

Общество Анонимных Алкоголиков и перспективы его деятельности в России (обзорное сообщение)

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., проф., руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава, Москва

Дается обзор различных аспектов деятельности обществ Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН). Рассматриваются механизмы воздействия ячеек общества АА (АН) на наркологических больных. Приводятся данные об эффективности работы этих организаций. Анализируется характер взаимосвязей общества АА (АН) с обычными наркологическими центрами, в частности в рамках Миннесотской модели лечения больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ). Констатируется, что в России движение АА (АН) пока не получило широкого распространения. Делается попытка дать объяснение плохой приживаемости ячеек общества АА (АН) на российской почве. Оцениваются перспективы дальнейшего распространения этого движения в нашей стране.

Движение АА зародилось в США в 1935 г. В последующем его ячейки были созданы и в других странах, преимущественно западных, но координирующим центром этой организации по-прежнему являются Соединенные Штаты (штаб-квартира — в Нью-Йорке). Считается, что число членов общества АА в мире в настоящее время насчитывает несколько десятков миллионов человек. В начале 50-х годов XX века стали создаваться также дочерние организации общества: Ал-Анон, в которую входят члены семей больных алкоголизмом, и Ал-Атин, предназначенная для подростков, детей пациентов. Примерно в это же время возникло общество Анонимных Наркоманов (АН).

Методология функционирования движения АА* сводится к трем основным компонентам:

- 1) обращению к религиозным чувствам своих членов;
- 2) взаимодействию пациентов в группе;
- 3) созданию особой антиалкогольной (антинаркотической) социальной среды.

Говоря о *религиозной основе деятельности общества АА*, необходимо отметить, что используемые им методы относятся к так называемым духовно-ориентированным [13]. Для достижения главной задачи, которая ставится при проведении любого наркологического лечения — отказа от употребления ПАВ, воздействие на духовную сферу человека даже более важно, чем собственно медицинское (биологическое) вмешательство.

Религиозная основа деятельности общества АА изложена в так называемых 12 шагах. Данная терминология используется для того, чтобы подчеркнуть, что излечение от наркологического заболевания возможно только в процессе длительного, «шаг за шагом», духовного очищения и приближения человека к Богу. Текст шагов носит характер сугубо религиозного документа и содержит апелляции к Богу. Шаги изложены в торжественно-приподнятой манере, что подчеркивает особую значимость отказа от приема алкоголя или наркотиков нового члена общества. Каждый шаг начинается с местоимения «мы», например: «Мы признали свое бессилие перед алкоголем...». Говоря «мы», больной идентифицирует себя с группой, что дает ему возможность преодолеть ощущение одиночества и непонимания окружающими, неизбежно сопутствующее данному недугу.

Шаги сформулированы таким образом, что могут трактоваться, как и любой религиозный текст, много-

значно, с разных позиций. Поэтому попытка изложить смысл шагов является непростой задачей.

Первые три шага посвящены осознанию больным того факта, что он страдает алкоголизмом (наркоманией) — тяжелой болезнью, делающей человека неспособным контролировать свое поведение. Признание наличия у себя зависимости от ПАВ как тяжелой болезни смягчает бремя ответственности пациента за происходящее и, таким образом, ослабляет характерное для наркологических больных чувство вины за совершенные прегрешения. Также важна поддержка группы, которая позволяет сохранить оптимизм и веру в свое излечение.

Следующие два шага, четвертый и пятый, посвящены анализу наркологическим больным своего характера и поведения. С помощью партнеров по группе он начинает осознавать, что кроме зависимости от алкоголя или наркотиков он страдает глубокими изъянами характера, врожденными и вызванными злоупотреблением ПАВ, что приводит к совершению множества несправедливых поступков. Больной должен ощутить и продемонстрировать раскаяние, желание искупить свою вину. Таким образом, первые пять шагов символизируют начальный этап прохождения программы АА.

