголика, является активным распространителем незаконного оборота наркотиков и вовлечения в употребление наркотиков других лиц. И социальная опасность наркомана во много раз больше, чем социальная опасность алкоголика. И если даже стоять на весьма сомнительных позициях В.Д. Менделевича о том, что «попытка формирования гармоничного человека из наркозависимого утопична», нельзя прогнозировать оставление наркопотребителя в населении, а тем более способствовать этому. Не говоря о том, что значительное число лиц, начавших употребление наркотиков, даже таких опасных, как опиаты, кокаин, амфетамины и др., после лечения, а иногда и без лечения, полностью прекращают употребление наркотиков, получают образование, заводят семью и практически восстанавливают социально-психологический статус [7, 8, 14—16, 22, 23, 27, 28, 31, 42, 43].

Следует также иметь в виду, что продолжительность употребления перечисленных и некоторых других «тяжелых» наркотиков невелика — в среднем 5–6 лет, после чего наркозависимый либо погибает, либо попадает в места лишения свободы на длительный срок, либо полностью прекращает употребление наркотиков. Этим наркозависимость отличается от алкогольной зависимости, которая от времени возникновения похмельного синдрома и запойного пьянства может продолжаться до 20 лет и даже больше при периодических ремиссиях после лечения или даже при непрерывном течении [8, 14, 23—25, 36, 40, 42, 43].

Рассуждая о «парадоксальности принципа употребления» при лечении наркозависимых больных, автор статьи не учитывает, что подавляющее большинство алкоголезависимых, а тем более наркозависимых, как уже говорилось, обращаются за лечебной помощью в силу сложившихся обстоятельств и речь идет не столько о добровольности, сколько об осознанной необходимости, которая может меняться, как в процессе лечения, так и после его окончания.

Наконец, в чем же «парадоксальность» принципов эффективности, добровольности и индивидуальности лечения наркозависимых? В этих вопросах автор статьи не только проявляет свое абсолютное незнание и непонимание этого вопроса, доступное любому обывателю, но и грубо извращает позиции известных специалистов-наркологов, взятые из их публикаций.

Так, в цитируемом руководстве Э.А. Бабаяна (1988 г.) приводится хорошо известная наркологам-практикам позиция наркоманов, вполне добровольно обращающихся за медицинской помощью, но не имеющих целью прекратить употребление наркотиков, а лишь стремящихся избежать возможных неприятностей или снизить дозу наркотика, «омолодиться», как говорят сами пациенты. Понятно, что лечащий врач должен не только выявить такую позицию больного, но и постараться своим психотерапевтическим воздействием изменить ее, убедить пациента в необходимости и неизбежности отказа от наркотиков. Об этом же речь идет и в монографиях Н.Н. Иванца (1998 г., 2000 г.), а также и в наших руководствах и статьях [14—16, 36, 40, 41, 49] и во множестве руководств и статей других наркологов-практиков. Однако, ни Э.А. Бабаян, ни Н.Н. Иванец не стоят и не могут стоять на позициях, приписываемых им В.Д. Менделевичем, — в отказе от снятия «ломки» в состоянии наркотической абстиненции — «пусть, мол, мучаются». И в руководстве главного нарко-

лога Минздрава РФ и директора ГНЦ наркологии члена-корреспондента РАМН Н.Н.Иванца говорится, что не следует купировать у наркоманов даже тяжелые проявления наркотической абстиненции с помощью употребляемых ими наркотиков или синтетических заменителей этих наркотиков, как, например, метадона при героиновой наркомании, а следует обходиться другими средствами, не менее эффективными, чем снижать социальную опасность этих больных. Мы эту позицию Н.Н.Иванца полностью поддерживаем, вопреки так любимым В.Д.Менделевичем зарубежным авторам, рекламирующим «метадонные программы», т.е. замену наиболее сильнодействующего наркотика (героина) более слабым — метадонном, но также входящим в списки наркотиков — опиатов.

При оценке эффективности и индивидуальных принципов лечения больных наркоманией автор статьи опять демонстрирует незнание вопроса. Он путает понятие ближайших и отдаленных результатов лечения, хотя для этого есть определенные критерии. Ближайшие результаты лечения оцениваются положительно, если пациент после лечения не употребляет наркотики хотя бы в течение одного года. Автор приводит неизвестно откуда взятые данные о воздержании от наркотиков после лечения у 30% больных наркоманией. К сожалению, для больных героиновой наркоманией в условиях относительно свободного доступа наркотика в России за последние годы этот эффект значительно ниже, по нашим данным — лишь 7% после стационарного лечения в условиях г. Москвы. В провинции он выше — до 15%, учитывая трудности приобретения наркотиков и активности деятельности правоохранительных органов по контролю за их оборотом и поведением находящихся под наблюдением наркозависимых. Здесь, естественно, можно согласиться с приводимыми данными зарубежных авторов, что опиоидная наркомания является хроническим рецидивирующим заболеванием. Прогноз героиновой наркомании — неблагоприятный. Значительная часть больных, точных данных об этом нет, погибает от различных причин, прямо или косвенно связанных с употреблением наркотиков в течение 5–7 лет. Часть героинозависимых после лечения и в ряде случаев и без лечения, вследствие социальных факторов прекращает употребление наркотиков. По данным В.В.Чирко [27, 28] к этой группе относятся наркоманы, осужденные к длительным срокам лишения свободы и после отбытия наказания не возобновляющие употребление наркотиков.

Однако, в населении остаются и наркозависимые, которые в течение многих лет (до 10 и более) непрерывно или с перерывами продолжают употреблять наркотики, в подавляющем большинстве случаев — опиаты и ранее всего — героин. В зарубежной наркологической практике для таких больных используется так называемая «заместительная терапия», т.е. замена сильнодействующих наркотиков (морфина, героина) более слабыми синтетическими наркотиками — агонистами опиатов, к которым относится метадон. В.Д. Менделевич относит длительное использование метадона не к лечебным методам, а к патронажу и считает, что использование его снижает вред для общества от криминального и противоправного поведения наркоманов. При этом он сетует на то, что «российская наркология фактически отказалась от такого вида реальной помощи своим пациентам».

Действительно, в зарубежной наркологической литературе эта методика популяризируется более 15 лет и используется во многих странах. В частности, она подробно изложена в упоминаемом нами американском руководстве по наркологии, перевод которого издан в Петербурге в

1998 г. Естественно, что «метадонная программа» требует больших материальных затрат как на сам метадон, так и на содержание реабилитационных структур для реализации программы. В США на первом месте стоит кокаиновая наркомания, т.к. кокаин поступает из стран Южной Америки, а героин из Афганистана, как в Россию и Европейские страны, в США транспортировать наркотики значительно сложнее.

Наши личные наблюдения в странах Европы, в которых мы на месте познакомились с «метадонными программами» свидетельствует, что, например, в Испании эта программа используется целесообразно. Там организованы специальные профилактические центры, куда направляются героинзависимые наркоманы, в большинстве случаев люди старше 40 лет, при многолетнем употреблении опиатов, многократно и безуспешно лечившиеся, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Они в течение всего дня находятся в центре, выполняют посильную работу — в сельской местности в парниках, по уходу за животными и пр., в городах — в мастерских с использованием нетяжелых трудовых процессов, получают питание и принимают суточную дозу метадона — обычно в два приема. На руки им таблетки метадона не даются. В выходные дни принимают препарат при явке в центр или пропускают прием его в эти дни. Такую систему можно считать приемлемой.

В Германии практически никакой метадонной программы нет. Там психиатры, как в государственных или в профсоюзных медицинских учреждениях, так и частнопрактикующие врачи-психиатры имеют право выписывать метадон в ограниченных количествах, с учетом выданных рецептов. Пациент покупает метадон в аптеке по фиксированной цене и самостоятельно использует его. Метадон выписывается беременным женщинам-наркоманкам, так как считается, что он менее опасен для плода, чем героин.