Шаги с шестого по девятый предназначены для «продвинутых» наркологических больных, длительное время воздерживающихся от ПАВ. Для достижения стойких позитивных результатов начатый после прохождения предыдущих шагов процесс самосовершенствования должен длиться многие месяцы и годы. Реальные жизненные трудности постоянно испытывают бывшего больного на прочность и подталкивают к совершению несправедливых поступков, а также к рецидиву наркологического заболевания. Поэтому необходимы беспощадный самоанализ и признание в тех или иных ситуациях своей неправоты. Как и при прохождении первых шагов, осознать истинную цену своего поведения бывший больной может, только обсудив его с партнерами по сообществу. Поэтому он должен сохранять открытость, готовность выслушать чужое мнение о себе и потребность в дальнейшей работе над собой.

Десятый и одиннадцатый шаги закрепляют результаты процесса самосовершенствования, который проходит бывший наркологический больной благодаря своему участию в обществе АА. В результате этого процесса его члены, благополучно миновавшие предыдущие этапы, уда-

* Здесь и далее при использовании термина *Анонимные Алкоголики (АА)* подразумевается, что речь идет также и об Анонимных Наркоманах (АН)

ется углубить свое понимание Бога и достичь духовного пробуждения. В своих обращениях к Богу излечившийся больной просит не оставлять его и даровать силы для исполнения своего предназначения.

Последний, двенадцатый, шаг посвящен деятельности исцелившегося наркологического больного по привлечению в общество новых членов и опеке над ними.

Идеологи общества АА утверждают, что вступить в него может человек, исповедующий любую религию и даже агностик. Каждый член общества «обращается к Богу так, как он его понимает». Тем не менее, по своему духу, а также по характеру принятых в обществе ритуалов религиозная часть идеологии АА вытекает из западной ветви христианства (протестантизма).

Вторым компонентом деятельности общества АА является *групповое взаимодействие*. Следует отметить, что использование данного феномена не является изобретением только создателей общества АА. Так называемое групповое движение, частным вариантом которого является групповая психотерапия при наркологических заболеваниях, получило свое развитие в западных странах, в первую очередь в США, еще в начале XX века.

В обычных наркологических центрах интенсивное взаимодействие клиентов в коллективе используется при проведении так называемой групповой недирективной психотерапии. Независимо от того, применяется ли данный метод членами общества АА или психотерапевтами обычных наркологических центров, достигается ряд крайне важных для излечения пациента эффектов. Одно из перечислений этих эффектов принадлежит Yalom (цит. по [3]): достижение сплоченности, внушение надежды, обобщение, альтруизм, предоставление информации, множественный перенос, межличностное обучение, развитие умений в общении с окружающими, имитирующее поведение, катарсис.

Создание особой социальной среды является *третьим компонентом* деятельности общества АА. Наркологические больные и члены их семей общаются не только во время заседаний ячеек общества, но и вне их. Они ведут общественную деятельность по пропаганде трезвого образа жизни и распространению опыта деятельности АА в тех странах, где это движение еще не получило своего развития.

Характерны поездки членов общества АА по миру, во время которых миссионерская деятельность сочетается с обычным туризмом. Возможны более тесные контакты семей наркологических больных, во время которых реализуются общие интересы и увлечения, а также оказывается помощь товарищам по несчастью. Следует, однако, отметить, что люди на Западе, в отличие, например, от россиян, не склонны к слишком тесному общению в семейном кругу, поэтому члены ячейки общества АА вне заседаний обычно сохраняют определенную дистанцию между собой.

Интенсивное взаимодействие во время заседаний и многообразная совместная деятельность позволяют членам общества АА формировать собственную социальную среду, в которой риск их вовлечения в ситуации, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, резко уменьшается.

Условия функционирования общества АА изложены в «12 традициях». Красной нитью в них проходит требование к членам сообщества соблюдать анонимность и независимость. Не рекомендуется, в частности, совместная деятельность с медицинскими и просветительскими организация-

ми. Это не исключает, однако, активного участия членов общества в пропаганде трезвого образа жизни. Подчеркиваются также демократический характер устройства сообщества, отсутствие в нем какой-либо иерархической структуры и свобода при вступлении в группу и выходе из нее. Общество АА состоит из множества групп (ячеек), создающихся по территориальному принципу. В их организации ключевую роль играют консультанты — бывшие алкоголики или наркоманы, заслужившие уважение членов сообщества.