Следует полагать, что учет метадона выдаваемого пациентам, ведется далеко не идеально. Об этом свидетельствуют факты контрабандного завоза из стран Западной Европы метадона в Россию в 2001–2003 гг., когда был сокращен завоз его из Афганистана, и использовался он как наркотик, заменявший героин.

Отрицательное отношение к «метадонной программе» большинства отечественных специалистов-наркологов и организаторов здравоохранения вполне оправдано.

В заключение следует признать выводы проф. В.Д. Менделевича о парадоксальности и противоречивости здравому смыслу принципов современной российской наркологии, требование кардинального пересмотра этих принципов, ведущих, по мнению автора, к ухудшению в сфере эффективности терапии и реабилитации наркозависимых и дискредитации российской наркологии в глазах мирового профессионального сообщества, совершенно необоснованными и не вытекающими из текста его публикации. Можно лишь посоветовать проф. В.Д. Менделевичу не браться за проблему, в которой не разбираешься, и не строить ложных умозрительных заключений, памятуя о старом и верном принципе: «Суди не выше сапога».

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
2. Артемчук А.Ф., Абрамов Э.И. Дорога жизни. О методе доктора А.Р. Довженко в вопросах и ответах. — Харьков—Феодосия, 2004. — 267 с.
3. Галкин В.А. Эмоционально-стрессовая терапия больных алкоголизмом// Актуальные проблемы медико-социальной реа-