Общество АА публикует и бесплатно распространяет литературу, в которой освещается деятельность этой организации. Наиболее известны Большая (Синяя), Голубая и Желтая книги. В Большой книге, впервые изданной в 1939 г., излагаются общие, исходные принципы работы членов этой организации и приводятся примеры из жизни ее членов, мотивирующие заинтересованных читателей на вступление в общество («Анонимные алкоголики», 1989 г.). В Голубой книге, имеющей название «Двенадцать шагов и двенадцать традиций» (1989 г.), дается подробное истолкование этих понятий. В Желтой книге приводятся советы и рекомендации, касающиеся поведения членов АА в повседневной жизни [12].

Говоря о *взаимоотношениях между обществом АА и обычными наркологическими (психиатрическими) центрами*, следует отметить, что идеологи АА дистанцируются, как уже отмечалось выше, от официальной медицины. Поэтому в настоящее время в США и других западных странах работа с больными алкоголизмом и наркоманиями, находящимися вне острых состояний, может вестись параллельно как в традиционных медицинских учреждениях, так и в ячейках общества АА.

Каждый из этих двух подходов имеет свои достоинства и недостатки. Так, многие наркологические больные в силу низкой мотивации на воздержание от ПАВ и наличия каких-либо отклонений в поведении не удерживаются в среде членов общества АА. Им доступны только традиционные курсы лечения. В условиях обычных наркологических центров высококвалифицированные специалисты могут вызывать у таких пациентов позитивные сдвиги в состоянии, добиться которых непрофессиональные активисты общества АА не способны.

С другой стороны, обычное рутинное лечение в наркологических центрах оказывается недостаточным для высоко мотивированных амбициозных личностей. В обществе АА они находят благодарную сферу приложения своих сил и добиваются общественного признания. Таким образом, они компенсируют крайне фрустрирующий их факт наличия зависимости от ПАВ, повышают свою самооценку и укрепляются в намерении воздерживаться от ПАВ.

Следует отметить еще одно важное обстоятельство, касающееся вовлечения в движение больных наркоманиями. Ячейки Анонимных Наркоманов формируются с гораздо большим трудом и функционируют менее стабильно, чем ячейки Анонимных Алкоголиков. Это связано с тем, что больные наркоманиями менее, чем больные алкоголизмом, склонны к организации сообществ с позитивной социальной направленностью, таких, как общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов. Они сохраняют подверженность влиянию своих сверстников, партнеров по так называемым референтным группам, нормы и ценности которых могут резко отличаться в худшую сторону от норм и цен-

ностей основной части общества. Поэтому большинству этих пациентов влиться в движение Анонимных Наркоманов не удастся. Они лечатся в обычных наркологических центрах.

В конце 40-х годов XX века в США была предложена так называемая Миннесотская модель помощи больным с зависимостью от ПАВ. Данная система интегрирует усилия работников медицинских учреждений и активистов общества АА, хотя это и противоречит духу 12 традиций этого общества. Миннесотская модель допускает даже прием бывших больных алкоголизмом и наркоманиями в качестве консультантов в штат государственных наркологических (психиатрических) учреждений.

В соответствии с принципами работы данной модели наркологические больные параллельно проходят как медицинское (биологическое) лечение, так и воздействие на их духовную (психологическую) сферу, осуществляемое по методам АА. Участие в лечебном процессе активистов общества АА начинается уже на этапе стационарного лечения. Хотя внедрение данной двойной схемы всегда вызывает определенные трудности из-за трений, возникающих между представителями этих двух групп персонала, Миннесотская модель получила определенное распространение в мире.

Один из наиболее сложных вопросов — *эффективность деятельности общества АА*. Это связано с тем, что члены общества всегда очень активно (даже агрессивно) рекламируют свои успехи. В среде общественности Запада считается чуть ли не кощунством усомниться в преимуществах данного метода перед какими-либо другими. Тем не менее, был проведен ряд исследований, в которых делались попытки сравнить эффективность работы общества АА и традиционных наркологических центров [3].

Эти работы показали, что результаты лечения наркологических больных, посещающих ячейки общества АА, действительно выше, чем результаты лечения пациентов, их не посещающих. Но при этом некоторые исследователи отмечали, что сравнение между обществом АА и обычными наркологическими центрами является не совсем корректным, поскольку в группах АА отсеивается пациентов намного больше, чем в контингентах, проходящих лечение в наркологических центрах. Так, среди наркологических пациентов, обратившихся за помощью в ячейки общества АА, через несколько дней или недель может отсечь подавляющее большинство новичков. В то же время специалисты, работающие в наркологических центрах, вынуждены удерживать в лечебных программах большинство включенных в них больных. Делаются попытки довести до конца лечение лиц даже с грубыми дефектами поведения и слабыми установками на воздержание от ПАВ. Это приводит к искажению впечатления о сравнительной эффективности двух указанных подходов.

Оценивая *перспективы деятельности общества АА в России*, необходимо отметить, что в последние 15 лет, особенно в середине 90-х годов, предпринимались активные попытки создать сеть ячеек общества в крупных городах нашей страны. Россию посещали активисты движения из США с целью обмена опытом. Очень много внимания данной проблеме было уделено в средствах массовой информации, особенно либеральной направленности. Авторы публикаций отзывались о движении АА, как правило, в восторженных тонах и объявляли его чуть ли не панацеей в борьбе со злоупотреблением алкоголем и наркотиками.

Сообщения об успехах общества АА увязывались с критикой государственной системы помощи наркологическим больным в России. Высказывалась даже точка зрения о том, что наркологическую службу надо расформировать, а дело помощи больным алкоголизмом и наркоманиями передать в надежные руки координаторов общества АА. Эта идея не была, однако, реализована, и наркологическая служба сохранилась в том же виде, что и прежде.

В наркологической литературе была опубликована серия материалов, в которых анализировался опыт работы общества АА [6, 10, 11, 13, 16]. Их авторы положительно оценивали деятельность общества АА, хотя их суждения и не были столь восторженными, как высказывания авторов статей в средствах массовой информации. В некоторых из профессиональных публикаций было отмечено, что метод имеет такие особенности, которые серьезно ограничивают его возможности (о них уже говорилось выше в данном сообщении). Кроме того, научные статьи носили обзорный характер и не основывались на собственном опыте их авторов.

Исключение составила монография В.В. Батищева и Н.В. Негериша [3], в которой были изложены данные о применении в течение ряда лет в одной из московских наркологических больниц Миннесотской модели помощи больным с зависимостью от ПАВ. Указанная система была модифицирована авторами работы, исходя из специфики российской действительности. У больных, прошедших экспериментальный курс лечения, результаты терапии были выше, чем у пациентов, получивших обычное лечение.

Ранее в данном сообщении уже были изложены аргументы, которые приводили некоторые западные специалисты, подвергавшие сомнению достоверность подобного сопоставления. Эти аргументы могут быть использованы и в данном случае. Результаты лечения больных, согласившихся пройти экспериментальный курс лечения и не выбывших из программы, надо крайне осторожно сравнивать с результатами лечения основной массы наркологических пациентов. Тем не менее, применение указанными авторами модифицированной Миннесотской модели лечения наркологических больных следует считать успешным.

Но при этом возникают сомнения в возможности ее широкого и повседневного применения в наркологических учреждениях страны. Программа очень сложна, ее внедрение требует создания органами здравоохранения особых условий для исполнителей, в частности дополнительного финансирования. Едва ли в рядовом наркологическом учреждении можно будет найти такое большое количество высококвалифицированных специалистов, а также энтузиастов из общественности, готовых принять участие в работе. Однако накопленный указанными авторами опыт, безусловно, окажется полезным для отечественных специалистов, а отдельные фрагменты программы могут быть внедрены в наркологическую практику.