- билитации больных алкоголизмом и наркоманией. — Москва—Орел, 1994. — С. 130—132.
4. Гамбург А.Л., Аранович А.Г., Раснюк В.А., Вольфсон В.Л. Некоторые варианты плацеботерапии больных алкоголизмом// Лечение алкоголизма. — Саратов, 1980 — С. 40—43.
 5. Гиндин В.П., Шпет С.В. Сочетанное применение психотерапии и рефлексотерапии при лечении больных алкоголизмом// Проблемы наркологии. Сборник научных трудов (республиканский) Московского НИИ психиатрии — М., 1989. — С. 37—40.
 6. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю. Опосредованная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом// Социальная и клиническая психиатрия. — 1991. — №1. — С. 71—74.
 7. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М., 2003. — 214 с.
 8. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Курсовое медикаментозное и немедикаментозное биологическое лечение больных с зависимостью от психоактивных веществ// Наркология. — 2004. — №2. — С. 39—44.
 9. Довженко А.Р. Организация стресспсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: Методические рекомендации Минздрава СССР. — М., 1984. — 12 с.
 10. Довженко А.Р. Возвращаю вас к жизни. — Киев, 1986. — 175 с.
 11. Довженко А.Р., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н. и др. Стресс-психотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях// Журн. невропатол. и психиатрии. — 1988. — Т. 88, №2. — С. 94—97.
 12. Дроздов А.И. Опыт лечения методом стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко// Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — №1. — С. 15—16.
 13. Зверев В.Ф. Некоторые клинические аспекты метода А.Р. Довженко// Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — №1. — С. 14—15.
 14. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. — М., 2000. — 122 с.
 15. Иванец Н.Н. Героиновая зависимость. — М., 2001. — 128 с.
 16. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. — М., 2002. — 504 с.
 17. Коложи Бела. Проблема наркоманий в Венгрии// Вопросы наркологии. — 1988. — №3. — С. 36—38.
 18. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2000. — 276 с.
 19. Магалиф А.Ю. Психогенные нарушения при опосредованной психотерапии больных алкоголизмом// Вопросы наркологии. — 1992. — №3—4. — С. 62—66.
 20. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — Екатеринбург, 2000. — 432 с.
 21. Михайлов В.И. Динамика показателей учтенной распространенности наркологических расстройств (без алкоголизма) среди мужчин и женщин в Российской Федерации в 1991—2000 гг.// Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1. — С. 4—7.
 22. Николаев Л.А. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний. — М., 2002. — 207 с.
 23. Пятницкая И.Н. Наркомании. — М., 1994. — 544 с.
 24. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
 25. Рохлина М.Л. Фармакотерапия наркоманий: Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. — Т. 2. — М., 2002. — С. 39—56.
 26. Сорока С.В. Метод медикаментозной эмоционально-стрессовой терапии алкоголизма. — Харьков, 1985. — 155 с.
 27. Чирко В.В. О течении наркомании и токсикомании по данным отдаленного катамнеза// XIII съезд психиатров России 10—13 октября 2000 г. (материалы съезда). — М., 2000. — 276 с.
 28. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, лечение). — М., 2002. — 240 с.
 29. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. О «новой концепции» организации наркологической помощи// Вопросы наркологии. — 1991. — №4. — С. 46—47.
 30. Энтин Г.М. Еще раз к вопросу стресспсихотерапии алкоголизма по методу А.Р. Довженко// Журн. невропатол. и психиатрии. — 1991. — Т.91, №2. — С. 132—133.
 31. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний/ Под редакцией А.Г. Гофмана. — М., 1994. — Т. I. — 231 с.; Т. II. — 171 с.
 32. Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р. Сравнительная эффективность различных методов опосредованной психотерапии алкоголизма// Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — №1. — С. 90—95.
 33. Энтин Г.М., Мухарлямова Ф.Г., Галкин В.А. Использование различных методов лечения больных алкоголизмом в наркологических учреждениях России в 1991—1993 гг.// Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — №3. — С. 114—119.
 34. Энтин Г.М., Галкин В.А., Носатовский И.А. и др. Психотерапевтические аспекты при лечении алкоголизма в современных условиях// Современная психиатрия и наркология. Проблемы, вопросы, решения. Сборник научных трудов. — М., 1994. — С. 132—138.
 35. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Граженский А.В., Крылов Е.Н., Магалиф А.Ю., Носатовский И.А., Яшкина И.В. О современном состоянии наркологической помощи в России (в связи с ее тенденционной оценкой в некоторых Западных публикациях)// Вопр. наркологии. — 1997. — №1. — С. 68—76.
 36. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Чернобровкина Т.В., Варламов В.И. Героиновая наркомания в России в конце XX века// Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом. Республиканский сборник научных трудов. — М., 1999. — С. 68—75.
 37. Энтин Г.М., Шамота А.З., Овчинская А.С., Ашихмин О.А. Ситуация с потреблением алкоголя и наркотиков в России в 1994—1997 гг.: динамика и прогноз// Вопросы наркологии. — 1999. — №1. — С. 71—78.
 38. Энтин Г.М., Овчинская А.С. Динамика наркологических заболеваний населения Южного административного округа г. Москвы в 1994—1997 гг.: Сообщение второе. Наркомании и токсикомании, злоупотребление наркотическими и психоактивными (ненаркотическими) веществами// Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — №3. — С. 39—44.
 39. Энтин Г.М., Энтина Е.Г. Опосредованная стресспсихотерапия при лечении больных наркоманией// XIII съезд психиатров России 10—13 октября 2000 г. (материалы съезда). — М., 2000. — С. 280.
 40. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Варламов В.И. Угрожающий рост героиновой наркомании// Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — №2. — С. 49—52.
 41. Энтин Г.М., Энтина Е.Г. Построение лечебно-реабилитационной программы для больных наркоманией подростково-юношеского возраста// Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. Москва 25—28 сентября 2001 г. — М., 2001. — С. 72—73.
 42. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М., 2002. — 327 с.
 43. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Наркомания. Распространенность и реальные пути борьбы на современном этапе// Наркология. — 2003. — №8. — С. 39—48.
 44. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресспсихотерапии при лечении больных синдромом алкогольной зависимости// Наркология. — 2004. — №11. — С. 25—32.
 45. Эпштейн И.Ц. О некоторых критериях прогноза эффективности при лечении больных алкоголизмом по методу А.Р. Довженко// Неврология и психиатрия. Республиканский межведомственный сборник Минздрава УССР. — Киев, 1991. — Вып. 20. — С. 111—112.
 46. Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И. Характеристика рецидивов и прогноз эффективности при лечении больных алкоголизмом по методу А.Р. Довженко// Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — №1. — С. 18—22.