Пока же описанная практика использования Миннесотской модели в России является единичной. Более характерны традиционные ячейки общества АА, работающие в амбулаторных условиях (они созданы в ряде крупных городов). В деятельность городских наркологических учреждений эти ячейки не интегрированы. Среди наркологов активисты общества АА распространяют списки телефонов, по которым можно связаться с ними.

В настоящее время необходимо, однако, констатировать, что общество АА независимо от форм его работы не получило в России сколько-нибудь значительного развития. Для наркологов, через которых проходит основной поток больных алкоголизмом и наркоманиями, деятельность общества АА в России практически незаметна. Ячейки общества АА функционируют крайне нестабильно, легко организуются, но так же легко, распадаются.

Автор данного сообщения опросил полтора десятка врачей наркологов, которые пролечили в последние годы сотни больных алкоголизмом и наркоманиями. Большинство из этих пациентов наблюдается опрошенными врачами постоянно, исчезая по разным причинам на более или менее продолжительное время и вновь возвращаясь к ним, многие пациенты были информированы о ячейках общества АА.

В результате проведения мини-исследования оказалось, что подавляющее большинство наркологических больных, получивших координаты активистов общества АА, постоянными посетителями его заседаний так и не стали. Съездив по полученному адресу один или несколько раз, пациенты, как правило, туда не возвращались. Из 100 больных, посетивших ячейки общества АА, максимум 2–3 человека задерживались в них на более или менее продолжительное время.

Автор сообщения рискует предположить, что *плохая приживаемость движения АА в России объясняется отличиями в менталитете западного (в первую очередь, американского) и российского жителя*. Во-первых, у нас мало истинно верующих людей. Во-вторых, и это является, видимо, решающим, двенадцатишаговая программа основывается не на нашей, восточной, а на западной ветви христианства — протестантизме.

Деятельность ячеек общества АА проникнута духом так называемой протестантской этики с ее прагматизмом, рационализмом, индивидуализмом (несмотря на декларации о взаимопомощи), нежеланием подчиняться авторитетам, культом жизненного успеха, который понимается преимущественно с меркантильных позиций, и другими известными качествами. Наш человек более эмоционален, открыт, доверчив, альтруистичен. Кроме того, он больше ориентируется на авторитеты, нуждается в опеке и духовном наставничестве.

В России плохо приживаются даже внешние формы деятельности ячеек обществ АА. Наркологические пациенты в нашей стране едва ли способны, подобно западным товарищам по несчастью, приученным к долгим собраниям протестантской общины, обсуждать тему их приближения к Богу по шесть часов в день несколько раз в неделю. Поэтому большинство из вновь организованных ячеек обществ АА быстро прекращает свое существование. Есть, конечно, отдельные примеры их длительного функционирования. В таких случаях лидер группы, как правило, врач-психотерапевт, удерживает объединение пациентов от распада. Но при этом религиозная идеология двенадцатишаговой программы выхолащивается, а сообщества уже следует квалифицировать как обычные устойчивые психотерапевтические группы [7]. Безусловно, длительное поддержание функционирования групп само по себе является большим достижением психотерапевта.

Если речь идет о сообществах пациентов на религиозной основе, то в большинстве случаев более успешной их деятельность оказывается в тех случаях, когда они созданы под эгидой традиционных для нашей страны религи-

озных организаций. Наиболее известны сообщества наркологических больных при Русской православной церкви. Они оказываются более жизнестойкими и стабильно функционирующими, чем ячейки общества Анонимных Алкоголиков и наркоманов. Примером такого рода является деятельность Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского в Москве, руководимого отцом Анатолием (А.И. Берестовым).

Следует учитывать еще одно обстоятельство. Экспансия движения АА на Россию, при безусловной позитивной направленности движения, способствует приобщению российского населения к западным религиозным течениям. Общий смысл духовных текстов двенадцатишаговой программы, а также формы заседаний и других мероприятий общества АА соответствуют традициям западных религий.

Необходимо также отметить, что в России имеется позитивный опыт организации сообществ наркологических больных, деятельность которых не имеет религиозной основы. Одним из первых и наиболее известных в стране сообществ такого рода является реабилитационный центр, организованный Б.М. Гузиковым и другими сотрудниками Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге [7, 8]. Главные компоненты воздействия на наркологических больных в рамках деятельности этого центра те же, что и в обществе АА. Высококвалифицированные специалисты проводят групповую психотерапию (психотерапию «в малой группе»). Кроме того, функционирует семейный клуб. Идеологической основой деятельности клуба является простое и естественное стремление семей наркологических больных вернуться к здоровому образу жизни, восстановить утраченные интересы и увлечения, обрести поддержку в решении житейских проблем. Естественно, что создается специфическая социальная среда, резко уменьшающая риск для бывшего больного алкоголизмом вернуться к употреблению спиртных напитков.

Опыт организации сообществ наркологических больных на нерелигиозной основе имеется также в Томске [17], Москве [5], Владивостоке [15], Калининграде [1], Тольятти [14] и ряде других городов России. Такого рода организации обычно создаются под эгидой государственных наркологических учреждений вне рамок движения АА. В них проводится групповая психотерапия и, так же как в петербургском центре, функционируют семейные клубы. Многим из специалистов, работающих в упомянутых сообществах, удается добиваться больших успехов. Но, к сожалению, об этом мало знают даже специалисты, не говоря уже о широкой общественности.

Следует отметить, что в последние годы в стране появилось много новых негосударственных реабилитационных центров, в работе которых используются как раз указанные выше методические приемы. Создание таких центров является, несомненно, положительным явлением, хотя уровень работы сотрудников многих из них оставляет желать лучшего. Из-за отсутствия квалифицированных специалистов акцент делается на традиционных (иногда крайне упрощенных) медицинских методах, а достичь интенсивного социально-психологического воздействия на пациентов, как правило, не удастся. Кроме того, плата за лечение в таких центрах оказывается слишком высокой для того, чтобы ими могли воспользоваться широкие слои населения.

Заключение

Общество Анонимных Алкоголиков (Анонимных Наркоманов) нашло широкое применение на Западе (в первую очередь, в США) и добилось больших успехов в деле помощи наркологическим больным. Оно предлагает им идеологию (на религиозной основе), позволяющую преодолеть недуг. Достижение этой цели облегчается в условиях группового взаимодействия пациентов на заседаниях ячеек общества АА. Члены сообщества создают также особую антиалкогольную (антинаркотическую) социальную среду, которая уменьшает неблагоприятное воздействие на больных ситуаций, связанных с употреблением алкоголя (наркотиков).

Следует, однако, отметить, что, несмотря на активные попытки создать сеть ячеек общества АА в России, к особому успеху эта деятельность не привела. Такого рода организации в нашей стране пока малочисленны и далеки от стабильного функционирования.

Вероятно, плохая приживаемость ячеек общества АА в России связана с тем, что менталитет россиян отличен от менталитета американцев. Кроме того, жители нашей страны исповедуют иную религию либо являются агностиками. Более успешна деятельность сообществ наркологических больных при традиционных для России религиозных организациях, в первую очередь, при Русской православной церкви.

Кроме того, у нас в стране накоплен значительный опыт работы реабилитационных центров, деятельность которых не основана на религиозной идеологии. В этих центрах, как и в ячейках общества АА, проводится групповая психотерапия и функционируют семейные клубы. К сожалению, несмотря на получаемые организаторами таких центров позитивные результаты, их опыт оказался мало востребованным. Он почти не освещен в специальной литературе, не говоря уж о средствах массовой информации. Отсутствует и должная государственная поддержка.

Автор данного сообщения никоим образом не предлагает на основании изложенных соображений ограничивать деятельность общества АА (АН) в России. Распространение в нашей стране общественных движений, приносящих пользу в борьбе со злоупотреблением алкоголем или наркотиками (естественно, если они не занимаются противозаконной деятельностью), можно только приветствовать. Безусловно, какая-то часть наркологических больных, скорее всего небольшая, будет с пользой для себя посещать именно ячейки общества АА. Но в то же время не следует объявлять метод, используемый АА, панацеей и пытаться искусственно его внедрять даже в тех случаях, когда он отвергается специалистами и самими пациентами.

Следует также осторожно относиться к требованию либеральной общественности финансировать эти организации за счет государства и предоставлять им какие-либо иные существенные преференции. Необходимо поощрять, в первую очередь, собственный позитивный опыт организации сообществ

наркологических больных, функционирующих как на традиционной для нашей страны религиозной основе, так и под эгидой светских учреждений, в основном наркологических диспансеров.

Список литературы

1. Аменицкий В.Е., Санникова Л.Г., Цетлин М.Г. Подходы к организации системы работы по преодолению наркотической зависимости: Опыт калининградских наркологов // Вопросы наркологии. — 1998. — №4. — С. 58—63.
2. Анонимные алкоголики: Рассказ о том, как многие тысячи мужчин и женщин вылечились от алкоголизма. — Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1989. — 184 с.
3. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. — М., 2001. — 181 с.
4. Берестов А.И., Полиенко Е.М., Козлов А.А. Опыт лечения и реабилитации наркозависимых в Душеспечительском центре во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского // Наркология. — 2002. — №5. — С. 34—36.
5. Бурно М.Е. Антиалкогольный клуб: Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1982. — 18 с.
6. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. — М.: Прогрессивные биомедицинские технологии. — М., 2001. — 34 с.
7. Гузилов Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1980. — 30 с.
8. Гузилов Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.Л. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. — СПб., 2000. — 27 с.
9. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. — Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1989. — 213 с.
10. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных // Руководство по наркологии. — Т. 2, глава 9 / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 222—289.
11. Дудко Т.Н., Пелипас В.Е., Цетлин М.Г., Рыбакова Л.Н. Организационно-методические аспекты реабилитации наркологических больных в Российской Федерации // Современные проблемы наркологии: Сб. научных трудов. — М., 2005. — С. 236—256.
12. Жить трезвыми. — Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1990. — 166 с.
13. Зыков О.В., Цетлин М.Г. Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — 3-е изд. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 320—324.
14. Михайлова Л.А. Реабилитационный центр для больных наркоманиями «Воскресение»: три года работы // Вопросы наркологии. — 2000. — №3. — С. 21—26.
15. Михалева Л.Д. Организация самоуправления, социотерапевтических воздействий и поддерживающего лечения больных алкоголизмом в условиях стационара при промышленном предприятии: Методические рекомендации. — М., 1988. — 34 с.
16. Москаленко В.Д., Валентик Ю.В. Общество анонимных алкоголиков в США: подход и терапевтические возможности // Вопросы наркологии. — 1989. — №2. — С. 51—57.
17. Прядухин Ю.И., Красик Е.Д., Миневиц В.Б. Реабилитация в наркологии // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1981. — №4. — С. 607—608.

SOCIETY ANONYMOUS ALCOHOLICS (DRUG ADDICTS) AND PROSPECTS OF ITS ACTIVITY IN RUSSIA (OVERVIEW MESSAGE)

IGONIN A.L. MD. PhD. Professor, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

It is given review different aspect to activity society to Anonymous Alcoholics (Anonymous Drug Addicts). Mechanisms of the influence AA cells on persons abused by psychoactive substances are considered. Data about efficiency of these organizations are presented. Interaction of society AA and ordinary drug centers is described, including Minnesota's model of the treatment of persons abused by psychoactive substances. It is established that in Russia motion AA until hasn't got wide spreading. Attempt of the explanation of this phenomenon is

done. Prospects of the further development of this motion in our country are valued.